



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY-EEAN
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO:

Um Espaço Emancipatório

DANIELLE COSTA DE SOUZA

2017

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO:
Um Espaço Emancipatório.**

Danielle Costa de Souza

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Soledade Simeão dos Santos

**Rio de Janeiro
Julho - 2017**

CIP - Catalogação na Publicação

S729e SOUZA, DANIELLE COSTA DE
A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: Um
espaço Emancipatório / DANIELLE COSTA DE SOUZA. --
Rio de Janeiro, 2017.
138 f.

Orientadora: Maria da Soledade Simeão dos Santos.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Educação em Saúde. 2. educação em enfermagem.
3. estudantes de enfermagem. 4. currículo. I.
Santos, Maria da Soledade Simeão dos, orient. II.
Título.

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO:
Um Espaço Emancipatório**

Danielle Costa De Souza

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, vinculado ao Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado por:

Presidente, Prof^ª. Dr^ª. Maria da Soledade Simeão dos Santos (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro/ EEAN- UFRJ) - Orientadora

1º Examinador, Prof. Dr. Michel Jean Marie Thiollent (UFRJ/UNIGRANRIO)

2ª Examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Vera Maria Sabóia (Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF)

3ª Examinadora, Prof^ª Dr^ª. Alexandra Schmitt Rasche (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro/ EEAN- UFRJ)

4ª Examinadora, Prof^ª Dr^ª. Alice Akemi Yamasaki (Faculdade de Educação da UFF)

Suplentes

Prof. Dr^ª. Maria Manuela Vila Nova Cardoso (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro/ EEAN- UFRJ)

Prof. Dr^ª. Silvia Cardoso de Carvalho Cardoso Doutora de Saúde Pública - Universidade UNIGRANRIO

Rio de Janeiro

Julho - 2017

DEDICATÓRIA

Ao meu querido companheiro, marido, amigo,

Fábio Ferreira de Souza.

Aos meus pais com todo amor e carinho,

Marili e Nefanio.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por tudo que fizeram e fazem na vida, principalmente por todos os momentos de oração e por compreenderem a minha ausência nas reuniões familiares.

As minhas irmãs Vanessa Costa Miller e Michelle de Almeida Costa, por entenderem minha ausência no crescimento dos meus sobrinhos Isaac e Isabella. E aos queridos cunhados!

Ao meu sogro e sogra, dona Nilda e Sr. Wallace, cunhados e sobrinhos pelo carinho, amor e compreensão.

A minha cunhada e grande amiga Luciana Caldas por toda amizade, companheirismo, bom humor, motivação e carinho.

Aos queridos e amados cunhados Flávio e Aninha, pais da NINA, por terem me acolhido em sua casa nos momentos finais da estruturação e conclusão deste trabalho.

Aos amigos Aline Affonso Luna, Samanta Diniz e Paulo Silva, por ouvirem minhas angústias, preocupações, alegrias. Amigos que o mestrado me deu e que levo para vida.

À Marlene Ramos Euzébio, aluna e amiga, que me motiva e incentiva diariamente.

Aos meus alunos do curso de Enfermagem, Medicina, Biomedicina e Psicologia e aos ex-alunos (hoje, enfermeiros) do projeto de Extensão “Consulta de Enfermagem a Saúde da criança e a mulher no Ambulatório Nilza Cordeiro Herdy” que me despertaram para o aprendizado por meio da Educação em Saúde e das ações desenvolvidas na minha trajetória como docente.

À minha orientadora Dr^a. Maria da Soledade Simeão Santos por me acolher como orientanda, por seus valiosos ensinamentos durante esta caminhada, por sua paciência, suas palavras de incentivo e por ter acreditado no meu potencial.

À Natalie Barbosa, aluna o quarto período (na época) do curso de graduação em Enfermagem, que me ajudou na coleta de dados desta pesquisa participando do passeio ambiental e do grupo de gestantes “Roda de Barrigas”. O seu carisma e doçura foram fundamentais !!!

À Marcia Luiza, ex-aluna e amiga, por todo carinho, amizade e por ter colaborado comigo durante a fase da coleta de dados, realizando a filmagem e fotografia dos momentos da “Roda de Barrigas”.

À Rasmie Ramadan, ex-aluna, que colaborou durante a coleta de dados com as fotografias.

Ao Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), pelo grande privilégio de nele ter ingressado e usufruído de sua excelência, experimentada no campo particular de seus estudos e pesquisas altamente relevantes e imprescindíveis ao desenvolvimento e solidificação da enfermagem científica.

À Universidade Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, na instância do Reitor Arody Cordeiro Herdy, do coordenador da Escola Ciências da Saúde Prof. Dr. André Nazar, da coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem na época da aprovação desta pesquisa o Comitê de Ética Profa Maria de Fátima e atuais coordenadores Prof. Ms. Fábio José de Almeida Guilherme, Prof. Ms. Rodrigo Francisco de Jesus e Prof^a. Dr^a. Silvia Cristina de Carvalho Cardoso, por compreender a importância desta pesquisa, o conceito do Programa em destaque e os benefícios que poderão retornar à instituição.

À Secretária Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, a Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba e a UNIGRANRIO que, por meio de seus respectivos responsáveis legais, compreenderam, aceitaram e autorizaram nossa coleta de dados.

Deixo expressa minha gratidão aos discentes que participaram do estudo, mediante seus discursos e seu máximo envolvimento com a pesquisa.

À minha amada e querida turma de doutorado por todo carinho, companheirismo e momentos inesquecíveis. Que Turma!!! Em especial a Gisele que durante o seu pós operatório me deu toda força que eu precisava para finalizar este estudo. A Laís, amiga Alagoana, amiga para todas as horas. Muito obrigada por todos os momentos de troca. Minha casa, sua casa amiga.

Ao querido amigo Dimas Joseph (amor a primeira vista). Incomparável!

Às gestantes que participaram da “Roda de Barrigas” com toda sua simplicidade e conhecimento, por receberem a mim e aos alunos com respeito e carinho.

Aos enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e residentes em saúde da Família da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, por me receberem de forma tão calorosa na unidade e me fazerem sentir parte da equipe, por me acompanharem durante a coleta de dados e execução da Educação em Saúde.

Aos membros da banca, os Professores Doutores Alexandra Schmitt Rasche, Alice Akemi Yamasaki, Maria Manuela Vila Nova Cardoso, Michel Jean Marie Thiollent, Silvia Cardoso de Carvalho Cardoso, Vera Maria Sabóia, agradeço por aceitarem participar da banca examinadora desta Tese e pelas inúmeras contribuições para o amadurecimento deste trabalho, para a dilatação do meu conhecimento e para o meu crescimento profissional.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram-me a chegar até aqui.

A todos, enfim, o meu muito obrigada.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu esposo Fábio Ferreira de Souza, por permanecer ao meu lado nos momentos de estudo, por seu incentivo constante, seu apoio incondicional, seus ensinamentos, sua dedicação, seu carinho e seu ombro amigo nos momentos difíceis. Devo grande parte deste trabalho à sua paciência e empenho em me ajudar em todos os momentos. Te Amo, marido!!!

À Profa. Dra. e cunhada Ana Heloisa de Medeiros, por ter me acolhido nesses últimos 6 dias.

RESUMO

SOUZA, Danielle Costa de. **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: um espaço emancipatório**, 2017. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2017.

Trata-se de um estudo sobre a “A Educação em Saúde como prática pedagógica dinamizadora de um espaço emancipatório no processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro em formação”. A tese defendida é que a prática da Educação em Saúde pelo discente em enfermagem no seu processo de aprendizagem proporciona condições para ampliar sua reflexão sobre a razão corporificada no conhecimento, na linguagem e na ação conduzindo-o a exercitar seu poder de argumentação e crítica, expressa no planejamento integrado às coletividades que se apoiam nas disciplinas do currículo do curso. Os objetivos da pesquisa foram: Descrever as experiências dos discentes sobre as práticas da Educação em Saúde desenvolvidas no Curso de Graduação em Enfermagem; Analisar as práticas da Educação em Saúde desenvolvidas pelos discentes na disciplina Estágio Supervisionado Integralizador – I, do curso de graduação em Enfermagem; e Discutir a contribuição da Educação em Saúde como prática pedagógica para a autonomia do discente desenvolvidas na disciplina ESI-I. Trata-se de um pesquisa qualitativa, com abordagem exploratória, descritiva, com utilização do método da pesquisa-ação e da técnica de pesquisa observação participante. A tese encontra suporte teórico nas contribuições na teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas, especificamente nos conceitos de “Mundo da Vida”, “emancipação” e “ação comunicativa”. A pesquisa foi desenvolvida na Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, unidade Barra da Tijuca e na Clínica da Saúde da Família Padre José de Azevedo Tiúba, localizada em Jacarepaguá. Os participantes da pesquisa foram discentes do 9º período do curso de Enfermagem da UNIGRANRIO. Os resultados apontam que os participantes eram predominantemente do gênero feminino, com uma maior concentração de alunos na faixa etária entre 18-28 anos, solteiros e sem filhos, provenientes da região Sudeste do país. A maioria possuía vínculo empregatício e era oriunda de instituições públicas do ensino fundamental e médio. Destes, 100% cursavam a primeira graduação e 52,63% já possuíam curso técnico em Enfermagem. As estratégias de ensino que mais impactaram ao longo da graduação nas práticas de Educação em Saúde foram simulação realística e estudo de caso. As práticas de Educação em Saúde desenvolvidas na disciplina ESI-I foram retratadas neste trabalho. Os resultados foram analisados em duas dimensões. Na “Educação em Saúde no mundo das ideias dos discentes”, observamos, no seguimento do currículo, expresso pela ação discente em campo prático, um

distanciamento entre a Educação em Saúde realizada e a pretendida. Talvez, pelas demandas de ações teóricas e práticas envolvidas nas ações instrumentais dos docentes. Na “Emancipação pelas práticas de Educação em Saúde”, o protagonismo do discente no processo de ensino-aprendizagem o leva a compreender a dimensão comunicativa da Educação em Saúde. Em um primeiro momento, a Educação em Saúde não era vista pelos educandos como uma prática pedagógica. No entanto, houve uma mudança neste conceito por parte dos sujeitos a partir da apropriação de saberes, proporcionada pela emancipação dos alunos no processo ensino-aprendizagem. Depreende-se que a Educação em Saúde torna-se uma prática pedagógica quando, no processo de elaboração e aplicação da ação Educativa em Saúde, esta é capaz de promover o protagonismo e a emancipação do aluno no papel de educador – da comunidade e de si mesmo. Contudo, os achados sinalizam um distanciamento no aporte teórico-prático em algumas disciplinas do currículo e uma conseqüente necessidade de mudança na gestão educacional na área de Educação em Saúde no sentido de o docente promover um espaço emancipatório de aprendizagem para o discente.

Descritores: Educação em Saúde, educação em enfermagem, estudantes de enfermagem, currículo.

ABSTRACT

SOUZA, Danielle Costa de. **HEALTH EDUCATION IN THE NURSE TRAINING: an emancipatory space**, 2017. Doctoral Thesis, Rio de Janeiro Federal University, Anna Nery Nursing School, 2017.

The object of the present study was Health Education (HE) proposed as a pedagogical practice and mediator of an emancipatory space in the teaching-learning process of training nurses. The defended thesis is that the practice of Health Education by the nursing student in his/her learning process provides conditions to expand his/her reflection about the embodied reason in knowledge, language and action leading him/her to exercise his/her power of argumentation and criticism, expressed in the integrated planning to the collectivities that are based on the course curriculum disciplines. The objectives of the research were: To describe the experiences of this group about the HE practices at the undergraduate course; To show the HE practices developed by students in the ESI-I and to discuss the HE contribution as a pedagogical practice for the student autonomy developed in the discipline ESI-I. This is a qualitative research, with an exploratory and descriptive approach, using the action-research method and the participatory observation research technique. The thesis finds theoretical support in the contributions on the Jürgen Habermas' Theory of communicative action, specifically on the "World of Life", "emancipation" and "communicative action" concepts. The work was developed at the University of Grande Rio, Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, Barra da Tijuca unit and at the Padre José de Azevedo Tiúba Family Clinic, located in Jacarepaguá. Participants of the study were students of the 9th period of the Nursing course of UNIGRANRIO. The results indicate that the participants were predominantly female, with a higher concentration of students in the 18 to 28 age group, single and childless, from the Southeast region of the country. The majority had a working relationship and came from public primary and secondary education institutions. For 100% of them, it was the first undergraduate course and 52.63% had a technical course in Nursing. The teaching strategies that most impacted in HE practices during undergraduate were realistic simulation and case study. The HE practices developed in the ESI-I were described in this study. Results were analyzed in two dimensions. In "Education for health in the world of students' ideas", we observe a distance between the actual and the intended HE. Perhaps, due to the theoretical and practical demands involved in the instrumental actions of teachers. In the "Emancipation for health education practices", the protagonism of the student in the teaching-learning process leads him/her to understand the communicative dimension of HE. At first, HE was not seen by the students as a pedagogical practice.

However, there was a change in this concept by the subjects of the appropriation of knowledge, provided by the emancipation of the students in the teaching-learning process. It follows that Health Education may be considered a pedagogical practice when, in the process of elaboration and application of educational action in health, it is able to promote protagonism and emancipation of the student as an educator – of the community and of oneself. However, our findings indicated a dissociation between the theoretical-practical support and the curricular subjects, as well as a consequent need for changes of the educational management in the Health Education field so that professors may promote an emancipatory learning space for the student.

Descriptors: health education, nursing education, nursing students, curriculum.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CEP/CONEP	Comissão de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CFPJAE	Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba
CINAHL	<i>The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSEPE	Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão
DCDG	Doenças Crônico-Degenerativas
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DST	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF	Equipe Saúde da Família
ESI	Estágio Supervisionado Integralizador
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBC	Instrumentos Básicos do Cuidar
IES	Instituições de Ensino Superior
JPEG	<i>Joint Photographic Experts Group</i>
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Passeio Ambiental
PA	Pressão Arterial
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROCE	Pró-Reitoria Comunitária e de Extensão
PROCIEPE	Programa Curricular na Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão
PSE	Programa Saúde da Escola
PUBMed	Arquivo digital produzido pela <i>U.S. National Library of Medicine</i>
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS E ESQUEMAS

Quadro I: Detalhamento da sequência metodológica da Pesquisa-Ação.....	68
Quadro II: Perfil sócio-demográfico dos participantes do estudo (discentes de enfermagem regularmente matriculados no nono período da Universidade Professor José de Souza Herdy – (UNIGRANRIO).....	76
Quadro III: Representação da Saúde da Escola na equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	84
Esquema 1: Operacionalização da pesquisa-ação	59
Esquema 2: Etapa prévia da operacionalização da pesquisa-ação	60

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Representação das Estratégias de ensino presentes no ideário do discente de Enfermagem, Brasil, 2016.....	75
Tabela 2: População cadastrada na equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	81
Tabela 3. Representação de pacientes hipertensos e diabéticos da equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	81
Tabela 4: Representação das gestantes acompanhadas no pré-natal, na equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	82
Figura 1: Mapa da área de abrangência da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	57
Figura 2: Linha do Tempo sobre as ações de Educação em Saúde realizadas na graduação em Enfermagem do 1º ao 8º período na UNIGRANRIO, Brasil, 2016.....	77
Figura 3: Convite realizado pelos discentes de enfermagem para Educação em Saúde, grupo de gestantes na Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	78
Figura 4: Fotografia da Educação em Saúde roda de gestantes realizada pelos discentes de enfermagem para Educação em Saúde, grupo de gestantes na Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	79
Figura 5: Fotografia da Comunidade do Marcão em Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	83
Figura 6: Fotografia do Comércio na Comunidade do Marcão em Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.....	83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO ESTUDO.....	20
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	23
1.2.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem.....	26
1.2.2 Objeto do estudo.....	28
1.2.3 Questões norteadoras.....	28
1.2.4 Objetivos.....	28
1.3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	29
1.4 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	29
1.4.1 Contribuição social.....	30
1.4.2 Contribuição científica.....	31
1.4.3 Contribuição na assistência de enfermagem.....	31
2 BASES CONCEITUAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	32
2.1 TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS NA PRÁTICA EDUCATIVA	32
2.1.1 Tendências pedagógicas na prática educativa em Enfermagem.....	38
2.2 COMPREENSÃO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	38
2.3 COMPREENSÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	39
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	45
3.1 BASE TEÓRICA.....	45
3.1.1 A Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas: conceitos e possibilidades de aplicação na Educação em Saúde.....	45
3.2 BASE METODOLÓGICA.....	49
3.2.1 Tipo de estudo.....	49
3.2.2 Método de pesquisa – pesquisa-ação e seu desenvolvimento na produção de informações.....	50
3.2.3 Participantes da pesquisa.....	53
3.2.4 Descrição dos cenários.....	54
3.2.4.1 A Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” – UNIGRANRIO.....	54

3.2.4.2 A Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba.....	54
3.2.5 Instrumentos de trabalho de campo e Técnicas de pesquisa.....	56
3.3 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO / MOMENTOS DA PESQUISA-AÇÃO.....	58
3.3.1 Etapa prévia – Acolhimento	59
3.3.2 Primeiro momento – Investigação	60
3.3.3 Segundo momento – Tematização	63
3.3.4 Terceiro momento – Programação ação	65
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	68
4 RESULTADOS	69
4.1 O CURRÍCULO DA UNIGRANRIO E O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	69
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	72
4.3 DESCRIÇÃO DAS VIVÊNCIAS DOS DISCENTES SOBRE AS PRÁTICAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIGRANRIO.....	74
4.3.1 Práticas de ensino que mais impactaram ao longo da graduação	74
4.3.2 Repensando as práticas em Educação em Saúde – Café Mundial	74
4.3.3 Ações de Educação em Saúde – Linha do Tempo	75
4.3 RETRATO DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDA PELOS DISCENTES NA DISCIPLINA ESTÁGIO SUPERVISIONADO INTEGRALIZADOR – I.....	77
4.3.1 Grupo de estudos	77
4.3.2 Material didático	77
4.3.3 Grupo de Gestantes - “Roda de Barrigas”	78
4.4 RESULTADOS SECUNDÁRIOS.....	79
4.4.1 Dados do prontuário eletrônico vitacare / Diagnóstico Equipe Lagoas	79
4.4.2 Passeio ambiental	81
5 DISCUSSÃO	84
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	84
5.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNDO DA VIDA DOS DISCENTES.....	87
5.2.1 O Mundo da Vida do discente e a Educação em Saúde	87

5.2.2 A Educação em Saúde realizada e pretendida.....	91
5.3 A EMANCIPAÇÃO PELAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	98
5.3.1 O discente como protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem.....	100
6 CONCLUSÕES.....	107
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	118
APÊNDICE B: CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	120
APÊNDICE C: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE.....	121
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	122
APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO DIÁRIO DE CAMPO.....	125
APÊNDICE F: ORDENAÇÃO DOS DADOS.....	126
ANEXO 1: Competências e habilidades de acordo com a Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001.....	135
ANEXO 2: Estrutura curricular resumida do curso de graduação em enfermagem da Universidade Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, 2013.....	136

1 INTRODUÇÃO

1.1 A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa tem por objeto de estudo a Educação em Saúde como prática pedagógica e dinamizadora de um espaço emancipatório no processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro em formação.

A dimensão das práticas pedagógicas no processo ensino-aprendizagem despertou minha atenção logo no início da minha carreira como professora universitária, em agosto de 2009, a partir da minha aprovação em processo seletivo para ingressar o corpo docente da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, localizada no município do Rio de Janeiro. Particularmente, o interesse pelas práticas na estruturação do projeto pedagógico do curso de Enfermagem desta Instituição, em que me formei e nela optei por trabalhar.

Sobre as práticas pedagógicas, Zabala (1998) traz o argumento da atuação profissional baseada no pensamento prático, mas com capacidade reflexiva e acrescenta ainda que necessitamos de meios teóricos para que a análise da prática seja verdadeiramente reflexiva. Estes meios, variáveis, elementos teóricos ou dimensões da prática pedagógica envolvem: os parâmetros institucionais, as tradições metodológicas e os meios e condições físicas.

As práticas pedagógicas se efetivam a partir do diálogo, crítico e reflexivo, que se estabelece entre professores e alunos com as suas múltiplas intencionalidades e ações. Para efeito do presente estudo, considero a prática pedagógica como uma instância que medeia a relação com o outro, oferecendo espaço de possibilidades para a ampliação do conhecimento e ressignificação de práticas escolares. Destaco ainda que as dimensões apoiam as práticas pedagógicas no cumprimento do planejamento para que os alunos possam transitar pelo sistema educativo.

Neste sentido, Habermas integra este estudo quando vincula o processo comunicativo, na relação professor-aluno e as intencionalidades do processo de formação docente. Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão contemporâneo, nasceu em Düsseldorf, no dia 18 de Junho de 1929. Herdeiro de um grupo formado por filósofos e cientistas sociais, a Escola de Frankfurt, é considerado um crítico das práticas sociais e reconhecido internacionalmente pela contribuição com as formulações da Teoria da Ação Comunicativa. Por isso, Habermas tornou-se o principal representante da segunda geração da escola.

Desde o início da docência, tive a oportunidade de trabalhar com estratégias de ensino que possibilitam o enriquecimento do processo ensino-aprendizagem, tanto pelo docente quanto pelo discente. Dentre as estratégias utilizadas no curso de graduação em Enfermagem da instituição, o Portfólio¹ chamou minha atenção porque, durante sua elaboração, o discente passa a construir seu material pedagógico com aquilo que lhe interessa, com as questões que lhe trazem mais curiosidades, mais questionamentos e nas que exigem mais dificuldades de produzir suas próprias respostas. Desta forma, o graduando procura descobrir seus limites e suas possibilidades.

Assim, iniciei em 2011 o mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago, desenvolvi a pesquisa intitulada “A *Internet* no ensino de graduação em enfermagem: Recurso para construção de Estratégia”, na qual abordei a utilização da *internet* pelo graduando de enfermagem na UNIGRANRIO na construção de um *portfólio* de autoavaliação na disciplina Estágio Supervisionado Integralizador I.

Os resultados desta pesquisa apontaram que o percurso do processo ensino-aprendizagem com o *portfólio* é gratificante, favorecendo o diálogo e permitindo que o discente acompanhe o seu processo, sendo capaz de perceber avanços e, ainda, a consolidação de saberes. Nossas discussões evidenciaram que as vantagens foram muito mais valorizadas pelos conteúdos dos discursos analisados em comparação às desvantagens, quando se adota o *portfólio* como uma estratégia pedagógica no processo ensino-aprendizagem. A *internet* foi considerada a principal fonte de busca e saber, além de uma forma de sociabilidade para o graduando de enfermagem (SOUZA, 2013).

Ao longo da minha trajetória profissional docente-assistencial, sempre procurei utilizar estratégias educacionais capazes de desenvolver propostas curriculares centradas nas competências de uma prática educacional de ensino pautada na interação com o discente e na construção do conhecimento, bem como aproximar a teoria da prática assistencial. O PPC de Enfermagem da instituição no qual atuo foi construído para formar enfermeiros tendo como fundamentação os princípios da Metodologias Ativas de Ensino.

¹ A palavra portfólio tem origem da palavra “portafoglio” (pasta onde se guardam folhas soltas – não necessariamente soltas). O termo deriva do verbo latino “portare” (transportar) e do substantivo “foglio” (folha) e designa a pasta que contém desenhos, fotos, textos, pautas de músicas, relatórios, provas, etc., de profissionais diversos ou de alunos. Originalmente sua concepção veio do mundo das artes, estendendo ao Jornalismo, à Arquitetura, com o sentido de coleção de trabalhos significativos destes profissionais (SOUZA, 2013b, p.51). O portfólio é mais do que uma coleção de trabalhos do aluno. Não é uma pasta onde se arquivam textos. A seleção dos trabalhos a serem incluídas é feita por meio de autoavaliação crítica e cuidadosa, que envolve o julgamento da qualidade da produção e das estratégias de aprendizagem utilizadas (VILLAS BOAS, 2010, p.39).

Diante disso, iniciei em abril de 2012 o Projeto de Extensão Universitário intitulado “Consulta de Enfermagem à Criança e à Mulher no Ambulatório Nilza Cordeiro Herdy”, aprovado pela Pró-Reitoria Comunitária e de Extensão (PROCE) sob o número de cadastro 093/12. Tal projeto de extensão teve como objetivo principal assistir a criança desde a alta da maternidade até os quinto ano de vida, visando a promoção da saúde e prevenção de seus agravos, por meio de ações integrais de saúde, bem como assistir a mulher na idade de 15 a 60 anos na consulta de enfermagem com ênfase na coleta do exame citopatológico e exame clínico das mamas, tendo como elemento essencial neste processo a Educação em Saúde.

Mais particularmente, ao final do curso de mestrado e durante o desenvolvimento do projeto de extensão, minhas inquietações pedagógicas quanto à forma como as ações de Educação em Saúde eram realizadas na graduação tornaram-se ainda mais patentes. Então, fiz o exercício de resgatar em minha memória quais atividades de Educação em Saúde eu havia realizado enquanto acadêmica. Exercício este que veio a nortear a presente investigação.

Recordei-me da disciplina Estágio Supervisionado, realizada no 8º período, na comunidade de Jardim Gramacho, em Duque de Caxias. As ações aconteciam mediante o pedido do professor ou a partir do que estava previamente determinado pelo plano de ensino da disciplina – seguindo-o estritamente. Lembro que elaborávamos cartazes sobre hipertensão, diabetes e doenças sexualmente transmissíveis. Não me recordo de outros temas.

Com base em minhas vivências docente-assistenciais na mesma instituição em que me graduei enfermeira, não obstante a nova matriz curricular da Universidade, percebo que um distanciamento no aporte teórico-prático referente à Educação em Saúde em algumas disciplinas do currículo se perpetua. Por isso, venho buscando ressaltar com os discentes a importância das ações de enfermagem pautadas na qualidade do cuidado, bem como a ampliação de ações integradas junto aos alunos na promoção de saúde para a população por meio da Educação em Saúde, promovendo o desenvolvimento de competências essenciais durante o processo de formação do futuro enfermeiro.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

A Educação em Saúde pode ser entendida como um processo educativo dinâmico que, defrontando-se com as situações individuais e coletivas que alteram a qualidade de vida do indivíduo, conscientiza, sensibiliza e mobiliza o meio em que se insere. A Educação em Saúde promove a construção de conhecimentos em Saúde na população a partir de um conjunto de

práticas participativas e libertadoras que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e para minimizar as possíveis complicações nos agravos à saúde (BRASIL, 2009; PEREIRA et al., 2015, p. 333; SALCI et al., 2013). Em outras palavras, a Educação em Saúde tem, por finalidade primordial, a promoção da saúde por meio da inclusão social e da promoção da autonomia das populações na participação em saúde (PEREIRA et al., 2015, p. 333).

Segundo as Diretrizes de Educação em Saúde (2007), a promoção da saúde é estabelecida como:

[...] um paradigma que ganhou visibilidade com a Carta de Ottawa², ao definir que a melhoria da qualidade de vida é “resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e, também, biológicos”. Este conceito foi fortalecido nas demais conferências mundiais de saúde, como: Adelaide; Sundsvall; Bogotá; Jacarta; V Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada em junho de 2000, na Cidade do México e, mais recentemente, na VI Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, na Tailândia, em 2005. Esta Conferência teve saldo positivo por promover uma ampla discussão do contexto atual e suas repercussões para a saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2007, p. 24-25).

A Carta de Ottawa² propõe cinco campos de atuação, sendo elas: políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Salci et al. (2013, p. 226) destacam as ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais, pois através dela se pode trabalhar a autonomia do indivíduo, estimulando sua capacidade com um variado rol de estratégias de Educação em Saúde, dando ênfase em programas educativos voltados para os riscos comportamentais e hábitos passíveis de mudança. Assim, a Educação em Saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de Saúde para que esses respondam às necessidades da população.

Salci et al. (2013) a partir de Matta (2009) enfatizam que a Educação em Saúde é desenvolvida para alcançar saúde, sendo considerada “[...] um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objeto sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida”. A finalidade primordial da Educação em Saúde é a promoção da saúde.

Nesse sentido, podemos identificar duas diferentes abordagens da Educação em Saúde. A primeira, tradicional, é fundamentada no modelo biomédico, que é centrado na prevenção da

² Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá (BRASIL, 1996, p.5).

doença e no profissional de saúde como o detentor do saber e promotor da saúde. A segunda, dialógica, que vai ao encontro da definição de Educação em Saúde ora apresentada e que busca uma compreensão da situação de saúde, dentro de um contexto biopsicossocial, bem como a promoção da autonomia das pessoas no cuidado com a saúde.

Assim, dentro da perspectiva dialógica, a Educação em Saúde se torna uma prática pedagógica conduzida por um pensamento reflexivo, onde quem ensina e quem aprende estão mutuamente interligados e intencionalizados com a modificação da realidade social em que se encontram.

Franco (2015, p. 63) afirma que as práticas pedagógicas são necessárias para a organização das intencionalidades descritas no projeto educativo, tendo em vista o pensamento crítico emancipatório:

Práticas que se realizam para organizar/potencializar/interpretar as intencionalidades de um projeto educativo, argumentadas a favor de outra epistemologia da pedagogia: uma epistemologia crítico emancipatória, que considera ser a pedagogia uma prática social conduzida por uma pensamento reflexivo sobre o que ocorre nas práticas educativas, bem como por um pensamento crítico do que pode ser a prática educativa.

Por meio dela, os sujeitos envolvidos no processo desenvolvem sua própria construção e residem em torno de uma prática subjetiva, a qual os estimula a serem participantes de um movimento que viabiliza a transformação do mundo em que vivem, inserindo-os em uma perspectiva emancipatória. Esta prática pedagógica objetiva a aquisição de novos comportamentos e atitudes para os alunos.

Nesse contexto, Jesus et al. (2012, p. 436) descreve que “[...] para atingir o objetivo a que se propõe, a Educação em Saúde demanda a participação de diversos atores sociais, incluindo os profissionais de saúde”, sendo, o enfermeiro, um dos principais eixos norteadores na ação educativa nos diversos cenários assistenciais.

Esse papel do enfermeiro é estabelecido legalmente, na Lei de número 7.498, de 1986, que *dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências*. Em seu artigo 11º, ela assegura que, ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, cabe-lhe a “educação visando à melhoria de saúde da população” (BRASIL, 1986).

Assim, a Educação em Saúde reveste-se de sentido na formação do enfermeiro, sendo “[...] um conteúdo indispensável ao curso de graduação em enfermagem” (JESUS et al. 2012, p.438). Entretanto, o modo como as disciplinas são estruturadas nem sempre permite o desenvolvimento de habilidades de Educação em Saúde, impossibilitando a articulação entre a teoria e a prática (ibid, p.439).

Portanto, o desenvolvimento de competências e habilidades são fundamentais para que o discente, possa reconhecer-se como apto a exercer o papel de educador em Saúde concernente ao enfermeiro. Contudo, para o cumprimento dessas competências, torna-se necessário o desenvolvimento da Educação em Saúde nos campos de estágios e na própria Universidade. Particularmente, no que tange ao processo de formação do enfermeiro, uma vez que um dos fatores que podem contribuir expressivamente para a não realização desta atividade é a falta de instrumentalização desses profissionais (JESUS et al., 2012). “[...] fica evidente que há fragilidades no desenvolvimento das competências educativas do enfermeiro, pois o estudante repete a ação de transmitir conforme a experiência adquirida em sala de aula e no ensino clínico” (ibid, p. 440).

Diante das apreciações feitas, podemos sugerir que o empoderamento da Educação em Saúde enquanto prática pedagógica é um aspecto crítico na formação do enfermeiro, de modo a gerar estudantes e futuros profissionais capazes de construir conhecimento para o exercício de competências e habilidades. Portanto, é imprescindível que a Educação em Saúde esteja estruturada no currículo e que seja estimulada em todo o segmento do currículo, devendo estar corporificada à formação do enfermeiro.

Em contraste, o que se observa é um distanciamento no aporte teórico-prático referente à Educação em Saúde em algumas disciplinas do currículo. Observa-se de modo empírico que este distanciamento possa estar relacionado a demandas de ações teóricas e práticas envoltas nas ações instrumentais (técnicas) dos docentes, o que levam o discente a não compreender a dimensão comunicativa da Educação em Saúde. É fundamental reforçar que a Educação em Saúde não deve acontecer somente na Atenção Primária à Saúde (APS), mas, em variados cenários em que a assistência à saúde é realizada, atendendo aos princípios do SUS.

Existe uma interferência de como o docente faz a condução da Educação em Saúde com os discentes e, conseqüentemente, traz reflexos para as coletividades. Percebe-se, empiricamente, que a forma como o docente instiga o discente para que dê prosseguimento à Educação em Saúde proporcionará motivação ao grupo estimulado/comunidade.

Quando desafiados por um educador crítico, os alunos começam a compreender que a dimensão mais profunda de sua liberdade encontra-se precisamente no reconhecimento das coerções que podem ser superadas (FREIRE, 2002). Desta forma, percebem nesse processo que devem se exercitar a crítica e reflexão para atingir a compreensão de que é impossível negar o poder constitutivo de sua consciência na prática social de que participam.

1.2.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, redesenha o sistema educacional brasileiro em todos os níveis. A referida Lei traz alterações importantes no cenário da educação superior e define, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996). Neste aspecto, destacamos o ensino na área de Saúde, em especial a Enfermagem.

Considerando que a formação em Saúde é um assunto que encontra-se em expansão, tornando-se urgente sua compreensão no âmbito da Graduação em Enfermagem. Com a regulamentação da LDBEN, estabeleceram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de Graduação. Em 7 de dezembro de 2001, foi homologada a Resolução nº 03 de 7/11/2001 (BRASIL, 2001) pela qual instituíram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF).

Nesse sentido, encontramos sustentação nas afirmações de Pires et al. (2014, p.705), que são categóricos quando se trata do: “o trabalho do enfermeiro não é fácil de ser desenvolvido, considerando que há de se ter habilidades e competências específicas para dar conta da complexidade que envolve o processo laboral da saúde e da enfermagem”.

