



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

NÚCLEO DE PESQUISA EDUCAÇÃO E SAÚDE EM ENFERMAGEM-
NUPESENF

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM: DA PALESTRA AO ENCONTRO
DIALÓGICO**

Dilma Fagundes de Souza

Rio de Janeiro

2011

DILMA FAGUNDES DE SOUZA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM: DA PALESTRA AO ENCONTRO
DIALÓGICO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

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

Rio de Janeiro

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Dilma Fagundes de.
Educação em saúde na Enfermagem: da palestra ao Encontro Dialógico
Dilma Fagundes de Souza.- Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2011.
xv, 143 f.

Orientadora: Maria da Soledade Simeão dos Santos
Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em
Enfermagem.

1. Programa de Saúde da Família. 2. Educação em Saúde. 3. Pedagogia da Pergunta. 4. Enfermeiros. 5. Paulo Freire. 6. Jean Piaget. I. Souza, Dilma Fagundes de II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dilma Fagundes de Souza

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM: DA PALESTRA AO ENCONTRO DIALÓGICO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 08/12/2011

Profa. Dra Maria Soledade Simeão dos Santos / EEAN-UFRJ
Presidente

Profa. Dra Helena Maria Scherlowiski Leal David/FE-UERJ
1ª Examinadora

Profa. Dra Ivanilde Apoluceno de Oliveira / CCSE-UEPA
2ª Examinadora

Profa. Dra Vera Maria Sabóia/ EEAAC-UFF
3ª Examinadora

Profa. Dra Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas/EEAN-UFRJ
4ª Examinadora

Profa. Dra Elizabeth Teixeira / EEMB-UEPA
Suplente

Profa. Dra Claudia Regina Gonçalves Couto dos Santos/EEAN-UFRJ
Suplente

RESUMO

Este estudo tem como objeto o processo de construção coletiva e dialogada de estratégias de educação em saúde com base na realidade-ação vivenciadas pelas enfermeiras de saúde da família no distrito do Guamá, Belém, Pará. É motivado pelo desejo de refletir sobre os problemas pedagógicos presentes na educação em saúde que são fundamentais para o trabalho do profissional de saúde e em especial para a enfermeira de saúde da família. Esses problemas pedagógicos emergem pelos diferenciados conhecimentos e ao acesso a estes bens culturais, domínio das situações que se apresentam no que se refere a método, conteúdo e a prática educativa propriamente dita. Tem como objetivo geral: desenvolver em construção coletiva e dialogada com as enfermeiras das equipes de saúde da família, estratégias de educação em saúde que apresente características do pensamento pedagógico de Paulo Freire e aspectos da teoria de aprendizagem de Jean Piaget a partir da realidade vivenciada no Distrito do Guamá. E como objetivos específicos: descrever as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras nas equipes de saúde da família no Distrito do Guamá em Belém; discutir com as enfermeiras do Programa de Saúde da Família as ações de educação em saúde com base no pensamento pedagógico de Paulo Freire e em elementos do construtivismo de Jean Piaget; analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras do Programa de Saúde da Família no distrito do Guamá, em Belém. Utiliza como referenciais teóricos o pensamento e diretrizes pedagógicas de Paulo Freire e elementos teóricos de Jean Piaget. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação. Foram realizadas seis encontros com as enfermeiras utilizando-se a metodologia problematizadora para a discussão dos temas e construção coletiva e dialogada de uma proposta de ação. Teve como cenário o Distrito Administrativo do Guamá. O período de coleta das informações foi maio e junho de 2011. As falas foram gravadas com aparelho de gravação de voz, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática segundo Bardin. As categorias construídas foram: Eu-Outros; Eu-Agir educativo e Nós-Agir transformador. Identificamos nesse estudo, uma relativa confusão conceitual entre as enfermeiras sobre as concepções bancária e libertadora, quando refletimos sobre educador e ação educativa, mas também uma compreensão de que a ação educativa exige uma ação dialógica com a comunidade. Revela um entendimento, mesmo que superficial, de novos conceitos, motivação para mudar e desejo de transformação da prática. A partir dessa construção e com base nos referenciais teóricos apresentados, apresentamos

uma proposta de estratégia de educação em saúde que pode ser utilizada tanto pelas enfermeiras do PSF quanto por outros profissionais de saúde.

Palavras-chave: 1. Programa de Saúde da Família; 2. Educação em Saúde; 3. Pedagogia da Pergunta; 4. Enfermeiros; 5. Paulo Freire; 6. Jean Piaget; 7. Título

ABSTRACT

This study has as object the construction process through dialogue and collective health education strategies based on reality-action experienced by the family health nurses in the District of Belém, Pará. Is motivated by the desire to reflect on the pedagogical problems present in the health education that are fundamental to the work of professional health and in particular to the family health nurse. These pedagogical issues emerge by differentiated knowledge and access to these cultural assets, domain of the situations that present themselves with regard to method, content and educational practice itself. General aims: develop in collective construction and through dialogue with the nurses of family health teams, health education strategies that has characteristics of pedagogic thinking of Paulo Freire and aspects of learning theory of Jean Piaget from the reality experienced in the District of Guamá. And as specific objectives: describe the activities of health education carried out by nurses in family health teams in the District of Guamá in Bethlehem; discuss with the nurses of the PSF the actions of health education based on educational thought of Paulo Freire and theoretical elements of learning theory of Jean Piaget; analyze the actions of health education carried out by nurses of the family health program in the District of Guamá, in Bethlehem. Uses as theoretical references the thought and pedagogical guidelines of Paulo Freire and theoretical elements of Jean Piaget. This is a qualitative study of type action-research. Six meetings were held with the nurses using the methodology problematical for the discussion of themes and collective building through dialogue and a proposal for action. Had the backdrop the administrative districts of Guamá. The period of collection of information was may and June 2011. The speeches were recorded with voice recording device, transcribed and analysed by means of thematic content analysis according to Bardin. The categories are built: I-Other; I-Act educational and We-Act transformer. We have identified in this study, one on conceptual confusion among nurses about the Bank and liberating conceptions, when we reflect on the educator and educational action, but also an understanding of the educational action requires a Dialogic action with the community. Reveals an understanding, even if superficial, new concepts, motivation to change and a desire to practice transformation. From this building and on the basis of theoretical references presented a proposal for a strategy of health education that can be used by nurses of the PSF as by other health care professionals.

Keywords: 1. Family Health Program, 2. Health Education 3. Pedagogy of Question 4. Nurses 5. Paulo Freire, 6. Jean Piaget, 7. Title

DEDICATÓRIA

Ao Adolpho e à Ariane, meus filhos
amados, motivo e razão de continuar
nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Zenildo (in memória) e Eudir que sempre me incentivaram na busca do conhecimento;

Ao Fábio, meu esposo e companheiro, que me deu o suporte necessário nessa caminhada;

À minha cunhada Luzia Almeida, pela grande colaboração na correção desse texto agradeço com carinho;

Às professoras Dras. Elizabeth Teixeira, Ivanilde Apoluceno de Oliveira, Vera Maria Sabóia e Helena Maria Scherlowiski Leal David, pela contribuição na construção desse estudo, meu agradecimento sincero;

Às professoras do Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas, Cláudia Regina Gonçalves Couto dos Santos, Neiva Maria Picinini Santos, Maria Manuela Vila nova Cardoso e Lígia de Oliveira Viana que nos momentos de debates sobre esse estudo, contribuíram de forma decisiva para uma melhor construção um agradecimento sincero;

À chefia do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery pelo grande apoio;

À João Gabriel Guntinhas Moreira Leite, secretário do Departamento de Metodologia da Escola de Enfermagem Anna Nery pela sincera colaboração;

À Universidade do Estado do Pará pela oportunidade de realizar o doutorado pelo DINTER UEPA/UFRJ;

Às colegas do DINTER UEPA/UFRJ pelos momentos inesquecíveis de alegria, companheirismo e partilha das horas difíceis dessa caminhada;

À Secretaria Municipal de Saúde de Belém, pela autorização para a realização dessa pesquisa;

Às enfermeiras das Casas Família do Distrito DAGUA meus sinceros agradecimentos pela adesão à essa proposta, sem as quais este estudo não seria realizado.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Profa. Dra. Maria da Soledade Simeão dos Santos, muito mais que uma orientadora, uma amiga, que com carinho, paciência, sabedoria, calma e tranquilidade me conduziu nesse percurso, fazendo possível esse sonho, meu muito obrigada.

Às minhas amigas de longa data Dra. Laura Maria Vidal Nogueira e Dra. Carmen Lúcia Miranda da Silva, sem as quais seria muito mais difícil a realização dessa tarefa, minha eterna gratidão.