Por muito tempo, as Instituições de Ensino Superior (IES) formaram profissionais com base no modelo de ensino tradicional, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Do mesmo modo, as estratégias utilizadas pelo docente para o alcance do ensino e aprendizagem seguiam o mesmo modelo. Atualmente, as diretrizes enfatizam a necessidade e o dever das IES em formar profissionais de saúde voltados para as necessidades do SUS, com a finalidade de adequar a formação às necessidades de saúde da população brasileira. Neste respeito, as Diretrizes Curriculares Nacionais orientam as instituições formadoras sobre suas práticas com interface com as atividades profissionais, a saber:

As instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos. Considerando-se, ainda, que a graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas e que os conhecimentos e competências vão se transformando velozmente, torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender (BRASIL, 2001).

Os Cursos de Graduação em Enfermagem têm como perfil do egresso a formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo. Este deve ter a qualificação para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes; capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

De acordo com o Artigo 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Curso de Graduação em Enfermagem, de uma forma geral, deve visar a formação do enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo e ainda determina que a formação do enfermeiro tenha por objetivo dotar o profissional de conhecimentos requeridos de competências e habilidades. As Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem, enfatizam a construção de um perfil profissional em que o enfermeiro se constitua em um sujeito crítico, participativo, com qualidade política e humanista.

Em relação às competências específicas citadas nas DCN/ENF (ANEXO 1), referindo-se que o profissional deve “promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social” e que ele deve “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).

Além disso, consta na Lei n.7.498/86 que dispõe “sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências” em seu artigo 11º destaca: “Ao enfermeiro tem como responsabilidade enquanto membro integrante da equipe de saúde “educação visando a melhoria da população” (BRASIL, 1986).

Este perfil contemporâneo dos profissionais de saúde fundamenta-se em novas propostas pedagógicas, onde as metodologias de ensino são referendadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação. No que se refere ao curso de graduação, as Diretrizes foram instituídas no inciso I do art. 3º da Resolução CNE/CES 3/2001. Tais leis integram características orientadoras para o futuro exercício da profissão, norteadas em princípios éticos, humanistas e que o capacitam ao desenvolvimento da autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde, atuando com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Acioli (2008, p. 118) destaca a

necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática no ensino superior.

1.2.2 Objeto de estudo

Esta pesquisa tem por objeto a Educação em Saúde como prática pedagógica e dinamizadora de um espaço emancipatório no processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro em formação.

1.2.3 Questões norteadoras

Dessa maneira, formularam-se as seguintes questões norteadoras para o desenvolvimento desta pesquisa:

- I. Como os discentes do curso de graduação em Enfermagem da Unigranrio concebem a Educação em Saúde na sua formação?
- II. Como é desenvolvida a prática da Educação em Saúde pelos discentes na disciplina Estágio Supervisionado Integralizador – I, do curso de graduação em Enfermagem?
- III. De que modo a prática da Educação em Saúde contribui para autonomia dos discentes?

1.2.4 Objetivos

Os objetivos a serem contemplados a partir do objeto de estudo são:

- a. Descrever as experiências dos discentes sobre as práticas da Educação em Saúde desenvolvidas no Curso de Graduação em Enfermagem;
- b. Analisar as práticas da Educação em Saúde desenvolvidas pelos discentes na disciplina Estágio Supervisionado Integralizador – I, do curso de graduação em Enfermagem;
- c. Discutir a contribuição da Educação em Saúde como prática pedagógica para a autonomia do discente desenvolvidas na disciplina ESI-I.

1.3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A proposta de apresentar a Educação em Saúde como prática pedagógica emancipatória para o enfermeiro é relevante para Enfermagem, pois a percebemos como mediadora dos cuidados com a saúde. Nesta perspectiva, almejamos, a partir deste estudo, contribuir para que o discente perceba que ele é corresponsável pelo seu processo de ensino-aprendizagem, fortalecendo, assim, a ideia de que a Educação em Saúde, enquanto prática pedagógica seja capaz de promover o protagonismo e a emancipação do aluno no papel de educador – da comunidade e de si mesmo, trazendo resultados positivos frente a esta realidade.

Acreditamos que a proposta do presente estudo seja relevante também para os docentes de Enfermagem que valorizam o processo ensino-aprendizagem, mormente aqueles concernentes à participação direta do discente, bem como o reconhecimento do cuidado como eixo norteador das ações da Enfermagem.

De acordo com nossa experiência particular em relação a disciplina Estágio Supervisionado, à medida que o discente é incentivado e motivado pelo docente, ou instigado pelo mundo da vida, ele passa a desempenhar o papel de educador no que tange à Educação em Saúde. Desta forma, o discente se vê participante do seu processo de ensino-aprendizagem, no qual adota ações críticas e criativas referenciadas na realidade epidemiológica e das práticas em saúde necessárias ao modelo de atenção à saúde brasileira. O discente passa a ver a possibilidade de resolver os problemas de saúde, cuja natureza do problema do problema é pedagógica, com a realização de práticas educativas. Portanto, torna-se um profissional comprometido com o desenvolvimento social.

O presente estudo enquadra-se como pesquisa científica e tecnológica em saúde, que, de acordo com a crescente percepção existente desde os anos oitenta, é essencial para a melhoria das condições de vida e de saúde das populações (BRASIL, 2008).

1.4 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Nosso interesse especial sobre a temática deve-se, em grande parte, pelo fato de exercermos a docência de Enfermagem nos níveis da graduação, em uma instituição privada, desenvolvendo atividades pedagógicas que auxiliam o processo ensino-aprendizagem desse graduando.

Destacamos o objeto deste estudo que integra a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq), no segmento 21, destinado à gestão do trabalho e Educação em Saúde, quando retrata no item 21.2.8 as experiências educacionais em saúde, seja nos serviços e na comunidade, face à estrutura, legislação e articulação com o setor educacional, justificando-se, portanto, sua elaboração, implementação e execução. Seu desenvolvimento e divulgação faz parte da produção do Núcleo de pesquisa em educação e saúde em enfermagem – NUPESENF”, do Departamento de Metodologia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

1.4.1 Contribuição social

- ✓ Fornecerá subsídios tanto para o ensino de Graduação como para o de Pós-Graduação em Enfermagem na área de Educação em Saúde;
- ✓ Contribuirá na formação de profissionais cuja atuação possa estar mais voltada para os fatores que conformam a realidade de cada território, ou seja, um enfermeiro que possa articular dinamicamente ensino, trabalho, comunidade, teoria e prática, de maneira crítica, reflexiva e criativa;
- ✓ Contribuirá para construção de novas estratégias que possam estimular o processo ensino-aprendizagem, visto que a pesquisa vislumbra como tema principal a Educação em Saúde como uma atividade pertinente do enfermeiro;
- ✓ Inclusão de profissionais a longo prazo com competências e habilidades para desenvolver os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, de modo a atender a necessidades da população;
- ✓ Contribuirá para que os profissionais dos serviços, os parceiros e a comunidade se debruçam sobre a realidade, conhecendo e compreendendo os problemas da comunidade, a fim de atuar com ela.

1.4.2 Contribuição científica

- ✓ Contribuirá para o desenvolvimento de futuros projetos educacionais, experiências bem sucedidas, exemplos de qualidade e eficiência, proporcionando assim novas formas de acesso ao conhecimento que também são viáveis através da educação;
- ✓ Subsidiará outras pesquisas em enfermagem acerca da temática em tela, objetivando, dentre outros aspectos, o aprofundamento e a discussão acerca das diferentes estratégias utilizadas no processo ensino-aprendizagem;

- ✓ Evidenciará que os ambientes acadêmicos podem ter um enriquecimento a respeito da utilização da Educação em Saúde como uma prática pedagógica para formação de discentes que valorizem o senso comum com subsídio de trabalho;
- ✓ A metodologia empregada neste estudo, pesquisa-ação, possibilitará uma maior compreensão sobre a Educação em Saúde interligada ao processo ensino-aprendizagem em enfermagem e propiciará transformações tanto na realidade na comunidade assistida quanto, enriquecerá a vivência dos alunos;
- ✓ Contribuirá para que o discente perceba que ele é corresponsável pelo seu processo de aprendizagem, bem como sua participação direta no processo avaliativo para o planejamento e execução da atividade de Educação em Saúde;
- ✓ Contribuirá para estimular o binômio ensino-aprendizagem, visto que a pesquisa vislumbra como tema principal a Educação em Saúde como uma atividade fundamental para qualquer cenário de atuação do enfermeiro.
- ✓ Por fim, dentro da perspectiva teórica, o presente se propôs a contribuir para o preenchimento da lacuna no conhecimento sobre a junção do referencial teórico de Habermas “O agir comunicativo” e “método pesquisa-ação”.

1.4.3 Contribuição na assistência de enfermagem

- ✓ Contribuirá para que os programas de Saúde não se limitem a iniciativas que visem apenas informar a população sobre os problemas de saúde. Mas, sim considerando os valores, costumes e modelos sociais;
- ✓ Contribuirá para atuação de um profissional enfermeiro educador reflexivo;
- ✓ Contribuirá para que o usuário seja capaz de compreender e atuar em seu próprio cuidado, apresentando mudanças no processo saúde-doença por meio da elevação de sua autoestima e de sua promoção da saúde.

2 BASES CONCEITUAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.1 TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS NA PRÁTICA EDUCATIVA

Sobre as tendências pedagógicas, trazemos um conceito sobre Educação desenvolvida por Cabral e Martins (2009) com base em Luckesi (1994) e Saviani (2008):

Educar não significa simplesmente transmitir e adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação, as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade. Assim, não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação na e para a sociedade.

Deste modo, compreendemos que a Educação utiliza os processos e técnicas pedagógicas, a qual objetiva a socialização de conhecimentos e formação de sujeitos, tendo como base as diversas relações humanas. Neste cenário, a relação educador/educando sempre foi e será tema recorrente de discussão acerca da forma pela qual o processo de ensino-aprendizagem é compreendido no âmbito acadêmico. Freire (2011), ao se referir sobre as relações bancárias e autoritárias entre educador e educando, afirma que “se o educador é o que sabe, se os educandos são os que nada sabem, cabe àquele dar, entregar, levar, transmitir o seu saber aos segundos”.

Por sua vez, no tocante às especificidades da Educação, Morin (2004) enfatiza que o objetivo da educação não é o de transmitir conhecimentos sempre mais numerosos ao aluno, mas o “de criar nele um estado interior e profundo, uma espécie de polaridade de espírito que o oriente em um sentido definido, não apenas durante a infância, mas por toda a vida (MORIN, 2004, p. 47).

No exercício da prática educativa, considerando-se uma realidade social, existem variadas formas de desenvolvê-la por meio de modelos pedagógicos que fundamentam suas atividades. As concepções de tais práticas são norteadas pelas tendências pedagógicas, forma pela qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem. Elas se referem à maneira predominante pela qual se efetua o processo educativo. É oportuno salientar que, muitas vezes em um mesmo cenário acadêmico, educadores expressam processos pedagógicos diferentes de tendências utilizadas. Neste capítulo, abordar-se-ão as concepções identificadas por Libâneo (2003), Saviani (2008), e contribuições de outros expoentes da história educacional, os quais dedicaram grande parte de suas vidas ao avanço do sistema educacional.

Libâneo, em torno deste assunto, divide as tendências pedagógicas em dois grupos, sustentadas em sua obra “A democratização da escola Pública”, onde objetiva encontrar um modelo adequado a uma escola brasileira, com crianças brasileiras. O primeiro grupo, denominado de “Pedagogia liberal” sustenta a ideia de que a escola tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais, de acordo com suas aptidões individuais, onde os mesmos precisam aprender adaptar-se aos valores e às normas vigentes na sociedade, através do desenvolvimento da cultura individual. A Educação, nesse caso, é compreendida como instrumento de equalização social.

Libâneo (2003) diz que a pedagogia liberal surge como defensora da liberdade individual na tentativa de organizar uma sociedade baseada na propriedade privada dos meios de produção, na qual a escola prepara os indivíduos para exercerem seu papel social, determinado por sua aptidão pessoal.

Integradas à “Pedagogia Liberal” ou “não-crítica”, destacam-se a Pedagogia Tradicional, a pedagogia renovada e a “politicizada pedagogia tecnicista” (COELHO & MIRANDA, 2015). A denominação “concepção pedagógica tradicional” ou “pedagogia tradicional” foi introduzida no final do século XIX com o advento do movimento renovador que, para marcar a novidade das propostas que começaram a ser veiculadas, classificaram como “tradicional” a concepção até então dominante.

A Pedagogia Tradicional estabelece uma didática assentada na transmissão cultural, exigindo uma atitude receptiva do aluno e impedindo a comunicação entre eles. Os conteúdos escolares e os procedimentos didáticos não são relacionados com o cotidiano e os interesses do educando, tampouco com sua realidade de vida.

O modelo tradicional citado por Pires et al. (2014) trazido por Backes (2005) é pautado na transmissão de conhecimento compartimentalizado, absolutizado, com práticas de ensino e de avaliação que destacam a memorização e a reprodução de conhecimentos. Nesta perspectiva, o professor transmite o conteúdo como uma verdade a ser absorvida. Coelho e Miranda (2015) sobre a tendência tradicional mencionada por Libâneo, enfatizam que ela foca em conteúdos e procedimentos centrados nas regras dos professores.

Em relação a Pedagogia Renovada ou Escola Nova, Libâneo cita que essa corrente assume um princípio norteador de valorização do aluno como ser livre, ativo e social. A tendência renovada reconhece o aluno como foco do saber, tendo o ensino direcionado às suas necessidades (COELHO & MIRANDA, 2015, p. 1717). O educando é considerado como o centro do processo educativo, onde se proporciona um ambiente favorável ao autodesenvolvimento e valorização do “eu” do aluno. É uma tendência que superestima a

autoeducação, a descoberta. “Trata-se de ‘aprender a aprender’, ou seja, é mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito” (LUCKESI, 1994, p.58).

Esta é dividida em Renovada Progressivista, a qual trabalha a singularidade dos indivíduos e a Renovada não Diretiva, com objetivos de desenvolvimento pessoal e relações interpessoais (COELHO & MIRANDA, 2015).

Na Pedagogia tecnicista, acentua-se o caráter prático-técnico do ensino e sua neutralidade face às questões sociais. Esta pedagogia concentra-se no modelo de conduta altamente controlada e dirigida pelo professor, através de técnicas específicas. Os conteúdos programáticos são tratados de forma objetiva e repassados através de manuais, livros didáticos e recursos audiovisuais. Também chamada de “Pedagogia do condicionamento”, proliferou-se nos anos 70, inspirada nas teorias comportamentais de autores como Skinner, Gagné, Bloom e Mager.

O segundo grupo, classificado como “Pedagogia progressista” parte de uma perspectiva crítica do mundo, designando uma tendência a enfatizar implicitamente as finalidades sócio-políticas da educação. Ao lado de outras práticas sociais, a educação/pedagogia progressista caracteriza-se como instrumentos de luta dos professores. O autor reconhece que há muitas dificuldades de institucionalização de tal método dentro de uma sociedade capitalista.

Ao contrário da pedagogia liberal nesta, as dimensões socioeconômicas são levadas em conta, constituindo-se como fatores determinantes e condicionantes dos fenômenos educativos.

As “Tendências Progressistas”, enfatizam, a reflexão e o desenvolvimento da consciência crítica por meio da educação, onde a construção do conhecimento é desenvolvida de forma coletiva e participativa, acentuando-se a relevância no estudo dos determinantes sociais na educação e as finalidades sócio-políticas da escola. Retomando as considerações realizadas por Coelho e Miranda (2015) com base em Libâneo (2003) “a Pedagogia Progressista” atua no desenvolvimento da criticidade diante do mundo e nas relações sociais, questionando os compromissos sociais e políticos do sistema educacional. Dentro deste grupo, Libâneo destaca três tendências: A “Libertadora” (Pedagogia de Paulo Freire), a “Libertária” e a “crítico-social dos conteúdos”.

A matriz da Tendência progressista libertadora remete às ideias de Paulo Freire, a qual valoriza a cultura, o interesse e iniciativa dos educandos, dando importância aos temas e problemas mais próximos das suas vivências. Educador e educando aprendem e extraem o conteúdo de aprendizagem, mediatizados pela realidade por meio de um círculo de cultura, desenvolvendo consciência crítica, possibilitando que a educação dialógica contribua com a transformação social.

Com a Tendência progressista libertária, a educação ocupa posição central neste ideário, contribuindo para transformação na personalidade dos alunos, num sentido libertário e auto gestor. Esta tendência pretende ser uma forma de resistência contra o Estado controlador, o qual retira a autonomia do professor, confirmando desta forma o carácter assumidamente político desta. A Tendência Libertadora se assemelha da Libertária pelo trabalho com a experiência de vida dos educandos, valorizando o aprendizado em grupo (LIBÂNEO, 2003).

Saviani (2008) parte da confecção de um panorama das teorias da educação: ao tratar do “problema da marginalidade”, ele fala da divisão em dois grandes grupos como descrevemos:

O primeiro grupo, denominado “teorias não-críticas” entende a educação como um instrumento de equalização social, determinante para a superação da marginalidade. Fundamentalmente educativa, é uma teoria que reforça os laços sociais, garante a integração de todos os indivíduos no corpo social, promovendo a coesão. Elas são apontadas em três vertentes: Pedagogia tradicional, Pedagogia Nova e Pedagogia Tecnicista.

A Pedagogia tradicional (pedagogia da essência) apresenta como eixo central o professor, que deveria estar apto a ensinar as lições que deveriam ser rigorosamente seguidas pelos alunos. Para Coelho e Miranda (2015) o intuito seria universalizar o conhecimento na tentativa de reduzir o abismo marginalizador existente, e como possibilidade única para essa transformação aponta-se apenas o conhecimento transmitido. Dentro de uma sociedade essencialmente harmoniosa, a marginalização seria considerada como um desvio a ser corrigido.

Em relação à Pedagogia Nova, ou escolanovismo (pedagogia da existência) Saviani considera que ela é extremista ao criticar a Pedagogia Tradicional e que há uma inversão de valores no senso comum ao definir a Pedagogia Tradicional como cheia de vícios e nenhuma virtude. Para Coelho e Miranda (2015) em relação a pedagogia Nova, a escola deverá passar por uma reformulação estrutural, agrupando alunos de acordo com seus interesses, cujo professor atuaria como facilitador e estimulador da aprendizagem, fomentando uma relação viva entre alunos e professores. O importante não é aprender, mas sim “aprender a aprender”.

Saviani destaca que o escolanovismo desloca a questão do intelecto para o sentimento, do lógico para o psicológico, da cognição para os processos pedagógicos, do esforço para o interesse, da disciplina para a espontaneidade, da quantidade para a qualidade. Observa-se neste modelo uma tentativa de reconhecimento das subjetividades dos alunos e seu envolvimento na construção dos saberes (SAVIANI, 2008).

Após a desilusão do escolanovismo, a Pedagogia Tecnicista veio trazer a ideia de criar uma Escola Nova Popular, tendo como objetivo reorganizar os pressupostos educativos de forma a torná-la operacional. As propostas pedagógicas são voltadas para tele ensino, a instrução programada com especialização de funções, como início de ensino técnico em diferentes áreas (SAVIANI, 2008).

Na pedagogia tecnicista, os professores assumem uma posição secundária, ficando relegados à função de mero executores de uma política educacional por parte dos especialistas, que por sua vez são tratados como profissionais neutros, objetivos, imparciais. A educação é um subsistema do sistema social. O marginalizado passa a ser o ineficiente, o improdutivo.

O segundo grupo é composto pelo conjunto do que Saviani denominou “teorias crítico-reprodutivistas”. Tais teorias entendem a educação como instrumento de discriminação social e, portanto, fator determinante da marginalização, contribuindo para o afastamento social entre classes. Dentre tais teorias críticos-reprodutivistas estão Violência Simbólica (VS), Aparelho Ideológico do Estado (AIE) e Escola Dualista (ED).

A Teoria do Sistema de Ensino como Violência Simbólica compreende a educação como imposição de uma cultura dominante sobre os grupos dominados, determinando o sistema educacional como produtor de desigualdades sociais. Ao serem educadas, as classes dominadas reforçam sua submissão.

Saviani (2008) comenta que este sistema de dominação não está restrito à escola: inclui mídia, família, religião. Diz também que parece não haver muita saída: “Todos os esforços, ainda que oriundos dos grupos ou classes dominados, reverte sempre no reforço dos interesses dominantes”.

Na Teoria da Escola como Aparelho Ideológico do Estado, a escola capacita a força do trabalho para a produção, quando as classes sociais vão se diferenciando ao longo do tempo. Operários e camponeses, que fazem a escola básica para entrarem no processo produtivo. Outros avançam, são os pequeno-burgueses de toda espécie; E os que chegam ao topo da pirâmide são os agentes de exploração (sistema produtivo), agentes de repressão (atuam no Aparelhos Repressivos do Estado) e os profissionais da ideologia (atuam no Aparelhos Ideológicos do estado).

Por fim, a última teoria listada por Saviani no grupo de teorias crítico-reprodutivistas é a Teoria da escola dualista. A escola, tal como a sociedade se divide em duas classes básicas (burguesia e proletariado), sendo que a ideologia do proletariado está fora da escola, representando a força de trabalho. Saviani salienta que nessa organização, a escola tem como

cerne impedir o fortalecimento ideológico do proletariado, qualificando o intelecto e desqualificando o trabalho braçal.

A Tendência Progressista “crítico-social dos conteúdos” tem como propósitos integrar os aspectos material/formal do ensino e, ao mesmo tempo, articulá-los com os movimentos concretos tendentes à transformação da sociedade. Estes conteúdos têm caráter fundamental e são vinculados à realidade sócio-cultural dos educandos. Como as outras tendências progressistas, a Crítico-social dos conteúdos também está preocupada com a função transformadora da educação em relação à sociedade, sem, com isso, negligenciar o processo de construção do conhecimento fundamentado nos conteúdos acumulados pela humanidade.

As propostas desta tendência foram desenvolvidas, no Brasil, por Dermeval Saviani, o qual se baseia em vários autores, como: Marx, Gramsci, Kosik, Snyders, entre outros. Junto a Saviani, temos vários outros educadores que elaboram a favor desta corrente, dos quais destacamos José C. Libâneo, Carlos R. J. Cury e Guiomar N. de Mello.

Os adeptos desta corrente consideram a invenção da escola como resultado das necessidades e exigências sociais, a valorizando enquanto mediadora entre o aluno e o mundo da cultura, desempenhando esse papel através de um processo de transmissão e assimilação crítica dos conhecimentos. Libâneo afirma que nesta corrente “aprender é um ato de conhecimento da realidade completa, isto é, da situação real vivida pelo educando e só tem sentido se resulta de uma aproximação crítica dessa realidade”.

2.1.1 Tendências pedagógicas na prática educativa em Enfermagem

Canever et al. (2013), no estudo intitulado “Tendências pedagógicas na produção do conhecimento em educação em enfermagem do estado de São Paulo”, objetivou caracterizar e analisar as tendências pedagógicas encontradas na produção de artigos científicos relacionados à temática Educação em Enfermagem, capturadas a partir da publicação dos pesquisadores dos Grupos de Pesquisa em Educação em Enfermagem do Estado de São Paulo de 2004 a 2010. Identificou-se as seguintes tendências pedagógicas: Tradicional, Renovada, Tecnicista, Libertadora e Crítico-Social dos Conteúdos. E foram analisados 131 estudos, sendo que 46,56% estão pautados em tendências centralmente marcadas por preocupações políticas e sociais.

A partir deste quadro delineado, baseado na pesquisa de Canever et al. (2013) é imprescindível que a formação dos profissionais de Enfermagem seja embasada com a presença do pensamento crítico-reflexivo, problematizando os pressupostos e fundamentos desta

formação, reafirmando dessa forma os compromissos que consideram básicos para a cidadania, onde a educação assume o papel de mediadora de uma prática social.

Com relação ao mercado de trabalho recorremos a Souza (2013) que ressalta “a cada dia aumenta a exigência de profissionais qualificados com habilidades de comunicação, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, pensamento crítico e reflexivo para que com isso seja mais fácil sua adaptação a possíveis mudanças e à realidade”. Concordamos com a autora quando é enfatiza ao afirmar que “o pensamento crítico deve ser incentivado na prática e no ensino de Enfermagem a todo o momento”.

Sendo assim, em consonância com estes autores, percebe-se que existem diversas maneiras de apresentar as tendências pedagógicas a partir da visão de mundo e concepção de educar que cada um segue.

Finalizando a abordagem acerca das Tendências Pedagógicas, salientamos com base em Silva (2012) que:

O educador, alicerçado em princípios técnico-pedagógicos, filosóficos, e científicos que caracterizam a pedagogia, busca formas de ensinar, transferir e mobilizar conteúdos capazes de possibilitar ao estudante uma compreensão facilitada sobre seu aprendizado, bem como ampliar a capacidade de estabelecer relações entre os fenômenos aprendidos com os vividos (SILVA, 2012, p. 13).

Deste modo, as formas de pensar e conceber a Educação interferem na ação educativa na qual se realiza, seja consciente ou inconsciente. Os conceitos e saberes oriundos da prática educativa são um dos caminhos para a construção do fazer Enfermagem, em uma perspectiva plural e ampla que abrange as constantes mudanças e reflexões exigidas pelos sujeitos em interação com o meio e no resgate de sua cidadania (COELHO & MIRANDA, 2015).

2.2 COMPREENSÃO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao se tentar definir “educação”, deparamo-nos com o aspecto complexo desta palavra, a qual prevê o desenvolvimento das faculdades do ser humano, por meio da absorção de conhecimentos e ensinamentos, considerando a interação das pessoas envolvidas no contexto educativo e destas com o universo que as cerca.

Para Coelho e Miranda (2015, p. 1.715), pensar em educação e no porquê de educar remete a reflexões complexas e por vezes filosóficas. Para os autores educar pode ser ato vivo de crescimento e compreensão de mundo, significado por incessante busca do “eu”, ou

meramente um caminho didático, com aplicações técnicas que conduzem a criação de saberes massificados, destituídos de criticidade.

Tratando da preocupação inerente a educação Coelho e Miranda (2015) afirmam que “não é possível pensar em saúde sem pensar em educação, por que a postura dos profissionais de saúde encontram-se repletas de ações educativas”. Para os autores, essas ações são inerentes a esses profissionais mesmo que de forma inconsciente, visto que tais ações podem ser concebidas como uma forma de cuidar, e ainda enfatiza que a educação é uma das ferramentas do cuidado da enfermagem.

De maneira muito apropriada Salci et al. (2013) reforça que a concepção de Educação em Saúde está atrelada aos conceitos de educação e de saúde, que é tradicionalmente compreendida como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não.

Com base nesta observação, Salci et al. (2013, p. 225) salienta que a “Educação em Saúde é uma temática complexa em sua exequibilidade, devido às diversas dimensões que a compreendem: política, filosófica, social, religiosa, cultural, além de envolver aspectos práticos e teóricos do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade”.

No caso específico da Educação em Saúde, Maciel (2009) enfatiza que:

Seus conceitos e propósitos adaptaram-se conforme as mudanças de paradigma que ocorreram no setor saúde e foram também influenciadas pelas transformações ocorridas nos processos pedagógicos da educação escolar de maneira geral (MACIEL, 2009, p. 774).

Pelicioni e Pelicioni (2007, p. 320) afirmam que “a importância da educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida”. Deste modo, faz-se mister uma breve análise histórica das práticas de Educação em Saúde no Brasil durante o período Republicano e dos discursos a elas subjacentes, que desenvolveremos a seguir.

2.3 COMPREENSÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao se fazer um exame crítico abrangente da Educação em Saúde, durante as últimas décadas, observa-se uma reorientação e desenvolvimento crescente das reflexões teóricas e metodológicas nesse campo de estudo. Contudo, apesar disto, ainda existe um descompasso entre a teoria e a prática, em retorno histórico as raízes da Educação em Saúde.

Para melhor compreensão de como essas alterações se processaram, convém lembrar que durante séculos o método educativo empregado era visto como a transmissão de conhecimento de alguém detentor de saber científico para alguém “sem conhecimento”, sem a reflexão crítica, desconsiderando o saber popular. Entretanto, ainda existe uma preocupação do objeto Educação em Saúde no ensino de enfermagem no que diz respeito as relações entre a prática educativa desenvolvida pelos profissionais de saúde e a realidade do preparo do enfermeiro na graduação para desempenhar o papel de educador (ALMEIDA & SOARES, 2011).

Em conformidade com o princípio da integralidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), o objetivo da Educação em Saúde é desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem, embora isso nem sempre aconteça (PELICIONI & PELICIONI, 2007).

Ao final do século XIX e início do século XX, mudanças de ordens econômicas e políticas aconteceram no Brasil Republicano. O êxodo dos trabalhadores rurais e suas famílias para cidades carentes de infraestrutura, o desenvolvimento do comércio e da indústria, a abolição da escravatura, a chegada de imigrantes europeus permeavam o país nesta época, acontecimentos que provocaram o crescimento urbano desordenado, trazendo como consequências problemas de toda espécie, incluindo, como destaque, as condições sanitárias ameaçadoras e os surtos epidêmicos, sobretudo nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

Por conta deste cenário, o Estado Brasileiro, representado pelas classes dirigentes, visualizou a necessidade de soluções rápidas para controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país. Doenças como a Varíola, Febre Amarela, Tuberculose e Sífilis assolavam os núcleos urbanos e atingiam a força de trabalho, as quais estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e sócio econômicas em que o povo vivia (KAWAMOTO, SANTOS e MAIA, 2009).

O governo da época enfrentava os problemas de saúde pública por meio de campanhas sanitárias voltadas para combater as epidemias, ou seja, depois que as doenças já haviam tomado grandes proporções. O higienismo (que predominou até o início do século XX) foi marcado por uma educação controladora e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificavam os meios. Desta forma, o objetivo das atividades educativas não era promover a autonomia e, ao discordar, o sujeito era punido severamente. Nesta ocasião, uma série de investigações realizadas principalmente na Europa revelaram a influência de vetores na transmissão de doenças. Esta fase enfatizou a concepção biológica da doença (PELICIONI & PELICIONI, 2007). Bastava eliminar o causador e ter-se-ia saúde.

A população era vista como incapaz de possuir maiores entendimentos. Como produto dessa visão, o objetivo era fazer com que as pessoas acatassem as intervenções do Estado e se sujeitassem as Imperiosas Leis da Higiene. Em 1889, a Diretoria Geral de Saúde Pública promoveu a distribuição de impressos sobre etiologia e prevenção da febre tifoide, tuberculose e febre amarela na capital do país. A mudança de comportamentos dos indivíduos era esperada com a simples divulgação dos informativos. Ao mesmo tempo, as campanhas sanitárias eram compostas também por vacinação obrigatória, vistoria nas casas, interdições, interações forçadas, através de uma abordagem coercitiva e ditatória (MACIEL, 2009).

Diante deste cenário, onde restava à população a única opção de acatar as ordens, sem ser sensibilizada ou direcionada a entender os benefícios da vacina ou de higiene, tendo seus corpos e lares violados e invadidos, além da ausência de respeito aos seus valores de ordem moral, culminou-se em 1904 a Revolta da Vacina, manifestação popular que traduziu a falta de diálogo e entendimento no discurso da educação em saúde das autoridades sanitárias para com o povo.

O que bem caracterizou o movimento higienista brasileiro foi a gestão do médico Oswaldo Cruz frente aos serviços federais de saúde entre 1903 e 1909. De tão ditadora foi sua campanha sanitária contra a febre amarela, onde os enfermos eram confinados em desinfectórios e a população compulsoriamente vacinada, ela foi batizada pela imprensa como “código de torturas”. A educação era relegada a um segundo ou terceiro plano. Já em 1920/21 o diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública sugeriu a inclusão de novos programas das escolas primárias, considerando a infância, o momento mais apropriado para a criação deles (PELICIONI & PELICIONI, 2007).

Nos deparamos, portanto, neste período, com uma Educação em Saúde realizada de forma tradicional, onde se atribuía ao indivíduo a total responsabilidade por sua saúde. Nesta, transmitia-se ao sujeito normas de forma prescritiva para evitar a doença sem levar em conta a realidade individual. Cabia a ele acatá-las para que não adoecesse. Quando tais normas não eram executadas conforme prescritas pelos profissionais de saúde, estes últimos se isentavam da culpa, quando, na verdade, desconsidera-se que os problemas de saúde poderiam ser originados ou influenciados por fatores sociais, culturais e financeiros. Era a chamada “culpabilização da vítima”, onde os higienistas negavam, praticamente a diferença de recursos necessários à preservação de saúde em decorrências de diferenças entre classes.

Marcondes (1964), em sua tese intitulada “Educação sanitária em nível nacional” diz que em substituição à palavra “higiene”, surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), em 1919, a expressão *health education* (“educação sanitária”). Em 1923, foi incorporado ao

Departamento, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária. O termo “educação sanitária” foi então inserido na legislação federal pela 1ª vez.

A partir deste período, começou-se a notar mudanças nas estratégias dos sanitaristas da época, ao quais passavam a prezar mais pelos serviços de educação sanitária, que mostrava à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene. Entre 1916 a 1942, a Fundação Rockefeller, instituição americana, atuou em alguns estados brasileiros, buscando o controle das doenças tropicais.

Os professores Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza e Dr. Francisco Borges Vieira trouxeram ideias da educação sanitária dos Estados Unidos da América para São Paulo, a partir de 1920, as quais obtiveram resultados na diminuição do “poder de polícia” na saúde e na reforma dos serviços de saúde pública em São Paulo.

Com o início da Era Vargas, nos idos de 1930, foram criados os centros de saúde, com a finalidade de promover uma “consciência sanitária”, ajudando a difundir ainda mais as noções de higiene individual e prevenção de doença infecto-parasitária (MACIEL, 2009, p. 775). Porém, a saúde da população continuava a declinar. A doença em foco do momento era a febre amarela, a qual prejudicava a classe trabalhadora na construção das ferrovias. Assim, as ações educativas em saúde ficaram restritas aos programas e serviços destinados à população de baixa renda, beirando a margem de um jogo político.

De acordo com Levy (1998), “[...] a primeira grande transformação de mentalidade nas atividades de Educação em Saúde sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o qual reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho”.

A partir de 1945, com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiram novas discussões sobre o processo saúde-doença, destacando-se o conceito de saúde como o estado de mais completo bem estar e não simplesmente ausência de doença. Embora o conceito de bem-estar fosse bastante amplo e pouco definido, constituiu-se em um avanço para o processo de transformação da educação sanitária (PELICIONI & PELICIONI, 2007, p.323).