LISTA DE DIAGRAMAS E TABELAS

DIAGRAMAS E TABELAS	Páginas
Diagrama 1 - Interrelação dos autores entre si.	59
Tabela nº 1 - Distribuição dos bairros e das unidades básicas que compõem o distrito DAGUA.	64
Diagrama 2 - Esquema da construção das categorias de análise fundamentado no pensamento de Paulo Freire e Piaget, integrado a proposta do Arco de Charles e Maguerez.	76
Diagrama 3 - Esquema da proposta de estratégia de educação em saúde fundamentada no pensamento de Paulo Freire e Piaget, integrado ao Arco de Charles e Maguerez.	123

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS	Páginas
Figura nº 1: Divisão Administrativa do Município de Belém em Bairros.	65
Figura nº 2: Distritos Administrativos do Município de Belém.	66
Figura nº 3: Desenho de Ametista na 1ª atividade	81
Figura nº 4: Desenho de Diamante na 1ª atividade	82
Figura nº 5: Desenho de Ônix na 1ª atividade	82
Figura nº 6: Desenho de Alexandrita na 1ª atividade	83
Figura nº 7: Desenho de Topázio na 1ª atividade	84
Figura nº 8: Desenho de Ágata na 1ª atividade	84
Figura nº 9: Construção do grupo A na 1ª atividade	86
Figura nº 10: Construção do grupo B na 1ª atividade	88

LISTA DE QUADROS

QUADROS	Páginas
Quadro n ° 1 - Estrutura Básica dos Encontros Dialógicos realizados com as Enfermeiras das Equipes das Casas Família do Distrito Administrativo DAGUA.	71
Quadro de codificação n° 1 sobre percepção das enfermeiras sobre si mesmas.	78
Quadro de codificação n° 2 sobre entendimento das enfermeiras a respeito de educador e ação educativa	98
Quadro de codificação n° 3 que apresenta o entendimento das enfermeiras sobre dialógica, dialógica na ação educativa e reconstrução da prática educativa em saúde.	110

SUMÁRIO

CAPÍTULOS	Páginas
Lista de Diagramas e Tabela	xii
Lista de Figuras	xii
Lista de Quadros	xiii
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
Apresentando o tema	17
Problemática	22
Objetivo Geral	28
Objetivos Específicos	28
Justificativa	28
CAPÍTULO I – O CONTEXTO DA PESQUISA	38
CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO	49
2.1 - As concepções de Paulo Freire e a educação em saúde	49
2.2 - A teoria de Jean Piaget e sua importância na educação em saúde.....	54
CAPÍTULO III – CAMINHO TRILHADO	60
3.1 Tipo de estudo	60
3.2 Cenário e sujeitos do estudo	63
3.3 Meios para a construção coletiva e dialogada	68
3.4 Análise das informações.....	73
3.5 Os aspectos éticos	77
CAPÍTULO IV – CONSTRUÇÃO COLETIVA E DIALOGADA COM AS	
ENFERMEIRAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	78
1ª categoria – Eu – Outros	78
2ª categoria – Eu – Agir educativo	98

CAPÍTULOS	Páginas
3ª categoria – Nós- Agir Transformador	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÃO	120
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	133
A –Formulário de Identificação.....	133
B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	134
C – Solicitação de Autorização.....	136
D— Parecer Comitê de Ética em Pesquisa do Pará.....	138
E- Encontro Dialógico com mulheres sobre Prevenção do câncer cérvico uterino..	139
ANEXOS.....	141
B — Rede Assistencial do SMS/SUS/2005.....	142

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Apresentando o tema

Neste estudo defini como objeto o processo de construção coletiva e dialogada de estratégias de educação em saúde com base na realidade-ação vivenciadas pelas enfermeiras de saúde da família no distrito do Guamá, Belém, PA.

O presente estudo é motivado pelo desejo de refletir sobre os problemas pedagógicos presentes na educação em saúde que são fundamentais para o trabalho do profissional de saúde e em específico do enfermeiro de saúde da família.

Considero o processo pedagógico como atividade intencional que permite a promoção de relações significativas entre o aprendiz e o conhecimento produzido pelos seres humanos. Os problemas pedagógicos emergem de diferenciados conhecimentos disponíveis e o acesso a estes bens culturais, domínio das situações que se apresentam no que se refere a método, conteúdo e a prática educativa propriamente dita.

Estes problemas não teriam sentido se os referenciais teóricos que embasam esta ação de ensinar e aprender “em e sobre” saúde estivessem integrados ao fazer do enfermeiro de saúde da família. É com esta oportunidade, que o enfermeiro pode assegurar a partir da linguagem, o trânsito de saberes para a fundamentação teórica da sua prática.

Para Gazzinelli *et al.* (2006) são os referenciais teóricos dos campos da saúde e da educação que norteiam o trabalho dos profissionais de saúde, marcado pela duplicidade da identidade de educador e trabalhador da saúde. Essa duplicidade é também conceitual, considerando que não se consegue pensar saúde sem pensar educação, fazendo com que a educação ocupe uma posição fundamental no trabalho do profissional de saúde.

Essa inter-relação de referenciais teóricos fundamentando a prática do profissional de saúde exige do mesmo uma compreensão conceitual de ambas as áreas, o que nem sempre é conseguido não só pela enfermeira, mas também é sentido e cobrado pelos clientes com relação a outros profissionais da área da saúde. Diante disso, o que a prática nos mostra é que as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde e, em especial, pelas

enfermeiras do Programa saúde da família (PSF) são elaboradas intuitivamente sem uma compreensão de conhecimentos pedagógicos mais precisos. E, muitas vezes, de forma inconsciente expressam o que estão instrumentalizados para realizar, isto é, com uma formação embasada na pedagogia tradicional, reproduzem a que conhecem.

A enfermeira¹ vale-se da experiência, conhecimento e capacidade comunicativa para disseminar informações, porém na minha análise empírica, considero que não oportuniza ao aprendiz o tempo necessário para o aprofundamento das suas reflexões, a partir do nível de conhecimento que possui.

Educação em saúde tem como base de ação a educação. Uma perspectiva é educação enquanto processo dialógico, formativo e transformador, mas que necessariamente envolve transmissão e aquisição de conhecimentos, e também produção de novos saberes e novas culturas (GAZINELLI *et al.* 2006).

Neste sentido, abordar a educação em saúde é antes de tudo pensar a educação num contexto dialético, amplo e complexo que envolve aspectos pedagógicos, político-sociais e culturais interagindo numa produção e troca de conhecimentos, saberes e expressões culturais. É nesse contexto fecundo, na minha perspectiva, mas que não é dominante que se insere a educação em saúde, que possibilita novas e amplas formas de agir.

Para Reis (2006) o conceito de educação em saúde é o de um processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes: científico e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano.

Entretanto, historicamente, a educação em saúde nem sempre buscou a visão crítica dos sujeitos, nem a criação de vínculos com a população, mas ao longo dos tempos já adotou posturas bastante autoritárias como durante as campanhas sanitárias desenvolvidas desde boa parte do século XIX até meados do século XX. Nesse contexto, as principais preocupações eram a profilaxia das doenças, o controle das epidemias e as ações coletivas de combate às doenças organizadas na forma de campanhas sanitárias (REIS, 2006).

¹ Com todo respeito ao gênero masculino mas, com intuito de valorizar a predominância da mulher na enfermagem e em função do estudo ter sido realizado somente com enfermeiras usarei a penas o termo feminino.

A partir deste período das campanhas sanitárias, pode-se evidenciar a relevância da ação educativa em saúde com base na transmissão de normas e regras comportamentais a nível individual ou coletivo de forma autoritária e repressiva. Enquanto perduraram as práticas sanitárias campanhistas no Brasil, não havia por parte dos profissionais e instituições de saúde nenhuma preocupação com o saber popular sobre saúde. O que pensavam e sabiam as pessoas, não era considerado importante. Essa prática tem seus reflexos até hoje nas ações educativas em saúde observadas no decorrer de minha prática enquanto docente na área de enfermagem.

Para Vasconcelos (2004) a educação em saúde é um campo de práticas que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Mas, para esse autor, até a década de 70 a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa voltada para imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelas elites políticas e econômicas e, portanto, subordinadas aos seus interesses.

A educação em saúde, vista nessa concepção, ainda apresenta ligação com as práticas desvinculadas da realidade da população e sem dar o devido valor aos seus conhecimentos, crenças e valores a respeito de sua saúde e, sobretudo sem o envolvimento com as questões sociais determinantes dos processos de adoecimento.

Gazinelli, *et al.* realizaram (2006) uma análise das concepções relacionadas à prática da educação em saúde, e nos mostra a existência de um caráter bidimensional: um voltado para os aspectos da apreensão de informações em saúde com o propósito de gerar mudanças individuais de comportamento e o outro para efetivar trocas de saberes, experiências e cultura (GAZZINELLI, *et al.* 2006). Esses aspectos nem sempre estão presentes e complementares na prática da educação em saúde.

Encontramos avanços significativos nas concepções de educação em saúde quando a relacionamos com a educação popular em saúde, que historicamente tem suas origens desde os últimos anos da década de sessenta, integrada à concepção de educação libertadora de Paulo Freire (BRANDÃO, 2001).

Paulo Freire foi o grande sistematizador da concepção de uma educação libertadora, influenciando o surgimento do trabalho educativo com bases populares que possibilitou a extensão de suas raízes à educação em saúde, modificando totalmente sobre este pensar e fazer no Brasil e no mundo (BRANDÃO, 2001; VALLA, 1992; VASCONCELOS, 2004; STOTZ, 1993).

Para Vasconcelos (1998) a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 70 trouxe para o setor da saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Entretanto as ações de educação em saúde até os dias atuais ainda, apresentam reflexos do autoritarismo das campanhas sanitárias, embora muitas mudanças já estejam evidentes nas práticas dos profissionais de saúde nos serviços.

Caracterizo esta construção como um estudo fundamentado na dialógica freireana, que concentra esforços na reflexão e busca de resolutividade dos problemas pedagógicos da educação em saúde, compreendendo que não são os únicos e que o caminho da educação popular é o que possibilita a troca de saberes, experiências e cultura e, sobretudo proporciona o envolvimento da população na elucidação dos determinantes sociais dos problemas de saúde que enfrenta como fator fundamental para a solução definitiva dos mesmos.

Nesse sentido, o estudo se desenvolveu no foco específico do reconhecimento e construção a partir do entendimento da dimensão dos problemas pedagógicos presentes na atividade de educação em saúde desenvolvida nos momentos atuais, com um olhar na perspectiva de como deve ser operacionalizada, com o apoio das políticas públicas na saúde e educação.

A educação popular em saúde integra estratégias para o desenvolvimento das questões pedagógicas. O trabalho educativo em saúde envolve necessariamente a transmissão de conhecimentos (GAZZINELLI *et al.* 2006). Acredito que a compreensão de processos pedagógicos integrados a dialógica freireana, com foco na problematização e na teoria de Piaget, oferece elementos que contribuem para o planejamento e execução de ações para a educação em saúde.