Eventos internacionais sucederam-se, com destaques à 12ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, 1958, onde reafirmou-se o conceito “[...] que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influências nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações” (VASCONCELLOS, 2001; LEVY, 1996), e à 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada na Filadélfia em 1962, no qual diretor geral da OMS assinalou que “[...] os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel

de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobertas científicas da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, familiares, escolas e distintos grupos da coletividade” (VASCONCELLOS, 2001; LEVY, 1996).

Diante de todos esses fatos, essa visão culpabilizada do indivíduo, vigente nas fases do higienismo, principalmente, e da educação sanitária, começou a ser superada a partir de mudanças ocorridas nas práticas e conceitos em saúde. Profissionais de saúde começaram, no início da década de 70, a promover experiências de Educação em Saúde voltadas para a dinâmica e realidade das classes populares. A saúde passou a ser compreendida como resultado das condições de vida da população, influenciadas por fatores de ordem socioeconômicos, onde suas práticas são direcionadas para a prevenção de doenças e agravos e não somente para sua cura, como outrora.

Sendo assim, a Educação em Saúde passa a ser definida como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução (KAWAMOTO, SANTOS e MAIA, 2009).

A prática educativa, nesta perspectiva, passa a visar o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

O termo Educação em Saúde e suas nuances consolidaram-se e ganharam visibilidade com a Carta de Ottawa, estabelecida em 1986. Nela, foram apresentadas as bases conceituais da promoção da saúde e o termo saúde foi ampliado e valorizado como o grande foco da sociedade, indispensável para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (FEIJÃO & GALVÃO, 2012; WHO, 1986).

Neste período, foi assinalada a criação da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretária Nacional de Ações Básicas para Saúde. Este novo conceito de Educação em Saúde passa, então, a caracterizar-se pelo diálogo bidirecional entre partes envolvidas no processo educativo, profissional de saúde e comunidade, o qual se enquadra às demandas do atual sistema de saúde, o SUS, cuja criação em 1988 é culminante com a consolidação da Reforma Sanitária. Com uma proposta de um novo modelo de atenção em saúde voltado para a prevenção e a integralidade no atendimento, a educação popular passou a ser mais difundida (MACIEL, 2009). Assim como a promoção de saúde e a qualidade de vida passam a ser tratados como prioridades.

Desta forma, nesta conjuntura, constata-se que as metodologias de Educação em Saúde mais adequadas para poder satisfazer as necessidades de saúde da população são a educação popular e a educação dialógica, as quais se complementam. Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se o de atenção básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento das práticas educativas. Na década de 1990, tem início a implementação do Programa Saúde da Família, a qual objetiva a maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. As particularidades destes serviços, no contexto da política de saúde brasileira, têm hoje em dia, sem sombra de dúvidas contribuído demasiadamente para a consolidação do SUS (MACIEL, 2009).

A Educação e a Saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender (PEREIRA, 2003, p 1528).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 BASE TEÓRICA

Para fundamentar a Educação em Saúde como prática pedagógica do processo ensino-aprendizagem do graduando de Enfermagem, encontramos inspirações, ideias norteadoras e referências na reflexão filosófica a partir das contribuições teóricas de Jürgen Habermas, especificamente através da Teoria do Agir Comunicativa, e a partir dela compreender como a prática pedagógica pode influenciar o processo de autonomia na construção e desenvolvimento das atividades acadêmicas e na formação do enfermeiro.

No âmbito acadêmico, durante a formação do enfermeiro, a prática em Educação em Saúde contribui para que o discente desenvolva um conceito de racionalidade comunicativa. A teoria habermasiana é transportada para o contexto da formação do enfermeiro quando o graduando, por meio de sua interação com os outros sujeitos envolvidos, se torna partícipe de uma ação democrática e consensual. Por meio de uma linguagem comunicativa, o futuro profissional promove a troca de conhecimentos, construindo uma verdade coletivamente elaborada e socialmente aceita.

3.1.1 A Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas: conceitos e possibilidades de aplicação na Educação em Saúde

Como referencial teórico para o entendimento dos nossos resultados e conseguinte discussão, baseamo-nos na Teoria do Agir Comunicativo do filósofo alemão Jürgen Habermas.

Habermas segue o propósito de seus antecessores de construir uma teoria crítica e resgatar o potencial de criticidade da sociedade contemporânea a partir da elaboração de uma teoria ampla da racionalidade (HABERMAS, 2012; PINTO, 1995, p13). A racionalidade é um dos temas centrais do projeto filosófico de Habermas, que afirma ser este o problema que justifica a existência da filosofia. Deste modo, envolve sua teoria da ação comunicativa em um diálogo constante com autores de uma ampla gama de linhas teóricas (PINTO, 1995, p.77).

Habermas (2012) é categórico sobre isso quando disserta:

A racionalidade de opiniões e ações é um tema cuja elaboração se deve originalmente à filosofia. Pode-se dizer, até mesmo, que o pensamento filosófico tem sua origem no fato de a razão corporificada no conhecer, no falar e no agir torna-se reflexiva. O tema fundamental da filosofia é a razão (HABERMAS, 2012, vol. 1, p.19)

Desta forma, Habermas aprofunda-se sobre o tema da racionalidade, ligando-a ao objetivo que, desde o início, acompanha seu trabalho investigativo em reabilitar a ideia segundo a qual a razão é o principal recurso, senão o único, de que a humanidade dispõe para resolver seus conflitos e encontrar alternativas de solução para seus problemas.

A racionalidade³ está à disposição dos sujeitos capazes de falar e de agir, buscando um entendimento acerca do mundo. Deste modo, a racionalidade é a maneira como os sujeitos falantes e atuantes adquirem e usam o conhecimento (BOUFLEUER, 1997).

O filósofo alemão alerta que a razão, além de se orientar por interesses técnico-instrumentais, pauta-se por interesses emancipadores. Ele busca constituir uma forma de reflexão crítica sobre a instrumentalidade racional como forma de emancipação social. Por isso ele propõe resgatar o potencial de racionalidade que emerge de contextos interativos. Desta forma, a teoria da ação comunicativa propõe investigar a razão inscrita na própria prática comunicativa cotidiana e reconstruir a partir da base de validade da fala um conceito não reduzido de razão (HABERMAS, 2012).

Ainda sobre a racionalidade, Habermas propõe uma mudança de paradigma: o parâmetro de racionalidade e de crítica deixa de ser o sujeito cognoscente que se relaciona com os objetos a fim de conhecê-los e manipulá-los, passando a ser a relação intersubjetiva⁴ que os sujeitos entre si estabelecem a fim de se entenderem sobre algo (HABERMAS, 2012, p. 499).

Habermas busca superar o conceito de racionalidade instrumental ampliando o conceito de razão, para o de uma razão que contém em si as possibilidades de reconciliação consigo mesma: a razão comunicativa (HABERMAS, 2012). Assim, a racionalidade deve ser entendida, antes de tudo, como a disposição dos sujeitos capazes de falar e de agir, de buscar um entendimento acerca do mundo, orientando-se “pelas pretensões de validade que estão assentadas no reconhecimento intersubjetivo” (HABERMAS, 2012, p. 437). Desta forma, a racionalidade comunicativa baseia-se na compreensão e no aprendizado, o que permite a socialização e o livre reconhecimento dos objetos e fatos pelos participantes.

Habermas (2012) desenvolveu o conceito de racionalidade comunicativa afirmando que agindo comunicativamente os homens teriam possibilidade de emancipação. A leitura da sua

³ Racionalidade (lat.rationalis) 1. “Racional” caracteriza tudo aquilo que pertence à razão ou é derivado dela, que se baseia na razão. A racionalidade é a característica daquilo que é racional, que está de acordo com a razão. Oposto a irracional (JAPIASSÚ, 2006).

⁴ Intersubjetividade: 1. Interação entre diferentes *sujeitos, que constitui o sentido cultural da experiência humana (JAPIASSÚ, 2006)

obra “Teoria da Ação Comunicativa” foi fundamental para compreensão dessa problemática, pois sintetizam os aspectos sociais que se encontram envolvidos no processo educativo.

Ao ampliar o conceito de razão, deixa-se para trás a simples transmissão vertical do conhecimento feita pelo professor, onde o discente situava-se como um objeto passivo que aceitava a verdade que lhe era dirigida como imutável, não havendo questionamentos e pensamentos críticos.

Diante do exposto, este estudo pretende trabalhar os seguintes conceitos de Jürgen Habermas: Mundo da Vida, Ação Comunicativa e Emancipação. Acreditamos que estes conceitos podem sobremaneira ajudar a elucidar o fenômeno estudado.

Habermas (2012) define o conceito de *mundo da vida* como:

O mundo da vida constitui, pois, de certa forma, o lugar transcendental em que os falantes e ouvintes se encontram; onde podem levantar, uns em relação aos outros, a pretensão de que suas exteriorizações condizem com o mundo objetivo, social ou subjetivo; e onde podem criticar ou confirmar tais pretensões de validade, resolver seu dissenso e obter consenso (HABERMAS, 2012, p. 231).

Esta compreensão permite estabelecer uma clara diferença entre os conceitos de ‘mundo’ e ‘mundo da vida’ (em alemão, *Lebenswelt*). Para ele, ‘mundo’ é “aquilo sobre o que os participantes da interação se entendem entre si” (HABERMAS, 2012). Já o conceito de ‘mundo da vida’ refere-se a “aquilo a partir de onde iniciam e discutem suas operações interpretativas” (HABERMAS, 2012). Os componentes estruturais que compõem o *mundo da vida* é a cultura, a sociedade e a personalidade.

Dessa maneira, a reprodução do *mundo da vida*, também é desempenhada pelo Universo Acadêmico. A nosso ver a Universidade tem um efeito transformador da sociedade, pois é caracterizado como um local que o aluno não apenas recebe informações, mas, busca conhecimentos durante o seu processo de formação. Deste modo, entendemos como universo acadêmico todos os espaços que o aluno frequenta durante a graduação e que propicia um vasto leque de possibilidade para a comunicação humana, no qual está assentada a comunicação intersubjetiva. Vale ressaltar que a educação é um tema central no pensamento habermasiano.

Para Habermas (2012), o conhecimento não acontece apenas na interação solitária do sujeito com os objetos, mas na interação da filosofia da consciência com a filosofia da linguagem em que os sujeitos atuam numa relação de reciprocidade em que juntas buscam um entendimento. Ele compreende a linguagem como meio gerador do agir comunicativo.

Machado et al. (2005) apoiado em Habermas (2012) sobre a teoria da ação comunicativa, relaciona uma construção ligada aos atos da fala e tem como fundamento básico

esclarecer as condições que normalmente precisam ser satisfeitas em qualquer ação comunicativa na linguagem natural. Ela surge como uma interação de, no mínimo dois sujeitos, capazes de falar e agir.

A ação comunicativa permite a passagem da subjetividade para a intersubjetividade, proporcionando um relacionamento diferenciado com o mundo objetivo. É pela ação comunicativa, que uma forma privilegiada de relacionamento entre as pessoas, que se pode questionar, validar valores ou normas e estabelecer sanções. Ela permite explicar as expectativas das pessoas umas com as outras e partir disso, fixar normas de comportamentos, zelando pela sua manutenção e estabelecer formas de controle social (RASCHE, 2012, p. 67).

É importante ressaltar, de acordo com Baumgarten (1998), que há um fio condutor que permanece constante na obra de Habermas. Esse fio condutor é a ideia de emancipação articulada à comunicação mediatizada pela razão como condição para o entendimento.

Tais aspectos tratados pelo Rasche (2012, p. 138) salienta que a “perspectiva da emancipação compreende um sujeito que executa uma ação própria e consciente de seu objeto social e onde as regras sociais não impõem limites a sua ação”. Para Habermas (2012, p. 119) “a perspectiva de emancipação não se origina precisamente do paradigma da produção, mas do paradigma da ação orientada para o entendimento recíproco”. Ao afirmar que agindo comunicativamente, os homens teriam possibilidades de emancipação, Habermas desenvolveu o conceito de racionalidade comunicativa, que a filosofia da linguagem, tem como objetivo o entendimento.

Esses três conceitos trazidos por Habermas podem ser assumidos por uma instituição escolar, como assinala por Longhi (2005 p. 124) “[...] quando ela opta, como prioridade pela realização de ações educativas, introduzindo na orientação da Instituição o modelo de racionalidade comunicativa em cuja base se encontra a crítica”. Para o autor, seria errôneo considerar que uma instituição escolar possa dar conta de todos os desdobramentos somente com ações orientadas pelo agir comunicativo. Deste modo, as estratégias pedagógicas que auxiliam o graduando no processo ensino-aprendizagem estão incluídas nas ações desenvolvidas na Universidade.

Contudo, acreditamos que a identificação dos problemas da comunidade vinculada ao diagnóstico de saúde, bem como o planejamento e execução da Educação em Saúde centrada nas necessidades da comunidade contribuirá para o desenvolvimento pessoal do graduando, colaborando para formação de sua identidade profissional e emancipação, através do desenvolvimento de competências, pensamento crítico-reflexivo e autonomia.

Portanto, com base na argumentação acima, nos apropriamos das afirmações de Boufleuer (1997) com base em Habermas quando diz que “a escola é o lugar de uma ação social em que, de forma intencional e planejada, as novas gerações recebem o aprendizado relativo à tradição cultural, à inserção na sociedade e à formação da personalidade”.

Finalizando nossa abordagem acerca do referencial teórico, com seus desdobramentos singulares e específicos, queremos salientar que os conceitos utilizados até o momento possibilitaram uma aproximação da Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas do objeto de estudo investigado “A Educação em Saúde proposta como prática pedagógica dinamizadora de um espaço emancipatório no processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro em formação”.

Vale ressaltar que o suíço Mozar relaciona pela primeira vez a pesquisa-ação com as contribuições do filósofo alemão Jürgen Habermas em uma conferência realizada em Cartagena na década de 70. No Brasil, a autora Maria Inês Maciel foi pioneira em estabelecer as relações de contribuição entre a pesquisa-ação e a Teoria do Agir Comunicativo.

3.2 BASE METODOLÓGICA

3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória, descritiva, com abordagem do método da pesquisa-ação. De acordo com Minayo (2014), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, tendo como objeto da pesquisa o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade.

A respeito da pesquisa exploratória, nos apoiaremos na definição de Gil (2017), quando diz que esse tipo de pesquisa tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com o objetivo de proporcionar uma visão mais ampla acerca de um determinado fato, sendo utilizado com temas que são pouco explorados e que se tornam difíceis para formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Para Gil (2017), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e, assim, tais pesquisas são apropriadas para estudar as características de um grupo.

3.2.2 Método de pesquisa – a pesquisa-ação e seu desenvolvimento na produção de informações

Optou-se pela pesquisa-ação como método, pois essa, além da participação dos sujeitos envolvidos, supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional e técnica que busca facilitar o encontro de soluções a problemas reais e complexos permitindo a reflexão aprofundada sobre os condicionantes sociais que os envolvem (THIOLLENT, 2011).

A pesquisa-ação é definida por Thiollent (2011) como:

Tipo de pesquisa social de base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Segundo Thiollent (2011), a pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social com base empírica, estreitamente associada a uma ação ou a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

De acordo com Koerich et al. (2009), a pesquisa-ação é de suma importância na área da saúde, pois ela se traduz pela sua capacidade de associar, simultaneamente, a academia e a prática, bem como o processo de investigação e a possibilidade de melhorias da prática clínica. Ela pode ser utilizada por diversos grupos, como profissionais, estudantes, professores e população em geral.

A pesquisa-ação tem sua origem na abordagem proposta nos EUA, na década de 1940, como ‘Action Research’ em psicologia social, por Kurt Lewin (1890-1947). Tal proposta conheceu grande desenvolvimento nas décadas seguintes na Grã-Bretanha e nos países escandinavos. (...). Por sua vez, a pesquisa participante cresceu a partir da década de 1960, principalmente na América Latina, na educação popular, sob a influência de Paulo Freire, Carlos Rodrigues Brandão e outros”

De acordo com Franco (2005), as pesquisas iniciais realizadas por Lewin tinham por finalidade a mudança de hábitos alimentares da população e também a mudança de atitudes dos americanos frente aos grupos étnicos minoritários.

A pesquisa-ação adquire muitas feições fragmentadas no decorrer da década de 50 e vai se modificando a partir da década de 80 quando estruturalmente absorve a seus pressupostos a

perspectiva dialética, a partir da incorporação dos fundamentos da teoria crítica de Habermas, e assume como finalidade a melhoria da prática educativa docente (FRANCO, 2005, p.485).

A metodologia da pesquisa-ação, de acordo com Pinto (2014), é um tipo de pesquisa que:

Só pode ser desenvolvida de grupo para grupo. Supõe a equipe de trabalho, na medida do possível, interdisciplinar, dirige a grupos. Inicialmente são os grupos já existentes no seio da localidade selecionada. O processo pedagógico busca transformá-lo em grupos estratégicos e instrumentais, isto é, conscientes de seus interesses de classes e organizados para a ação (PINTO, 2014, p. 155).

No Brasil e no mundo, a pesquisa-ação vem sendo empregada em diversos campos de atuação: educação, comunicação, organização, serviço social, difusão de tecnologia rural, militância política ou sindical. Franco (2005), em recentes trabalhos de pesquisa-ação no Brasil, cita pelo menos três conceituações diferentes, a saber:

a) quando a busca de transformação é solicitada pelo grupo de referência à equipe de pesquisadores, a pesquisa tem sido conceituada como pesquisa-ação colaborativa, em que a função do pesquisador será a de fazer parte e cientificar um processo de mudança anteriormente desencadeado pelos sujeitos do grupo;

b) se essa transformação é percebida como necessária a partir dos trabalhos iniciais do pesquisador com o grupo, decorrente de um processo que valoriza a construção cognitiva da experiência, sustentada por reflexão crítica coletiva, com vistas à emancipação dos sujeitos e das condições que o coletivo considera opressivas, essa pesquisa vai assumindo o caráter de criticidade e, então, tem se utilizado a conceituação de pesquisa-ação crítica;

c) se, ao contrário, a transformação é previamente planejada, sem a participação dos sujeitos, e apenas o pesquisador acompanhará os efeitos e avaliará os resultados de sua aplicação, essa pesquisa perde o qualificativo de pesquisa-ação crítica, podendo ser denominada de pesquisa-ação estratégica.

Em relação ao método utilizado neste estudo, buscamos seguir o modelo proposto por João Bosco Guedes Pinto⁵, na obra intitulada “Metodologia, teoria do conhecimento e Pesquisa-

⁵ Nasceu em Manuas (AM) no dia 11 de abril de 1934 e faleceu em Igarassu, Região Metropolitana de Recife (PE), no dia 3 de junho de 1995. Foi seminarista salesiano, formando-se em Sociologia. Fez mestrado em Sociologia Rural e doutorado (PhD) em Sociologia na Universidade de *Wisconsin* nos Estados Unidos. Vinculou-se, entre outros, ao trabalho com Educação popular, teologia da libertação e o desenvolvimento da metodologia participativa em suas modalidades de investigação temática e pesquisa-ação. Desde início dos anos de 1980 foi professor na Graduação e Pós-graduação em Serviço na Universidade Federal de Pernambuco (PINTO, 2014).

ação”, dos organizadores Laura Susana Suque-Arazola⁶ e Michel Jean Marie Thiollent⁷. Esta obra contém textos didáticos para a compreensão e tratamento das temáticas teórico-metodológicas que envolveram sua prática profissional como sociólogo, militante e educador.

O formato atual da metodologia da pesquisa-ação obedece à seguinte estruturação: três momentos que se desdobram em onze fases, que, por sua vez, se desenvolvem em 48 passos (PINTO, 2014, p. 147). Com relação ao entendimento do termo “momento” o autor complementa dizendo que ele enfatiza o caráter incompleto do conjunto de atividades nele realizado, ou seja, existe um caráter de continuidade através dos outros “momentos”.

Pinto (2014) sugere a realização de uma etapa prévia antes da realização do primeiro momento, com o objetivo da formação da equipe de pesquisa, bem como fazer com que a equipe de pesquisa adquira conhecimento suficiente dos conceitos teóricos e habilidades necessárias para utilizá-las na análise da sociedade, bem como capacitação adequada para o uso dos instrumentos e técnicas próprias à investigação-ação.

O primeiro momento é denominado de Momento Investigativo e teve como objetivo geral produzir um conhecimento, uma compreensão da problemática dos grupos com os quais se trabalha e concomitantemente da percepção coletiva que tais grupos têm de sua própria problemática (PINTO, 2014). Para o autor, ele é denominado investigativo porque tem a intenção de pesquisar. Ele, bem como os demais momentos que serão apresentados, se desdobram em fases e cada fase em passos, pois estes traduzem concretamente este propósito.

O segundo momento é caracterizado como a tematização. Este tem como objetivos uma reflexão crítica sobre fatos pesquisados e sua elaboração teórica (PINTO, 2014), bem como a elaboração dos códigos de pesquisa e a realização do círculo de pesquisa.

O terceiro e último momento é chamado de programação-ação, ou seja, busca uma ação organizada. Para o autor, este momento “[...] requer um processo de autoinvestigação da população, uma reflexão crítica sobre sua própria realidade, uma procura de ações que direcionem o caminho da transformação social” (PINTO, 2014, p.160).

⁶ Socióloga colombiana, naturalizada brasileira e companheira de João Bosco Pinto. Fez mestrado em Sociologia Rural e doutorado em Serviço Social. Atualmente, é professora no Departamento de Ciências Domésticas, da Universidade Federal Rural de Pernambuco (PINTO, 2014).

⁷ Doutor em Sociologia pela Universidade de Paris V (1975). Francês naturalizado brasileiro. Ex-professor de Sociologia da Unicamp (1975-1980), ex-professor associado ao Programa de Engenharia de Produção da COPPE/Universidade Federal do Rio de Janeiro, hoje aposentado, continua como professor do Programa de Pós-Graduação em Administração da UNIGRANRIO, Rio de Janeiro. Autor de vários livros e artigos sobre a metodologia de pesquisa-ação. Organizador de seminários e de publicações sobre metodologia participativa para projetos de extensão universitária (PINTO, 2014).

Ainda recorrendo a Pinto (2014, p.160), “[...] cada passo, cada fase, cada momento significa um avanço do conhecimento”. Em sua visão, a metodologia não deve ser uma sequência rígida, mas deve ser entendida como uma prática social. A sequência lógica serve como um guia para a ação. Deste modo, visando atender o rigor do método utilizamos a estruturação da pesquisa-ação para estratégia de coleta de informações/produção de informações.

3.2.3 Participantes da pesquisa

Foram recrutados para o presente estudo discentes do curso de graduação em Enfermagem da UNIGRANRIO – unidade Barra da Tijuca, que cursavam o 9º período regularmente matriculados na disciplina Estágio Supervisionado Integralizador I (ESI-I), modalidade Atenção Primária à Saúde no primeiro semestre do ano de 2016.

A escolha da disciplina ESI – I para o desenvolvimento desta pesquisa justifica-se por entendermos que aluno do nono período do curso de graduação em Enfermagem encontra-se prestes a entrar no mercado de trabalho e inserido na modalidade Atenção Primária à Saúde, atuando na comunidade via Clínica da Família, designada como campo de estágio curricular. De modo que sua vivência ao longo de toda a graduação traz consigo informações de grande relevância para esta pesquisa.

Para inclusão dos participantes, utilizamos os seguintes critérios: (1) estar devidamente matriculado como discente do curso de graduação em Enfermagem da Instituição pesquisada; (2) estar cursando a disciplina ESI-I no período de duração do estudo; (3) concordar em participar da pesquisa mediante o informe prévio de seus objetivos, garantia do anonimato e de que sua participação não representaria ganhos e/ou prejuízos; (4) leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

Foram excluídos do estudo aqueles discentes que: (1) não pertenciam à turma do 9º período; (2) não tiveram interesse e/ou intenção de participar do estudo; (3) estivessem afastados de suas atividades acadêmicas por motivos aleatórios (p.ex. licença médica, licença maternidade, viagem); (4) não poderiam estar presentes durante o Acolhimento – caracterizado como etapa prévia da pesquisa.

Para assegurar o anonimato dos participantes desta investigação, eles foram identificados com a letra D (de discente) seguida do número correspondente, de 1 a 19. Quando apresentado o consenso do grupo, este será identificado como Grupo de Discentes.

3.2.4 Descrição dos cenários

A Pesquisa foi desenvolvida em dois campos de investigação: a Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” – UNIGRANRIO, localizada no município do Rio de Janeiro no Bairro da Barra da Tijuca e o campo de estágio prático vinculado a Universidade, a Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba (CFPJAE), localizada no Bairro de Gardênia Azul (Autorizada pelos atos legais pela Resolução CONSEPE nº 14/2008 de 03/09/2008).

3.2.4.1 A Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” – UNIGRANRIO

O ESI –I é dividido em três modalidades, a saber: Atenção Primária à Saúde, Atenção na Média e Alta Complexidade e o Seniorato, onde o discente vivencia o cuidado ao indivíduo em diferentes ciclos da vida, família e comunidade, norteado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), coordenando e supervisionando as ações de enfermagem.

Este ocorre sob a coordenação e supervisão acadêmica do docente e é desenvolvido por professores e preceptores da Instituição e dos serviços de saúde, onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária do ESI-I total é de 880 horas/aula, sendo 20%, distribuídas ao longo dos dois últimos semestres letivos (9º e 10º períodos) conforme estabelecido pelas DCN (UNIGRANRIO, 2013).

As atividades desenvolvidas são orientadas por plano de ensino norteado pelo manual de estágio no qual se encontram os instrumentos utilizados para avaliação. A modalidade do ESI-I escolhida para realizar a pesquisa foi a “Atenção Primária à Saúde”. O ES na modalidade citada acontece na Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, às terças-feiras, no horário de 08h00min às 16h40min.

3.2.4.2 A Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba

A Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba (CFPJAT) fica na Zona Oeste do Rio de Janeiro, localizado na Baixada de Jacarepaguá, no Bairro Gardênia Azul. Este bairro é considerado de classe média e média baixa. Faz limite com os bairros do Anil, Freguesia e Cidade de Deus. Foi inaugurada em 11 de Janeiro de 2012 e desde então é cenário de prática da Universidade. Os cursos da Escola Ciências da Saúde da UNIGRANRIO de Enfermagem, medicina e odontologia atuam na Clínica por meio de um contrato realizado com a Prefeitura

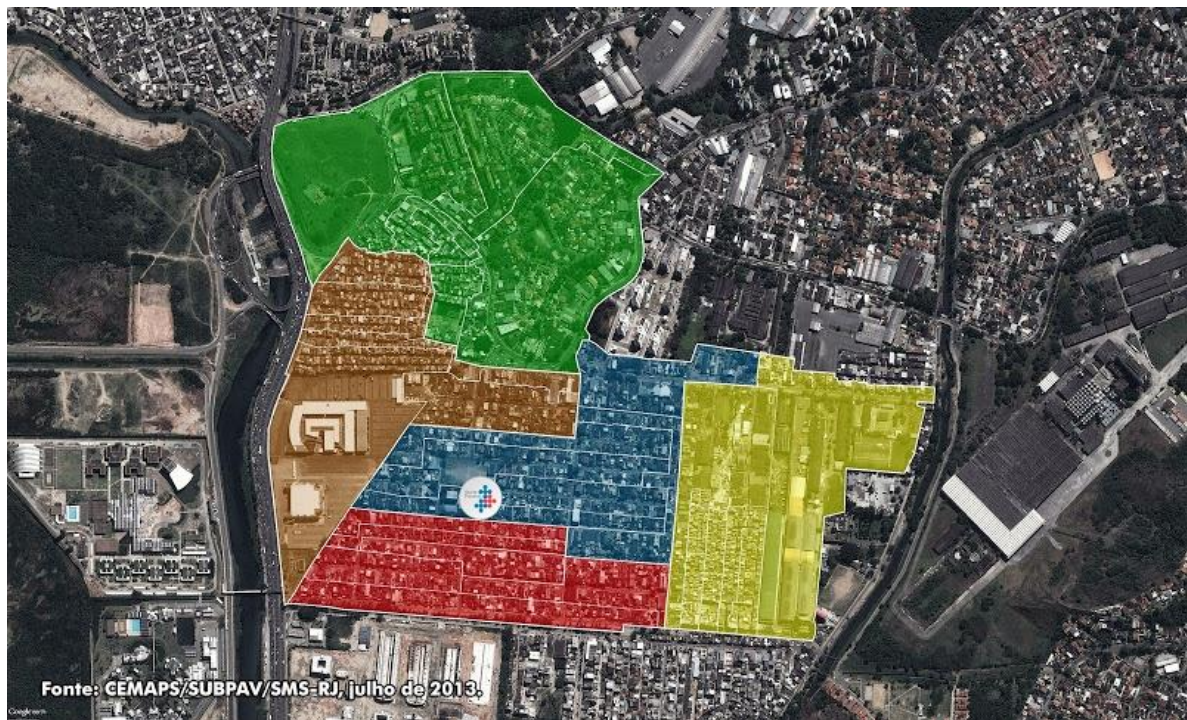
Municipal do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que este cenário de prática fica próximo à Universidade.

A unidade possui cinco equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal. A equipe de Saúde da Família é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 Agente de Vigilância em Saúde (AVS) e a equipe de Saúde Bucal é composta por 1 cirurgião-dentista, 1 técnico de saúde bucal (TSB) ou 1 auxiliar de saúde bucal e é responsável pelo acompanhamento de 3.450 habitantes (PORTARIA, 466). A população da área de abrangência é 23.601, sendo cadastrada um total de 22.022, dividida nas equipes: Vitória Régia = 4040; Rúbia = 4167; Lagoas = 4112; Exora = 4495; Nova Esperança = 5208 (Cadastrados X População da Área de Abrangência – Até Março/2016).

O processo de trabalho é organizado de forma a haver integração, participação e senso de responsabilização de todos os profissionais. Desta forma, proporcionam um atendimento de melhor qualidade, mais próximo ao cidadão, com aumento da resolutividade do atendimento local. O projeto e a construção são realizados de maneira que preserve o meio ambiente e minimiza gastos em diversos aspectos. Para que isso seja possível sua construção é em estrutura modular, racionalizando a obra, a água da chuva é armazenada e reutilizada. Um jardim interno proporciona ventilação e iluminação naturais ao ambiente.

Neste sentido, todos os espaços internos da clínica são projetados a fim de otimizar ao máximo a luz natural, reduzindo o consumo de energia elétrica. O acesso à clínica e suas dependências respeitam as normas de acessibilidade para portadores de necessidades especiais. O horário de funcionamento das unidades é prerrogativa de definição das Coordenações de Áreas de Planejamento (CAPs). A CFPJAT funciona de segunda à sexta-feira, no horário de 08:00h às 20:00h, e aos sábados, de 08:00 às 12:00h. A carga horária dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família é de 40 horas semanais. Dentro desta carga horária semanal, as grades de horário poderão ser flexibilizadas sem a redução da carga horária semanal (SMSDC, 2011).

Figura 1: Mapa da área de abrangência da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.



Fonte: CEMAPS-RJ / OTICS-RIO/SUBPAV/SMS-RJ, disponível em <http://www.redeoticsrio.org/?page=cemapsrio>. Acesso em: 24 mar 2016.

Cumprindo sua missão de formadora de recursos humanos para o SUS, a Clínica da Família recebe estágios de cursos graduação em Enfermagem, Medicina e odontologia e Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família.

Como unidade de APS, realiza atendimentos de administração de medicamentos, vacinação, vigilância em saúde, consultas médicas e de enfermagem, grupos de Educação em saúde, grupos terapêuticos, procedimentos de enfermagem e odontológicos, entre outras ações.

3.2.5 Instrumentos de trabalho de campo e técnicas de pesquisa

A pesquisa qualitativa nos permite utilizar multimétodos de investigação para o estudo de um fenômeno, possibilitando visualizar o objeto e a compreensão da realidade subjetiva, considerando sua especificidade e suas determinações. Como instrumentos do trabalho de campo desta investigação, definimos o roteiro para observação participante com auxílio do diário de campo. De fato, Minayo et al. (2014, p.194) enfatiza que “toda observação deve ser registrada num instrumento que se convencionou chamar de diário de campo”.

Na perspectiva de Pinto (2014, p. 174), o diário de campo é um instrumento de pesquisa, utilizado para anotar apenas informações, observações e reflexões pertencentes ao trabalho da equipe. Convém, assim, que seja de material resistente e que tenha uma capa dura. Para o autor, o diário de campo busca evitar que pessoas, ao fazerem um trabalho científico, fiem-se na memória para recordar o que virem.

Outra fundamental compreensão acerca do diário de campo argumentada por Minayo et al. (2014, p. 194), diz respeito à importância do investigador “anotar todas as informações que não sejam o registro de entrevistas, ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos e expressões que digam respeito ao tema da pesquisa”.

Em conjunto, o Diário de Campo é um importante instrumento para a construção de uma postura investigativa, elemento essencial para um pesquisador. Ele possibilita o registro das observações do cotidiano e consiste em espaço propício para realização das reflexões e análises acerca das apreensões realizadas, contribuindo assim para a chamada sistematização da prática profissional. Deve conter o registro completo e preciso do observado, contudo, de forma a exercitar a linguagem técnica, essencial para a formação acadêmica. Deste modo, consiste em um instrumento para o registro de informações que emergem do trabalho de campo e que posteriormente será utilizado pelo pesquisador ao fazer a análise dos dados.

Além do diário de campo, foram utilizados uma filmadora e um gravador digital durante a investigação, onde o vídeo e as falas foram armazenadas e, em seguida, transcritas na íntegra, tornando-se material de análise. Ao final todas as falas, foram transferidas para um *pendrive*. Este material, juntamente às falas transcritas, será mantido com o pesquisador por cinco anos após o término da pesquisa. Ao final desse período, os dados serão destruídos.

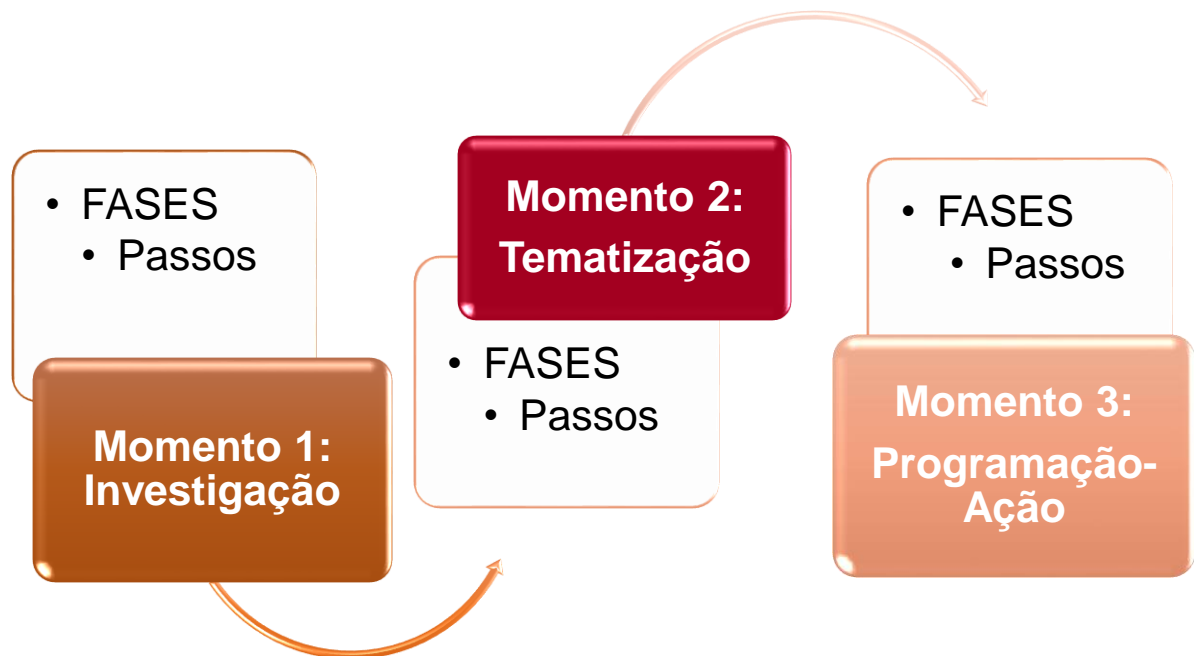
Utilizamos como técnicas de pesquisa a observação participante que de acordo com Minayo et al. (2014) é considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Para a autora, sua importância é inegável entre grandes estudiosos a qual a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método para compreensão da realidade. Minayo et al. (2014) com base em Schwartz & Schwartz definem observação participante da seguinte forma:

Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO et al., 2014 apud Schwartz & Schwartz, 1995, p. 355).

3.3 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO / MOMENTOS DA PESQUISA-AÇÃO

Como dito anteriormente, a operacionalização da pesquisa-ação segue o modelo proposto por João Bosco Guedes Pinto. Este modelo consiste de três (3) momentos, estruturados em fases e que se operacionalizam em passos. A partir desse entendimento, tem-se um esquema representativo da operacionalização da disposição desse processo.

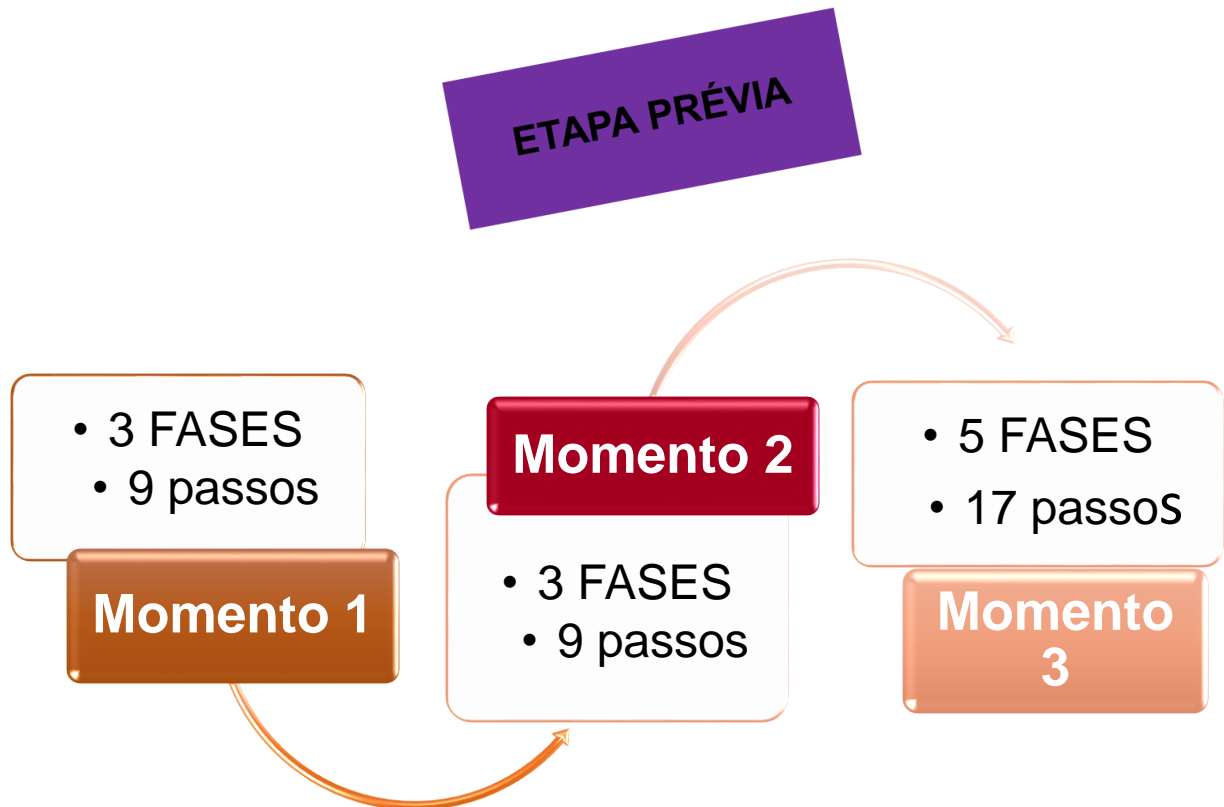
Esquema 1: Operacionalização da pesquisa-ação



Fonte: (SOUZA; SANTOS, 2017)

Para a esta pesquisa, foi realizada uma adaptação do método, na qual existiu uma etapa prévia aos momentos da pesquisa-ação. E cada momento possuiu um número específico de fases e passos conforme esquema 2.

Esquema 2: Etapa prévia da operacionalização da pesquisa-ação



Fonte: (SOUZA; SANTOS, 2017)

3.3.1 Etapa Prévia – Acolhimento

Nesta pesquisa, a etapa prévia foi chamada de “Acolhimento”. Na véspera da etapa prévia e dos momentos, realizamos contato telefônico e por e-mail com cada participante a fim de confirmar horário e local. Ressel et al. (2008) enfatiza que este contato estimula a presença de cada participante.

Reservamos o Centro de Culturas e Ideias da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba para realização dos momentos. O local possui uma boa iluminação e ventilação. O espaço físico conta com cadeiras, mesa, equipamentos multimídia como data show, computador e caixa de som. Cada momento foi devidamente organizado pensando nos seu objetivo e na metodologia empregada, bem como no seu desdobramento em fases e passos.

A equipe foi formada pelos participantes deste estudo. Na etapa prévia, realizou-se um encontro com o objetivo de explicar o mais claramente possível o projeto de tese de doutorado, o tema desenvolvido, a técnica utilizada, bem como seus objetivos e metodologia. Após realizou-se o convite aos discentes para sua participação nos momentos subsequentes do projeto, bem como a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Acreditamos que esse primeiro contato foi fundamental para adesão dos participantes ao estudo.

No “Acolhimento”, cada participante recebeu individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura caso houvesse concordância em participar do estudo. Após a assinatura do TCLE por todos os participantes, realizamos uma dinâmica de socialização e distribuição de adesivos identificando cada um da forma que o mesmo gosta de ser chamado, para que pudéssemos facilitar a interação no grupo. Em seguida, utilizamos um roteiro de entrevista sob forma de questionário (Apêndice A), com a intenção de obter informações que permitiram traçar a caracterização dos participantes do estudo.

Com o consentimento de todos os integrantes do grupo, realizou-se um acordo de convivência, com seguintes especificações: 1. Agradecimento da participação de todos; 2. Celulares mantidos no modo *vibracall*; 3. Solicitação de autorização para gravar e filmar (vale ressaltar que o sigilo das informações na utilização dos dados e no anonimato dos participantes foi informado e reassegurado, pois apenas os integrantes da equipe de pesquisa teriam acesso ao conteúdo gravado, sendo inutilizadas ao final do trabalho).

Todos os “momentos” aconteceram na Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, com horário de início pré-estabelecido com o grupo. Deste modo, aconteceram três momentos, que foram divididos em fases e operacionalizados em passos, que não foram necessariamente lineares.

3.3.2 Primeiro Momento – Investigação

Neste “momento”, escolhemos uma área específica de investigação de acordo com o objeto de estudo a fim de alcançar um primeiro nível de conhecimento da problemática e da percepção que o grupo tem desta. Para Pinto (2014, p.161), no primeiro momento “[...] se pesquisam os processos objetivos e subjetivos”.

Fase A: Elaboração de um referencial teórico comum**Fase B: Investigação Participante da Problemática e da percepção do grupo**

As Fases A e B da pesquisa foram agrupadas por entendermos que as duas se complementavam e consistiram na elaboração de um marco comum – trabalhar com a temática Educação em Saúde.

O **primeiro passo** foi a “delimitação do grupo” a partir dos alunos que atenderam à etapa prévia e que consentiram em participar da pesquisa. A elaboração dos códigos de investigação correspondeu o **segundo passo**. Para Pinto (2014), códigos investigativos são representações gráficas ou audiovisuais de situações reais que facilitam o despertar do diálogo nos grupos de pesquisa. Para tanto, realizou-se uma leitura criteriosa do Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em enfermagem a fim de compreender o currículo da instituição e dos planos de ensino dos períodos anteriores ao nono com intuito de identificar as práticas pedagógicas utilizadas pelos docentes nas disciplinas da graduação.

Após a leitura dos planos de ensino, constatamos que as estratégias mais utilizadas no curso de graduação em enfermagem pelos professores foram: método do caso, simulação realística, dramatização, método do projeto, aula expositiva, educação em saúde, método da problematização, mapa conceitual e discussão em grupo. Em seguida realizou-se um pedido via e-mail aos docentes solicitando imagens reais da aplicabilidade dessas práticas no cotidiano de sua vivência. Após o recebimento das imagens, realizou-se a criação de um único arquivo com todas as imagens e organizadas de modo que não houvesse repetição.

Assim, os códigos de pesquisa foram caracterizados por imagens de estratégias utilizadas durante a graduação em forma de um círculo centralizado no chão da sala. Estas foram coladas em uma folha de cartolina colorida com uma borda de 2 cm maior em todas as suas margens. Este recurso foi utilizado apenas para manter a figura mais firme. Foram utilizadas somente imagens de estratégias que foram utilizadas durante a graduação.

No **terceiro passo**, trabalhamos com a técnica círculo de pesquisa a partir da seguinte questão norteadora: Qual foi a estratégia pedagógica utilizada durante a graduação que mais contribuiu para o seu processo de aprendizagem?

Seguindo a dinâmica, as imagens foram distribuídas em uma círculo no chão cartazes de imagens das estratégias pedagógicas que os participantes haviam vivenciado durante a graduação. O círculo tinha como objetivo resgatar as estratégias utilizadas no processo ensino-aprendizagem ao longo da graduação e discutir sobre sua utilização no decorrer da academia.

Os discentes caminharam ao redor dos cartazes a fim de se familiarizarem com as temáticas expostas. Depois, foi solicitado que cada discente escolhesse em silêncio um cartaz e que se senta-se em frente a ele. Não houve duplicidade de cartazes com estratégias repetidas.

Para o início da discussão, foi escolhido um discente aleatoriamente e solicitado que o mesmo se apresenta e fizesse a exposição referente à estratégia escolhida. Deste modo, o primeiro relator deu início às discussões sobre a questão posta. Seguiu-se a mesma proposta até que todos os discentes tivessem voz.

De acordo com Pinto (2014), este é um ponto culminante do momento investigativo. Para o autor, “o círculo de pesquisa é também um instrumento de autoinvestigação e de investigação participativa, coletiva de uma realidade compartilhada pelos membros do grupo”.

O registro do círculo de pesquisa, o **quarto passo**, foi realizado por meio de áudio e vídeo. Conforme a metodologia da pesquisa-ação (PINTO, 2014) este não foi realizado por uma pessoa da equipe e nem pelo coordenador do círculo. Pinto (2014, p. 200) enfatiza que “[...] somente com os círculos de pesquisa pode-se estudar verdadeiramente o discurso dos participantes e através dele, a lógica do seu pensamento”. Durante todo o círculo de pesquisa, o coordenador da equipe, neste caso o pesquisador, utilizou o diário de campo para o registro detalhado do material produzido no círculo de pesquisa. A transcrição literal da gravação em áudio e vídeo foi caracterizado como **quinto passo**.

Fase C: primeira aproximação – cenário / prática

O **primeiro passo** correspondeu a aproximação da equipe com o cenário de prática. Foi realizada uma visita técnica com o objetivo de conhecer a organização da Clínica da Família. Durante a visita, foi apresentada ao grupo de discentes a equipe multiprofissional atuante na clínica, bem como sua estrutura e organização – horário de funcionamento, painel explicativo, território de abrangência, acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), sistema de informação, comissões e regimentos, consulta de urgência e atendimento de emergência, procedimentos, visita domiciliar, ações coletivas, consultas, consultas de enfermagem, reuniões de equipe, assistência farmacêutica, organização de prontuários, encaminhamentos, remoção, ações intersetoriais/parcerias e a participação popular. Entender a organização dos serviço correspondeu ao **segundo passo** desta fase.

O **terceiro passo**, realizou-se um encontro com o gestor da unidade. Buscou-se nesse momento conhecer o sistema eletrônico da unidade e entender a realidade da área descrita.

Deste modo, foi apresentada a situação de cada equipe por meio do sistema eletrônico *vitacare*⁸. Em comum acordo com a equipe de trabalho e com o gerente da unidade, achamos mais oportuno nos concentrarmos em uma equipe – neste caso, equipe Lagoas.

Quarto passo, passeio ambiental, que objetivou conhecer a área de abrangência.

3.3.3 Segundo Momento – Tematização

Para Pinto (2014, p. 202), “a tematização é considerada o momento dialético da pesquisa, ele representa a volta reflexiva, em níveis mais altos abstração, para lembrar o conhecimento adquirido até agora, a fim de poder orientar a ação educativa a desenvolver-se no momento seguinte”. A tematização é voltada para a compreensão da dinâmica do social e para a descoberta das possibilidades de ação nessa dinâmica.

Portanto, o objetivo deste momento foi buscar uma compreensão mais totalizadora dos processos reais da população pesquisada.

Fase A: repensando nossa prática

O **primeiro passo** foi realizado no Centro de Culturas e Ideais na Clínica da Família, igualmente à etapa prévia. Neste passo, implementamos a dinâmica Café Mundial. A dinâmica consistiu na distribuição dos alunos em três mesas, cada mesa elegia um participante como anfitrião-relator das discussões fomentadas nos passos a seguir.

No **segundo passo**, buscou-se uma reflexão crítica a partir das seguintes questões norteadoras: (1) Como é a Educação em Saúde que realizamos? (2) Qual é a Educação em Saúde que pretendemos praticar?

O **terceiro passo** teve como objetivo resgatar as ações educativas desenvolvidas desde o primeiro período da graduação até o momento na Universidade. Para isso, o coordenador trabalhou com a dinâmica “linha do tempo”. O Grupo recebeu uma caixa fechada onde foram colocados vários objetos. A medida que os alunos retiravam cada objeto da caixa, eles, em conjunto, lembravam suas atividades educativas ao longo dos semestres anteriores. Na caixa, o coordenador do grupo colocou objetos diversos, tais como: fita adesiva fina de cor vermelha e fita adesiva grossa marrom, pregador, bola azul, papel 40 Kg, caneta de diferentes cores,

⁸ *Vitacare* - Prontuário Eletrônico

algodão, preservativos, fita métrica, escovinha endocervical, espátula de *ayres*, copo plástico, pedra de argila, saquinho de presente, fio dental, vela, fita de tecido, cotonete. A partir da criatividade dos participantes, o grupo deliberava a quais ações educativas eles remetiam e quais objetos seriam inseridos na linha do tempo.

Fase B: entendendo a Educação em Saúde

Tal qual descrito anteriormente no primeiro passo da Fase A deste momento, o **primeiro passo** da Fase B foi a implementação da dinâmica Café Mundial.

No **segundo passo**, o coordenador do grupo entregou textos sobre a temática em tela. Para cada mesa, um participante permaneceu como anfitrião-relator para leitura dos textos, adaptados do Manual de Educação em Saúde: planejando as ações educativas SUS/SP (2001).

Os textos foram divididos da seguintes forma: Mesa 1: Como melhorar a participação dos sujeitos no processo educativo? Educação e Saúde: onde estamos e para onde vamos? Mesa 2: O processo educativo e a importância da comunicação e a Educação em Saúde: planejando nossa ação – planejar ou improvisar? Mesa 3: Refletindo sobre nossa prática- sistematizando os conhecimentos e saber técnico e saber popular? Qual a diferença? Como melhorar a comunicação e a participação dos sujeitos no processo educativo?

A discussão caracterizou como **terceiro passo**, no qual todos tiveram voz.

Fase C: elaboração de um programa pedagógico

No **primeiro passo**, o grupo realizou um encontro com a equipe Lagoas e com representante da associação de moradores da comunidade do Marcão no Centro Cultura e Ideias na própria Clínica, no qual foi realizada a apresentação dos dados obtidos no prontuário eletrônico e no passeio ambiental. Este passo viabilizou um planejamento participativo na próxima fase, onde a população, junto com a equipe de saúde, discute seus problemas e encontra as soluções para as suas reais necessidades.

Durante a elaboração do programa pedagógico, realizou-se a identificação da temática a ser trabalhada na Educação em Saúde a partir da demanda identificada pela equipe, pela comunidade e pelo grupo de trabalho, correspondeu ao **segundo passo**. Deste modo, a equipe identificou as gestantes como o grupo que necessitava de atenção e deliberaram realizar uma busca ativa com intuito de trazer essas gestantes para unidade de saúde com a finalidade de iniciarem o mais precocemente as consultas de pré-natal. Foi traçado o objetivo de resgatar

100% dessas gestantes que encontravam-se sem acompanhamento pré-natal, pensando na importância da Educação em Saúde para as gestantes.

O **terceiro passo** correspondeu à identificação de elementos presentes na percepção do grupo após as fases anteriores. Desta forma, foram construídas unidades pedagógicas centradas o tema gerador “Gestantes”. O grupo pensou nos temas geradores comuns a serem abordados com as gestantes e enfatizaram temas de acordo com a situação epidemiológica da época – Arboviroses. Deste modo, os temas geradores foram: fecundação, alterações fisiológicas da gestação no 1º, 2º e 3º trimestres, medidas não farmacológicas no trabalho de parto, aleitamento materno, Dengue, Zica e *Chikungunya*.

3.3.4 Terceiro Momento – Programação Ação

Para Pinto (2014), este é caracterizado como o momento da ação. O objetivo deste momento é motivar o grupo para a ação por meio de uma programação coerente e adequada à realidade. Acrescenta ainda que a pesquisa deve continuar paralelamente à ação, porque a realidade está em constante mutação. Assim, o terceiro momento se desdobra nas seguintes fases:

Fase A: Grupo de Estudos

O **primeiro passo** compreendeu a organização para grupo de estudos. Deste modo, foram formados trios para cada grupo de estudo. O **segundo passo**, a divisão das temáticas com subgrupos. O **terceiro passo** caracterizou a busca do material para os estudos, livros, artigos, manuais do Ministério da Saúde, *sites*.

Fase B: Fundamentação Teórica

Primeiro passo, preparação do conteúdo a ser trabalhado no grupo com fundamentação teórica. Para fundamentação teórica utilizamos os cadernos de atenção Básica do Ministério da Saúde. Deste modo, após divisão dos grupos de estudo cada grupo ficou responsável por montar sua apresentação da forma que fosse mais prazerosa, ficou livre a exposição através de dramatizações, dinâmicas, cartazes, *folders*, exposição teórica.

Segundo passo, apresentação das propostas para a exposição do conteúdo trabalhado, seguida do **terceiro passo**, exposição teórica dos temas geradores, como posterior discussão.

Fase C: Planejando a Ação

No **primeiro passo**, foi discutido o conceito de “Planejamento”. O planejamento do grupo também é considerado essencial para sua constituição. Ele deve ser detalhado, meticuloso e englobar o respeito ao outro. O planejamento, sendo um processo ordenado, pressupõe certos passos ou etapas básicas, estabelecidos em uma ordem lógica.

Para o **segundo passo**, foi operacionalizado o planejamento do componente educativo das ações de saúde.

Terceiro passo, plano de ação, incluindo a determinação de objetivos, população-alvo, metodologia, recursos e cronograma de atividades.

Quarto passo, execução, implicando na operacionalização do plano de ação.

Quinto passo, caracterizado pela avaliação, incluindo a verificação se os objetivos propostos foram ou não alcançados.

O **sexto passo** consistiu da confecção de material didático em formato de convite. Para Pinto (2014) o material didático significa a expressão sensorial dos temas e unidades pedagógicas, mediante formas gráficas, meios visuais, orais ou audiovisuais.

Fase D: A Educação Em Saúde – Roda de Barrigas (Grupo de Gestantes)

Primeiro passo, acolhimento das gestantes, boas vindas. **Segundo passo**, apresentação e informações acerca dos objetivos e finalidades do grupo. **Terceiro passo**, esclarecimento sobre a dinâmica proposta para o encontro, as atividades que seriam realizadas (exposição, dinâmicas, atividades lúdicas e rodas de conversas), informando sempre a importância da exposição de ideias e anseios de cada participante.

Fase E: Avaliação da Educação Em Saúde

Ao final do grupo de gestantes, realizamos uma roda de conversas a fim de termos um *feedback* sobre a atividade educativa realizada. O grupo de gestantes “Rodas de Barrigas” ofereceu a oportunidade de manifestação de dúvidas e dificuldades sobre o período gestacional, prevenindo a ansiedade, o medo e permitindo a troca de experiências.

Os participantes do grupo responderam a seguinte questão: Como você analisa a contribuição da Educação em Saúde como prática pedagógica para o seu processo de aprendizagem?

Quadro I: Detalhamento da sequência metodológica da Pesquisa-Ação

MOMENTO	DESCRIÇÃO
ETAPA PRÉVIA – ACOLHIMENTO A FORMAÇÃO DA EQUIPE	Passo 1: Formação da equipe Passo 2: TCLE, caracterização dos participantes do estudo Passo 3: Dinâmica de socialização da equipe Passo 4: Acordo de convivência
MOMENTO I – INVESTIGAÇÃO FASE A: ELABORAÇÃO DE UM REFERENCIAL TEÓRICO COMUM FASE B: INVESTIGAÇÃO PARTICIPANTE DA PROBLEMÁTICA E DA PERCEPÇÃO DO GRUPO	Passo 1: Delimitação do grupo Passo 2: Elaboração dos códigos de investigação Passo 3: Técnica círculo de pesquisa Questão norteadora: Qual foi a estratégia pedagógica utilizada durante a graduação que mais contribuiu para o seu processo de aprendizagem? Passo 4: O registro do círculo de pesquisa Passo 5: Transcrição literal da gravação em áudio e vídeo
FASE C: PRIMEIRA APROXIMAÇÃO – CENÁRIO / PRÁTICA	Passo 1: Aproximação da equipe com o cenário de prática / Visita técnica na Clínica da Família Padre José de Souza Herdy Passo 2: Compreensão sobre a organização dos serviços Passo 3: Encontro com o gestor da CFPJAT – Sistema eletrônico <i>vitacare</i> Passo 4: Passeio ambiental
MOMENTO II – TEMATIZAÇÃO FASE A: REPENSANDO NOSSA PRÁTICA	Passo 1: Dinâmica Café Mundial Passo 2: Reflexão crítica sobre como estamos e o que esperamos da ação educativa, decidir qual é a ação que pretendemos praticar. Questões norteadoras: (1) Como é a Educação em Saúde que realizávamos? (2) Qual é a Educação em Saúde que pretendemos praticar? Passo 3: Construção da Linha do Tempo Resgate das ações educativas desenvolvidas do primeiro período ao oitavo período da graduação
FASE B: ENTENDENDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Passo 1: Dinâmica Café Mundial Passo 2: Leitura e compreensão de textos sobre Educação em Saúde Passo 3: Discussão dos textos
FASE C: ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA PEDAGÓGICO	Passo 1: Encontro gestor, equipe, ACS, representação da comunidade e grupo de trabalho Passo 2: Identificação da temática a ser trabalhada na Educação em Saúde a partir da demanda identificada pela comunidade, pela equipe multiprofissional e grupo de trabalho Passo 3: Identificação de elementos presentes na percepção do grupo
MOMENTO III – PROGRAMAÇÃO AÇÃO FASE A: GRUPO DE ESTUDOS	Passo 1: Organização para grupo de estudos Passo 2: Divisão das temáticas com subgrupos Passo 3: Busca do material para os estudos, livros, artigos, manuais do Ministério da Saúde, <i>sites</i>
FASE B: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	Passo 1: Preparação do conteúdo a ser trabalhado no grupo com fundamentação teórica Passo 2: Apresentação de propostas para exposição do conteúdo trabalhado Passo 3: Exposição teórica dos temas geradores
FASE C: PLANEJANDO A AÇÃO	Passo 1: Discussão conceito de “Planejamento” Passos 2, 3, 4 e 5: Operacionalização do planejamento do componente educativo das ações de saúde Passo 6: Confecção de material didático em formato de convite
FASE D: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE – RODA DE BARRIGAS (GRUPO DE GESTANTES)	Passo 1: Acolhimento das gestantes Passo 2: Apresentação e informações acerca dos objetivos e finalidades do grupo Passo 3: Criação de vínculo Passo 4: Apresentação situação-problema a população
FASE E: AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Passo 1: Participantes respondem à pergunta: Como você analisa a contribuição da Educação em Saúde como prática pedagógica para o seu processo de aprendizagem?

Fonte: Esquematização (SOUZA; SANTOS, 2017).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A investigação atendeu as exigências da Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, no tocante à Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos, requisitos de justiça e equidade, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Plataforma Brasil e mediante a formulação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) foi previamente apresentado aos participantes do estudo, bem como o instrumento de coleta de dados. O cronograma previsto para a pesquisa foi executado após aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo, garantindo a preservação da sua identidade e autonomia, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Para assegurar o anonimato dos participantes desta investigação, estes foram identificados com a letra “D” de discente seguida do número correspondente, de 1 a 19. E quando for apresentado o consenso do grupo será identidade como “grupo de discentes”.

Mediante a aceitação, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, apesar de mínimos, os riscos existem, quais sejam: desconforto, emoção, cansaço, impaciência. Foi garantida ao participante a interrupção da coleta de dados se assim ele desejasse, seja por constrangimento ou qualquer outro motivo, podendo haver possível continuidade posterior, ou mesmo a declinação da entrevista de forma definitiva.

O participante não foi beneficiado (a) financeiramente, ele contribuirá para o conhecimento científico relacionado à Educação em Saúde enquanto estratégia pedagógica respeitando suas singularidades e suas influências na conjuntura atual; Sempre que o participante desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e a qualquer momento, o participante poderá se recusar a continuar participando da pesquisa e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ), da Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy” – UNIGRANRIO e pela Secretária Municipal em Saúde do Rio de Janeiro sob o Parecer Nº 46888115.1.3002.5283.

4 RESULTADOS

4.1 O CURRÍCULO DA UNIGRANRIO E O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A Missão da UNIGRANRIO consiste em “Promover a qualidade de vida, tendo como instrumento básico o processo educacional”. A Visão consiste em “entregar valor à sociedade, empenhando-se na oferta de uma educação que participe ativa e permanentemente das comunidades em que se insere e atue como agente de transformação social por meio de seus projetos de ensino, pesquisa e extensão”. A visão institucional é traduzida em seu lema “Ir Além da Sala de Aula”. Desta maneira, o ensino na UNIGRANRIO pauta-se na busca da excelência, tendo como foco o desenvolvimento pessoal e profissional do discente, concebido de modo a integrar de maneira indissociável a formação humana e cidadã e a qualificação para o exercício profissional.

Os três pilares da Universidade estão obrigatoriamente presentes nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, incluindo-se também, os indispensáveis projetos de ações de Responsabilidade Social, que levam a divulgação e produção de conhecimentos e pluralidade étnico-racial, sustentabilidade e preservação do meio ambiente. Esses pilares são evidenciados no curso de Enfermagem nas disciplinas teóricas e práticas, através de visitas e ações em comunidades e unidades de saúde nos três níveis de atenção, pelas quais há a busca dos determinantes da saúde.

A respeito do Projeto Político Pedagógico (PPP), Anastasiou (2010, p. 590) destaca alguns dos aspectos da sua constituição e a contribuição da sua existência no cenário escolar quando diz:

Acerca do PPP do curso pontuamos inicialmente que o mesmo deve ser fruto de uma ação colegiada em sua definição e construção inicial e também e sua manutenção por meio da avaliação continua. É visível sua importância no avanço do ensino de graduação, porque embora como um documento seja externo a cada docente e ao mesmo tempo elemento fundamental do registro do compromisso social que a universidade, como instituição social que e, tem com relação ao ensino de graduação e que, através dele o colegiado de curso pode unificar ações, executar revisões e atualizações, possibilitar avaliação colegiada, criando o espaço para se sistematizar formas de trabalho cooperativo e de valorização da contribuição de todos e de cada um.

Os princípios norteadores do Projeto Político Pedagógico (PPP) da Universidade se assentam nessas três unidades curriculares que alocam um conjunto de conteúdos e experiências

de aprendizagem, que possibilitam a apropriação do eixo temático, bem como a integração entre disciplinas de um mesmo período, chamada de integração horizontal, e a articulação entre as disciplinas de períodos anteriores e posteriores, integração vertical, possibilitando o caráter dinâmico dos conteúdos desenvolvidos, desde os primeiros períodos a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é considerado um ponto forte do currículo (UNIGRANRIO, 2013).

O ensino de Enfermagem na UNIGRANRIO foi criado em 1980. Atualmente, passa por uma nova mudança curricular e busca desenvolver no discente competências e habilidades para o enfrentamento de limites e possibilidades no âmbito pessoal e/ou profissional, ao lidar com as múltiplas racionalidades vigentes, bem como estimular o desenvolvimento do espírito crítico e empreendedor.

As ações pedagógicas do Curso de Enfermagem são desenvolvidas em um ambiente favorável ao diálogo e cooperação, coordenadas pelas disciplinas do curso, por seus projetos e conhecimentos, os quais fortalecem a missão institucional. O novo currículo está voltado para que o discente seja capaz não apenas de assimilar informações, pois é preciso que ele saiba selecioná-las, relacioná-las e fazê-las convergir para processos criativos apoiados nos princípios de ética, igualdade, qualidade, liberdade, autonomia, pluralismo e do espírito dialógico que norteie suas atividades nas diferentes dimensões da sustentabilidade (UNIGRANRIO, 2013).

É nesse contexto que o Curso de Enfermagem da Barra da Tijuca foi construído, tendo como premissas básicas os indicadores socioeconômicos e epidemiológicos que são característicos de uma região permeada de contrastes sociais, e da perspectiva de formar profissionais de enfermagem capazes de melhorar a qualidade de vida desta população (UNIGRANRIO, 2013).

De acordo com a estrutura curricular da instituição, o curso de enfermagem se insere na unidade Escola Ciências da Saúde. Vale ressaltar que a sua organização curricular foi planejada para atender as DCN do curso de Enfermagem conforme estabelecido pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 DE NOVEMBRO DE 2001, e em relação a duração e carga horária segue a Resolução CNE/CES de Nº 4, DE 6 DE ABRIL DE 2009, sendo o curso ministrado em, no mínimo 05 anos ou 10 semestres letivos e, no máximo de 07 anos ou 14 semestres letivos.

O Currículo está organizado em três unidades curriculares, a partir do eixo integrador “As dimensões do cuidado na atenção à saúde”, adotado na concepção deste curso.

A primeira Unidade é intitulada “O Cuidar na Dimensão da Saúde e Sociedade” e envolve acadêmicos que estão cursando as Fases I, II e III do Curso de Enfermagem.

A segunda unidade “O Cuidar na Dimensão do Processo Saúde-doença nos ciclos da vida” trabalha o processo saúde-doença nos ciclos da vida de acordo com o perfil epidemiológico brasileiro, orientando o cuidado de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade no contexto do sistema de saúde, em uma abordagem progressiva dos níveis de atenção à saúde instrumentalizada pela sistematização da assistência de enfermagem. Na Unidade II atuam acadêmicos que estão cursando as Fases IV, V, VI, VII e VIII do Curso.

Na terceira e última unidade curricular “A Imersão na Prática do Cuidar em Enfermagem”, o aluno vivencia o cuidado de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade em diferentes cenários de prática, promovendo a articulação e consolidação de aprendizagens anteriores mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao pleno exercício profissional, com resgate das práticas gerenciais e empreendedoras, consolidando-se postura pró ativa, que se tem início desde as primeiras fases. Vale destacar que, nessa unidade, os acadêmicos estão cursando as duas últimas Fases (IX e X) do Curso de Enfermagem, onde encontra-se o Estágio Supervisionado Integralizador I e II.

Desta forma, o Curso de Enfermagem da UNIGRANRIO compromete-se com a exigência de um profissional multiqualificado, buscando formar um profissional com as capacidades de diagnóstico, de reflexão crítica, de tomada de decisões, de intervenção no processo de trabalho, de trabalho em equipe, de argumentação, de negociação, de auto-organização e de enfrentamento de situações em constantes mudanças (UNIGRANRIO, 2013).

De acordo com o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Enfermagem para a implantação da nova matriz curricular a universidade tomou como premissa ser necessário uma “ruptura efetiva da crença da autonomia entre a teoria e a prática”. Deste modo, foram adotadas ações educativas críticas e criativas, referenciadas na realidade epidemiológica e das práticas em saúde necessárias ao modelo de atenção à saúde brasileira (UNIGRANRIO, 2013). A descrição dos conteúdos curriculares, a fim de identificar a prática da Educação em Saúde do curso de Enfermagem na Instituição, é apresentada no ANEXO 2.