Meu interesse pelo tema educação em saúde originou-se, no desenvolvimento das atividades práticas e de estágio desenvolvidas como docente na disciplina Enfermagem Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

A Universidade do Estado do Pará- UEPA, como outras no país, nasceu da fusão de escolas isoladas que formavam profissionais para atender determinadas demandas do mercado de trabalho e foi criada pela Lei Estadual nº 5.747 de 18 de maio de 1993 e autorizada a funcionar pelo decreto Presidencial de 04 de abril de 1994. De acordo com seu Estatuto, caracteriza-se como instituição organizada como autarquia de regime especial e estrutura multi-campi, gozando de autonomia didática, científica, administrativa, disciplinar e de gestão financeira e patrimonial.

A primeira Escola Superior a surgir no Estado do Pará foi a Escola de Enfermagem do Pará criada pelo Decreto 174 de 10 de novembro de 1944 e reconhecida pelo Decreto Federal nº 26.962 de 21 de julho de 1949, vinculada ao Departamento Estadual de Saúde. Posteriormente em 1966, passou à denominação de Escola de Enfermagem Magalhães Barata, nesta época incorporada à Fundação Educacional do Estado do Pará, implantada em 1961 e vinculada à Secretaria Estadual de Educação do Estado do Pará (PARÁ, 2007).

Nesta instituição me identifiquei com a área de saúde pública, por sentir mais afinidade com o trabalho e acompanhamento do indivíduo supostamente sadio, orientando-o na prevenção de agravos à sua saúde. A atenção à saúde a clientela do programa saúde da família traz uma perspectiva atraente, especialmente porque considero a educação em saúde o foco central da assistência de enfermagem em Saúde Pública.

Esta aproximação com a saúde pública foi fortalecida com o fato de ter tido oportunidade de conhecer as concepções teóricas de Paulo Freire sobre educação, fundamentadas na reflexão crítica e na dialógica. Esta iniciação com as concepções teóricas do autor ocorreram com a leitura do Livro “Pedagogia do Oprimido”, que me introduziu nas discussões a respeito da educação como ato político que leva ao desvelamento da realidade a partir da reflexão crítica sobre o contexto individual e social de cada um para a formação de cidadãos.

Para Freire (1987) a educação está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento da consciência crítica e cidadania dos indivíduos, evidenciando os elementos relacionados à autonomia, inclusão e crítica. Estes são elementos que considero importantes para uma educação em saúde resolutiva, integrada aos determinantes e condicionantes da saúde. Sobretudo, compreendendo que a resolutividade do setor saúde se atinge na medida em que se alcançam condições dignas de vida, no acesso a moradia, educação, emprego e renda, acesso a lazer, cultura bens e serviço de saúde.

Embora Freire (1987) tenha trabalhado com alfabetização de adultos, suas idéias podem ser aplicadas na educação em saúde com diferentes faixas etárias, por ser um processo inter-humano embasado na comunicação e no diálogo. Concordo com as idéias do autor quando destaca que sem diálogo não há comunicação que permita trocas de experiências e construção compartilhada de conhecimentos, há apenas comunicado de conteúdos.

O diálogo implica uma relação horizontal entre educador e educando, exige amorosidade, humildade, fé, esperança, uma profunda crença no ser humano e na sua capacidade criativa de crescer e ser mais. Disto decorre que o diálogo, não constitui apenas uma técnica ou um método pedagógico, consistindo numa “espécie de postura”, isto é, um modo de agir e ser coerente com suas convicções, valores, e logicamente, com a prática. Só pode haver diálogo quando o sujeito se reconhece inacabado assim como o educando como sujeito com conhecimentos sobre o mundo e como tal, crê sinceramente em suas potencialidades de crescimento e em sua capacidade de transformação da realidade (FREIRE; SHOR, 1992).

Considero fundamental para o desenvolvimento das ações de educação em saúde, o conhecimento, por parte do enfermeiro, sobre concepções teóricas que embasem uma prática com diálogo, uma vez que é condição essencial para a efetiva comunicação entre enfermeira clientela e no caso deste estudo a enfermeira do PSF.

Criado como Programa, o Saúde da Família consolidou-se, tornando-se estratégia; cujo foco é o rompimento de um modelo passivo de atenção à saúde preconizando que o indivíduo seja entendido como singular e parte integrante de um contexto maior, membro de uma família e de uma comunidade (BRASIL, 2007a).

A estratégia funciona com equipes formadas por profissionais de saúde que atendem demanda específica por área definida. Em Belém, por determinação política do Governo Municipal o Programa foi denominado de “Família Saudável” e as Unidades de Saúde da Família de “Casa Família”, denominação que permanece até hoje.

A Secretaria Municipal de Saúde em Belém atualmente gerencia quarenta e sete (47) Casas Família e 107 (cento e sete) equipes que fazem parte do Programa Saúde da Família. Cada Casa Família possui um médico, um enfermeiro, um agente administrativo e até 10 (dez) agentes comunitários de saúde (PARÁ, 2011).

Como docente acompanhei o desenvolvimento das atividades educativas realizadas pelas enfermeiras e a minha vivência no PSF levava-me a perceber cada vez mais que as enfermeiras não desenvolviam uma ação educativa com essas características. Daí surgiu minha problemática.

Problemática

Para materializar minha postura e coerência com a prática dialógica, apresento minha vivência com os alunos da 3ª série do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, onde por aproximadamente dez anos, desenvolvi atividades práticas na disciplina, Enfermagem Comunitária, com as equipes de Saúde da Família da Terra Firme, buscando realizar uma ação educativa numa lógica coletiva e dialogada com base em Paulo Freire.

A disciplina Enfermagem Comunitária foi a primeira disciplina do curso de Graduação em Enfermagem da UEPA a introduzir os alunos na prática com as equipes de Saúde da Família, tendo início mais ou menos no ano de 1994. Desta data até 2002 acompanhei discentes na prática da disciplina com as equipes de saúde da família do bairro da Terra Firme. De 2003 a 2008 ocupei cargos na gestão o que me afastou temporariamente da prática na disciplina.

Ao longo desses sete anos em que como docente da disciplina Enfermagem Comunitária acompanhei alunos nas atividades práticas, tive a oportunidade de conhecer as

Equipes de Saúde da Família da Casa Família Terra Firme desde cedo, quase no seu início, quando ainda funcionava na Unidade Básica da Terra Firme.

Das quatro equipes que existem na Casa Família Terra Firme, tive mais contato com uma com a qual desenvolvi todas as atividades realizadas, a saber: visitas domiciliares junto com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, capacitações pedagógicas, atividades educativas com gestantes, mães de crianças menores de 0 a 5 anos, hipertensos, diabéticos e outros grupos prioritários, visitas de inspeção sanitária que eram realizadas, ação educativa nas escolas dentre outras. Embora não desenvolvesse muitas atividades com as outras equipes mantinha uma relação de amizade com todas as enfermeiras e agentes comunitários de saúde das mesmas, o que me oportunizou grande aprendizado, experiências interessantes e momentos de alegria e satisfação, juntamente com discentes.

Nesse período de convivência com a equipe de saúde da Família da Terra Firme, aprendi quais são as atividades cotidianas, o funcionamento do Programa, hoje denominado de Estratégia, tendo em vista o planejamento, organização e desenvolvimento das atividades. Conheci as pessoas e famílias da comunidade cada uma pelo seu nome. Acompanhei muitos de seus problemas pessoais, familiares e comunitários, da mesma forma que a enfermeira e os ACS. Aprendi a me envolver com a solução dos problemas não só de saúde, mas as lutas sociais da comunidade e a sofrer quando uma necessidade da mesma não podia ser atendida. Enfim, as mesmas inquietações que sente uma enfermeira da Equipe de Saúde da Família em qualquer Casa Família.

Esse convívio contribuiu para o fortalecimento, do desejo de fazer algum trabalho na área da educação em saúde, visto que buscava em minha prática desenvolver com o maior empenho possível uma ação educativa com qualidade. No entanto, necessitava de fundamentos teóricos mais consistentes a respeito do tema, o que me levou à pesquisa.

O tempo de permanência no campo de prática com os alunos é relativamente longo, em torno de três meses por semestre, o que permite estabelecer uma convivência contínua e prolongada com a equipe centrada na cooperação e parceria.

Dentre as atividades programadas para serem desenvolvidas pelos estudantes de graduação, destaco as de educação em saúde com clientela específicas, grupos prioritários e

comunidade em geral. Assim, assumíamos além da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, as palestras com as gestantes e mães de crianças de 0 a 5 anos. As reuniões com grupos de adolescentes, crianças e jovens nas escolas, os grupos de hipertensos e diabéticos, entre outros. As atividades educativas tinham como temas o pré-natal, o cuidado com as crianças, prevenção e tratamento das doenças sugeridas pelos grupos e temas específicos com os adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, fumo, álcool, drogas, gravidez na adolescência, aborto, entre outros de sugestão dos usuários.

Ao longo do tempo, no desenvolvimento das atividades práticas como os alunos, já integrando na minha prática docente as concepções teóricas de Freire (1987), foi possível orientar os alunos no planejamento e execução de ações educativas em saúde embasadas no diálogo, desenvolvendo os temas, a partir da elaboração de perguntas do nível mais simples ao mais complexo, levando as pessoas a refletirem sobre o assunto abordado. No desenvolvimento de cada atividade, percebia que o aprendizado era favorecido com esta prática dialógica. A reação positiva das pessoas através da expressividade no olhar, o movimento de confirmação com a cabeça, a participação com respostas às perguntas, indicavam, no meu entendimento, demonstração de aprendizado e compreensão.

A partir da observação da prática de educação em saúde realizada pelas enfermeiras constatei que a educação em saúde realizada não apresentava características da dialógica freireana e nem de elementos do construtivismo propostos por Piaget.