Vale ressaltar a importância da Educação em Saúde na Diretriz Curricular direcionada ao curso de Enfermagem, que contribui na formação do enfermeiro enquanto profissional com competências e habilidades para o desempenho da profissão.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Ao todo, dezenove alunos estavam regularmente matriculados na disciplina Estágio Supervisionado Integralizador I (ESI-I), modalidade Atenção Primária à Saúde do curso de graduação em Enfermagem da UNIGRANRIO – unidade Barra da Tijuca no primeiro semestre de 2016. Cem por cento destes aceitaram participar do estudo. Não houve perda de seguimento da etapa prévia para o primeiro momento, bem como ao longo dos demais momentos, de modo que todos os participantes completaram satisfatoriamente a pesquisa.

Para um melhor entendimento do perfil sociodemográfico da população estudada, os participantes foram estratificados nas seguintes categorias: gênero, faixa etária, estado civil, naturalidade, filhos, vínculo empregatício, procedência escolar, formação profissional, graduação anterior, intervalo sem estudo no período que antecedeu o ingresso na faculdade de Enfermagem, atividade de lazer e prática de esportes.

O grupo constituiu-se por discentes de ambos os gêneros, com uma predominância de discentes do gênero feminino (94,74%). Houve uma maior concentração de alunos na faixa etária entre 18 e 28 anos, totalizando 63,16% da população. Cerca de 90% dos graduandos eram solteiros e 63,15% não tinham filhos. Os dados referentes à naturalidade dos estudantes mostram que 84,24% eram provenientes da região Sudeste, seguidos de 10,52% do Nordeste.

Um total de 84,21% dos nossos alunos possuía vínculo empregatício em concomitância às atividades universitárias. Quanto à procedência escolar, os dados mostraram que 68,42% estudaram em instituições públicas no ensino fundamental e médio. Cem por cento dos participantes cursavam a sua primeira graduação, embora pouco mais da metade (52,63%) já possuísse curso técnico em Enfermagem. O intervalo de anos sem estudo no período que antecedeu o ingresso na Universidade variou entre até 1 ano (57,9%) e mais de seis anos (21,05%). No momento do estudo, 89,47% dos graduandos possuíam alguma atividade de lazer, mas 63,15% não praticavam nenhum tipo de esporte regularmente.

Quadro II: Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo (discentes de enfermagem regularmente matriculados no nono período da Universidade Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO)

CARACTERÍSTICAS	19 (100%)
Gênero	
Masculino	1 (5,26%)
Feminino	18 (94,74%)
Idade	
18- 28 anos	12 (63,16%)
29-38 anos	5 (26,31%)
39-48 anos	1 (5,26%)
49-58 anos	1 (5,26%)
Estado Civil	
Solteiro	7 (36,84%)
Casado	12 (63,16%)
Naturalidade	
Sudeste	17 (89,47%)
Sul	0 (%)
Nordeste	2 (10,52%)
Norte	0 (%)
Centro-Oeste	0 (%)
Filhos	
Sim	7 (36,85%)
Não	12 (63,15%)
Vínculo empregatício	
Possui	16 (84,21%)
Não possui	3 (15,78%)
Procedência escolar	
Escola pública	13 (68,42%)
Escola privada	6 (31,58%)
Formação profissional	
Técnico	10 (52,63%)
Não Técnico	9 (47,37%)
Graduação anterior	
Sim	0 (0%)
Não	19 (100%)
Intervalo sem estudo	
Até 1 ano	11 (57,90%)
2-4 anos	3 (15,79%)
4-6 anos	1 (5,26%)
Mais de 6 anos	4 (21,05%)
Atividade de lazer	
Sim	17 (89,47%)
Não	2 (10,52%)
Prática esportes	
Sim	7 (36,84%)
Não	12 (63,15%)

Fonte: Esquematização (SOUZA; SANTOS, 2017).

4.3 DESCRIÇÃO DAS VIVÊNCIAS DOS DISCENTES SOBRE AS PRÁTICAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIGRANRIO

4.3.1 Práticas de ensino que mais impactaram ao longo da graduação

Resgatando o primeiro momento – Investigação da operacionalização da pesquisa, a primeira vivência dos participantes do estudo se deu pela exposição das estratégias de ensino utilizadas pelos docentes ao longo da graduação. De acordo com os alunos, a simulação realística foi identificada como a estratégia que mais contribuiu e/ou impactou no processo de ensino-aprendizagem (31,57%), seguida do estudo de caso (21,05%), como pode ser visto na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Representação das práticas de ensino presentes no ideário do discente de Enfermagem, Brasil, 2016.

Tipo de estratégia	Frequência
Simulação realística	31,57% (06)
Estudo de Caso	21,05% (04)
Aula prática	15,79% (03)
Discussão em grupo	10,53% (02)
Educação em Saúde	5,26% (01)
Aula teórica	5,26% (01)
Método da problematização	5,26% (01)
Dramatização	5,26% (01)
Mapa conceitual	0% (00)
Total	100 (19)

Fonte: (SOUZA; SANTOS, 2017).

4.3.2 Repensando as práticas em Educação em Saúde – Café Mundial

Com base na dinâmica do Café Mundial, em que os alunos respondiam a questões acerca da Educação em Saúde realizada versus a pretendida, o que foi possível constatar foi que as ações educativas **realizadas** eram pautadas no simples repasse de informações e conhecimentos técnicos de temas pré-definidos, realizadas de forma vertical, sem a troca de saberes, provocando um distanciamento entre o sujeito e o objeto. Além disso, a prática tendeu a ficar restrita à Atenção Primária.

Em contraste, na Educação em Saúde **pretendida**, os discentes identificaram a sua efetividade a partir de uma necessidade observada no Universo em que estão inseridos e/ou em resposta a uma demanda apresentada pela comunidade. A construção desse saber nasce de um compartilhamento de conhecimentos entre o profissional (formado e/ou em formação) e o usuário dos serviços de saúde.

Neste passo, os participantes resgataram e discutiram suas experiências pretéritas em cada período da graduação. Abaixo, a transcrição do discurso original do grupo proferido nesta etapa a partir do arquivo de áudio:

Durante a graduação sempre nos foi solicitado a realização de atividades educativas mas, muitas das vezes realizávamos mesmo sem ter tido o conteúdo. No primeiro período fomos para comunidade. Tínhamos que escolher uma comunidade e em grupos pequenos realizávamos o mapeamento desta comunidade e víamos suas necessidades. Depois, na faculdade, apresentávamos o resultado desta visita em plenária em sala de aula. Cada grupo apresentava a sua e a partir daí realizávamos uma atividade educativa sobre as necessidades percebidas, geralmente era sobre vetores, sobre a água ou descarte correto dos lixos, ... porém, sem o professor. No segundo período, voltávamos para comunidade com intuito de realizar uma anamnese e exame físico no indivíduo. Como tínhamos muitos pacientes hipertensos e diabéticos, realizamos uma Educação em Saúde ao indivíduo, sem a presença do professor e sozinhos. A busca pelo conteúdo aconteceu através dos cadernos de atenção básica. Terceiro período comunidade, com foco na família. Quarto período foi o período que fomos pela primeira vez à uma unidade de saúde com o professor. Lá, realizamos atividades educativas para pacientes hipertensos e diabéticos, tabagistas. No quinto período tivemos a oportunidade de participar da Educação em Saúde intitulada Outubro Rosa na universidade”. Participamos realizando Educação em Saúde sobre hipertensão Arterial Sistêmica para mulheres, falamos também do Câncer do colo do útero e câncer de mama, assunto alvo da campanha. Enfatizamos a importância do exame preventivo do câncer do colo do útero e da importância do exame clínico das mamas. Adoramos tanto que queríamos participar no ano seguinte porém, estávamos no campo hospitalar. Nos períodos do hospital adulto, mulher e criança não realizamos Educação em Saúde. Então, achamos sim que deveríamos repensar a Educação em Saúde que realizamos. Acreditamos que ela deve ser realizada desde o primeiro período de acordo com a necessidade da nossa comunidade, com troca e que principalmente devemos ter a participação do professor. Ficamos perdidos nos primeiros períodos. Passávamos o conteúdo do que tínhamos estudado da melhor forma, os pacientes gostavam muito e sempre interagiam com a gente, faziam muitas perguntas. Achamos fundamental ter a presença do professor durante o planejamento. Podíamos ter uma disciplina específica no primeiro período antes de realizarmos as ações educativas (GRUPO DE DISCENTES).

4.3.3 Ações de Educação em Saúde – Linha do Tempo

Em uma segunda dinâmica desse momento da pesquisa, denominada Linha do Tempo, os discentes apresentaram as atividades educativas que haviam realizado do primeiro ao oitavo período a partir da sequência cronológica dos eventos.

Os discentes resgataram as seguintes ações de Educação em Saúde realizadas durante a graduação:

- ✓ 1º período: Território, Hipertensão e Diabetes;
- ✓ 2º período: Determinantes e condicionantes de saúde;
- ✓ 3º período: Lazer, tabagismo, alcoolismo;
- ✓ 4º período: Hipertensão e Diabetes;
- ✓ 5º período: Câncer do colo do útero e Câncer de mama com ênfase na importância do exame preventivo do câncer do colo do útero e auto exame das mamas para o autoconhecimento do corpo feminino.

Foi identificada uma lacuna desta prática quando o aluno cursava o 6º, 7º e 8º períodos. Fica uma dúvida: será que esse aluno não identificou a Educação em Saúde realizada em ambiente hospitalar ou de fato ele não a realizou?

Figura 3: Linha do Tempo sobre as ações de Educação em Saúde realizadas na graduação em Enfermagem do 1º ao 8º período na UNIGRANRIO, Brasil, 2016.



Fonte: (SOUZA; SANTOS, 2017).

4.3 RETRATO DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDA PELOS DISCENTES NA DISCIPLINA ESTÁGIO SUPERVISIONADO INTEGRALIZADOR – I

4.3.1 Grupo de estudos

O planejamento da Educação em Saúde oportunizou o estudo de diversos temas, entendidos nesta pesquisa como “temas geradores”. Foram considerados temas prioritários e pré-estabelecidos: a) fecundação humana; b) alterações fisiológicas no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gestação; c) medidas não farmacológicas no trabalho de parto; d) aleitamento materno; e) arboviroses, Dengue, Zika e *Chikungunya*.

4.3.2 Material didático

O material didático em formato de convite foi elaborado pelos discentes (ver Figura 4). Este foi impresso e entregue às Agentes Comunitárias em Saúde (ACS) da clínica e, em seguida, entregues às gestantes durante as visitas domiciliares.

A equipe utilizou as redes sociais como instrumento de divulgação da Ação Educativa com ênfase nas gestantes. Para isso, salvamos o arquivo no formato JPEG e disponibilizamos para as ACS e gerente da unidade, para que disponibilizassem nas redes sociais da Clínica e via *WhatsApp*.

Figura 4: Convite elaborado pelos discentes de enfermagem para Educação em Saúde, grupo de gestantes na Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.



Fonte: Convite elaborado pelos discentes do curso de graduação em enfermagem confeccionado para Educação em Saúde, grupo de gestantes na Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

4.3.3 Grupo de Gestantes – “Roda de Barrigas”

Na execução da Educação em Saúde no ESI-I, o grupo identificou uma necessidade de resgate e busca ativa das gestantes atendidas pela Clínica da Família, cenário do nosso estudo. A ação em Educação em Saúde “Roda de Barrigas” contou com a participação de 18 gestantes com faixa etária entre 17 e 37 anos, bem como da enfermeira e dos agentes comunitários de Saúde da Equipe Lagoas. O grupo de gestantes recebeu o nome de “Roda de Barrigas” com intuito de criar vínculo com as usuárias, pois o mesmo faria parte das atividades programadas pela Clínica da Família e continuaria a acontecer regularmente todos os meses.

O grupo de discentes procurou realizar um ambiente diferente, agradável e descontraído. Para tanto, decidiram colocar cangas coloridas no chão, onde as gestantes teriam liberdade para ficar de forma confortável (sentadas na cadeira ou no chão). Seguimos o formato roda de conversa para realização do grupo, como pode ser visto na Figura 5.

Figura 5: Fotografia da Educação em Saúde roda de gestantes realizada pelos discentes de enfermagem para Educação em Saúde, grupo de gestantes na Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.



Fonte: (SOUZA; SANTOS, 2016).

O encontro da Educação em Saúde foi iniciado com um momento de acolhimento das gestantes, boas vindas, seguido da apresentação dos objetivos e finalidade do grupo. Deste modo, as atividades realizadas eram detalhadas, sempre enfatizando a importância da exposição das ideias e anseios de cada participante.

Após esse momento, os alunos iniciaram a introdução dos temas geradores definidos anteriormente. Foram utilizados materiais ilustrativos sobre os assuntos a fim de uma melhor compreensão temática pelas usuárias. Também foi realizada uma exposição lúdica das alterações fisiológicas no corpo das gestante por meio de materiais educativos confeccionados pelos próprios alunos.

Na discussão sobre medidas não farmacológicas no trabalho de parto, foi transmitido um vídeo sobre “Dor do parto”. O vídeo mostra o relato de 12 mulheres que pariram naturalmente. O vídeo incrementou as ações de Educação em Saúde auxiliando na apropriação de informações pertinentes sobre o trabalho de parto, bem como na interação dos alunos com o grupo de gestantes. No decorrer do encontro, o coordenador da pesquisa tomou nota de impressões sobre manifestações emocionais por parte dos alunos e das gestantes, bem como confiabilidade e harmonia na interação entre as partes.

De uma forma geral, todos os participantes contribuíram construtivamente durante o encontro, com boa interação entre si. Os temas geradores despertaram o interesse de todos e muitos questionamentos puderam ser esclarecidos. As participantes relataram preocupações acerca do atual estado epidemiológico das arboviroses, dificuldades em lidar com assunto, e acreditavam que espaços para discussão e troca de informações se faziam necessários.

O resultado deste trabalho foi a construção coletiva do conhecimento, uma boa interação entre a equipe, a comunidade e os profissionais de saúde, com a formação de uma equipe humanizada.

4.4 RESULTADOS SECUNDÁRIOS

4.4.1 Dados do prontuário eletrônico *vitacare* / Diagnóstico Equipe Lagoas

A equipe Lagoas é composta por 1 profissional médico, 2 médicos residentes de família, 1 enfermeira, 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e 1 agente de vigilância. Possui 1615 famílias cadastradas, totalizando 4112 pessoas. Destas, apenas 74 pessoas possuem cobertura de plano de saúde.

Como pode ser visto na Tabela 2 a seguir, em relação ao perfil da população cadastrada, foram notificados: 92 crianças entre 0 a 1 ano, 101 crianças entre 1 e 2 anos, 587 adolescentes entre 10 e 19 anos, 232 pessoas com mais de 60 anos e 79 gestantes. Os dados referentes às faixas etárias crianças de 3 a 9 anos e adultos de 20 a 59 anos não foram informados pelo

sistema. Somente 74 pessoas eram acompanhadas regularmente por meio das visitas domiciliares.

Tabela 2: População cadastrada na equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

Número de indivíduos por faixa etária	População cadastrada (FICHA A)	População acompanhada (FICHA B)	% de acompanhados
7 dias a 1 ano	92	24	26%
1 a 2 anos	101	13	13%
10 a 19 anos	587	----	----
19 a 59 anos	538	----	----
60 e mais	232	----	----
Nº de gestantes	65	35	47%

Fontes: Prontuário eletrônico (disponibilidade etária); Variável 2; SIAB março de 2016.

Em relação a situação de saúde e complicações de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a estimativa de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM) é de 1.015 – sendo 803 hipertensos e 212 diabéticos. Porém, apenas 178 hipertensos e 53 diabéticos são cadastrados, sendo acompanhados pela estratégia 93 hipertensos e 53 diabéticos como mostra a Tabela 3 abaixo.

Tabela 3: Representação de pacientes hipertensos e diabéticos da equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

DCNT	Número de pessoas com HAS e DM ¹	Cadastrados	Acompanhados
Hipertensão	803	178	93
Diabetes	212	53	26

Fontes: Prontuário eletrônico (Prevalência HAS e DM da população do território); Variável 2; SIAB março de 2016 e TABNET SUBPAV.

Ainda de acordo com dados obtidos pelo sistema *vitacare* sobre as DCNT, nos últimos três anos, foi notificado pelo menos uma caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC) no território por ano, bem como pessoas com DM do território que já sofreram amputação.

Em relação às gestantes, a equipe Lagoas tinha 65 cadastradas, totalizando 35 gestantes acompanhadas no pré-natal. Trinta e três gestantes apresentaram as vacinas em dia, 13 eram menores de 20 anos e 49 gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Desde 2013, a equipe Lagoas teve 2 casos de óbito maternos notificados e nenhum caso de óbito fetal e infantil. A clínica da família totaliza 286 gestantes, sendo 165 acompanhadas no pré-natal.

Tabela 4: Representação das gestantes acompanhadas no pré-natal, na equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

Casos	Total
Nº de Gestantes cadastradas (SIAB)	65
Nº de gestantes acompanhadas	35
Nº de Gestantes <20 anos (SIAB)	13
Nº de gestantes com vacina em dia	33
Nº de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre	49

Fonte: Prontuário eletrônico (Prevalência HAS e DM da população do território); Variável 2; SIAB março de 2016 e TABNET SUBPAV.

A equipe Lagoas é responsável Escola Municipal Poeta Mário Quintana, que possui um número total de 820 alunos, sendo 293 alunos possuem avaliação antropométrica realizada. Em relação ao perfil nutricional dos alunos avaliados, podemos sintetizar da seguinte forma: 8% baixo-peso; 85% adequado; 5% sobrepeso; 2% obeso.

Quadro IV: Representação da Saúde da Escola na equipe Lagoas da Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

Escolas e/ou Creches e abrigos vinculados à unidade de saúde	Escola Municipal Poeta Mário Quintana – 2015
Número de Escolas com Atividades do PSE	1
Descrever ações de crescimento e desenvolvimento e/ou educativas que foram realizadas, conforme o termo de compromisso do PSE Carioca ¹	Avaliação clínica e psicossocial, alimentação saudável, brincando na escola, avaliação nutricional, prática de atividade física
Total de alunos em cada escola	820
Alunos com avaliação antropométrica realizada	293
Perfil nutricional dos alunos avaliados	8% baixo-peso 85% adequado 5% sobrepeso 2% obeso
Cite 2 ações realizadas diante do perfil encontrado	Acompanhamento nutricional na Escola; Audiovisual sobre alimentação saudável e pirâmide alimentar

¹ Ações de Crescimento e Desenvolvimento: avaliação clínica e psicossocial, avaliação nutricional, avaliação saúde bucal, avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; realização tratamento restaurador atraumático (TRA) nas escolas/creches, atualização calendário vacinal; atendimento demanda espontânea. Atividades Educativas: promoção alimentação saudável, escovação dentária supervisionada com entrega de kit saúde bucal, prevenção de acidentes e violência, prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas, promoção saúde ambiental e desenvolvimento sustentável, ações educativas para professores, funcionários, familiares ou outros temas, promoção de agentes multiplicadores na escola, promoção atividade física. Fonte: Prontuário Eletrônico.

4.4.2 Passeio ambiental

O passeio ambiental (PA) foi realizado na área de abrangência da equipe Lagoas, conhecida como comunidade do Marcão, juntamente com as agentes comunitários de saúde

(ACS) da equipe, Andrielle, Cintia, Naiara, Cláudia e Erika. Estava um dia lindo, ensolarado, bastante quente. Usávamos blusa branca, calça jeans, tênis e estávamos com crachá de identificação e o logo da Universidade. As ACSs nos acompanharam durante todo percurso, deste modo cada ACS apresentou sua micro área.

Estava um dia lindo, ensolarado, bastante quente. Usávamos blusa branca, calça jeans, tênis e estávamos com crachá de identificação e logo da Universidade. As ACSs nos acompanharam durante todo percurso, deste modo cada ACS apresentou sua micro área.

Em relação ao destino do lixo 100% da população tem o lixo coletado, porém, o que observamos durante o passeio ambiental foram sacos de lixo dentro e em volta do canal que corta a comunidade do Marcão. No tocante ao tratamento da água no domicílio, identificamos que 69,23% (18) da população filtram a água para consumo e 30,77% (8) a utilizam sem nenhum tratamento prévio. 100% da população da comunidade do Marcão têm sistema de esgoto. As ruas são pavimentadas. A comunidade do Marcão é bastante conhecida em Gardênia Azul, suas casas são pequenas em pequenos prédios de aproximadamente três andares. Os becos são bem delimitados e encontrados em toda extensão.

Figura 6: Fotografia da Comunidade do Marcão em Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.



Fonte: (SOUZA, 2016)

Figura 7: Fotografia do Comércio na Comunidade do Marcão em Gardênia Azul, Rio de Janeiro, Brasil, 2016.



Fonte: (SOUZA, 2016)

Observa-se na comunidade do Marcão um constante crescimento do número de estabelecimentos comerciais de propriedade dos próprios moradores. Há grande parte do consumo pelos moradores de Gardênia Azul. Por outro lado, há também grande consumo por parte dos moradores dos bairros adjacentes que são atraídos pelo baixo preço, principalmente pelos restaurantes. Observamos muitos bares pela comunidade, locais onde fazem a comercialização de bebidas alcoólicas e que à noite funcionam com música ao vivo e petiscos.

Para muitos moradores, o acesso a novos bens de consumo e a novas possibilidades de estudo, emprego, esporte, lazer, são buscadas fora do bairro. Principalmente na Barra da Tijuca e nos bairros de Jacarepaguá, como Freguesia, Cidade de Deus, Curicica, Pechincha e Praça Seca. Em relação ao ensino a maioria das crianças são alfabetizadas no Bairro. Na comunidade do Marcão tem 2 escolinhas e nenhuma creche. Na comunidade, há 3 igrejas.

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Enfermagem assume em sua trajetória, desde suas origens até sua moderna profissionalização, contornos que vão além das técnicas e práticas que são próprias desta profissão. Seu percurso histórico, que mantém conexões diretas com a história social do trabalho, das mulheres e da cultura dos cuidados, foi responsável por redimensionar a assistência e ampliar as fronteiras da atuação da (o) enfermeira(o), vista antes de forma limitativa, como práticas a serem desempenhadas exclusivamente em espaços hospitalares ou por mulheres. De tal modo que a perspectiva de gênero torna-se fundamental para se compreender a enfermagem no âmbito da prática, assim como no da formação nesse campo (SOUZA et al., 2014).

Corroborando com nossos achados, em que se constatou um percentual baixo de homens no curso de graduação em Enfermagem em comparação à presença das mulheres, Souza et al. (2014, p. 230) descrevem que, embora o homem tenha conquistado espaço dentro da profissão Enfermagem, considerada como eminentemente feminina, ainda existe resistência à presença de homens em alguns tipos de práticas realizadas por estes profissionais.

De acordo com o estudo denominado “Perfil da Enfermagem no Brasil”, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) em 2013, para determinar a realidade dos profissionais e subsidiar a construção de políticas públicas, registrou-se que 15% da amostra era composta por homens.

Diante do exposto recorreremos a Souza et al. (2014, p. 230) quando retrata o perfil do enfermeiro com a paulatina integração do elemento masculino ao cuidado de enfermagem:

O enfermeiro era contratado como cuidador, e como perfil tinha de ter bondade, humildade e estar apto ao trabalho. Com a participação do homem o curso de enfermagem começou gradativamente a se modificar, estes passaram a ocupar cargos de direção e chefia nas instituições de saúde, e o termo “enfermeiro”, passou a ser utilizado na linguagem da profissão, ou seja, enfermeiras passaram a se autodenominarem enfermeiros. A justificativa para tal modificação na terminologia foi que uma profissão composta pelos gêneros – masculino e feminino – deve ser referenciada pelo masculino, para atender às exigências da língua portuguesa (SOUZA et al., 2014, p. 230).

Tem se identificado um aumento gradual de discentes do sexo masculino. Infere-se que os cursos de Enfermagem passam por transformações, deixando a ideia de uma profissão

exclusivamente feminina, embora ainda predominante (BRITO, 2009). É relevante assinalar que este perfil tem-se modificado discretamente, com maior interesse masculino pela profissão.

Identificou-se um perfil jovem dos discentes, na faixa etária entre 18 a 28 anos (63,16%) anos. O estudo intitulado Perfil sociodemográfico e acadêmico de discentes de enfermagem de quatro instituições Brasileiras, identificou um perfil de jovens estudantes de enfermagem na faixa etária entre 20 a 24 anos (50%), com idade média de 24,21 anos (BUBLITZ et al., 2015). Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Brito et al. (2009) na pesquisa realizada com discentes de Belo Horizonte em que prevaleceram estudantes de 20 a 24 anos. Este resultados se assemelham com os dados apresentados. Deste modo, podemos dizer que os discentes de enfermagem são relativamente novos. Para Brito et al. (2009, p.330) “a presença de acadêmicos mais jovens no curso de Enfermagem pode ser considerada, por um lado, como fator positivo à medida que os jovens profissionais poderão trazer oportunidades mais cedo, gerando perspectiva de crescimento e progresso”.

Pesquisas mostram em uma visão geral referente ao novo perfil de alunos universitários não são mais constituído somente por adolescentes. A realidade nos mostra que este perfil mudou, de forma que hoje as salas de aula de ensino superior são constituídas por uma faixa etária bastante diversificada. A faixa etária deste novo perfil de alunos encontram-se afastados a muitos anos da sala de aula, ou estes são pessoas que dedicaram a sua vida a família e ao trabalho.

Verificou-se predomínio de discentes solteiros (89,47%), semelhante ao estudo de Bernadino et al. (2018) onde o número de solteiros foi de (92,5%) e diferente de Bublitz et al. (2015) realizado no Sul e Sudeste do país, que teve uma amostra de (76,9%).

Quanto a filhos 63,15% dos participantes da pesquisas relatam não ter filhos. Atualmente os jovens têm buscado independência e estabilidade financeira e procuram estabelecer uma união quando se sentem mais seguros e maduros, o que geralmente ocorre com a conclusão dos estudo (BUBLITZ et al., 2015).

84,21 % dos discentes possuem vínculo empregatício. Este fato pode se explicado por que grande parte dos alunos que cursam uma Universidade Privada precisam trabalhar para pagar a mensalidade não podendo em sua grande maioria se dedicarem apenas aos estudos, deste modo apenas 3,58 % dos discentes não possuem vínculo empregatício. Em contraste a pesquisa de Bernadino et al. (2018) apenas 7,2% dos estudantes trabalharem justifica-se pelo curso ser ofertado em horário integral.

Em uma análise que descreveu o perfil dos estudantes de instituições públicas e particulares do Sul e Sudeste do país a maioria dos estudantes apresentava renda familiar de até

três salários mínimos (52,6%) (BORGES JÚNIOR, 2015). Enquanto que no estudo de Bernadino et al. (2018), esse percentual foi de 67%.

Evidenciou-se que 89,47% dos discentes são do sudeste do Brasil, seguido de 10,52 % são provenientes do nordeste e apenas 3,1% dos estudantes são provenientes de outros estados. Em relação à procedência escolar, vale ressaltar, que a partir do ano 2000, foi observada uma ampliação do acesso à educação superior no Brasil, permitindo a inclusão de grupos historicamente tidos como excluídos. Esse aumento foi observado principalmente nas instituições privadas, ou seja, estudantes com mais de 24 anos, população com baixa renda e estudantes provenientes de escolas públicas (RISTOFF, 2014). Este dado vai ao encontro do perfil escolar dos participantes da nossa pesquisa, oriundos majoritariamente do sistema público de ensino.

Apesar da limitação do presente estudo quanto ao tamanho da amostra (n=19), o outros aspectos do perfil sociodemográfico dos participantes estão em sinergia com o Perfil da Enfermagem (COFEN/FIOCRUZ, 2013), tais como: a grande concentração de alunos – e da força de trabalho da Enfermagem – na Região Sudeste e a faixa etária – os profissionais iniciam a carreira ainda muito jovens – auxiliares e técnicos, iniciam com 18 anos e enfermeiros com 22 anos.

Ainda sobre a formação profissional, percebe-se que 52,63% possuem curso técnico de enfermagem. Esta informação evidencia que os participantes já conheciam a profissão e que o interesse em continuar na carreira não modificou. Machado et al. (2016) destacam que a formação dos membros da equipe de enfermagem é realizada principalmente no setor privado e na região Sudeste. Mostram ainda, que a maioria concluiu a graduação há menos de 10 anos e em horário parcial. Constata que 1/3 fez o curso de técnico e/ou auxiliar em enfermagem e em sua maioria exerceu a função. Já a formação dos técnicos e auxiliares é realizada pela iniciativa privada e em cursos noturnos, mais de 1/3 tem ou está realizando graduação – desses, 11,5% já concluíram e a maior parte demonstra interesse em continuar os estudos na própria área.

Em relação ao intervalo sem estudo 77,11% dos discentes ficaram até 1 ano sem estudar. Esta característica evidencia que a população jovem está ingressando no curso logo após sair do Ensino Médio, em busca de continuar os estudos em cursos de nível superior. Em relação a atividade de lazer 10,52% dos participantes deste estudo relatam não ter atividades de lazer, algo que requer atenção principalmente na área da saúde. Atualmente encontramos muitos estudos sobre o tema. No Brasil discussões acerca da temática do lazer ganharam força por em meados dos anos 1970.

Sobre este assunto Dutra e Menezes (2017, p. 63) afirmam que não existem fronteiras rígidas entre os conceitos e estes estão em constante transformação, logo o lazer não pode ser encarado apenas como uma oposição ao trabalho, ele também é uma necessidade e um fator cultural em diversas sociedades, não é nesse sentido de apenas dicotomizar as categorias trabalho e lazer, ou trabalho e tempo livre, existem outras questões e variáveis envolvidas, deste modo compreendemos “que o lazer é entendido, portanto, como a cultura, compreendida em seu sentido mais amplo, vivenciada no tempo disponível” (MARCELLINO, 2007, p. 4)

Em sequência apenas 36,84 pratica esportes. No estudo de Bublitz et al. (2015) verificou-se que 75,6% dos discentes não praticam nenhum esporte, mas 60,5% realizam alguma atividade de lazer. Os benefícios da prática de esportes para sua saúde e bem-estar são comprovados cientificamente, e além de diversos benefícios para saúde e bem estar, os exercícios também ajudam a aliviar o estresse e ajudam a tratar a depressão.

5.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNDO DA VIDA DOS DISCENTES

Neste momento, agrupamos as principais práticas de ensino para obter o alcance das informações sobre a importância da Educação em Saúde para a construção do conhecimento e execução das práticas em saúde na perspectiva dos discentes. Para esta análise, utilizamos o conceito de mundo da vida de Habermas para retratar como os discentes perceberam a inserção da Educação em Saúde entremeadado às práticas de ensino no decorrer dos períodos do Curso. Habermas destaca que “os atores comunicativos situam e datam seus pronunciamentos em espaços sociais e tempos históricos” (1987, p. 136).

Neste contexto, realizamos interfaces com o universo acadêmico e todos os espaços que os alunos utilizam no processo ensino-aprendizagem, como ambientes possíveis de realizar ações educativas. É uma descrição de um saber individualizado, ou seja, a impressão que o discente possui de sua trajetória acadêmica vinculada a um tema, que pode ser válido ou não. A informação trazida pelos discentes tem a ver com suas vivências e as experiências subjetivas que tiveram com a Educação e Saúde, integrada as disciplinas do Curso de Graduação.

5.2.1 O Mundo da Vida do discente e a Educação em Saúde

O mundo da vida do discente é caracterizado aqui pelo seu Universo acadêmico e todos os cenários que envolvam seu processo de ensino-aprendizado. Neste mundo, a Educação em Saúde possibilita a aquisição de competências e habilidades preconizadas pelas DCN.

Consideramos o mundo da vida na perspectiva Habermasiana como o lugar das relações sociais espontâneas, das reais necessidades dos sujeitos, seus sentimentos e percepções, dos vínculos estabelecidos com seus semelhantes. Pode-se perceber que o mundo da vida é um conceito que faz parte e completa a ação comunicativa. É o espaço onde se constrói a razão comunicativa, a partir das relações intersubjetivas entre os sujeitos.

Outra fundamental compreensão acerca do mundo da vida é argumentada por Boufleuer (1997) baseado em Habermas (1989), que a conceitua como aquilo desde onde os participantes da interação iniciam e discutem suas operações interpretativas. Habermas (1987) divide o mundo da vida em três componentes estruturais: Cultura, Sociedade e Pessoa. A Cultura compõe-se do estoque de conhecimentos apreendidos – neste caso, os estudantes envolvidos de informações no decorrer do seu curso; a Sociedade relaciona-se às normas que regulam as relações entre os grupos, para que possam compreender algo situado neste mundo que se estrutura no Projeto Pedagógico do Curso com o seu currículo formal; e Pessoa envolve a competência individual de falar e agir que o discente traz como traço de sua personalidade e construído a partir da formação permanente.

O aluno inserido na prática curricular percebe paulatinamente a necessária integração entre o profissionais e usuários, ampliando a sua capacidade de emancipação diante dos processos de trabalho em Saúde. Deste modo, o primeiro momento da coleta de dados com os discentes teve como objetivo trazer o grupo à reflexão de qual foi a prática de ensino utilizada durante a graduação que mais contribuiu para o seu processo ensino-aprendizagem e, a partir desta informação, captar a presença da Educação em Saúde neste contexto. A intenção foi saber se os discentes reconheciam a Educação em Saúde integrada a alguma das práticas de ensino utilizadas pelos docentes. O professor precisa promover a curiosidade, a segurança e a criatividade para que o principal objetivo educacional, a aprendizagem do aluno, seja alcançada.

O momento investigativo teve como objetivo produzir um conhecimento, uma compreensão da problemática dos grupos com os quais se trabalha e concomitantemente, da percepção coletiva que tais grupos têm da sua própria problemática (PINTO, 2014, p. 165). Nos discursos a seguir, percebemos que os discentes vivenciaram diversas práticas durante a graduação, todas descritas nos planos de ensino das disciplinas. Porém, foi percebido que a grande maioria dos graduandos não considerou a Educação em Saúde como uma prática utilizada durante a graduação capaz de enriquecer o seu processo ensino-aprendizagem.