Entendendo que a educação em saúde deve ser constituída por uma proposta pedagógica que favoreça o aprendizado a todos e integre as diferentes pessoas e seus modos de vida, a meu ver isso se constitui um problema, pois considero de fundamental importância compreender como uma pessoa aprende para o desenvolvimento de uma educação em saúde de qualidade. É importante saber como se aprende para melhor ensinar (DAVINI, 1994, p.28).

Embora já seja evidente uma mudança positiva na educação em saúde desenvolvida no programa saúde da família no sentido de uma ação educativa voltada para o diálogo com os usuários ainda se percebe que a estratégia comumente utilizada pelos membros da equipe para discussão de temas específicos junto à clientela é a palestra e mesmo quando se trabalha com grupos não se estabelece uma ação educativa conhecidamente embasada em Freire ou outros

autores da educação libertadora ou problematizadora, evidenciando a utilização de um suporte teórico tradicional.

Destaco que a palestra em sentido estrito é uma conferência breve sobre assunto científico ou literário. A variação e a amplitude dependem das estratégias a serem utilizadas integradas à palestra. O trabalho com os grupos caracteriza-se como encontros ou reuniões, nos quais se debatem assuntos de maneira mais informal.

A utilização das concepções freireanas exigiria a mudança para encontros dialógicos, com base nos círculos de cultura² propostos por Freire ou outras modalidades de trabalho educativo diferenciado, nos quais a postura palestrante- conferencista precisaria modificar-se no sentido de buscar ou provocar a participação de todos de maneira mais efetiva, a partir ou através de uma pedagogia problematizadora. Percebo a diferença entre palestra, reunião com grupos e encontro dialógico, com base no que afirma Freire e Faundez (1985); este último se baseia num colóquio desenvolvido com base em perguntas, reflexões e respostas e os dois primeiros num repasse de informações que tem como característica, dar respostas a perguntas que ninguém fez.

A ação educativa com a clientela do PSF precisa ser um momento que deve favorecer a expressão do usuário, que aguarda que os profissionais de saúde ligados ao Programa de Saúde da Família, em especial a enfermeira demonstrem uma atuação diversa daquela que se costuma observar.

Assim, da experiência prática com os alunos na Casa Família na Unidade da Terra Firme, surge minha inquietação ao perceber que os profissionais de saúde, em especial a enfermeira, embora conseguissem estabelecer uma interação satisfatória com a comunidade, ao realizarem as ações educativas não desenvolviam um diálogo provocativo, embasado em perguntas ligadas à realidade concreta dos usuários, com uma intencionalidade, que favorecesse ao aprendizado e a consciência crítica.

² Círculo de cultura- Estratégia educativa idealizada por Paulo Freire, na qual o professor atua como coordenador e o aluno é o educando e atua como participante de grupo.

Em minha dissertação de mestrado³ defendida em 2000, busquei aprofundar meus estudos sobre a comunicação dialógica em sala de aula no curso de Enfermagem da UEPA; identifiquei uma atuação comunicativa pouco dialógica entre estudantes e professores devido aos fortes reflexos da pedagogia tradicional, o que pode explicar as dificuldades das/os enfermeiras/os em empreenderem uma atividade pedagógica mais participativa e dialógica com os usuários dos serviços de saúde (SOUZA, 2000a).

Para Freire e Faundez (1985) a educação em geral está colocada como necessária para dar respostas a quem não fez perguntas, pois é o caminho mais fácil, porque nele não se arrisca nada; para esses autores a pergunta desafia a ambos, estudantes e professores; aos primeiros pelo medo de perguntar e aos segundos pela resposta que têm que dar.

Em março de 2001 fui indicada pelo Curso de Enfermagem da UEPA para participar de uma Capacitação Pedagógica com técnicos do Ministério da Saúde, pela Fundação Nacional de Saúde em Belém, com o objetivo de qualificar os profissionais da área da saúde para atuarem na formação de agentes de saúde indígena. A metodologia utilizada foi a problematizadora e o Arco de Charles Maguerez, o qual ficou conhecido por intermédio de Juan Díaz Bordenave que o articulou à educação freireana. A aplicação do Arco de Maguerez na enfermagem foi realizada por Isabel Santos, enfermeira que idealizou o projeto Larga Escala com a finalidade de formar trabalhadores para a área da saúde. A utilização do Arco se divide em etapas. A primeira é a observação da realidade ou de um problema, na qual se desvendam diferentes aspectos numa leitura sincrética da mesma; a segunda etapa é o destaque do que é importante identificando os pontos-chaves da realidade ou problema analisado; na terceira etapa se faz uma teorização sobre a realidade ou problema, procurando saber o porquê das coisas observadas; na quarta etapa se formulam hipóteses de solução para o problema em questão, após a compreensão do mesmo.

Maguerez, engenheiro francês, funcionário da empresa de consultoria estatal francesa SATEC, atuava na área da agricultura, prestando assessoria para o desenvolvimento rural, social e fortalecimento institucional, trabalhou no norte da África com operários que não falavam sua língua, nem eram alfabetizados, desenvolveu intuitivamente, uma maneira de ensiná-los, na forma esquemática do Arco, cujos pressupostos são confirmados pelos estudos

³ A Comunicação Dialógica em Sala de Aula: uma possibilidade de mudança. Belém, 2000. Dissertação de mestrado.

de J. Piaget. Escreveu o livro traduzido para o espanhol, *La Promoción Técnica de un Trabajador Analfabeto*. Paris: Ediciones Eyroles, 1966. (PEIXOTO, 2002).

Esteve no Brasil na década de 70, enviado pela empresa SATEC, que foi contratada para dar assessoria ao Serviço de Extensão Rural do Estado de São Paulo, que enfrentava problemas com os agricultores que não adotavam as técnicas recomendadas pelos engenheiros na solução dos problemas agrícolas. Ao chegar, Maguerez pediu para assistir uma reunião dos engenheiros com os agricultores, e observou que os técnicos brasileiros não ouviam as queixas dos agricultores e partiam imediatamente para as explicações técnicas dando as soluções para o que eles consideravam como problema. Propôs então, a utilização do esquema do Arco, que trabalha com outra sequência de atividades, partindo da realidade dos agricultores. O Serviço de Extensão Rural do Estado de São Paulo adotou o método do Arco e aumentou significativamente a eficácia de suas atividades extensionistas. (EQUADOR, 2011).

Na capacitação também se fez referência aos estudos de Jean Piaget sobre o aprendizado, o que fortaleceu em mim a convicção de que as ações de educação em saúde, para serem eficientes e eficazes necessitam de embasamento teórico e estratégias de ensino que favoreçam o aprendizado. A partir de então, preoquei-me mais com a qualidade das ações de educação em saúde desenvolvidas por mim e pelas enfermeiras nas equipes do PSF.

Desse modo, considero pertinente um estudo centrado na educação em saúde no PSF, de modo que possa traduzir e ampliar a discussão dessa realidade em Belém e contribuir para a melhoria da qualidade das práticas educativas desenvolvida pelas enfermeiras nas equipes.

Diante do exposto lanço a seguinte **tese**: A educação em saúde desenvolvida pela enfermeira com base em encontros dialógicos mediados por perguntas/provocativas mediadoras apresenta uma singularidade⁴ com vistas à maior efetividade do aprendizado na ação educativa. E assim construí as seguintes **questões norteadoras**:

⁴ Presença de elementos pedagógicos característicos na ação educativa que favorecem o aprendizado.

- Quais estratégias podem ser utilizadas pelas enfermeiras no cotidiano da ação de educação em saúde, que aderem à dialógica freireana e apresentam elementos da teoria de aprendizagem de Piaget?
- Como as enfermeiras desenvolvem as ações de educação em saúde no contexto do Programa de Saúde da Família?
- Como viabilizar a transformação da educação em saúde desenvolvida pelas enfermeiras nas equipes do PSF, com base na dialógica de Freire e elementos da teoria de aprendizagem de Piaget?

Objetivo Geral:

Desenvolver em construção coletiva e dialogada com as enfermeiras das equipes de Saúde da Família, estratégias de educação em saúde com base na realidade-ação vivenciada no Distrito DAGUA.

Objetivos específicos:

1. Descrever as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras nas equipes de saúde da família no Distrito DAGUA em Belém;
2. Discute com as enfermeiras do PSF do distrito do Guamá as ações de educação em saúde com base nas diretrizes pedagógicas de Paulo Freire e na teoria de aprendizagem de Piaget.
3. Analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras do PSF em Belém.

Justificativa

O presente trabalho justifica-se pelo destaque oferecido à construção coletiva e dialogada de estratégias de educação em saúde que favoreçam o aprendizado, considerando a necessidade de informações em saúde da clientela das equipes de saúde da família. Esta deficiência de informações em saúde é resultado de longo período de exclusão do acesso à educação e saúde como direitos básicos universais.

É inegável o alcance das mudanças para a assistência à saúde, contidas na Constituição Federal⁵ e na Lei nº 8.080/90⁶, num País com proporções continentais como o Brasil, que em seu artigo 3º define saúde como resultante de fatores determinantes, entre outros, a alimentação, moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; e completa que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País.

A Constituição Federal em seu artigo nº 196 assegura que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Ainda neste artigo destaca que o Estado deve adotar políticas públicas que induzam o desenvolvimento social e econômico, reduzir as desigualdades e eliminar fatores como: baixa renda, pobreza, fome etc., que certamente influenciam nas condições de saúde, e aumentam o risco de doenças.

Criada a partir de uma grande mobilização política nacional de trabalhadores da saúde, de centros universitários e setores organizados da saúde que constituíram o “Movimento Sanitário”, a Lei nº 8.080, instituiu o Sistema Único de Saúde e alterou o conceito de saúde vigente no país. Entretanto, os avanços teórico- filosóficos e jurídico-legais ainda não se efetivaram concretamente na assistência à saúde da população brasileira. O cenário na assistência à saúde à população ainda apresenta inúmeras deficiências até os dias de hoje.