[...] Simulação realística possibilita uma associação da teoria com a prática. Realizar Simulações na graduação enriquece nosso processo ensino-aprendizagem [...] (D2)

[...] O caso clínico é um excelente método de estudo para mim. O conjunto dos fatos que encontramos dentro de um caso clínico me ajuda na associação da teoria com a prática [...] (D3)

[...] Discussão em grupo. É a forma que o professor tem um maior contato com o restante da turma, por que ficamos todos juntos é como se todos tivéssemos o mesmo grau de conhecimento e todo mundo troca [...] (D5)

[...] Dramatização. Para mim tudo que é visual me facilita, eu consigo associar melhor a teoria com a prática[...] (D6)

[...] Aula prática. Acho a teoria importante mais para mim a prática é fundamental [...] (D7)

[...] Eu acho a Educação em Saúde muito importante mas, para o meu aprendizado o caso clínico fez um diferencial, bem como a simulação realística. A gente que não é da área fica perdida. Educação em Saúde eu faço sempre por que a partir do momento que estou estudando eu começo a enxergar as coisas de uma outra maneira e já faço uma orientação ao paciente... (D8)

[...] Método da problematização. Este método me estimula para pesquisa, me fazendo pensar. Isso me motiva! (D9)

[...] Educação em Saúde. Porque o aluno se prepara e aprofunda seus conhecimentos sobre a temática que deverá ser abordada. (D18)

Concordamos com Masetto (2003) quando diz que “[...] o docente tem autonomia de criar ou mesmo se apropriar de instrumentos ou técnicas de ensino que façam com que o processo ensino-aprendizagem se torne algo interessante e sadio tanto para ele, quanto para o discente”. Ou seja, este autor (op. cit) destaca aspectos importantes sobre a variação das técnicas de ensino:

A variação das técnicas permite que se atenda a diferenças individuais existentes no grupo de alunos da turma: enquanto uns aprendem mais ouvindo, outros aprendem mais debatendo, dialogando, outras ainda realizando atividades individuais ou coletivas durante o tempo de aula. Uma única maneira de dar aulas favorecerá sempre os mesmos e prejudicará sempre os mesmos (MASETTO, 2003, p. 88).

Quilici et al. (2012, p. 26) enfatiza que “nas últimas décadas, têm-se observado mudanças conceituais e metodológicas no ensino superior da área de saúde, que atraem cada vez mais o interesse docente para o uso de novas estratégias pedagógicas com vista a melhores resultados de aprendizagem”. Na perspectiva dos autores, o ensino superior em saúde vem

buscando cada vez mais metodologias que possam substituir os processos de memorização e transferência fragmentada de informações.

Acreditamos que as IES devam investir na formação de um profissional crítico, reflexivo, autônomo e corresponsável pelo seu processo de aprendizagem. Ainda nos apoiando em Quilici et al. (2012, p. 28) “[...] o desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente auxilia o profissional na tomada de decisão. As habilidades de pensamento crítico e raciocínio clínico são passíveis de aprendizado e de aprimoramento”.

Retornando às considerações trazidas por Jesus et al. (2012) sobre a utilização de novas estratégias na formação do enfermeiro, o autor evidencia a importância do preparo pedagógico para o exercício crítico e criativo no processo de formação, a fim de que os egressos estejam preparados para o amplo campo de ação.

Nesse instante, diante das apreciações feitas sobre os discursos dos discentes de enfermagem sobre as práticas de ensino, debruçamo-nos, então, sobre uma sucinta descrição das práticas vivenciadas.

A simulação realística foi a prática que mais chamou a atenção dos discentes. Segundo Quilici et al. (p. 28, 2012) a simulação tem se mostrado um método útil e efetivo para o desenvolvimento de habilidades clínicas, pois ela promove a aprendizagem centrada no paciente em ambientes controlados e seguros. Ela foi considerada pelos participantes do estudo como um método rico e prazeroso, que possibilita ser trabalhada e apresentada em diferentes graus de complexidade. A simulação realística pode ser vista como uma técnica de apoio didático-pedagógico capaz de desenvolver no aluno aspectos cognitivo e afetivo-emocional, bem como habilidades e atitudes (QUILICI et al., 2012, p. 28).

De acordo com estudo realizado por Khan Ba et al. (2012) no Canadá referente a simulação realizada em laboratório, os estudantes relataram que sentem-se mais autônomos e seguros depois de uma simulação, bem como, menos estressados e pressionados para a aula prática. Ainda segundo os autores acredita-se que devido à estratégia de simulação ser voltada para a autonomia do aprendiz, acredita-se que este aspecto pode colaborar para maiores escores nas motivações do tipo intrínsecas (KHAN BA et al., 2012).

A presente investigação se propôs discutir sucintamente as práticas de ensino que foram mais citadas durante o primeiro momento da pesquisa, chamado de investigação. Compreendemos que as demais estratégias são de grande relevância para o processo ensino aprendizagem do discente.

Apenas um discente identificou a Educação em Saúde como uma prática de ensino capaz de promover o processo de aprendizagem. Acreditamos com base nos discursos levantados por

nossa investigação que os discentes possam não compreender a dimensão comunicativa da Educação em Saúde.

Em face a esses discursos, nos faz pensar que o discente de enfermagem traz consigo uma racionalização instrumental acerca da Educação em Saúde, no qual ele não a percebe como rica fonte de aquisição de conhecimento e aprendizado. Acredita-se, portanto, que o mesmo a visualize simplesmente através de uma razão individual e monológica, onde a transmissão do conhecimento se dá em um único sentido, sem espaço para questionamentos e racionalidade crítica por parte dos sujeitos envolvidos no processo.

Mediante a esta constatação, torna-se oportuno e necessário um trabalho voltado para uma mudança neste paradigma, com a finalidade de que eles a encarem como um campo de socialização comunicativa, onde haja a intersubjetividade entre o educando e o educador, na busca de um entendimento e consenso compartilhado, em prol de uma cada vez maior interação entre os mesmos.

Neste cenário, apresentamos a razão comunicativa se interpõe como uma alternativa crítica para a concepção introspectiva e intuitiva do conhecimento. A Universidade pode se tornar um espaço público à medida que os indivíduos desenvolvem a racionalidade do saber de forma participativa e aprofundam a solidariedade humana e a autonomia individual na convivência democrática entre todos. Mühl (2011), ainda apoiando-se em Habermas (2012), enfatiza que ao invés de um espaço público de aprendizagem da convivência humana, torna-se, predominantemente, um lugar de aquisição de habilidades e de informações técnicas para a inserção do indivíduo no sistema do poder e do dinheiro.

5.2.2 A Educação em Saúde realizada e pretendida

No segundo momento da pesquisa, intitulado de tematização, foi realizada uma reflexão crítica a partir das seguintes questões norteadoras: Como é a Educação em Saúde que realizamos? Qual é a Educação em Saúde que pretendemos praticar?

Destacamos no ideário dos discentes a Educação em Saúde realizada e pretendida. Nas ações de Educação em Saúde realizadas, percebe-se a transmissão de conhecimento a grupos humanos específicos apontando metas concretas fixadas como regra, como destacado no discurso abaixo:

Realizamos através de temas que o professor nos passa, ou de acordo com a disciplina que estamos; Temas visando a necessidade da população em geral. Tipo explicar como tomar a medicação para hipertensão e diabetes, ensinar como deve ser uma

alimentação saudável, a abandonar o sedentarismo e não fumar. (GRUPO DE DISCENTES, diário de campo)

Os discursos proferidos permitiram observar que as ações educativas eram pautadas no simples repasse de informações e conhecimentos técnicos, realizadas de forma vertical, sem a troca de saberes, norteadas por uma razão instrumental, provocando um distanciamento entre o sujeito e o objeto. Ações como “explicar”, “ensinar”, citadas pelos mesmos, evidenciam o exposto.

Sob a análise de Colomé e Oliveira (2012, p. 180), ações educativas em saúde desenvolvidas para grupos específicos “reproduzem uma forma de assistência fundamentada no repasse de informações e na ênfase no saber técnico, não contribuindo para a troca de conhecimento”. Os autores são categóricos ao afirmar que “[...] mesmo que os estudantes considerem a Educação em Saúde como um elemento essencial no cuidado, tais práticas vêm sendo realizadas de forma vertical”. Por meio da síntese dos discursos dos sujeitos, percebe-se que o modelo tradicional de Educação em Saúde ainda é prevalente.

Os discursos dos discentes trazem momentos em que eles efetivaram o compromisso de realizar ações educativas a partir das necessidades observadas na população porém, estas se limitaram a ações verticalizadas e programáticas focadas na doença. Para Vasconcellos et al. (2009) uma ação verticalizada e pragmática focada na doença pode de certa maneira tipificar cada ser humano na sua condição de adoecimento e, nesse processo, correr o risco de impor o “poder técnico” sobre o usuário, com arrogância e intimidação, desconsiderando o saber que cada integrante desse encontro traz na compreensão do todo.

Na projeção feita pelos discentes sobre a Educação em Saúde, percebe-se elementos que protagonizam o usuário e a troca de experiência com os profissionais de saúde:

Aquela que visa a promoção da saúde e a qualidade de vida dos usuários. Com muita troca de conhecimento entre profissional e usuário. O usuário precisa ter VOZ. Não queremos realizar atividades educativas visando apenas a doença mas, promovendo saúde de acordo com a realidade do usuário e prevenindo doenças. (GRUPO DE DISCENTES, diário de campo)

Este discurso se aproxima do que Silva (2012, p. 413) afirma: “por ser um profissional voltado ao cuidado, o enfermeiro tem como função estabelecer uma função singular com cada usuário, família e comunidade e realizar ações de Educação em Saúde, na busca da construção compartilhada de conhecimento”. Segundo o autor, esse processo deve incluir o diálogo, considerar e valorizar as vivências do usuário, contribuindo para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde.

No que tange à participação da comunidade, os discentes vislumbram a autonomia do usuário, o diálogo e a troca de conhecimento. Percebe-se nestes discursos o início de um olhar mais aproximado ao modelo Dialógico da Educação em Saúde.

É vital analisar que durante a construção do conhecimento por meio da Educação em Saúde ocorram trocas de saberes entre o discente e o usuário. Ambos possuem saberes acumulados oriundos das suas experiências de vida, crenças e cultura. Com base nesta observação, Pinto (2014, 0.144) nos recorda que “[...] mais do que uma troca entre estes saberes, supõe a confrontação deles e a sua superação num novo caráter transformador”. O autor reforça que a pesquisa-ação pretende fomentar a transformação da sociedade.

Em face ao relato dos discentes em relação a discussão “Devemos repensar nossa prática”, percebe-se uma consciência equivocada e uma tendência a restringir a prática Educativa em Saúde às ações no âmbito da Atenção Primária. Contudo, de acordo com o pensamento expresso no relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde, mais especificamente no capítulo “Democratização das informações”, a Educação em Saúde se faz necessária atenção secundária, terciária e quaternária, tomando como princípio norteador a saúde integral do indivíduo.

Nota-se, pois, que os mesmos consideram-se distantes das ações educativas no intervalo entre o sexto e o oitavo período do curso em questão, quando são inseridos em disciplinas hospitalares. É fundamental reforçar que a Educação em Saúde não deve acontecer somente na Atenção Primária à Saúde (APS), mas, em variados cenários em que a assistência à saúde é realizada, atendendo aos princípios do SUS. Portanto, o entendimento, a apropriação e o domínio a respeito da Educação em Saúde não devem ficar restritos ao campo da saúde pública. Sendo assim, enfatiza-se que a prática deva acontecer em diferentes cenários da saúde, bem como na comunidade.

A valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa e individualizada não deve ser mais a única estratégia utilizada nas disciplinas do curso, deve contar com a possibilidade de ampliar a discussão e ação no espaço escolar de outras que apoiem também a Educação em Saúde. Há de se repensar essa prática, alicerçado no fato de que as possibilidades de realização de Educação em Saúde estão presentes em todas as esferas de atuação do enfermeiro.

Pereira et al. (2015, p. 333) é categórico ao afirmar que “as Escolas de Enfermagem de nível superior têm permeado seus currículos com grande ênfase aos ensinamentos da Educação em Saúde, bem como tem fundamentado suas práticas colocando esse tema transversal em todas as disciplinas assistenciais”.

Fazendo um comparativo com a construção dos currículos, destacamos a análise de Habermas sobre as razões. Esse filósofo alerta insistentemente que a razão, além de se orientar por interesses técnico-instrumentais, orienta-se por interesses práticos e interesses emancipadores (MÜHL, 2011).

É como está constituído o currículo escolar, com variadas segmentações das áreas, prática e/ou, teórica, que busca formar um profissional crítico, reflexivo, emancipado e consequentemente atento às demandas da clientela. A razão traz em si os elementos constitutivos do currículo, que norteiam os docentes.

O Projeto Político Pedagógico do curso de enfermagem da instituição pesquisada corrobora com tal afirmação porém, com base no discurso de nossos participantes percebemos que a Educação em Saúde não é percebida durante os períodos que os alunos têm contato com cenário de prática em hospitais, evidenciando uma contradição na realidade institucional da pesquisa.

Deste modo, concordamos com as afirmativas de Avanci (2009, p.265) quando diz que “os estudantes precisam ser encorajados ao trabalho em grupo e a cooperação, ou seja, colocar em prática os saberes da Educação em Saúde, principalmente porque as instituições de ensino são propícias para enriquecer o diálogo entre as pessoas”. É cada vez mais crescente o papel do graduando em sua própria formação acadêmica (SOUZA, 2013).

Avanci (2009, p. 264) descreve as práticas educativas que podem e devem ser utilizadas nos diversos cenários que o estudante se encontra, a saber: orientação à beira do leito; consultas de enfermagem; palestras; aconselhamentos; entrevistas; visita domiciliar; grupos de gestantes; atividades de lazer; discussão de temas básicos; utilização de jogo educativo; implantação da sistematização da assistência de enfermagem; dramatização; vídeos; orientação no pós-operatório; interação enfermeiro-paciente; orientação pré-operatória; grupos para a promoção social; cuidados universais e terapêuticos durante a hospitalização do paciente.

Para melhor compreender a trajetória dos discentes em relação as práticas educativas realizadas, recorreremos a leitura dos planos de ensino das disciplinas do curso e percebemos que o discurso dos discentes vão ao encontro com as disciplinas práticas no currículo, bem como aquelas que se encontram na Atenção Primária a Saúde. Desta forma, o resgate dessa temática viabilizará e fornecerá argumentações adequadas à discussão.

O Programa Curricular na Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão (PROCIEPE) é uma estratégia pedagógica adotada pelo curso de Enfermagem da Escola Ciências da Saúde da UNIGRANRIO, foi criado para integrar o processo de desenvolvimento de competências e habilidades pelos alunos ao longo da graduação (CARDOSO et al., 2011). O Programa está

presente em todos os períodos do curso e possui sua carga horária distribuída em atividades que são desenvolvidas nos cenários de práticas conveniados com a universidade e em salas de aula.

A disciplina PROCIEPE-I, insere o aluno na comunidade com o objetivo de que o mesmo conheça o território em que está inserido.

[...] no primeiro período fomos para comunidade. Tínhamos que escolher uma comunidade e em grupos pequenos realizávamos o mapeamento desta comunidade e víamos suas necessidades. (GRUPO DE DISCENTES)

Em seguida, no segundo período a PROCIEPE-II, leva o discente a realidade de como o profissional de saúde trabalha a nível individual, desde o momento que conhece o paciente e realiza os primeiros passos do exame físico, “[...] no segundo período, voltávamos para comunidade com intuito de realizar uma anamnese e exame físico no indivíduo” (GRUPO DE DISCENTES). Passando pelo conhecimento de como se organiza a rede de serviços de atenção á saúde até a elaboração, junto com usuário, de uma plano de intervenção para atuar sobre um problema diagnosticado. Esta disciplina possui um formato que articula seminários com vivências práticas fora da sala de aula com o objetivo de promover uma reflexão crítica sobre as experiências vividas pelos discentes no contato real, e prolongadas com cenários educativos que se desenvolvem na vivência da própria realidade social (CARVALHO et al., 2011).

As atividades são realizadas na própria realidade do aluno, como a comunidade em que vive, possibilitando assim, uma maior aproximação com os indivíduos que estão sob seus cuidados “[...] como tínhamos muitos pacientes hipertensos e diabéticos, realizamos uma Educação em Saúde ao indivíduo, sem a presença do professor e sozinhos” (GRUPO DE DISCENTES). A disciplina tem como objetivo estimular o aprendizado, possibilitando a construção do conhecimento em um ambiente que o orienta para o exercício da sua própria autonomia (CARVALHO et al., 2011).

A disciplina PROCIEPE-III, insere o discente no contexto familiar possibilitando-o a compreensão do papel da enfermagem na promoção da qualidade de vida do cuidado a família, “[...] o terceiro período foi na comunidade, com foco na família” (GRUPO DE DISCENTES). Cardoso et al. (2011) enfatiza que a disciplina PROCIEPE-III, possibilita o desenvolvimento integrado das competências profissionais necessárias aos profissionais de saúde por meio da construção de novos conhecimentos, do treinamento de habilidades técnicas e da formação de atitudes humanitas e éticas.

A partir do quarto período o graduando vivência o PROCIEPE IV, nesta disciplina tem como objetivo executar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao adulto e

idoso nos diferentes níveis de assistência a saúde identificando e construindo o raciocínio clínico, associando as alterações na saúde aos sinais/sintomas das patologias e agravos observados na idade adulta, na Atenção Primária a Saúde “[...] quarto período foi o período que fomos pela primeira vez à uma unidade de saúde com o professor” (GRUPO DE DISCENTES).

O PROCIEPE V, possibilita a aplicação do cuidado de enfermagem nos diferentes ciclos da vida atendendo a realidade epidemiológica a qual a universidade está inserida na Atenção Primária em Saúde, tendo como objetivo principal desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem junto à população nos diversos ciclos de vida, entre as competências e habilidades pertinente ao graduando de enfermagem inserido neste período enfatizamos a que se refere a aplicar os conhecimentos das ações de enfermagem para promoção, proteção e recuperação da saúde, com foco na prevenção e controle dos ia prevalentes e nos agravos a saúde com foco nas doenças prevalentes e emergentes nas áreas da criança/adolescente, mulher, adulto e idoso, na Atenção Primária em Saúde. Segue alguns relatos dos estudantes no grupo de discussão:

“[...] no quinto período tivemos a oportunidade de participar da Educação em Saúde intitulada Outubro Rosa na universidade”. (GRUPO DE DISCENTES).

“Participamos realizando Educação em Saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica para mulheres, falamos também do Câncer do colo do útero e câncer de mama, assunto alvo da campanha. Enfatizamos a importância do exame preventivo do câncer do colo o útero e da importância do exame clínico das mamas” (GRUPO DE DISCENTES).

Os alunos relataram também a realização de Educação em Saúde voltada para gestantes em relação a amamentação. Nesta disciplina o aluno é estimulado a desenvolver competências práticas na atenção à saúde à criança, adolescente, mulher, adulto e idoso no âmbito da básica e de média complexidade.

No PROCIEPE VI, o aluno vivência atividades na média e alta complexidade com ênfase na assistência à criança e à mulher. “[...] os períodos do hospital adulto, mulher e criança não realizamos Educação em Saúde”. Em seguida o PROCIEPE VII e VIII segue com aluno no âmbito hospitalar, no qual os alunos não citaram.

No momento em que os discentes repensaram a prática de Educação em Saúde realizada ao longo da graduação, houve uma reflexão a partir da qual eles demonstraram preocupação e ansiedade, visto que muitos não lembravam as atividades realizadas durante os períodos anteriores. Alguns alunos, devido à irregularidade no fluxo curricular, não estiveram juntos no mesmo período e desta forma realizaram atividades diferenciadas. Porém, vale ressaltar que todos seguiram a mesma matriz curricular.

Deste modo, seguem algumas falas que traduzem as reflexões dos discentes de Enfermagem relacionados à Educação em Saúde realizada nos períodos anteriores ao nono:

Para mim sempre foi algo chato, exaustivo [...] (D1)

Antes, a Educação em Saúde pra mim era uma coisa sem importância [...] Para mim era chato eu realmente não gostava e achava que os pacientes também só iam por ir [...] (D2)

Sou técnica de Enfermagem e não gosto muito da atenção básica, gosto da parte de emergência. Sempre achei chato essa parte de Educação em Saúde mesmo sabendo a sua importância. Considero muitíssimo importante mas, sempre fugia quando tinha que fazer. Rs... Dessa vez não tive como escapar... (D17)

Ao se considerar os argumentos dos discentes acima refletidos, nota-se claramente sentimentos de desinteresse e falta de estímulo para prática de Educação em Saúde por parte deles, no período assinalado de seu curso acadêmico. A análise destas percepções nos faz refletir sobre a importância do corpo docente perante seus educandos como mediador de um trabalho exercido desde o início de sua formação, a fim de uma melhor preparação para sua atuação no campo da Educação em Saúde, prática que acompanha o enfermeiro ao longo de toda sua carreira, em qualquer esfera de atendimento.

Quando desafiados por um educador crítico, os alunos começam a compreender que a dimensão mais profunda de sua liberdade encontra-se precisamente no reconhecimento das coerções que podem ser superadas (FREIRE, 2002). Desta forma, percebem nesse processo que devem se tornar cada vez mais críticos, assim sendo, compreendem que é impossível negar o poder constitutivo de sua consciência na prática social de que participam.

Analisando suas falas, a experiência dos graduandos adquirida durante a prática de Educação em Saúde certamente contribui de forma positiva para sua formação profissional, quando se busca conhecimentos que os proporcionem o exercício de competências e habilidades gerais, pertinente ao enfermeiro.

Ao encerrarmos as argumentações do que foi visto até aqui, dissertando e estabelecendo em nossa discussão sobre a Educação em Saúde no mundo das ideias do discente, almeja-se reforçar as nossas convicções acerca da relevância que se encontra resguardada na Educação em Saúde como prática pedagógica no processo ensino aprendizagem do graduando de Enfermagem. Afirmando, dessa maneira, que a Educação em Saúde possibilita a aquisição de competências e habilidades preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

A “Educação em Saúde no mundo da vida do discente” tratou questões referentes ao espaço onde ocorrem os processos cruciais de produção e transmissão cultural, de socialização e de formação da personalidade individual. O seguimento do currículo, expresso pela ação discente em campo prático, indicou uma direção pedagógica mediada por processos comunicativos para a busca do entendimento. Porém, identificamos a necessidade de mudanças profundas nas formas de gestão educacional na área de Educação em Saúde, com efeito para a prática nos serviços de saúde – profissionais e usuários dos serviços – em todos níveis de complexidade.

5.3 A EMANCIPAÇÃO PELAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Em “A emancipação pelas práticas de Educação em Saúde”, nossas preocupações se dirigiram para uma reflexão acerca das mudanças em relação a opinião dos discentes sobre a Educação em Saúde como prática pedagógica e sobre a emancipação, além do impacto que esta combinação de fatores e variáveis terá sobre a formação de futuros enfermeiros. Evidentemente que, para isso, fomos guiados, basicamente, pelos discursos coletados que trouxeram à tona o ponto de vista dos discentes de enfermagem acerca da Educação em Saúde.

A questão que nos ajudou foi: Como você analisa a contribuição da Educação em Saúde como prática pedagógica para o seu processo de aprendizagem? A partir desta questão, os discentes colocaram as seguintes contribuições, a saber: criatividade, experiência, planejamento, enriquecedora, abordagem dinâmica, experiência incrível, momentos de troca, contribuição com o coletivo, relevância como estratégia pedagógica, conhecimento, futuro profissional, mudanças, transformações, crescimento, aprimoramento e entendimento das questões relacionadas ao tema e uma interação com usuários, autonomia, estudar, fixar o conteúdo, segurança, população, dentre outras.

Entretanto, antes de entrarmos no mérito dessa discussão é mister tecermos algumas linhas acerca de alguns conceitos sobre promoção da saúde que viabilizarão e fornecerão os elementos adequados à discussão e à busca das argumentações plausíveis e sólidas, com as quais desejamos alicerçar as nossas afirmações.

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa Canadá, em novembro de 1986. Na conferência foram discutidos os progressos alcançados com os Cuidados Primários em Saúde, a partir da Declaração de Alma-Ata. O resultado da conferência foi um carta de intenções, denominada Carta de Ottawa e que tinha como objetivo contribuir para meta de Saúde para todos no Ano 2000 e no subsequentes.

A carta de Ottawa define a Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. E, afirma, que as pessoas devem se envolver neste processo como indivíduos, famílias e comunidades e que homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

A carta de Ottawa afirma sobre a saúde que: 1. A saúde é um recurso para a vida; 2. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro do que fazem no seu dia a dia: onde elas aprendem, trabalham. Divertem-se e amam; 3. A saúde é constituída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros; 4. A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida; 5. A saúde tanto pode ser favorecida como prejudicada por atores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. E as pessoas só poderão realizar completamente o seu potencial de saúde, se forem capazes de controlar os fatores que determinam a saúde.

Deste modo, percebemos que a saúde depende muito mais das pessoas, assim como condições e recursos fundamentais. Os recursos considerados fundamentais para saúde considerados na carta de Ottawa são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A carta de Ottawa afirma que as ações de promoção da saúde procuram reduzir as diferenças nas condições de saúde da população e dar oportunidades e recursos iguais para que todas as pessoas possam cuidar de sua própria saúde. A carta defende, o princípio da equidade em saúde como fundamental e necessário. Ela considera a ação comunitária como um ponto central na promoção de políticas saudáveis e reforça que é preciso que as pessoas recebam informação de acordo com sua educação e nível de alfabetização. Essa carta passou a ser o documento orientador da política de Promoção da Saúde no mundo e várias conferências se seguiram para definir as principais questões levantadas, como Adelaide em 1988 na Austrália, seguidos de Sundsvall, 1991 Suécia, Bogotá em 1992 e Jacarta, 1997 na Indonésia.

De acordo com Salci et al. (2013), as ações da carta de Ottawa aplicam-se na Política Nacional de Promoção da Saúde como um dos papéis fundamentais para a promoção da saúde. Para os autores, torna-se necessário, através das ações de Educação em Saúde, resgatar a autonomia do indivíduo e promover a emancipação da comunidade, para uma efetiva operacionalização do conceito de promoção da Saúde positiva, proposta na carta de Ottawa.

Coelho e Miranda (2012) são categóricos ao ressaltar a autonomia gerada pela Educação em saúde, que:

Educar em saúde requer um despir-se de preconceitos e a possibilidade de permitir o encontro de educando-educador numa perspectiva de crescimento mútuo, retirando o profissional que educa de uma zona de conforto ao estimular a autonomia dos indivíduos, preservado sua identidade e respeitando seu contexto de vida.

De uma maneira mais contundente, Salci et al. (2013), em suas reflexões, enfatiza a importância da Educação em Saúde como uma importante ferramenta da promoção da saúde, envolvendo os aspectos teóricos e filosóficos, os quais para o autor deve orientar a prática de todos os profissionais de saúde.

Comprometidos com essa missão, que atenta para a formação de recursos humanos preparados para atuar na lógica dos princípios e diretrizes do SUS, da ESF e da PS, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos na área da saúde, o MS e o Ministério da Educação (MEC), vêm construindo e coordenando a implementação de políticas que envolvem o ensino de graduação, de pós-graduação e a EPS dos profissionais de saúde, a partir da integração ensino-serviço (VENDRUSCOLO et al., 2014, p.20).

Vendruscolo et al. (2014, p.20) afirma que “a fim de inserir a Promoção da Saúde no cenário da prática e da formação profissional, foram necessárias estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) e mudanças significativas nos processos de formação, de modo a adaptar os currículos para que atendessem as diretrizes do SUS”.

Acreditamos que ações de promoção da Saúde, como por exemplo as citadas na Carta de Ottawa, alimentação saudável, prática corporal, atividade física, prevenção e controle do tabagismo, podem e devem estar inseridas no processo de formação do graduando de enfermagem.

5.3.1 O discente como protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem

Reconhecendo que os campos de estágios para estudantes de enfermagem parecem estar a cada dia mais reduzidos, sou ousada em dizer que as ações educativas devem acontecer no mundo das ideias do discente, ou seja, dentro da sala de aula com seus próprios colegas de classe. Entendemos que essas ações são de extrema importância para um melhor desenvolvimento acadêmico com vistas a autonomia porém, pouco realizadas.

Práticas simples de Educação em Saúde seriam aferição da pressão arterial no início da aula durante um período e repetição por todos os semestres, discutir sobre hábitos alimentares saudáveis, sobre a saúde mental, sobre tabagismo, etc. Outro aspecto que merece ser discutido é a intersubjetividade nas tarefas a serem executadas pelo discente no desenvolvimento de suas ações ligadas aos seus colegas de classe como também o encontro os usuários.

Com base nessa reflexão, afirmamos que a Educação em Saúde deve estar presente no microespaço (SILVA, 2012) caracterizado como sala de aula, principalmente nas relações entre docente – discentes e discentes e discentes. Em seguida, projetar-se para além da sala de aula, além dos muros da Universidade e se concretizar nos macroespaços do cuidar.

Deste modo, concordamos com Salci et al. (2013, p. 229) quando é categórico ao afirmar que:

Todas os momentos que envolvem interação com e entre as pessoas usuárias dos serviços de saúde, devem ser consideradas propícias para desenvolver ações de Educação em Saúde. Como exemplo, destacam-se: consultas, procedimentos técnicos, ações da assistência de enfermagem, ações coletivas como os grupos, salas de espera e outras não formais, mas onde existe possibilidades de estabelecer dialogo. Para que estas ações educativas sejam efetivas e relevantes, é necessário ainda, resgatar os princípios da comunicação, informação, educação e escuta qualificada.

No que concerne à Educação em Saúde como prática pedagógica proposta, Habermas trabalha com um conhecimento que se dá mediante a aprendizagem concretizada por meio da articulação entre o mundo da vida e o mundo dos sistemas, tornando a sala de aula, a Universidade e os demais cenários um espaço privilegiado.

Habermas propõe a construção de uma racionalidade vista como um processo permanente, concreto e compartilhado, com pluralidade de vozes que ali se encontram, baseadas em ações comunicativas. Em outras palavras, um conhecimento que não é transmitido, mas elaborado gradualmente no processo ensino-aprendizagem.

Em relação à qualidade de vida de estudantes de Enfermagem, Kawakame e Miydahira (2005) apud Souza et al. (2012) salientam que “melhorias no desempenho acadêmico e profissional dependerão da compreensão das alterações psicoemocionais do estudante, no decorrer da graduação, e da valorização de aspectos que parecem interferir em sua qualidade de vida”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações e desejos”.

Para Souza (2012) as instituições de ensino reconheceram a importância em se considerar o bem-estar e a saúde dos estudantes como estratégia para melhoria da qualidade do ensino. Deste modo, os próprios alunos podem contribuir com o coletivo através das práticas

de Educação em Saúde que devem ser incentivadas pelos docentes a partir do primeiro período do curso.

Percebemos durante a coleta de dados desta pesquisa que a motivação, incentivo e participação do docente é fundamental para o sucesso da Educação em Saúde. Um aluno estimulado é gerador e transmissor de estímulos positivos para os demais colegas da sala de aula.

Concordamos com Ceccim et al. (2014) e Kebla et al. (2012) quando afirmam que a universidade precisa diminuir a distância entre os estudantes e as Unidades de Saúde, colaborando significativamente, com a formação profissional desses estudantes na perspectiva da Promoção da Saúde. Para os autores, somente em campo prático é possível unir o conhecimento que foi construído em sala de aula com a realidade do serviço, ao fomentar a integração ensino-serviço, consolidando a Atenção Básica de Saúde como cenário prioritário de aprendizados pedagógicos e assistenciais. É preciso recuperar a experiência esquecida da reflexão e acessibilidade, tornando a Universidade, de modo especial, a sala de aula um espaço público de exercício do pensar, como condição necessária para a formação da opinião pública (MÜHL, 2011). Ainda que este espaço seja uma instituição privada.

Diante das breves apreciações feitas sobre promoção da saúde e sobre o protagonismo dos discentes, nos debruçaremos, então, sobre a busca de nossas afirmações a respeito da emancipação pelas práticas de Educação em Saúde. Pensar em ações pedagógicas sob a ótica habermasiana nos leva a refletir e a entender a educação numa dimensão que ultrapassa as simples aplicações técnicas de uma relação sujeito-objeto centrada na razão instrumental. Inicia-se a buscar uma relação sujeito-objeto que propicie um maior entendimento dos conteúdos trabalhados em sala de aula, baseada numa razão comunicativa e educativa que contribui para a formação de sujeitos autônomos.

Habermas traz a relação educador-educando que ocorre no interior da sala de aula em que juntos, num processo de inter-compreensão buscam construir um conhecimento que é provisório, baseado em negociações e entendimentos comunicacionais. Neste aspecto, para Habermas, o conhecimento sustentado pela racionalidade comunicativa se dá por meio da competência para o diálogo, na possibilidade de troca, no entregar-se ao outro, respeitando as diferenças e partilhando do mundo vivido, na compreensão histórica da educação em seu contexto social, político, econômico e cultural. Ou seja, quanto mais o sujeito se comunica mais ele aprende.

Habermas por emancipação quer dizer um processo pelo qual uma sociedade conquista autonomia, tornando-se livre de coerções externas e internas e autônoma no controle e no

governo de si mesma. E fase deste assunto emancipação é o processo de conquista e manutenção da autonomia. Através da ação comunicativa os indivíduos são conduzidos para emancipação.

O encontro realizado entre discentes e as gestantes, abordado enfaticamente no corpo deste trabalho, quando os mesmos atuaram como sujeitos participantes ativos de uma prática pedagógica desenvolvida, proporcionou resultados, transformações e reflexões que serão abordados nesta seção.

Considerando que “Educação em Saúde” não era vista pelos educandos como uma prática pedagógica eficaz de aprendizado em um primeiro momento, pode-se dizer que através da análise de dados coletados, testemunhou-se uma radical mudança neste conceito, por parte dos sujeitos envolvidos no processo, onde os mesmos se apropriaram de saberes, os quais proporcionaram a promoção de cidadania e emancipação.

Isso se traduz no princípio de que as informações sobre o processo saúde-doença foram debatidos em um sentido horizontal, orientando-se pelos estímulo a adoção voluntária de mudanças de comportamento por parte dos usuários, desenvolvendo suas reflexões e consciência crítica.