Souza (2002b) refere que o sistema de saúde no Brasil é um dos melhores do mundo e o único a garantir assistência integral a toda população, incluindo portadores de HIV, sintomáticos ou não, pessoas com problemas renais crônicos e câncer. É um dos países que pautam seus sistemas de saúde em valores de solidariedade e cidadania com a adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado. Efetivar esse direito, porém, é o maior desafio para todos que lutam para que ocorra a garantia do direito constitucional na imensidão territorial do Brasil de norte a sul.

⁵ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Carta Magna que dispõe sobre os princípios fundamentais da Nação, direitos e deveres individuais, coletivos e sociais e dá outras providências. (BRASIL, 1988).

⁶ Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990).

Dentre as mudanças propostas e que destaco em especial são o conceito de saúde, que foi ampliado para além do significado do equilíbrio orgânico, ou seja, saúde é um resultado centrado na qualidade de vida em função das políticas adotadas pelo Estado e o entendimento desse Bem como direito do cidadão e dever do Estado de provê-lo. Trouxe uma concepção abrangente de saúde como resultante de questões extra-setoriais e não somente a ausência de doença. As políticas públicas, no entanto, não avançam significativamente nesse sentido, perpetuando as condições sociais precárias determinantes para inúmeros agravos à saúde da população como: baixa renda, pobreza, fome, desemprego entre outros fatores.

Aliado a novas políticas públicas estava a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, que atendesse aos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade e abrangesse o conceito ampliado de saúde, não mais focado na doença.

Souza (2002 a) aponta o PSF como estratégia de reforma para incremento do Sistema Único de Saúde, sendo a experiência com agentes comunitários de saúde já existente em vários estados, sobretudo no Ceará, pioneira nesta perspectiva. Isto contribuiu para o desenho e execução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde nacionalmente e posteriormente, para a decisão do Ministério da Saúde em março de 1994, de lançar o Programa Nacional de Saúde da Família como modelo de reorientação da atenção básica no Brasil.

Inicialmente elaborado como Programa o PSF passou a ser considerado como estratégia capaz de provocar mudanças no modelo de assistência e romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender as ações junto à comunidade, com equipe multiprofissional composta de no mínimo um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de saúde e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Desta forma se assumia o desafio do trabalho em equipe multidisciplinar em saúde, com a responsabilidade de atingir um território definido, assistindo a um número fixo de famílias para conhecê-las e acompanhá-las. Castro (2009) destaca o conceito de território como base nas condições objetivas onde ocorrem os eventos e os efeitos na saúde e no ambiente. Neste contexto, os eventos que serão destacados é a educação em saúde desenvolvida neste ambiente, com a clientela a que se propõe a atingir, dependendo das necessidades exibidas e emergentes.

As principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pelas equipes de saúde são: ações de saúde aos grupos humanos, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose, controle da hanseníase e ações de saúde bucal, acompanhando integralmente a saúde das pessoas que vivem no território⁷ sob sua responsabilidade.

Este é um aspecto da grande mudança na lógica do modelo de atenção, o princípio operacional de adscrição de clientela, que estabelece um vínculo da sociedade com os profissionais das unidades básicas de saúde da família, neste caso, as Casas Família, recuperando a relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Outro aspecto diferencial do trabalho com equipes de PSF é a assistência com foco na família e centrada na saúde e em atividades educativas que devem ser realizadas de forma sistemática para uma mesma clientela, o que não fazia parte do cotidiano das ações dos profissionais dos serviços de ambulatório com a lógica da assistência hospitalocêntrica.

De acordo com o Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001) é atribuição comum a todos os membros da equipe de saúde da família coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação em saúde. No entanto, no cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família, a enfermeira, é o profissional que mais desenvolve atividades educativas conforme estudos de Canesqui e Oliveira (2002), num percentual de 76%, seguido dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com 68,9% e dos médicos com 63,1%. Tal constatação a meu ver pode estar relacionada com o fato da formação da enfermeira conter elementos pedagógicos que contribuam para o cumprimento da função educativa.

Entretanto, estudo de Gondim et al.. (2008) realizado em unidades de saúde da família na cidade de João Pessoa identificou uma baixa frequência de atividades educativas em função de dificuldades como: falta de apoio material e incentivo político de gestão, além de dificuldades relacionadas com a concepção de educação dos profissionais de saúde.

⁷ O território, hoje, pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede, que constituem uma realidade nova, que de alguma maneira justifica a expressão verticalidade. Para Milton Santos o “território nacional” é o espaço de todos e o “território transnacional” que é o de interesse das empresas. Chama a atenção para o funcionamento do território, através da horizontalidade(ou seja, lugares vizinhos por uma continuidade territorial) e verticalidade(formada pelos interesses sociais).

Esta realidade, com alguma variação pode estar presente em outros municípios do Brasil como aponta o estudo de Melo et al. (2005) o qual evidencia que as maiores dificuldades para a realização da educação em saúde são a falta de condições materiais e de pessoas; apresenta as seguintes reivindicações para o aumento da frequência na realização de ações educativas: local apropriado; horário adequado; lanche como estímulo para a comunidade e recursos audiovisuais entre outros.

Alves (2008) descreve que as práticas educativas em saúde e a estratégia de saúde da família nestes últimos anos apresentam-se como atividades/ações centradas no modelo autoritário e que, os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento adequado, que a população aceita sem questionar.

Esta afirmativa se adéqua ao uso de metodologias tradicionais o que é corroborado pelo estudo de Gondim et al. (2008) os quais informam que os profissionais de saúde da família percebem as ações educativas como estratégias de prevenção de doenças embasadas na transmissão de conhecimentos e o desenvolvimento das mesmas é inconstante, improvisado e pouco articulado com as necessidades da população.

Dentre as tendências pedagógicas existentes, citaremos a Tradicional e a Libertadora/Problematizadora por considerarmos que são as que possuem relação com o estudo.

A Pedagogia Tradicional parte da premissa de que as ideias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação e, como consequência, a experiência fundamental a ser vivenciada pelos alunos é a de RECEBER o que o professor e os livros ensinam. Enfatiza a repetição com exigência de memorização. O método mais utilizado é a exposição oral, justificando a participação docente com a expressão latina "*magister dixit*" e o conjunto de multimeios utilizados pode não passar de um veículo sofisticado de transmissão. É necessário observar que esta pedagogia não está circunscrita às situações de educação formal, mas pode estar presente na educação não formal, dentro e fora das escolas.

A esta modalidade de educação verticalizada e antidialógica Freire denominava de "concepção bancária da educação" (FREIRE, 1987, p. 66), em que os educandos não são chamados a conhecer tornando-se, passivos e acríticos.

A pedagogia tradicional de ensino pode originar vários problemas. A insistência na imitação, obediência, repetição e controle, muito frequente nestes métodos pedagógicos, conduzem a uma negligência das capacidades criativas individuais em detrimento de competências sendo puramente mecânicas e repetitivas.

A vertente Libertadora/Problematizadora surge no final dos anos 70 e início dos anos 80 numa intensa mobilização dos educadores por uma educação crítica, tendo em vista a superação das desigualdades sociais. Tem suas origens nos movimentos de educação popular que ocorreram no final dos anos 50, interrompidos pelo golpe militar de 1964. A educação nesta concepção está centrada na discussão de temas sociais e políticos; o professor coordena atividades e atua juntamente com os alunos e não separa a transformação individual da transformação social. Os pressupostos teóricos de Paulo Freire podem ser enquadrados nessa linha.

O Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001) recomenda a aplicação de uma metodologia que tenha como princípio o uso das experiências da comunidade, estimulando a reflexão sobre as práticas profissionais que precisam buscar novas soluções para as dificuldades encontradas. Recomenda também a capacitação técnico pedagógica dos profissionais/instrutores por intermédio dos Pólos de Capacitação e Educação Permanente existentes em todas as unidades da Federação, a fim de garantir a utilização da metodologia adequada.

As metodologias que valorizam as experiências dos educandos são as denominadas ativas e entre elas, a pedagogia libertadora problematizadora, mais conhecida como pedagogia de Paulo Freire, na qual educador e educando são valorizados como sujeitos do processo que têm uma bagagem de conhecimentos passíveis de troca.

De acordo com Alves (2005) a metodologia que se contrapõe à passividade usual das práticas educativas em saúde tradicionais é a que está pautada na educação popular em saúde, que valoriza as trocas interpessoais, o reconhecimento do usuário como sujeito que possui um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a sua realidade (VALLA, 1992; VASCONCELOS, 2004; STOTZ, 1993).

Alves (2005) ainda destaca que o objetivo da educação em saúde que não é informar, mas transformar saberes existente. A prática educativa, nesta perspectiva, visa o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos indivíduos para o cuidado de si, ou seja, visa práticas emancipatórias.

A pedagogia libertadora de Paulo Freire atende a essa expectativa, na qual a relação educador/educando deve estar baseada no diálogo autêntico, numa relação horizontal, em que ambos posicionam-se como sujeitos do ato de conhecer. Do mesmo modo, direcionando a proposta de Paulo Freire para as práticas educativas em saúde, destacamos como sujeitos - profissional/usuário; profissionais/profissionais; usuários entre si, professor/profissionais; professor/usuários; professor/aluno; professor/professor, - que devem estabelecer as mesmas ações para que do diálogo possam emergir produtos do conhecimento coletivo.

A importância do uso de uma metodologia dialógica e problematizadora emerge, sobretudo, quando se considera a clientela do Programa Saúde da Família (PSF), enquanto crianças, jovens, adultos e idosos, com necessidade de informações em saúde e de acordo com o que diz Brusilovscky (1994). A população necessita de uma educação em saúde que atenda suas necessidades respeitando seus esquemas de assimilação, ou seja, o nível de aprendizagem que se encontram, para a obtenção não só do aprendizado, mas da apreensão crítica dos conteúdos, para a mudança de atitudes quanto aos hábitos de vida para o alcance de qualidade de vida e saúde e, conseqüentemente, a efetivação dos princípios do SUS.

Esse aspecto refere-se exatamente à teoria de Jean Piaget para o desenvolvimento intelectual do homem; o estudioso apresenta as formas pelas quais o indivíduo aprende. Fundamento que considero importante para se ter uma melhor maneira de ensinar e desenvolver uma ação educativa em saúde de qualidade.

No percurso de construção desta proposta de trabalho ora apresentada, realizei uma busca sistemática na base de dados da [Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior \(Capes\)](#), [Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde \(Lilacs\)](#), Biblioteca J. Baeta Vianna, do Campus da Saúde/UFGM (*Bdenf*), [Sistema de Documentação da UFRJ- Minerva](#) e [Literatura Internacional em Ciências da Saúde \(Medline\)](#), no período de abril a outubro de 2009. Para isso foram utilizados os descritores: *educação em saúde*, *educação em saúde e Paulo Freire*, *educação em saúde e PSF* e *educação em saúde*,

enfermagem e Paulo Freire, (health education, health education e family program health, health education, Paulo Freire e health education, nursing, Paulo Freire) sem delimitação de período, com o objetivo de localizar o maior número possível de trabalhos.

A pesquisa foi desenvolvida preferencialmente utilizando-se os descritores combinados, pois a utilização dos mesmos, isoladamente, apresentou resultados sem aderência com o objeto de estudo em tela. Foi encontrado um total de oitenta e quatro (84) artigos e após o refinamento da busca verifiquei que dezessete (17) encontravam-se repetido, distribuídos nas bases Bdenf, Capes, Lilacs e Medline. A amostra final, então, foi de sessenta e sete (67) artigos.

A análise das evidências mostrou o Brasil como o cenário predominante das pesquisas e permitiu agrupar os trabalhos em quatro áreas temáticas: Assistência, Ensino, Gestão e Educação Popular. A área de maior concentração das pesquisas é a assistência que congrega 61% dos estudos, dos quais 78% são desenvolvidos na atenção básica, mas somente 3,4% destes apresentam como cenário de estudo o PSF, o que demonstra a necessidade/lacuna de estudos neste cenário.

Diante do exposto, destacamos as contradições existentes entre os princípios do SUS e as diretrizes do PSF como modelo de atenção idealizado para se chegar a uma transformação da lógica de atenção à saúde, visando imprimir nova dinâmica nos serviços, com as condições materiais oferecidas aos profissionais para a realização de ações adequadas e com qualidade, inclusive de educação em saúde.

Neste cenário incluo os alunos de graduação em processo de formação, integrados a esta prática com as equipes do PSF nas Casas Família. Destaco então, um dos principais eixos de ação que traz a relevância deste estudo para a formação na área da saúde em especial na enfermagem, o que poderá contribuir na formação do profissional enfermeiro e para o desenvolvimento do currículo do curso de Graduação de Enfermagem da UEPA. Este eixo norteador traz a meta de atender aos princípios do SUS com foco na atenção a saúde e centrado na família, o que se exige para o fortalecimento e aperfeiçoamento da prática até hoje centrada na doença.

Esta aproximação do estudante como o cenário de trabalho do enfermeiro possibilita a reflexão da prática e da realidade da coletividade, visto que aguardamos que os pressupostos da dialógica freireana e os estudos de Piaget sirvam de base para o ordenamento das ações da educação em saúde.

Freire e Faundez (1985) destacam que é necessário estimular a curiosidade e o ato de perguntar e levar o educando a ir descobrindo a relação dinâmica, forte, viva entre palavra e ação, entre palavra-ação-reflexão. Esta curiosidade permite a percepção das experiências concretas da vida, estimula a formulação de perguntas e assim, agir, falar e conhecer andariam juntos. Deste movimento emerge uma relação entre pergunta-ação, pergunta-resposta-ação, levando a pensar que as perguntas devem estar amplamente vinculadas à realidade concreta, facilitando a apreensão dos conteúdos que na interpretação de Jean Piaget refere-se à construção de capacidades na busca da autonomia. Aquisição de conteúdos, portanto, implica o desenvolvimento do organismo do sujeito psicológico e das estruturas cognitivas, não só maturação, mas construção (BECKER, 2010).

Ao estudar o conhecimento humano, em seu desenvolvimento a partir da infância, Jean Piaget estabeleceu sua teoria do desenvolvimento cognitivo, mostrando que a criança exhibe, em algumas idades, estruturas ou organizações de ação e pensamento características que classificou de estágios, evidenciando uma evolução do desenvolvimento intelectual. (PULASKI, 1986 p. 22), o que permite compreender como a criança aprende e conseqüentemente, também o adulto, oportunizando, pensar e discutir como melhor ensinar.

Contribuição

A realização desta pesquisa será importante para a assistência, o ensino e a pesquisa, uma vez que, a educação em saúde é um desafio para os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família, cujo foco de ação é a promoção e prevenção. Conhecer, discutir e analisar as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no PSF possibilitará a implementação de estratégias para a construção e disseminação de propostas de ação transformadoras da própria realidade dos sujeitos envolvidos no estudo, e a multiplicação das mesmas, permitindo que haja mudanças significativas na assistência

realizada no PSF, melhorando a qualidade da atenção prestada à comunidade e a formação das/os enfermeiras/os.

Vislumbramos, também, a possibilidade da enfermeira refletir sobre sua prática e dos alunos de graduação integrados neste cenário, disseminá-la entre os membros da equipe de saúde.

A pesquisa fortalecerá a produção científica do Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, do Departamento de Metodologia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, proporcionará o desenvolvimento de linhas de pesquisa no Departamento de Enfermagem Comunitária do curso de Enfermagem da UEPA e servirá de subsídio teórico para realização de debates e novos estudos.

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS PÚBLICAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONTEXTO DA PESQUISA

O contexto da pesquisa situa-se na configuração das Políticas Públicas de Saúde, com especial ênfase para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizado nas Casas Família, estratégia utilizada em Belém – Pará. Neste capítulo revisitamos este contexto, para compreensão deste movimento no Brasil e em especial em Belém.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge na década de 80 a partir de um momento histórico ímpar no Brasil, de lutas pela democratização da saúde, com o objetivo de reconhecimento da saúde como direito universal, ampliando o acesso a todo cidadão. Esta concepção coloca o cidadão e a comunidade na condição não somente, de receptor de serviços de saúde, mas abre espaço para a participação na gestão pública, numa inclusão social, neste setor jamais visto no Brasil.

Necessário se faz, no entanto, apresentar a historicidade dos acontecimentos no âmbito das políticas de saúde, que no Brasil têm sua origem, marcadamente influenciada pelos processos vivenciados pelos países capitalistas, com o advento da industrialização e as doenças dela decorrentes.

De acordo com Costa (1985) a característica fundamental da situação de saúde brasileira até fins do século XIX foi o predomínio das chamadas doenças pestilências, principalmente varíola e febre amarela. Até meados do século XIX os problemas de higiene ficavam sob a responsabilidade das autoridades locais que tomavam medidas contra a imundície das ruas e quintais. Em 1850, foi criada a Junta de Higiene Pública, visando unificar os serviços de saúde pública do Império, consolidando-se os serviços sanitários que foram divididos em serviço terrestre e marítimo.

Nesta época o Brasil encontrava-se em ampla expansão cafeeira, desenvolvimento de ferrovias, criação do sistema bancário, introduzindo as condições para o surgimento do proletariado fabril.

No início do século XX, o célebre cientista Oswaldo Gonçalves Cruz assumiu a direção dos serviços de saúde pública e em 1903 devido a seu empreendimento nos estudos sobre as moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil. Seu primeiro objetivo foi o extermínio da febre amarela, que exigiu muito esforço em função da resistência da população a suas ações, conhecida como a Revolta da Vacina, que segundo Reis (2006) adotou o modelo de “campanhas sanitárias”, de estilo repressivo, centralizado de intervenção médica nos campos individual e social, com o objetivo de controlar epidemias e doenças infecciosas.

Em 1918, a população brasileira viveu o terrível drama da gripe espanhola, que dizimou milhares de adultos e crianças e os jornais da época denunciaram a desorganização dos serviços de saúde. Então foi, criado com a Reforma Carlos Chagas, o Departamento Nacional de Saúde Pública⁸ com a finalidade de organizar o setor sanitário nacional.

Na primeira metade do sec. XX chega ao Brasil oriunda dos Estados Unidos da América, a Fundação Rockefeller, com a experiência de campanhas e influenciaram na estruturação dos serviços de saúde no Brasil, como a criação dos centros de saúde, com atividades de saneamento e laboratório permanentes.

Segundo Silva Junior (1998) os modelos de saúde pública constituídos no Brasil foram:

1. O modelo de saúde pública; surgido no início do século XX, em duas vertentes: Campanhista, articulado aos interesses econômicos agroexportadores, desenvolveu-se combatendo epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias e o Vertical permanente que, baseava-se na proposta de centro de saúde, difundida pela fundação Rockfeller, que originou a criação da FSESP (Fundação Serviços de Saúde Pública) a partir da década de 30.

2. O modelo de assistência médica previdenciária: surgido na década de 20, sob a influência da medicina liberal, ligava-se às necessidades de saúde dos trabalhadores urbanos e industriais. Expandiu-se na década de 40 com a criação dos Institutos de Assistência e Previdência incorporando a concepção flexneriana da assistência médica. Abraham Flexner (1866-1965) organizou um relatório tendo como base a avaliação do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá. Este modelo também foi instituído nas redes hospitalares estaduais,

⁸ O Departamento Nacional de Saúde Pública foi criado pelo Decreto nº 3.987 de 2 de Janeiro de 1920.

em alguns municípios e hospitais ligados às universidades, como movimento de ordenação das ações.

Os hospitais oriundos dos institutos originaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS -1966) depois reestruturado para Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando os hospitais e ambulatórios sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A rede privada contratada expandiu-se muito mais e na década de 90 contribuía com 76% dos leitos no Brasil.