Como forma de exemplificar as reflexões acima descritas, alguns de nossos discursos:

Participar da Educação em Saúde “Roda de Barrigas” foi uma experiência incrível, pois tinha uma visão bem diferente do que a que realizávamos. Conseguimos perceber a importância de captar as gestantes faltosas na consulta de pré-natal e tê-las presentes na unidade. (GRUPO DE DISCENTES)

Sobre o discurso citado acima é relevante trazer a recente epidemia de Zika e outras arboviroses, como Dengue e Chikungunya, o qual representa um desafio a saúde coletiva e consequentemente, para os profissionais de saúde. Desta forma, em decorrência da gravidade do contexto sanitário e das sérias possíveis consequências relatadas da infecção materna por algumas arboviroses, se fez necessário ter um olhar muito mais atento ao grupo de gestantes e recém-nascidos. Considerando, que das 65 gestantes, somente 35 são acompanhadas pela Clínica da Família, a busca ativa dessas gestantes para realização do pré-natal foi de extrema importância, incluindo neste último um planejamento para execução de Educação em Saúde para essa linha de cuidado. Trazemos, uma vez mais, alguns de nossos discursos:

Hoje vejo a Educação em Saúde com outra importância, percebo que a utilização da Educação em Saúde como estratégia de ensino-aprendizagem é real, antes não gostava. (D7)

Ao mesmo tempo, com a tarefa de desempenharem seus papéis de “educadores”, os discentes se viram na obrigação de se apropriarem de mais conhecimentos a fim de executarem as atividades propostas, quando se sentiram estimulados a estudar, como ilustrado abaixo com outros discursos levantados por esta investigação:

Fazer parte da Educação em Saúde exigiu que o conteúdo pesquisado fosse o mais atualizado possível, pois houve a conscientização previa de que eu seria uma provedora de informações fidedignas para uma população leiga e com muitas dúvidas. E então, houve a preocupação com que fosse passado da forma mais segura e certa possível. Senti aflorar um sentimento de contribuição com o coletivo. (...) Além, de entender e guardar o conteúdo para mim, o exercício de explica-lo por si só, e de explica-lo diversas vezes de forma diferente para diferentes pessoas possibilitou a fixação do que transmiti e um entendimento ainda mais seguro do que aquele após somente ler. (D3)

Além de aprender o conteúdo, percebi que a interação com a população é algo crucial para os atuantes na área da Saúde e através de ações como as apresentadas por nós na Roda de Barrigas ganhamos experiência e competência em relação à saber comunicar-se com a sociedade [...] (D6)

[...] devemos como Educadores em Saúde buscar mudanças, transformações e crescimento, onde nosso foco na Educação em Saúde é a promoção dos cuidados da saúde do indivíduo. (D9)

Pesquisar o assunto que iríamos abordar é uma forma de estudar e fixar o conteúdo, ter mais conhecimento e segurança na hora de passa-lo para população tudo isso contribui bastante para o meu aprendizado. Acredito que consigo reproduzir esta temática para sempre. Foi tão gostoso planeja-la e muito mais executá-la [...] (D12)

Contudo, durante o desenvolvimento desta prática pedagógica, alicerçada pela Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, se presencia a troca de saberes, experiências, vivências, onde inexiste a verdade absoluta, sobrepujando a intersubjetividade na busca de um entendimento consensual. A Educação em Saúde, então, deve ser encarada como uma prática social, onde o discurso argumentativo predomina, centrada na problematização e na leitura das diferentes realidades.

Habermas desenvolve o conceito de racionalidade comunicativa afirmando que agindo comunicativamente os homens teriam possibilidade de emancipação. Na análise dos resultados desta investigação, percebeu-se durante sua elaboração, a construção de sujeitos autônomos, inseridos dentro de um espaço crítico, aberto e pluralista, fundamentados sobre uma ética de discussão, na busca da compreensão de determinado fato. O protagonismo do enfermeiro desenvolvido juntamente com a sua autonomia é construído por conquistas técnico-científicas, legais e políticas pela produção do conhecimento próprio (BRASIL, 2009).

[...] ainda tivemos a autonomia durante toda ação educativa [...] (D 12)

[...] a Educação em Saúde me proporcionou muita autonomia. Já quero fazer outras atividades, já quero planejar o segundo grupo [...] (D19)

A Educação em Saúde como prática pedagógica em uma concepção reducionista podem ser apenas entendidos pelas formas que um dado conhecimento é transmitido. Rompendo com esta forma limitada de pensar o processo ensino-aprendizagem, sobretudo na área da enfermagem, nos apropriamos do pensamento de Freire (2002, p.21), que considera a necessidade do “formando desde o princípio de sua experiência formadora, assumir-se como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”.

Desta forma, nossos discursos retratam a importância da Educação em Saúde e principalmente sobre mudanças na opinião dos discentes sobre esta prática pedagógica durante a graduação.

Hoje em dia, acho muito importante. Durante a Educação em Saúde acontece uma troca de experiências, por que não é só a gente (futuros enfermeiros) que passamos conteúdo que aprendemos, muito pelo contrário, a gente aprende muito com os pacientes. (D2)

Além disso, a interação e troca de informações com os pacientes, através de um bate papo mais descontraído, foi de extrema importância na Educação em Saúde, uma vez que pudemos entender e aprender sobre o que diz o senso comum e desmitificar alguns pensamentos, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança. [...] podíamos entender e aprender sobre o que diz o senso comum e desmitificar alguns pensamentos, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança. (D4)

Analiso que a estratégia desenvolvida para realização da Educação em Saúde foi muito benéfica, foi uma experiência única participar de todo planejamento. A visita técnica o passeio ambiental, conhecer a realidade da comunidade até nossa atuação na Clínica da Família e todo planejamento ao desenvolver a Educação em Saúde como desenvolver todo material que utilizamos para execução da atividade educativa e ainda ter a autonomia durante toda ação. Pesquisar o assunto que iríamos abordar é uma forma de estudar e fixar o conteúdo, ter mais conhecimento e segurança na hora de passá-lo para população tudo isso contribui bastante para o meu aprendizado. Acredito que consigo reproduzir esta temática para sempre. Foi tão gostoso planejar e muito mais executá-la. As gestantes nos elogiaram bastante, a ponto de comparar positivamente esta ação educativa a outras que já participaram. Percebi, que a partir desse momento haverá uma adesão maior ao Pré-natal entre as gestantes faltosas. Me senti enfermeira realizando a Educação em Saúde. A forma como as pacientes nos acolheram fez toda diferença. Tínhamos preparado tudo com muito carinho, estávamos confiantes e prontas, nervosa... mas, prontas... Todo o nervosismo e insegura foi embora no momento que as pacientes começaram a chegar. A troca foi maravilhosa... (D12)

Como vemos, os discursos de nossos sujeitos são contundentes com suas enunciações. Eles estão revelando, além de uma série de outras leituras e interpretações, uma transformação da própria realidade em relação a Educação em Saúde segundo o olhar do graduando de enfermagem.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou-nos a identificação de pontos críticos na formação do enfermeiro no que tange ao protagonismo do discente em seu processo de ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, à apropriação de seu papel como agente social de promoção de saúde em todas as suas esferas de ação. Os efeitos desta realidade podem ser observados já durante a graduação em curso – quando o educando não percebe a prática da Educação em Saúde como uma ferramenta pedagógica que o emancipa no papel de educador de si mesmo e da comunidade em que se insere.

Indiscutivelmente, o professor tem um papel crucial enquanto promotor e facilitador desse processo, a depender da forma como as ações de Educação em Saúde são propostas para os alunos. Em outras palavras, a gestão do currículo escolar pelo docente pode, em maior ou menor grau, contribuir para a perpetuação da restrição do alcance da Educação em Saúde na vida do aluno e da comunidade ou, muito pelo contrário, criando espaços para emancipação no processo ensino-aprendizagem e instigando o aluno a olhar através e além do que as estruturas curricular, escolar e social lhe impõem como limites de ação.

A partir dessas duas realidades antagônicas e perfeitamente possíveis – para não dizer tangíveis em nosso cotidiano acadêmico – é natural presumir que ambas irão impactar na vida do profissional formado, que, por sua vez, reproduzirá o modelo X, Y ou Z aprendido como prática de Educação em Saúde no desempenho de suas funções.

6 CONCLUSÕES

Ao longo do desenvolvimento da presente pesquisa o nosso maior desejo foi a busca ampla pela compreensão da Educação em Saúde e suas repercussões na prática pedagógica docente e, neste sentido, procuramos sempre nos ater ao nosso objeto de estudo “A Educação em Saúde como prática pedagógica e dinamizadora de um espaço emancipatório no processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro em formação”.

Assim, considerando todas as análises e reflexões empreendidas até aqui, apresento a tese: A prática da Educação em Saúde pelo discente em enfermagem no seu processo aprendizagem proporciona condições para ampliar sua reflexão sobre a razão corporificada no conhecimento, na linguagem e na ação conduzindo-o a exercitar seu poder de argumentação e crítica, expressa no planejamento integrado às coletividades que se apoiam nas disciplinas do currículo do curso.

Compreende-se que os objetivos por nós elaborados – 1) Descrever as experiências dos discentes sobre as práticas da Educação em Saúde desenvolvidas no Curso de Graduação em Enfermagem; 2) analisar as práticas da Educação em Saúde desenvolvidas pelos discentes na disciplina estágio Supervisionado Integralizador – I, do curso de graduação em enfermagem; 3) discutir a contribuição da Educação em Saúde como prática pedagógica para a autonomia do discente - foram plena e satisfatoriamente alcançados, na medida em que ajudaram na obtenção dos resultados necessários às nossas discussões.

Da mesma forma, nossas questões norteadoras – 1) Como os discentes do curso de graduação em Enfermagem da Unigranrio concebem a Educação em Saúde na sua formação? 2) Como é desenvolvida a prática da Educação em Saúde pelos discentes na disciplina Estágio Supervisionado Integralizador – I, do curso de graduação em Enfermagem? 3) De que modo a prática da Educação em Saúde contribui para autonomia dos discentes? - se mostraram perfeitamente aplicáveis e correlacionadas ao nosso objeto e aos nossos objetivos, porque foram o ponto de partida para que pudéssemos ser felizes no intento de nossas argumentações e afirmações.

Também registramos que os 19 discentes participantes desta pesquisa contribuíram ricamente para o seu desenvolvimento. Outro fator que destaca-se, diz respeito à nossa felicidade no acerto e no encaixe do referencial teórico “O Agir comunicativo” do filósofo alemão Jürgen Habermas e dos autores selecionados, de forma bem apropriada às bases imprescindíveis ao aprofundamento da temática. Tanto os autores de enfermagem, quanto os

das demais áreas afins filosofia e educação foram preciosos, objetivos e de uma significância sem precedentes para que pudéssemos tecer comentários de uma maneira rigorosamente científica e com a menor margem de incertezas acerca daquilo sobre o qual nos propuseramos a estudar.

As bases que estes autores nos forneceram variaram desde a nossa releitura sobre Educação em Saúde através de uma revisão integrativa realizada em bases de dados - como, revendo aspectos referentes aos conceitos e propósitos da Educação em Saúde – revisitando as tendências pedagógicas na prática educativa e descrevendo o currículo da instituição dando ênfase a disciplina Estágio Supervisionado Integralizar, disciplina na qual os participantes da pesquisa cursavam.

As duas categorias alcançadas, foram – **1) Educação em Saúde no mundo das ideias do discente; 2) Emancipação pelas práticas de Educação em Saúde**, as quais trouxeram à tona argumentos sobre a importância da Educação em Saúde no cotidiano da prática docente na atuação do estudante de Enfermagem, desde a sala de aula ao cenário de prática, deixando claro que a aplicabilidade desta prática pedagógica não deve se restringir apenas ao campo da Atenção Primária a Saúde, devendo ser incorporando no dia-a-dia dos docentes e discentes que atuam no campo hospitalar nos diversos segmentos acadêmicos e profissionais.

Deste modo, gostaríamos de tecer algumas considerações que consideramos válidas e pertinentes acerca da Educação em Saúde como prática pedagógica, particularmente, no contexto da Enfermagem.

É fundamental reforçar que a Educação em Saúde não deve acontecer somente na Atenção Primária à Saúde (APS), mas, em variados cenários em que a assistência à saúde é realizada, atendendo aos princípios do SUS. Existe uma interferência de como o docente faz a condução da Educação em Saúde com os discentes e, conseqüentemente, traz reflexos para as coletividades. Percebe-se, empiricamente, que a forma como o docente instiga o discente para que dê prosseguimento a Educação em Saúde que proporcionará motivação ao grupo estimulado/comunidade.

Ao final desta investigação, a qual foi apoiada pela pesquisa-ação e pelas contribuições de Jürgen Habermas, os discentes reconheceram a Educação em Saúde como uma prática pedagógica que os torna protagonistas do seu processo ensino-aprendizagem, possibilitando, assim, o desenvolvimento de competências e habilidades que vão ao encontro das Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem.

A Educação em Saúde, da maneira como foi realizada, proporcionou uma mudança na realidade dos discentes e das usuárias. Os discentes demonstraram um novo olhar sobre essa prática, reconhecendo-a como enriquecedora. Nossos achados mostraram que os discentes de Enfermagem tornaram-se protagonistas no planejamento e na execução da Educação em Saúde, modificando o sentido tradicional de se realizar Educação em Saúde para uma perspectiva dialógica. Talvez mais importante, a autonomia referida pelos discentes parte do princípio que estes não mais reproduzem o conhecimento adquirido a pedido do docente, mas por iniciativa própria, a partir de suas necessidades, percebidas no mundo da vida do discente.

Logo, terminamos, assim, nossas conclusões afirmando que Educação em Saúde torna-se uma prática pedagógica quando, no processo de elaboração e aplicação da ação educativa em saúde, esta é capaz de promover o protagonismo e a emancipação do aluno no papel de educador – da comunidade e de si mesmo.

Contudo, a Educação em Saúde só poderá se tornar uma prática pedagógica, como uma metodologia ativa de aprendizagem, a partir da promoção e facilitação deste processo por parte do docente. Ademais, a estrutura curricular do curso de Enfermagem nos moldes atuais ainda carece de adaptações/mudanças de forma a viabilizar a horizontalização da Educação em Saúde em todos os cenários em que a promoção de saúde se fizer possível e necessária. Somente assim, poder-se-á atingir a satisfação plena de seu alcance pedagógico na formação do enfermeiro.

Frente a este cenário, entendemos: (1) a necessidade de um maior discernimento da comunidade acadêmica e assistencial de enfermagem sobre a importância e a necessidade da realização de Educação em Saúde em seus diferentes campos de atuação (em grupos ou individualmente); (2) propomos o exercício de uma Educação em Saúde na grade acadêmica da Instituição pesquisada – e, possivelmente, de outras IES – voltada para a emancipação dos agentes envolvidos e fundamentada no diálogo e na interação entre as pessoas; (3) a urgência do aprofundamento da temática “Educação em Saúde” como prática pedagógica no Projeto Político Pedagógico da instituição participante desta investigação, podendo ser extensível a outras; (4) o fortalecimento de nosso compromisso perante nossos alunos, em função da garantia da busca permanente de melhores condições de ensino-aprendizagem, como único meio de formar futuras gerações de enfermeiros críticos e reflexivos – o que só será possível a partir de uma ampla conscientização dos docentes sobre o alcance de sua participação e de seu papel no planejamento e execução da/na Educação em Saúde na vida do aluno e da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia. **A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública**. Rev Bras Enferm. v. 61, n. 1, p. 117-21, 2008.
- ALMEIDA ER, MOUTINHO CB, LEITE MTS. **Family health nurses' teaching practice in the health education development**. Interface. v.20, n.57, p.389-401, 2016.
- ALMEIDA, Alva Helena de; SOARES, Cássia Baldini. **Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 19, n. 3, [08 telas], maio-jun 2011.
- ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. (Orgs.). **Processos de ensinagem na universidade. Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 3. ed. Joinville: Univille. p. 67-100, 2004.
- ANASTASIOU, Lea das Graças Camargo. Desafios da construção curricular em visão integrativa: elementos para discussão. In: DALBEN, A. I. L. de F. et al. **Convergências e tensões no campo da formação e do trabalho docente**. Belo Horizonte: Autêntica. p. 590-611, 2010.
- AVANCI, Barbara Soares; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; MARINS, Luciana Rangel; VIANA, Luciana da Silva; LOUREIRO, Renata; BORGES, Laborne. Refletindo sobre a Educação em Saúde na graduação em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**.v. 3, n. 2, p.258-66, 2009.
- BAUMGARTEN, Maíra. **Habermas e a emancipação: rumo à democracia discursiva?** In.: Teoria Social • Desafios de uma nova era. Cadernos de Sociologia/Programa Pós-Graduação em Sociologia, v. 10, Porto Alegre: UFRGS, 1998. 178 p. p. 137-178
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Brasília, 25 jun 1986. Seção 1, p. 9275-9279.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Lei nº 7498 de junho de 1986 - Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em 30 set 2016.
- BRASIL, Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal, 20 setembro. 1990.
- BRASIL, Lei no. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União 23 dez 1996; Seção 1:27833-41.
- BRASIL. **Introdução. Promoção da Saúde: Um Novo Paradigma Mundial para a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. p.5
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão ESTRATÉGICA e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior 37 (CNE/CES). Resolução 3-2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> Acesso: 22-01-2015 às 20:16.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: **Funasa**, 2007.70 p.: il.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

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

BRASIL. 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).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução n. 466. De 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BERNARDINO, Amanda de Oliveira; CORIOLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; SANTOS, Alessandro Henrique da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira; CAVALCANTI, Ana Márcia Tenório de Souza, et al. **Motivação dos estudantes de enfermagem e sua influência no processo de ensino-aprendizagem.** Texto Contexto Enferm. v.27, n.1, 2018.

BRITO, Aneilde Maria Ribeiro de; BRITO, Maria José Menezes; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. **Sociodemographic profile of nursing students from institutions of superior level education at Belo Horizonte.** Esc. Anna Nery Rev Enfermagem. v.13, n.2, p.328-33, 2009.

BORGES JÚNIOR, Orenito Simão; ROCHA, Érica Silva; LUCCHESI, Roselma; VERA, Ivânia; CASTRO, Paula Alexandre. **O processo de interiorização da UFG e a contribuição do curso de enfermagem.** Perspect Psicol. v.19, n.1, p. 21-34, 2015.

- BOUFLEUER, Pedro José. **Pedagogia da ação Comunicativa: uma leitura de Habermas**. Editora UNIJUI, 1997.
- BUBLITZ, Susan. GUIDO, Laura de Azevedo. KIRCHHOF, Raquel Soares. NEVESD, Eliane Tatsch. LOPESE, Luis Felipe Dias. **Sociodemographic and academic profile of nursing students from four brazilian institutions**. Rev Gaúcha Enferm. v. 36, n.1, p. 77-83 mar, 2015.
- CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. Rev. Saúde Pública. v.31, n.2, 1997.
- CANEVER, Bruna Pedroso; PRADO, Marta Lenise do; BACKES, Vânia Marli Schubert Backes; SCHVEITZER, Mariana Cabral. **Tendências pedagógicas na produção do conhecimento em educação em enfermagem do estado de São Paulo**. Rev Bras Enferm. v. 66, n.6, p. 935-41, 2013.
- CARVALHO, Vilma de. **Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem – do ângulo de uma visão filosófica**. Esc Anna Nery Rev Enferm. v.13, n.2, p. 406-414, 2009.
- CARVALHO, Vilma de. **Enfermagem e história da enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional**. Esc Anna Nery Rev Enferm. v.11, n.3, p. 500-508, 2007.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura M.C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos Básicos para o Cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo. MIRANDA, Karla Corrêa Lima. **Educação para emancipação dos sujeitos: Reflexões sobre a prática educativa de Enfermeiros**. R. Enferm. Cent. O. Min. V.5, n.2, p. 1714-1721, 2015.
- COLOMÉ, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Côrrea de. **A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm.v.29, n.3, 2008.
- DUTRA, Raphaela Granato; MENEZES, Maria Lucia Pires. O lazer dos estudantes universitários: o caso das festas universitárias. **Revista presença geográfica**. v. 6, n. 1, 2017.
- FEIJÃO, Alexandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Terezinha Gimenez. **Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas**. Rev Rene, v. 8, n. 2, 2012.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 62^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- FREITAS, Etiane de Oliveira; BUBLITZ Susan; NEVES, Eliane Tatsch; GUIDO, Laura de Azevedo. **Sociodemographic and academic profile of nursing students of a public university**. J Nurs UFPE on line, v.6, n.10, p.2455-62, 2012

- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinado a cuidar em Saúde Pública**. 1ª ed. Yendis Editora. São Caetano do Sul, SP, 2008.
- FRANCO, Maria Amélia Santoro. **Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educação e Pesquisa**. v.31, n.3, p. 483-502, 2005.
- FRANCO, Maria Amélia Santoro. **Práticas pedagógicas de ensinar-aprender: por entre resistências e resignações**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 601-614, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/DELL/Downloads/2950-4551-1-PB.pdf
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- GASTALDO, Denise. **A educação em saúde “saudável”? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder**. Rev Educação e Realidade. v. 22, n.1, p. 147-68. 1997.
- GEMIGNANI, Elizabeth Yu Me Yut. **Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão**. Revista Fronteira das Educação. v. 1, n. 2, 2012.
- GUERREIRO Eryjoso Marculino; RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVEIRA Maria Adelaide Moura da; LUCENA, Nájori Bárbara Ferreira de. **O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros**. REME rev. min. enferm. v.16, n.3, p. 315-323, 2012.
- Guia de Referência Rápida – **Carteira de Serviços** – Relação de serviços prestados na atenção Básica (Versão profissional). Disponível em: http://www.vivacomunidade.org.br/wpcontent/arquivos/carteira/carteiraServico_APS.pdf
Acessado em: 12/08/2016 às 11:47h.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- HABERMAS, Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- HABERMAS, Jürgen. **Discurso filosófico da modernidade**. São Paulo: DIFEL, 2000.
- HABERMAS, Jürgen. Teoria do Agir Comunicativo. **Racionalidade da ação e racionalização social; tradução Paulo Astor Soethe**; revisão da tradução Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.
- JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- JESUS, Maria Cristina Pinto de. SANTOS, Sueli Maria dos Reis; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; OLIVEIRA, Deíse Moura de; FIGUEIREDO, Mariangela Aparecida Gonçalves; BRAGA, Vanessa Augusta. **Vivência do estudante de enfermagem em atividades de educação em saúde**. Cienc Cuid Saúde, v. 11, n.3, 2012.
- KAWAMOTO, Emilia Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório dos; MATTOS, Thalita Maia de. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU; 2009.
- KHAN BA, Ali F, Vazir N, Barolia R, Rehan S. **Students’ perceptions of clinical teaching and learning strategies: A Pakistani perspective**. Nurse Educ Today, 2012; 32:85-90.

- KLEBA, Maria Elizabeth; VENDRUSCOLO, Carine; FONSECA, Aldarice Pereira da; METELSKI, Fernanda Karla. Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Ciênc Cuid Saúde**. v. 11, n.2, p.408-14, 2012.
- KOERICH, Magda Santos; BACKES, Dirce Stein; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ALBURQUERQUE, Gelson Luiz. **Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.11, n.3, p.717-23, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>.
- LARocca, Liliana Muller, MAZZA, Veronica de Azevedo. **Habermas e Paulo Freire: referenciais teóricos para o estudo da comunicação em enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm, v.24, n.2, p.169-76, 2003.
- Nacional de Saúde On line. 10., 1996. Anais Brasília; 1996. Extraído de Levy SN, SILVA, JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: Conferência
- LEVY, Sylvain Nahum; SILVA, João José Cândido da; CARDOSO, Iracema Fermont Ribeiro; WERBERICH, Paulo Mostardeiro; MOREIRA, Lygia Luiza Schmal; MONTIANI, Helena, et al. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.
- LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da escola Pública: a pedagogia crítico social dos conteúdos**. 19. ed. São Paulo: Loyola; 2003.
- LONGHI, Armindo José. **A ação educativa na perspectiva da teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas: uma abordagem reflexiva**. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 2005. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/252928/1/Longhi_ArmindoJose_D.pdf Acessado em 10/10/2015.
- LUCKESI, Carlos Cipriano. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez Editora, 1994.
- MACIEL, Marjorie Ester Dias. **Educação em Saúde: conceitos e propósitos**. Cogitare Enferm. v. 14, n.4, 2009.
- MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Algumas aproximações entre lazer e sociedade**. Animador sociocultural Revista Iberoamericana lazer e sociedade. v.1, n.2, p. 1-20, 2007.
- MARCONDES, Ruth Sandoval. **Educação sanitária em nível nacional**. 1964. [Tese de Doutorado] – Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- MACHADO, Márcia Maria Tavares; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita; HOLANDA, Francisco Uribam Xavier de. **O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.13, n.5 Ribeirão Preto Sep./Oct. 2005.
- MACHADO, Maria Helena Machado; WERMELINGER, Mônica; VIEIRA, Monica; OLIVEIRA, Eliane de; LEMOS, Waldirlando; FILHO, Wilson Aguiar Filho, et al. **Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares**. Enferm. Foco. v. 6, n. 2/4, p. 15-34, 2016.

- MASETTO, Marcos Tarciso. **Competências pedagógicas do professor universitário**. São Paulo: Summus Editorial, 2003.
- MATTA, RD. **Você tem cultura?** *Jornal Embratel* [on line]. 2009. Acesso em 31 Mai 2017.
- MENDES, Karine Dal S, Silveira RCCP, Galvão CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. *Texto Contexto Enferm*. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MINAYO, Maria Cecili de Souza (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil). Parecer CNE/CES no. 1133, de 07 agosto de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Diário Oficial da União 03 out 2001.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução CNE/CES no. 3, de 7/11/2001. **Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Diário Oficial da união 09 nov. 2001; Seção 1.
- MOURA, Eliane Cristina Carvalho; MESQUITA, Lucia Fátima Carvalho. **Education-learning strategies according to nursing students' perception**. *Rev Bras Enferm*. n. 63, v. 5, p. 793-8, 2010.
- MORIN, Edgard. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- MÜLH, Eldon Henrique. **Habermas e a educação: racionalidade comunicativa, diagnóstico crítico e emancipação**. *Educ. Soc*. v.32, n.117, p. 1035-1050, 2011.
- OLIVEIRA, Dora Lucia de. **A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. *Rev Latino am Enfermagem*. v.13, n.3, p. 423-3, 2005.
- PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. **Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica**. *O mundo da saúde*. v.31, n.3, p. 320-328, 2007.
- PEREIRA, Adriana Lenho Figueiredo. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. *Cad Saúde Pública*. v.19, n.5, p.1527-34, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>> Acesso em: 20 mar 2017.
- PEREIRA, Adriana Lemos. **Educação em Saúde**. In: FIGUEREDO, N.M.A. **Práticas de Enfermagem Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. Yendis Editora, 2ª edição. 2012.
- PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; CAETANO, Joselany Áfio; MOREIRA, Juliana Faheina; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de. **Práticas educativas em saúde na formação de acadêmicos de enfermagem**. *Cogitare Enferm*.v. 20, n. 2, p. 332-7, 2015.
- PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; PINHEIRO, Sâmia Jucá; CAETANO, Joselany Áfio; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de. **Características de práticas de educação em saúde realizadas por estudantes de enfermagem**. *Cogitare Enferm*. v. 21, n. 2, p.01-07, 2016.

- PETRUCCI, Valéria Bezzer Cavalcanti; BATISTON, Renato Reis. **Estratégias de ensino e avaliação de aprendizagem em contabilidade**. In: PELEIAS, Ivam Ricardo. (Org.) Didática do ensino da contabilidade. São Paulo: Saraiva, 2006.
- PINTO, João Bosco Guedes. **Metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação: texto selecionados e apresentados**. Organização: Laura Suzana Duque Arrozola, Michel Jean Marie Thiollent. Editores e revisores: Farid Eid, Maria José de Souza Barbosa. Belém: UFPA, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. p.347, 2014.
- PINTO, José Marcelino de Rezende. **A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar**. Paidéia. n.8-9, p. 77-96, 1995.
- PIRES, Ariane da Silva; SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; PENNA, Lúcia Helena Garcia; TAVARES, Kelly Fernanda Assis; BRECHT D'OLIVEIRA, Camila Arantes Ferreira; ALEMIDA, Caroline Muller Almeida. **A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura**. Rev enferm UERJ. v.22, n.5, p.705-11, 2014.
- QUILICI, Ana Paula; ABRÃO, Karen C.; TIMERMAM, Sergio; GUTIERREZ, Francisco. **Simulação Clínica do Conceito à Aplicabilidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- RASCHE, Alexandra Schimitt. **A práxis do enfermeiro no planejamento e avaliação das ações na saúde escolar**. 2012. 188f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade. UFRJ/EEAN, Rio de Janeiro, 2012.
- RESSEL, Lúcia Beatriz; BECK, Carmem Lúcia Colomé; GUALDA, Dulce Maria Rosa; HOFFMANN, Izabel Cristina; SILVA, Rosângela Marion da; SEHNEM, Graciela Dutra. **O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; v.17, n.4, p. 779-86, 2008.
- RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **A percepção dos formandos a respeito dos instrumentos básicos de enfermagem e sua aplicabilidade**. Rev Bras Enferm. v.58, n.6, p.653-8, 2005.
- RISTOFF, Dilvo. **O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação**. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP. v. 19, n. 3, p. 723-747, 2014.
- SALCI, Maria Aparecida; MACENO, Priscila; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDERMAN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. **Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: Algumas Reflexões**. Texto e contexto Enferm. v.22, n.1, p.224-30, 2013.
- SANTOS, Liliane Gonçalves dos; LEMOS, Stela Marins Aquiar. **Construção do conceito de promoção da saúde: comparação entre estudantes ingressantes e concluintes de Fonoaudiologia**. Rev Soc Bras Fonoaudiol. v.16, n.3, p.245-51, 2011.
- SAVIANI, Dermeval. **Escola e Democracia**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez Editora. 2008
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

- SILVA, Paulo Sérgio da. **Efeitos dos cenários de ensino nos estudantes de enfermagem na perspectiva do teatro: um ensaio sobre as respostas do corpo que aprende.** 2012. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- SOUZA, Luccas Melo; WEGNER, Wiliam; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. **Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.** Rev Latino-am Enfermagem. v.15, n.2, março-abril, 2007.
- SOUZA, Ismelinda Maria Diniz Mendes; PARO, Helena Borges Martins da Silva; MORALES, Rogerio Rizo; PINTO, Rogerio de Melo Costa; SILVA, Carlos Henrique Martins da. **Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 20, n. 4, p. 08, 2012.
- SOUZA, Danielle Costa de; SANTIAGO, Luiz Carlos. **A Internet no ensino de graduação em enfermagem: Recurso para construção de Estratégia.** Rio de Janeiro, 2013. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2013.
- SOUZA, Leonardo Lemos de. ARAÚJO, Derly Borges. SILVA, Daiara Souza. BÊRREDO, Valeria Cristina Menezes. **Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes.** Ciências & Cognição. v.19, n.2, p. 218-232, 2014.
- THIOLLENT, Michel Jean Marie. **Metodologia da pesquisa-ação.** 7ª ed. São Paulo: Cortez; 1996
- _____, Michel Jean Marie. **Metodologia da pesquisa-ação.** 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- UNIVERSIDADE UNIGRANRIO. Escola de Ciências da Saúde. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem.** Barra da Tijuca: 2013. 67p.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde.** Interf. - Comun., Saúde, Educ. v.8, n. 5, p.121-27, 2001.
- VENDRUSCOLO, Carine; TRINDADE, Letícia de Lima; ADAMY, Edlamar Kátia; CORREIA, Alyne Mendes. **Promoção da Saúde: percepções de estudantes do curso de graduação em enfermagem.** Rev Enferm UFSM. v.4, n.1, p.19-28, 2014.
- VENDRUSCOLO, Carini; VERDI, Marta. **Promoção da saúde: representações sociais de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde.** Sau. & Transf. Soc. Florianópolis, v.1, n.2, p.108-115, 2011.
- VILLAS BOAS, Benigna Maria de Freitas. **Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico.** 8º edição. Papyrus editora, 2010.
- WORLD, Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion.** Ottawa Canadá: WHO; 1986.
- ZABALA, Antoni. **A prática educativa: como ensinar** / Antoni Zabala; Tradução Ernani F. da F. Rosa – Porto Alegre: Artemd, 1998.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY-EEAN
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Autora: Danielle Costa de Souza

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria da Soledade Simeão dos Santos

I - Perfil

1) Gênero: Masculino () Feminino ()

2) Idade: _____ 3) Naturalidade: _____

4) Estado Civil: _____

4.1) Tem filhos: () Sim () Não

Se sim, mora(m) com você: () Sim () Não

5) Procedência escolar (ensino médio): () Pública () Privada

6) Formação profissional (técnico): () Sim () Não

6.1) Área: _____

6.2) Atua ou atuou na área: () Sim () Não

7. Graduações anteriores: () Sim () Não

7.1 Qual curso? _____

7.1) Tempo de formado (em outra graduação): _____

8) Ficou mais de 1 ano sem estudar antes de ingressar no curso de graduação em Enfermagem? () Sim () Não

Se sim. Quanto tempo ficou sem estudar antes de ingressar no curso de enfermagem?

() 1 ano () 2 anos () 4 anos () 6 anos () mais de 6 anos

9) Grau de escolaridade dos pais:

Mãe () Ensino Fundamental I () Ensino Médio () Ensino Superior () Não sabe informar.

Pai () Ensino Fundamental I () Ensino Médio () Ensino Superior () Não sabe informar.

10) Ocupação profissional atual: _____

11) Tipo de vínculo empregatício:

Vínculo empregatício

Possui ()

Não possui ()

12) Renda mensal pessoal: _____

13) Renda mensal familiar: _____

14) Custeio dos estudos na universidade

PROUNI FIES Bolsa de incentivo/empresa Próprio aluno

Pais Outro familiar Outros

15) Possui Residência

Própria Alugada Financiada

16) Realiza atividades de lazer? Sim Não

17) Pratica algum esporte ? Sim Não

APÊNDICE B: CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



Ilmo Sr. Prof. Ms. Fábio José de Almeida Guilherme

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “Educação em Saúde como estratégia pedagógica no processo ensino-aprendizagem do graduando de enfermagem na UNIGRANRIO”, a ser realizada na Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, pela *aluna de pós-graduação Danielle Costa de Souza*, sob orientação da *Prof^(a). Dr^(a) Maria da Soledade Simeão dos Santos*, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Descrever as vivências do profissional em formação sobre a estratégia de Educação em Saúde utilizada no Curso de Graduação; Analisar as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelos discentes; Discutir a contribuição da Educação em Saúde como estratégia pedagógica para a autonomia do discente, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos nas dependências da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Pesquisador ^(a) Danielle Costa de Souza

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Prof. Ms. Fábio José de Almeida Guilherme
Coordenador de Enfermagem - UNIGRANRIO

APÊNDICE C: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.brSite: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>**Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ**

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo a pesquisadora Danielle Costa de Souza, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO GRADUANDO DE ENFERMAGEM NA UNIGRANRIO**, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde Clínica da Família Padre José de Azevedo Tiúba como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMS-RJ.