3. A medicina comunitária: difundida pelas universidades a partir da década de 60, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financiados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e instituições filantrópicas americanas. Um exemplo é a Fundação W. K. Kellogg, criada em 1930 e que atualmente figura entre uma das maiores fundações privada do mundo. Sua missão é ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas através da aplicação prática de conhecimentos e de recursos para melhorar a qualidade de vida desta e das futuras gerações.

Esses núcleos abrigaram intelectuais que discordavam do modelo político brasileiro, depois do golpe militar e utilizaram o espaço da medicina comunitária para a politização da saúde, reflexão de problemas e laboratório de alternativas de solução.

O fruto das reflexões vivenciadas nesses núcleos originou um movimento, clamando por mudanças na política de saúde, que mobilizou a sociedade em todos os níveis local, estadual, regional e nacional, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a criação do SUS, que se encontra na busca de sua consolidação.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2006), o SUS trouxe avanços e melhorias inquestionáveis para a atenção à saúde da população brasileira. Entretanto, ainda enfrenta vários problemas como a universalização, participação social, modelo de atenção e, sobretudo o financiamento. A qualidade da atenção prestada depende dos gastos com o setor. O Brasil apresenta um gasto per capita de 96 dólares anuais o que é muito inferior ao dos países desenvolvidos e até da América Latina e Central como: Argentina - 300 dólares, Chile - 137 dólares e Costa Rica - 240 dólares.

Neste sentido, a materialização do SUS como sistema público universal está na dependência de uma questão fundamental que é: o SUS que se quer e o quanto se está disposto a pagar por ele (BRASIL, 2006).

Esta materialização vem sendo buscada e enfrentada nos variados cenários brasileiros pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), a partir de 1994, quando foi implantado como estratégia para reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. A abrangente concepção de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, exigiam para sua efetivação, um novo modelo de atenção à saúde, não mais focado na doença, mas na promoção da saúde e conseqüentemente, na qualidade de vida.

Este foi o marco para que tivesse início o planejamento de recursos para a sua efetiva operacionalização. O Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001) explicita as necessidades de recursos humanos para a atividade. A equipe é composta de no mínimo por um médico generalista (com conhecimento de clínica geral), um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, sob a gerência e coordenação do profissional enfermeiro.

Destacarei as atribuições específicas por profissionais, a saber: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Cirurgião dentista, Técnico de Saúde Bucal e Atendente de consultório odontológico.

a) Médico: realizar consulta clínica; executar assistência integral à criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; realizar consultas e procedimentos no domicílio; aliar à atenção clínica a prática da saúde coletiva; fomentar a formação de grupos de patologias específicas; realizar pronto atendimento; encaminhar aos serviços de maior complexidade; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; indicar internação hospitalar; solicitar exames; verificar e atestar óbito.

b) Enfermeira: realizar cuidados diretos de enfermagem; realizar consulta de enfermagem; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; executar ações de assistência integral à criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; realizar ações de saúde no domicílio; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação

de grupos de patologias específicas; supervisionar e coordenar ações de para capacitação dos ACS.

c) Auxiliar de enfermagem: realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais; realizar procedimentos no domicílio; preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem; zelar pela limpeza e ordem do material; realizar busca ativa de casos; no seu nível de competência executar assistência básica; realizar ações de educação em saúde nos grupos de patologias específicas.

d) Agente Comunitário de Saúde: realizar mapeamento da área; cadastrar as famílias; identificar indivíduos e famílias expostos a riscos; identificar áreas de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços; realizar ações e atividades, no nível de complexidade, nas áreas prioritárias; realizar visita domiciliar para acompanhamento mensal das famílias; estar informado e informar a equipe sobre a situação das famílias; executar ações de educação e vigilância à saúde com ênfase na prevenção e promoção; traduzir par as ESF a dinâmica e necessidades da comunidade; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser utilizados.

e) Cirurgião dentista: realizar levantamento para traçar perfil de saúde bucal da população adscrita; realizar procedimentos clínicos; realizar tratamento integral; encaminhar e orientar; realizar atendimentos de pronto atendimento; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos; emitir laudos, pareceres e atestados; executar ações de assistência integral, de acordo com planejamento local; coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; capacitar as ESF no que se refere às ações educativas de saúde bucal; supervisionar o trabalho do atendente de consultório e do técnico de saúde bucal.

f) Técnico de Saúde Bucal: Sua atuação está na dependência da supervisão do cirurgião dentista. Pode realizar procedimentos preventivos; realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar e apoiar o desenvolvimento das atividades das ESF.

g) Atendente de consultório odontológico: proceder a desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos; sob supervisão realizar procedimentos educativos; preparar e organizar o instrumental; instrumentalizar o cirurgião dentista; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos; agendar o paciente; acompanhar e desenvolver trabalhos com a ESF.

Os dentistas e seus assistentes também são vistos como profissionais que podem de fato desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do Programa Saúde da Família com as ações de saúde bucal. Os profissionais que compõem a equipe de saúde bucal são: um cirurgião dentista, um atendente de consultório e um técnico de higiene dental. Em municípios que não tenham número suficiente de técnico de saúde bucal a equipe pode funcionar com apenas o cirurgião dentista e um atendente de consultório odontológico, ressaltando que é essencial uma jornada de trabalho de 8 horas por dia.

Para que a equipe de trabalho operacionalize as ações aguardadas, foi pensada uma estratégia diversa do modelo que até então era hegemônico. O trabalho deve ser desenvolvido dentro de uma nova lógica, focada na saúde e centrada na família, para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Unidade Saúde da Família (USF) é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher e dos idosos que vivem sob sua responsabilidade.

Em cada USF, recomenda-se que atuem três equipes de saúde da família, com uma população adscrita por equipe de 600 a 1000 famílias desde que não ultrapasse 4.500 pessoas (BRASIL, 2001).

O princípio operacional de adscrição de clientela utilizado na Estratégia Saúde da Família estabelece um vínculo da comunidade com os profissionais das equipes, criando uma relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços, sendo uma das principais mudanças na lógica do modelo de atenção. (SOUZA, 2002 a)

Numa USF devem existir a tecnologia e os equipamentos que permitam a solução dos problemas mais comuns numa comunidade, ou seja, equipada para garantir a atenção básica à população sob sua responsabilidade.

Em sua estrutura mínima (BRASIL, 2001) deve ter: sala de recepção, com espaço adequado para receber as pessoas e, sempre que possível, um aparelho de TV com videocassete, para transmissão de filmes com informações sobre cuidados com saúde; local para os arquivos e registros; local para os cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros pequenos procedimentos; sala de vacinação, de acordo com as normas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização; consultório médico; consultório de enfermagem; sanitários; recomenda-se a destinação de espaço para atividades de grupo (por exemplo: de gestantes, de hipertensos etc.) e para educação permanente da ESF; clínica odontológica com equipamentos, instrumentos e materiais necessários para o atendimento de saúde bucal, quando incorporado ao programa saúde da família.

Considerando O Guia Prático (BRASIL, 2001), as atribuições fundamentais dos profissionais da USF são as seguintes:

1. Planejamento de ações:

Partindo de um diagnóstico inicial a equipe deve: conhecer os fatores determinantes do processo saúde doença do indivíduo, família e comunidade; estabelecer prioridades entre problemas detectados e traçar estratégias para sua superação; conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência; garantir estoque regular de todos os insumos para as estratégias de funcionamento da USF;

2. Saúde, Promoção e Vigilância á saúde:

È fundamental entender a saúde como produção social e processo construtivo de conquistas da comunidade através de intersectorialidade e a participação social. Para tanto os profissionais devem: conhecer os fatores sociais determinantes da qualidade de vida; articular com outros setores e movimentos sociais, visando integração de ações; estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações; articular com a rede institucional local, ações integradas para melhoria da qualidade de vida.

3. Trabalho interdisciplinar em equipe.

Para obter melhor impacto é importante uma ação integrada que tenha por base uma equipe multiprofissional, assim a equipe deve: participar da formação e treinamento do pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços;

4. Abordagem integral da família.

Entende-se por abordagem integral ver a pessoa em seu contexto sócio econômico e cultural, com ética, compromisso e respeito. Entender a família em seu espaço social, compreendendo-o como rico em ações interligadas e em conflitos.

Nesse sentido a equipe deve: compreender a família de forma integral e sistêmica, num espaço de desenvolvimento e grupal e passível de crises; identificar a relação da família com a comunidade; identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada com os outros setores dentro de princípios éticos.

Destaco as atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes (BRASIL, 2001): conhecer a realidade das famílias com ênfase nas características sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns; elaborar com a participação da comunidade um plano local de enfrentamento dos problemas e situações de risco; executar os procedimentos previstos no plano; valorizar a relação com o usuário e a família; realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento; resolver problemas no nível de atenção básica; garantir acesso à continuidade do tratamento dentro do sistema de referência e contra-referência; prestar assistência integral à população adscrita; coordenar grupos de educação para a saúde; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais; fomentar a participação popular; incentivar a formação e ou participação da comunidade nos conselhos locais de saúde; auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Entender o programa saúde da família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os envolvidos no processo social da saúde. Diante Desta afirmativa, avalia-se como uma forma de ampliar os limites e possibilidades de atuação que aumenta a complexidade das ações.

Segundo Souza (2002 a), a consolidação da Estratégia Saúde da Família está sujeita à existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas ao novo

modelo. Aliado a isto está alicerçado na prática multiprofissional e interdisciplinar, o que corrobora com a necessidade de qualificação, haja vista a falta de cultura do trabalho em equipe, entre os profissionais de saúde, em especial o médico. Estes condicionantes têm trazido dificuldades para o bom desempenho das ESF.