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº466, do Conselho Nacional de Saúde de 2012).

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Educação em Saúde como estratégia pedagógica no processo ensino-aprendizagem do graduando de enfermagem na UNIGRANRIO”**, por estar cursando o nono período do curso de graduação em Enfermagem na UNIGRANRIO e sua participação não é obrigatória. Este projeto tem como objetivos: Descrever as vivências do discente sobre a estratégia de Educação em Saúde utilizada no Curso de Graduação em Enfermagem; Analisar as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelos discentes do curso de graduação em Enfermagem; Discutir a contribuição da Educação em Saúde como estratégia pedagógica para a autonomia do discente.

Você será submetido à aplicação de um questionário na fase inicial do projeto e posteriormente participará de encontros pré-agendados juntamente com outros participantes deste estudo. Os encontros serão gravados em vídeo e áudio. As informações serão usadas para realização da pesquisa e será assegurada a confidencialidade e seu anonimato, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O material filmado e gravado será guardado e destruído após 5 anos. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo.

O estudo proposto oferece riscos mínimos, quais sejam, desconforto, emoção, cansaço, impaciência, e não haverá nenhum risco adicional; Será garantido ao participante a interrupção da coleta de dados se assim ele desejar, seja por constrangimento ou qualquer outro motivo, podendo haver possível continuidade posterior, ou mesmo a declinação da entrevista de forma definitiva.

O participante não será beneficiado (a) financeiramente, ele contribuirá para o conhecimento científico relacionado à Educação em Saúde enquanto estratégia pedagógica respeitando suas singularidades e suas influências na conjuntura atual; Sempre que o participante desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

A pesquisa será realizada sem a coleta dos nomes dos participantes, mantendo suas identidades preservadas, sendo cada participante desta pesquisa identificado pela letra D de Discente seguindo de um numeral.

Pesquisador:

Participante:

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr. (a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, _____ residente à _____ concordo em participar do estudo intitulado **“Educação em Saúde como estratégia pedagógica no processo ensino-aprendizagem do graduando de enfermagem na UNIGRANRIO”**. Eu fui completamente orientado pela pesquisadora Danielle Costa de Souza que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelo próprio, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. As informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto se eu permitir.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador Responsável

Danielle Costa de Souza

E-mail: duzza.danny@gmail.com

Tel. (21)98823-7508

Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e HESFA – Instituto de Atenção à
Saúde São Francisco de Assis

Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova - Rio de Janeiro – Brasil – CEP:20211-110 – Fone:(21)

2293-8148 Ramal: 228 cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO

Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21) 2672-7733 – ENDEREÇO

ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE DIÁRIO DE CAMPO⁹

Data da realização ____/____/____	Hora __:__H	Técnica de coleta de dados utilizada _____	Lugar em que se dá a observação _____
1. Descrição, se possível e se necessário, pormenorizada, do que se observou.			
2. Descrição do ambiente tanto físico, como social do acontecimento.			
3. Detalhar os atores que entram no fenômeno descrito, seja como atores diretos, seja como observadores.			
4. Registrar detalhes muito concretos, sobre as formas de vestir; o comportamento das pessoas, os instrumentos utilizados, etc.			
5. Descrever também a linguagem utilizada, tanto verbal, como de gestos.			
6. O porquê do acontecimento.			
7. Perguntas ao grupo para esclarecimento ou descobertas que se fez ao refletir sobre o assunto.			
8. Incluir juízos valorativos, opiniões pessoais, inclusive justificações, sempre e quando não se mesclm com os aspectos teóricos.			

⁹ Extraído do livro “Metodologia, teoria do conhecimento e Pesquisa-ação”, por João Bosco Guedes Pinto, organizada por Laura Susana Suque-Arrazola e Michel Jean Thiollent (2014). Adaptado por Souza e Santos (2017).

APENDICE F: ORDENAÇÃO DOS DADOS

PRIMEIRO MOMENTO – INVESTIGATIVO

Qual foi a estratégia utilizada durante a graduação que mais contribuiu para o seu processo ensino-aprendizagem?

	TRANSCRIÇÃO ÁUDIO E VÍDEO
G1	“.. Simulação realística. Eu não sou técnica de enfermagem e não tenho vivência em hospital, então a prática, participar de uma simulação realística me ajuda muito. Eu consigo fixar melhor o que vejo em sala de aula. Eu participei mais de simulações na disciplina de Urgência e emergência. Sem dúvida a SR me ajudou muito na prática por que passava um filme na minha cabeça com o professor falando: “agora você faz isso...”
G2	“... Simulação realística possibilita uma associação da teoria com a prática. Realizar Simulações na graduação enriquece nosso processo ensino-aprendizagem por que possibilita vivenciar através de um caso clínico, quase de real, em uma cena, que é embutido na simulação. É algo riquíssimo...”
G3	“... O caso clínico é um excelente método de estudo para mim, porém, também escolhi a simulação realística apesar de serem estratégias diferentes, Mas, o caso clínico te faz pensar no dia a dia do processo de enfermagem. O conjunto dos fatos que encontramos dentro de um caso clínico me ajuda na associação da teoria com a prática...”
G4	“... Discussão em grupo. É a forma que professor tem um maior contato com o restante da turma, por que ficamos todos juntos é como se todos tivéssemos o mesmo grau de conhecimento e todo mundo troca. Para mim é mais proveitoso do que a aula em sim, por que no final da aula teórica só o professor fala, só ela sabe e quando faz a discussão em grupo eu consigo me expressar...”
G5	“... Discussão em grupo. É a forma que professor tem um maior contato com o restante da turma, por que ficamos todos juntos é como se todos tivéssemos o mesmo grau de conhecimento e todo mundo troca. Para mim é mais proveitoso do que a aula em sim, por que no final da aula teórica só o professor fala, só ela sabe e quando faz a discussão em grupo eu consigo me expressar...”
G6	“... Dramatização. Para mim tudo que é visual me facilita, eu consigo associar melhor a teoria com a prática...”
G7	“... Aula prática. Acho a teoria importante mais para mim a prática é fundamental. Às vezes na aula teórica eu fico perdida e tenho certeza que durante a aula prática vou fixar o conteúdo. Eu gosto muito de estudar por mapa conceitual também, mas para aprender eu prefiro a aula prática...”
G8	“... Eu acho a Educação em Saúde muito importante mas, para o meu aprendizado o caso clínico fez um diferencial, bem como a simulação realística. A gente que não é da área fica perdida. Educação em Saúde eu faço sempre por que a partir do momento que estou estudando eu começo a enxergar as coisas de uma outra maneira e já faço uma orientação ao paciente...”
G9	“... Método da problematização. Este método me estimula para pesquisa, me fazendo pensar. Isso me motiva! Acredito que prepara o profissional para a assistência, para o cuidado tornando-o um profissional capaz de gerenciar...”

G10	“... Aula expositiva. No meu ponto de vista, a aula expositiva por que quando o professor aborda um tema em sala de aula criava automaticamente um estímulo para o meu aprendizado e eu já tirava todas as dúvidas que tivesse...”
G11	“... Aula prática. Pela aplicabilidade da teoria à prática. Considero um complemento...”
G12	“... Simulação Realística. Porque alia a prática com teoria além de possibilitar o aluno vivências e treinar habilidades. Sem dizer que criam ambientes próximos da realidade...”
G13	“... Aula prática. Esta estratégia me ajuda muito pois, me coloca em confronto com a teoria...”
G14	“... Simulação Realística. Nos possibilita um aprendizado prático e eficiente no qual nos alunos também participamos ativamente de todo processo. Faz o aluno refletir e se auto avaliar durante e após sua aplicabilidade...”
G15	“... Simulação Realística. Me ajuda a associar a prática com a teoria. Consigo tirar minhas dúvidas...”
G16	“... Simulação Realística. Me possibilita um aprendizado prático e eficiente no qual os alunos também participam ativamente...”
G17	“... Caso clínico. Me faz refletir e buscar resolução do mesmo. Desta forma pesquisei muito. Acredito que esta estratégia colabore bastante com meu processo de aprendizagem.”
G18	“... Educação em Saúde. Porque o aluno se prepara e aprofunda seus conhecimentos sobre a temática que deverá ser abordada...”
G19	“... Caso clínico. Contribui para um raciocínio clínico...”

SEGUNDO MOMENTO – TEMATIZAÇÃO

PRIMEIRO PASSO – Como é a Educação em Saúde que realizamos? Qual é a Educação em Saúde que pretendemos praticar?

CAFÉ MUNDIAL	DISCURSOTRASCRIÇÃO ÁUDIO E VÍDEO DO GRUPO
Como é a Educação em Saúde que realizamos?	É através de temas que o professor nos passa, ou de acordo com a disciplina que estamos; Temas visando a necessidade da população em geral. Tipo explicar como tomar a medicação para hipertensão e diabetes, ensinar sobre uma alimentação saudável, a abandonar o sedentarismo e não fumar.
Qual é a Educação em Saúde que pretendemos praticar?	Aquela que visa a promoção da saúde e a qualidade de vida dos usuários. Com muita troca de conhecimento entre profissional e usuário. O usuário precisa ter VOZ. Não queremos realizar atividades educativas visando apenas a doença mas, promovendo saúde de acordo com a sua realidade realizada do usuário e prevenindo doenças.

SEGUNDO MOMENTO – TEMATIZAÇÃO

TERCEIRO PASSO - Discussão sobre as atividades educativas realizadas na Universidade. Devemos repensar a nossa prática?

LINHA DO TEMPO	DISCURSO TRANSCRIÇÃO ÁUDIO E VÍDEO DO GRUPO
<p data-bbox="286 435 627 531">Discussão sobre as atividades educativas realizadas na Universidade.</p> <p data-bbox="250 691 663 754">DEVEMOS REPENSAR A NOSSA PRÁTICA?</p>	<p data-bbox="698 435 2067 1129">Durante a graduação sempre nos foi solicitada a realização de atividades educativas mas, muitas das vezes realizávamos mesmo sem ter tido o conteúdo. No primeiro período fomos para comunidade. Tínhamos que escolher uma comunidade e em grupos pequenos realizávamos o mapeamento desta comunidade e víamos suas necessidades depois na faculdade apresentávamos o resultado desta visita a comunidade, realizávamos o levantamento dos problemas da comunidade. Cada grupo apresentava a sua e a partir daí realizávamos uma atividade educativa, sobre vetores, descarte correto dos lixo, ... porém sem o professor. No segundo período voltávamos para comunidade com intuito de realizar uma anamnese e exame físico no indivíduo, como tínhamos muitos pacientes hipertensos e diabéticos, realizamos uma educação em saúde ao indivíduo, sem a presença do professor e sozinhos, a busca pelo conteúdo aconteceu através dos cadernos de atenção básica. Terceiro período comunidade, com foco na família. Quarto período foi o período que fomos pela primeira vez na uma unidade de saúde com o professor. Lá realizamos atividades educativas porém, o quinto período tivemos a oportunidade de participar do outubro Rosa, e através desse evento na universidade participamos realizando orientações sobre hipertensão arterial sistêmica para mulheres, outro grupo participou diretamente do planejamento e da organização realizando uma educação em saúde voltada para mulheres, falaram da importância do exame preventivo do câncer do colo do útero e da importância do exame clínico das mamas. Adoramos que queríamos participar no ano seguinte porém estávamos no campo hospitalar. Nos períodos do hospital adulto, mulher e criança não realizamos educação em saúde. Então, achamos sim que deveríamos repensar a educação em saúde que realizamos. Acreditamos que ela deve ser realizada desde o primeiro período de acordo com a necessidade da nossa comunidade, e que principalmente devemos ter a participação do professor. Ficamos perdidos nos primeiros períodos. Passavam os o conteúdo do que tínhamos estudado da melhor forma, os pacientes gostavam muito e sempre interagiam com a gente, faziam muitas perguntas. Achamos fundamental ter a presença do professor durante o planejamento. Podíamos ter uma disciplina específica no primeiro período antes de realizarmos as ações educativas.</p>

TERCEIRO MOMENTO – PROGRAMAÇÃO-AÇÃO

Como você analisa a contribuição da Educação em Saúde como prática pedagógica para o seu processo de aprendizagem?

	DISCURSO ORIGINAL
G1	Participar da Educação em Saúde Roda de Barrigas, foi uma experiência incrível , pois tinha uma visão de Educação em Saúde bem diferente do que a que realizamos este período. Para mim sempre foi algo chato, exaustivo . Dessa vez foi bem diferente, tivemos um planejamento anterior e foi em cima da necessidade da clínica da família e da comunidade, e percebemos que o número de gestantes no território é grande, em particular estabelecemos uma equipe para realizarmos o grupo, equipe Lagoas. Direcionar as gestantes foi algo novo e desafiador. Preparamos tudo com muito carinho para que fosse dinâmico e assim foi. Na ES explicamos tudo que “no momento” elas queriam e precisavam saber. Anteriormente a ES tivemos momentos de planejamento junto a docente. Conseguimos perceber a importância de captar as gestantes faltosas na consulta de pré-natal e tê-las presentes na unidade . Tudo foi explicado de forma bem simples, tivemos a preocupação de dar espaços para as gestantes, em todos os momentos foi uma troca maravilhosa. As gestantes interagiram conosco, saíram satisfeitas, queriam um encontro todo mês. As gestante que já tinham ido em grupos anteriores realizados pela equipe da unidade falaram e compararam a abordagem, disseram que todos os grupos deveriam ser realizados dessa forma. Foi gratificante ver como ficaram, animadas.
G2	Hoje em dia, acho muito importante. Durante a Educação em Saúde acontece uma troca de experiências , por que não é só a gente (futuros enfermeiros) que passamos conteúdo que aprendemos, muito pelo contrário, a gente aprende muito com os pacientes. Antes, a Educação em Saúde pra mim era uma coisa sem importância , por que eu não tinha feito parte das etapas do planejamento como dessa vez. Para mim era chato eu realmente não gostava e achava que os pacientes também só iam por ir, mas depois de organizar a Roda de Gestantes e participar do jeito que nós participamos com a professora Dani eu entendi a importância e como as gestantes gostaram e a troca que teve entre elas e nós, é realmente você me a importância por que elas necessitam dessa troca por que elas sentem dúvidas que nós podemos ajudar de forma mais tranquila, a partir de uma conversa informal porém, com fundamentação. O que deixa elas bem à vontade de acordo com o jeito que você trata elas. Então sim a Educação em Saúde é importante demais tanto para nós quanto para os pacientes.
G3	Fazer parte da Educação em Saúde exigiu que o conteúdo pesquisado fosse o mais atualizado possível, pois houve a conscientização previa de que eu seria uma provedora de informações fidedignas para uma população leiga e com muitas dúvidas. E então, houve a preocupação com que fosse passado da forma mais segura e certa possível. Senti aflorar um sentimento de contribuição com o coletivo . Para isso, percebi uma diferença quanto ao comprometimento da pesquisa em relação a outras tipo de passar o conteúdo e saber a representatividade deste conteúdo com ao alunos, tipo as avaliações, como a prova. Além, de entender e guardar o conteúdo para mim, o exercício de explica-lo por si só, e de explica-lo diversas vezes de forma diferente para diferentes pessoas possibilitou a fixação do que transmite e um entendimento ainda mais seguro do que aquele após somente ler.
G4	“Visando um aprendizado mais dinâmico , que diferencie do modelo tradicional professor-aluno, a Educação em Saúde teve grande relevância como estratégia pedagógica . Para realizá-la, foi preciso um estudo prévio sobre o tema, o que proporcionou uma melhor memorização e não somente gravar o assunto, como para realizar um prova. Além disso, a interação e troca de informações com os pacientes, através de um bate papo mais descontraído, foi de

	extrema importância na educação em saúde, uma vez que pudemos entender e aprender sobre o que diz o senso comum e desmitificar alguns pensamentos, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança”.
G5	Entendendo que o função do médico não se restringe apenas a curar seus pacientes, mas também de instruí-los de forma a prevenir novas doenças, acredito que a introdução de disciplinas que abordem Educação em Saúde durante o período de graduação de acadêmicos na área da saúde, de forma tanto prática quanto teórica, torna-se fundamental para a formação destes profissionais de forma tanto técnica quanto humanitária. Tendo participado tanto da organização quanto da execução dos eventos de conscientização social, Outubro Rosa e Setembro Amarelo, afirmo que foram experiências enriquecedoras para todos os alunos participantes, que de outra forma não teriam entrado contato com esse tipo de atividade por falta de disciplinas que abordem o tema em questão
G6	Para atuarmos na Educação em Saúde, é necessário que reiteremos nosso saber em relação ao que será por nós passado a população, ou seja, para que possamos contribuir com a Educação em Saúde da sociedade acabamos nos lembrando e até nos aprofundando no assunto que será discutido, gerando aprendizado acadêmico. Além de aprender o conteúdo, percebi que a interação com a população é algo crucial para os atuantes na área da Saúde e através de ações como as apresentadas por nós na Roda de Barrigas ganhamos experiência e competência em relação à saber comunicar-se com a sociedade
G7	Hoje vejo a Educação em Saúde com outra importância , percebo que a utilização da Educação em Saúde como estratégia de ensino- aprendizagem é real , antes não gostava. Depois da roda de gestantes percebi que as ações educativas podem proporcionar ao futuro enfermeiro estabelecer um vínculo maior com o usuário e na coletividade em geral. Ao final da roda tínhamos uma surpresa para elas, tivemos uma colega que fez a dança do ventre. Elas ficaram maravilhadas.
G8	Educação em Saúde só tem a agregar aos nossos conhecimentos e adquirirmos experiências em campo de estágio para um futuro profissional , ao abordarmos assuntos relativo ao que nos foi ministrado em sala de aula e reproduzirmos nos grupos de estudos. Ter a chance de nos expressarmos e colocarmos em prática as nossas habilidades estudantis, sejam elas na parte prática em campo de estágio em clínicas e Hospitais e através de grupos de saúde só nos enriquece” profissionalmente” para um futuro bem próximo quando finalizarmos a nossa graduação.”
G9	A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem dá percepção de que maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatório ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Como profissionais de saúde trabalhando em atenção básica, temos que ter várias ideias, conceitos e concepções acerca da saúde e da sua produção, onde nosso papel em cada unidade devemos cumprir organizações das práticas de saúde. É de suma importância dialogar, construir novos pactos de convivências, pois não basta novas informações preciosas se não será realizada, devemos como Educador em Saúde buscar mudanças, transformações e crescimento , onde nosso foco na Educação em Saúde é a promoção dos cuidados da saúde do indivíduo.
G10	“Hoje percebo que a Educação em Saúde seja de fundamental importância no processo ensino aprendizagem pois, contribui com o aprimoramento e entendimento das questões relacionadas ao tema e uma interação com usuários , trazendo conceitos que são relevantes ao dia a dia dos profissionais da área de saúde, o entendimento desses conceitos contribuem para uma melhor ação, quando o profissional é colocado de frente com situações como reais... a boa fundamentação favorece uma abordagem dinâmica e eficiente no controle e prevenção, lembrando que o tema abrange diversas outras situações. Logo, e estudante da área de saúde que está bem familiarizado com os conceitos de Educação em Saúde, estará apto a lidar com a mais diversas possibilidades que venham acontecer

G11	“...Acredito que a introdução de disciplinas que abordem Educação em Saúde durante o período de graduação de acadêmicos na área da saúde, de forma tanto prática quanto teórica, torna-se fundamental para a formação dos profissionais de saúde, tanto técnica quanto humanitária. Tendo participado de todo planejamento da Educação em Saúde para gestantes, afirmo que foi uma experiência enriquecedora não somente para mim mas, para todos os alunos participantes.
G12	“...Analiso que a estratégia desenvolvida para realização da Educação em Saúde foi muito benéfica, foi uma experiência única participar de todo planejamento . A visita técnica o passeio ambiental, conhecer a realidade da comunidade até nossa atuação na Clínica da Família e todo planejamento ao desenvolver a Educação em Saúde como desenvolver todo material que utilizamos para execução da atividade educativa e ainda ter a autonomia durante toda ação. Pesquisar o assunto que iríamos abordar é uma forma de estudar e fixar o conteúdo , ter mais conhecimento e segurança na hora de passa-lo para população tudo isso contribui bastante para o meu aprendizado . Acredito que consigo reproduzir esta temática para sempre. Foi tão gostoso planeja-la e muito mais executa-la . As gestantes nos elogiaram bastante, a ponto de comparar positivamente esta ação educativa a outras que já participaram. Percebi, que a partir desse momento haverá uma adesão maior ao Pré-natal entre as gestantes faltosas. Me senti enfermeira realizando a Educação em Saúde. A forma como as pacientes nos acolheram fez toda diferença. Tínhamos preparado tudo com muito carinho, estávamos confiantes e prontas, nervosa... mas, prontas... Todo o nervosismo e insegura foi embora no momento que as pacientes começaram a chegar. A troca foi maravilhosa... ”
G13	“...Durante a graduação pude perceber a importância da Educação em Saúde para a minha profissão. Sempre fui estimulada pelos professores a realiza-la ao decorrer dos estágios. Através desta abordagem compreendi que como futura enfermeira, preciso ser capaz de ir além da prática assistencial, colocando-me como educadora e multiplicadora do conhecimento adquirido , tentando desenvolver na população a cor responsabilização pela sua saúde permitindo troca de informações entre profissional e o usuário/pessoa . Tendo a consciência de que não detenho todo o saber, muito pelo contrário, que estou ali para somar trocar conhecimento e também absorve-lo. Por isso, acredito ser imprescindível induzir as ações educativas desde o início da nossa formação, para que acadêmicos, assim como eu, assimilem o valor da Educação em Saúde para nossa formação acadêmica, e para população . O papel do enfermeiro vai muito além dos cuidados a beira do leito...”
G14	“...Acredito que a Educação em Saúde colabora para que possamos buscar conhecimentos mais amplos com intuito de passa-los aos pacientes com clareza, segurança e fidedignidade, pois sentimos uma responsabilidade enorme a partir do momento que percebemos que devemos compartilhar o que sabemos, o bom e que a devolutiva é riquíssima. E também nos auxilia ao treinamento da técnica da empatia, que ao meu ver é de extrema importância. Apesar de não me sentir atraída por essa prática e não ter a facilidade de falar em público estou me dedicando o máximo com o proposto...”
G15	“...Analiso da melhor maneira. Planejar um atividade educativa avaliando a necessidade da população e juntamente com a clínica foi algo novo e diferente. Me senti enfermeira ... Foi diferente também a forma como realizamos. Antes sempre fazíamos cartazes para mostrar para população. Dessa vez tivemos a oportunidade de preparar todo material. Fizemos uma apresentação dinâmica como guia, colocamos fotos, imagens, passamos um vídeo, fizemos dinâmicas das alterações fisiológica do corpo das gestantes. Ao final colocamos música e uma aluna do decimo período veio fazer uma demonstração da dança do ventre. Todos interagiram! Aprendi muito, e quero repeti o grupo quando eu me formar por que através desse estágio na Estratégia Saúde da Família descobri que a Atenção Básica é o lugar aonde quero trabalhar. Quero trabalhar com Educação em Saúde! A população precisa disso...”

G16	“...Contribuí positivamente. Estudei bastante para passar para pacientes a informação da melhor forma possível. Lado positivo foi que antes fizemos a exposição do conteúdo para professor e para nosso próprio grupo onde, pudemos avaliar o material produzido e o conteúdo, tiramos dúvidas e fixamos melhor o que iríamos passar. A forma de exposição livre foi muito boa, utilizamos a criatividade na hora de planejar um cenário diferente e agradável para gestantes. Tentamos valorizar o que elas sabiam sobre gestação e sobre dengue, zica e Chikungunya...”
G17	Sou técnica de Enfermagem e não gosto muito da atenção básica, gosto da parte de emergência. Sempre achei chato essa parte de Educação em Saúde mesmo sabendo a sua importância. Considero muitíssimo importante mas, sempre fugia quando tinha que fazer. Rs... Dessa vez não tive como escapar... mas, agradeço a professora Dany.. Ela disse tenho certeza que você irá se surpreender. Os pacientes precisam da gente. Vamos formar uma equipe para ajuda-los? E eu disse.. Vamos professora. Então, foi assim, realmente amei cada etapa. Nossa interação com a equipe da clínica, enfermeiras e agentes de saúde. Na verdade fomos as enfermeiras, por que realizamos tudo, planejamos tudo. Tínhamos contato direto com as ACs. Tivemos tempo para estudar, para buscar material. Eu lembro que nos primeiros períodos tínhamos 1 semana para elaboramos uma educação em Saúde, era muito corrido. Como eu trabalho à noite eu nunca fazia nada, só ia no dia mas, acabava não falando nada e nem buscando nada. Tivemos tempo para pesquisarmos juntos e separados e trocar informações por e-mail, pelo grupo da turma no <i>whastApp</i> e discutir um dia antes da realização do grupo...”
G18	“... Analiso como enriquecedora. Quero trabalhar na estratégia Saúde da Família e nunca mais parar de fazer Educação em Saúde. Se a população entendesse a importância de se promover saúde seria maravilhoso. Em relação a contribuição para minha aprendizagem posso dizer que agora compreendo muito mais a disciplina saúde da mulher, pelo menos em relação a tudo que falamos. Entendo também que devemos planejar nossas atividades e não improvisar. Gostei muito da forma que fizemos para chegar até as gestantes. Foi um caminho longo, muitas etapas mas, que valeu muito a pena...”
G19	“...Sinceramente achei que seria quando a professora Dani falou lá no início mas, no decorrer dos dias fui adorando. Hoje posso dizer que amei. Realmente, a educação em Saúde me deu muita autonomia. Já quero fazer outras atividades, já quero planejar o segundo grupo. As gestante gostaram muito, isso foi gratificante. Demoramos muito até decidimos em conjunto com a clínica e com a comunidade que iríamos trabalhar com as gestantes. A princípio imaginei que realizaríamos uma atividade voltada para pacientes hipertensos e diabéticos mas, pensando na nossa situação atual realizar a Educação em Saúde foi a melhor escolha, a mais necessária. Achei interessante a vontade das gestantes de criarem um grupo no <i>whastApp</i> , parecia que elas queriam manter contato com a gente, ficamos muito felizes. A criação de vínculo que tanto falamos foi estabelecida. Realizar um ES em grupo foi bastante interessante, diferente do que já havíamos feito. Quero fazer mais atividades desse tipo até o final da faculdade...”

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DEVOLUTIVA DO GRUPO DE GESTANTES PARA O GRUPO DE ALUNOS.

Encontro construtivo. As gestantes se mostraram muito receptivas, pediram outros encontros neste estilo. Comentaram que participaram de um primeiro grupo e que não conseguiram se soltar, ficaram travadas. Disseram que a forma com que foram recebidas logo na chegada foi muito importante, se sentiram acolhidas e livres para interromper e tirar dúvidas a qualquer momento e não apenas no final. A forma com que as alunas prepararam foi importante, não teve apenas a exposição de conteúdo passando no quadro. Elas misturaram tudo, fizeram a exposição no quadro, passaram vídeo, mostraram como acontece na alterações no nosso corpo com dinâmicas, elas estudaram bastante. Nem percebemos o nervosismo (houve uma troca muito bacana!). E a surpresa no final foi maravilhosa, foi um presente. Adoramos aprender um pouquinho sobre como a dança pode nos ajudar durante a gestação. Foi uma surpresa com tanto carinho. Não queríamos ir embora. Tudo que elas falaram foi de muito aprendizado pra gente, nesse momento tenso e preocupante preparar uma atividade para tirar nossas dúvidas sobre dengue, Zica e chikungunya, “estávamos com receio de sair de casa...” muitas dúvidas foram esclarecidas e o melhor podíamos falar, conversamos muito. Trocamos experiências com outras grávidas e como estamos fazendo para sair de casa, qual repelente estamos usando. Houve uma troca maravilhosa... exemplo eu não sabia que não podia estimular os seios. Adoremos o vídeo e as dinâmicas. Queremos um grupo no *whastApp* com as gestantes, assim podemos conversar e tirar sempre dúvidas. Usar a página da clínica para divulgar o grupo foi muito bom. Nem sempre estamos em casa para receber a visita da agente de saúde mas, cinco pacientes que acompanham a página no facebook viram a postagem. Minha agente enviou o convite pelo *whastApp*. As gestante finalizaram com as seguintes palavras. Excelente, proveitoso, muito importante, esclarecedor, troca, nascimento saudável, saúde, parceria, acolhedor, Conhecimento, quando será o próximo?

ANEXO 1: Competências e habilidades de acordo com a Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001.

COMPETÊNCIA/HABILIDADES	
Atenção à saúde	Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que
Tomada de decisões	O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.
Comunicação	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.
Liderança	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.
Administração e gerenciamento	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.
Educação permanente	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Fonte: Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001.

ANEXO 2: Estrutura curricular resumida do curso de graduação em enfermagem da Universidade Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, 2013.

Fonte: Projeto Político Pedagógico, UNIGRANRIO, 2013.

UNIDADE CURRICULAR	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIAS E HABILIDADES
<p>UNIDADE 1</p> <p>“O Cuidar na Dimensão da Saúde e Sociedade”</p>	<p>Trata a contextualização da saúde em seus aspectos históricos, psicobiológico, socioeconômico, político, ecológico e cultural. Bem como, o processo saúde doença em nossa sociedade. Qualidade de vida e suas repercussões na saúde do indivíduo, da família e da coletividade, subsidiando a compreensão do cuidado em saúde no contexto do sistema de saúde, na perspectiva da vigilância em saúde e da sustentabilidade. Pensamento crítico reflexivo voltado para inserção do enfermeiro no mundo do trabalho nas áreas de atuação da vigilância em saúde. A Unidade I envolve acadêmicos que estão cursando as Fases I, II e III do Curso de Enfermagem</p>	<p>Compreender as bases histórico-legais que fundamentam as atuais políticas de saúde e a práxis do enfermeiro na perspectiva ética, humanística e social; Conceituar a enfermagem a partir do processo de cuidar cuidado, entendendo o papel do enfermeiro na sociedade e na equipe de saúde e no mundo do trabalho; Compreender e analisar criticamente os elementos que interferem no processo saúde-doença em suas múltiplas determinações: biológica, psíquica, social, cultural, geográfica, ambiental, econômica e política com vistas à atuação profissional de forma comprometida, responsável e ética na promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades; Desenvolver metodologia de trabalho baseada em instrumentos básicos que sistematizam a assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e à coletividade; PLANEJAR E IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE, CONSIDERANDO A ESPECIFICIDADE DOS DIFERENTES GRUPOS SOCIAIS; Compreender o modelo de Vigilância da Saúde adotado pelo Sistema Único de Saúde e a forma de inserção e atuação do enfermeiro na atenção à saúde coletiva e individual. Discutir a inserção do enfermeiro no mundo do trabalho, em atividades que envolvam o saber conhecer, o saber fazer; o saber ser e o saber aprender na vigilância da saúde.</p>
<p>UNIDADE 2</p>	<p>Essa Unidade trabalha o processo saúde-doença nos ciclos da vida de acordo com o perfil epidemiológico brasileiro, orientando o cuidado de enfermagem ao indivíduo, à família</p>	<p>Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional utilizando os instrumentos básicos que sistematizam a assistência ao indivíduo, a família e a comunidade.</p>

<p>“O Cuidar na Dimensão do Processo Saúde-doença nos ciclos da vida”</p>	<p>e à comunidade no contexto do sistema de saúde, em uma abordagem progressiva dos níveis de atenção à saúde instrumentalizada pela sistematização da assistência de enfermagem. O que se espera, é que os acadêmicos se tornem profissionais autônomos e empreendedores, capaz de buscar espaços na sociedade para o desenvolvimento do cuidado qualificado e personalizado. Na Unidade II atuam acadêmicos que estão cursando as Fases IV, V, VI, VII e VIII do Curso de Enfermagem.</p>	<p>Compreender o processo de adoecimento nas diferentes fases do ciclo da vida, articulado aos modos de viver e trabalhar bem como a realidade política e socioeconômica, selecionando formas de intervenção de enfermagem nos níveis de Atenção Básica e de Assistência de Média e de Alta complexidade à Saúde, com ações de promoção, proteção e reabilitação à saúde, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem; Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade, respeitando os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão; 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; Compreender o gerenciamento do processo de trabalho em saúde e na enfermagem buscando sua autonomia profissional; Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança. Gerenciar o seu conhecimento documentando suas experiências com vista à inserção no mundo do trabalho.</p>
<p>UNIDADE 3</p> <p>“A Imersão na Prática do Cuidar em Enfermagem”</p>	<p>Vivência aprofundada do cuidado de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade em diferentes cenários de prática, promovendo a articulação e consolidação de aprendizagens anteriores mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao pleno exercício profissional, com resgate das práticas gerenciais e empreendedoras, consolidando-se postura pró ativa, que se tem início desde as primeiras fases. Nessa Unidade, os acadêmicos que estão cursando as duas últimas Fases (IX e X) do Curso de Enfermagem.</p>	<p>Consolidar formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional através da mobilização de conhecimentos e habilidades desenvolvidas ao longo do curso; Atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema utilizando os instrumentos básicos que sistematizam a assistência de enfermagem. Assumir os compromissos éticos, humanísticos e sociais com o cuidado em enfermagem e com o trabalho</p>

		<p> multiprofissional em saúde; Planejar e gerenciar o processo de cuidar em toda sua complexidade com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional, reconhecendo-se como profissional empreendedor, coordenador do trabalho da equipe de enfermagem; PLANEJAR, IMPLEMENTAR E PARTICIPAR DOS PROGRAMAS DE QUALIFICAÇÃO CONTÍNUA NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE; Observar o trabalho do enfermeiro nos diversos âmbitos de atuação, mobilizando atitudes, valores e conhecimentos para ampliar as atividades atualmente desenvolvidas pelo enfermeiro; Avaliar o conhecimento construído ao longo da formação acadêmica, identificando suas potencialidades e fragilidades buscando estratégias para superá-las; Gerenciar o seu conhecimento documentando suas experiências com vista à inserção no mundo do trabalho. Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional (UNIGRANRIO, 2013). </p>
--	--	---