Visando ao enfrentamento desses desafios foram criados pólos de capacitação e educação permanente em parceria com as Secretarias de saúde e as universidades, bem como o financiamento de projetos com a finalidade de reorientar a formação profissional. Apesar de tudo isso, a estratégia está implantada em mais de quatro mil municípios e vem apresentando, mesmo que com algumas limitações do sistema de informações, resultados satisfatórios quanto à redução dos índices de mortalidade infantil e materna, aumento da cobertura vacinal e melhorias na atenção à saúde da mulher e da criança, com significativa redução das internações (SOUZA, 2002 a). Porém estes resultados mesmo que animadores poderiam ser bem maiores, pela grandiosidade da proposta.

Segundo Sousa e Hamann (2009), ainda que, reconhecendo a expansão da estratégia, em todo país, verifica-se uma desigualdade de cobertura das equipes entre as regiões e nos centros urbanos, onde mais de 50% da população reside. O financiamento do setor, por outro lado apresenta fragilidades e os autores (op.cit.) acreditam que não se pode afirmar que há compatibilidade entre os objetivos da estratégia e a forma de financiá-lo, evidenciando uma incoerência que dificulta a efetivação da estratégia e conseqüentemente, a reestruturação do modelo de atenção. Diante disso, a estratégia após 12 anos de implantação não conseguiu ampliar as condições de superação do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil.

Um aspecto que ainda não foi efetivamente percebido e integrado à prática das equipes é a utilização do processo pedagógico às ações de saúde. Mas, para utilizá-lo é necessário conhecer sua origem e inserção neste cenário.

Educação em Saúde: aspectos históricos

Segundo Reis (2006) a análise histórica da educação em saúde no Brasil, mostra que do século XIX até meados do século XX esse processo foi denominado educação sanitária com foco central na relação homem-ambiente e conteúdos ligados às regras e normas de prevenção. À época era considerado muito importante a profilaxia de doenças e o controle de epidemias, daí a origem das “campanhas sanitárias” adotadas por Oswaldo Cruz, de estilo repressivo, centralizador e de intervenção médica, cujas origens remontam ao conceito de “polícia médica” adotado na Alemanha no século XVIII e cujos objetivos eram não a promoção de saúde da comunidade, mas a evitar ameaças ao sistema de produção capitalista.

A OMS institucionalizou a educação sanitária como educação em saúde e segundo Gazzinelli *et al.* (2006), isto possibilitou que a educação em saúde na saúde pública se tornasse um processo importante, ganhando força e se fazendo intensamente presente nas ações concretas dos profissionais de saúde que atuavam na saúde pública. As questões culturais e sócio-econômicas não eram consideradas como fatores relacionados com a saúde, sendo esta interpretada como de responsabilidade do indivíduo, que após ser informado sobre assuntos da saúde deveriam optar por atitudes mais saudáveis, caso contrário seriam responsabilizados pelos agravos à sua saúde.

A ênfase da educação em saúde na abordagem sanitaria está na orientação, através de transmissão de normas e regras comportamentais a serem seguidas. Esta concepção ainda sustenta a maioria das práticas educativas atuais. Portanto, tal modelo apresenta a idéia de que o conhecimento científico é o único válido, desconsiderando o conhecimento dos indivíduos.

Segundo Gazzinelli *et al.* (2006) ao final do século XX ocorre uma das mudanças mais importantes no discurso da ação educativa, deslocando-se do paradigma das "mudanças de comportamento a partir das informações recebidas para o paradigma da ação participativa". Esta postura abre a possibilidade de ações educativas participativas efetuando-se troca de conhecimentos científicos e saberes do senso comum e popular, objetivando a melhoria das condições de saúde da população. Esta mudança de paradigma ocorreu muito mais no âmbito teórico, que na prática, havendo um grande descompasso entre os avanços teóricos e a prática efetivamente realizada, a qual ainda muito pautada na hegemonia do conhecimento científico, que deve ser capaz de induzir o indivíduo a atitudes mais saudáveis. As décadas de 70 e 80,

marcadas por cenário político de abertura política, propiciaram o desenvolvimento de concepções mais ativas na área da educação, com destaque especial para Paulo Freire, que aponta, portanto, novos rumos para a educação em saúde.

A consolidação do Sistema Único de Saúde traz no seu bojo, um avanço, mas exige transformações nas concepções que embasam as ações educativas dos profissionais para que aconteça uma educação em saúde participativa, com possibilidade de interação efetiva com o indivíduo e comunidade, em horizontalidade, não só troca, mas construção de saberes, e valorização dos aspectos não só cognitivos, mas das representações e subjetividade de cada um.

Em Belém, a Secretária Municipal de Saúde (SESMA) é responsável pela execução das Políticas de Saúde no Município de Belém e busca superar as dificuldades no sentido de fortalecer a gestão e consolidar os princípios do SUS. O Município está habilitado na Atenção Plena da Saúde e a SESMA é responsável por planejar, coordenar, executar e avaliar as ações nos três níveis de atenção á saúde. Entretanto, os recursos e os esforços empreendidos até o momento, no entanto, não foram suficientes para atender à enorme demanda de serviços que a população necessita tanto na Atenção Básica como na Especializada.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - As concepções de Paulo Freire e a educação em saúde

Paulo Reglus Neves Freire ([Recife](#), [19 de setembro](#) de [1921](#) — [São Paulo](#), [2 de maio](#) de [1997](#)) foi um [educador](#) e [filósofo brasileiro](#). Entrou para a [Universidade do Recife](#) em [1943](#), na [Faculdade de Direito](#), mas também se dedicou aos estudos de filosofia da linguagem. Em [1946](#), foi indicado ao cargo de diretor do Departamento de Educação e Cultura do Serviço Social no [Estado de Pernambuco](#), onde iniciou o trabalho com [analfabetos](#) pobres. Em [1961](#) tornou-se diretor do Departamento de Extensões Culturais da Universidade do Recife e, em [1962](#), realizou junto com sua equipe as primeiras experiências de alfabetização popular que levariam à constituição do [Método Paulo Freire](#) (FREIRE,1994).

O pensamento educacional e as diretrizes metodológicas de Paulo Freire surgem com a influência de diversos teóricos e se baseia na idéia da condição de opressão em que vivem os analfabetos, que desconhecendo sua própria realidade e incapazes de analisá-la não conseguem lutar para sair dela. A educação proposta por Paulo Freire vem como um ato revolucionário de libertação que implica, necessariamente, num ato político. Neste sentido, a educação politiza, porque desvenda o homem do desconhecimento de sua realidade

Na sua obra *Pedagogia do oprimido* (1987), Paulo Freire descreve a sua pedagogia como sendo aquela que tem de ser forjada *com* ele e não *para* ele, enquanto seres humanos ou povos, na luta incessante de recuperação de sua humanidade, é no fundo a pedagogia dos homens e mulheres na luta por sua libertação. Para ele a leitura do mundo precede a escrita, pois considera que é a partir do desvelamento ou compreensão crítica da realidade, por parte do educando, facilitada pelo educador que se dá o melhor aprendizado porque assim acontece numa dimensão contextualizada e por isso transformadora. Neste sentido o educador se coloca *com* o educando e não *para* o educando. Nesta perspectiva a educação transforma o homem e o homem transforma o mundo.

Prefaciando a obra de Freire (1987) Ernani Maria Fiori diz que o método de alfabetização de Paulo Freire não ensina a repetir palavras, nem se volta a desenvolver a capacidade de pensá-las, segundo as exigências do discurso abstrato, mas coloca o

alfabetizando em condições de poder re-existenciar criticamente as palavras de seu mundo, para saber e poder dizer a sua palavra criadora de cultura.

Assim os alfabetizados partem de algumas poucas palavras que lhes servem para gerar seu universo vocabular. Antes, porém, compreendem o poder dessas palavras. Não é jogo de palavras, é consciência reflexiva da cultura, reconstrução crítica do mundo humano, abertura de novos caminhos. E a palavra humana imita a palavra divina: é criadora. A palavra é entendida não como palavra inerte, mas palavra que diz e transforma o mundo.

Uma das grandes contribuições das idéias de Paulo Freire para a educação brasileira e mundial foi o desmantelamento da educação autoritária que considerava o professor como único detentor do saber, como a verdade que não pode ser questionada, como o único ser pensante na relação educativa, e os educados como seres impensantes, sem nenhum conhecimento e sem direito à expressão. Contrariando a realidade educacional Paulo Freire revela que o educando tem o seu saber que merece ser respeitado e considerado na relação educativa.

Traz uma crítica à relação que existia na educação bancária considerando-a opressora. Destaca que essa concepção separa o homem do mundo, colocando-o como expectador e não como, recriador. Conclui que isso fecha a possibilidade de intervenção no mundo para transformá-lo.

Para Freire (1987) não existe educação sem possibilidades concretas de transformação dos seres humanos e do mundo. Para ele, a educação é desvelamento da realidade, num descobrimento, desafiante e revelador que elimina o obscurantismo, transformando os homens e estes a sua realidade. A educação tem que partir dessa premissa concreta, relacionada com a realidade.

Na pedagogia de educação de adultos de Paulo Freire, os recursos pedagógicos são pensados e elaborados especialmente para cada clientela, exatamente para partir do seu real, através de temas geradores, que trazem a realidade, o mundo de cada grupo, para o âmbito da sala de aula. A ênfase do processo pedagógico está em explorar as experiências e vivências de cada sujeito envolvido no processo de aprendizagem. As analogias e comparações são importantes para clarificar o abstrato e se aproximar dos esquemas de assimilação dos

educandos. Na verdade, quando se problematiza, partindo do real, levam-se os educandos a vivenciar o esquema de assimilação necessário ao aprendizado do objeto em estudo ou como diz Vasconcelos (2000) como condição necessária ao aprendizado, o sujeito precisa ter a estrutura de assimilação para aquele objeto, fazer “redes” com conhecimentos anteriores e formar um novo conhecimento. (VASCONCELOS, 2000).

Freire (1987) considera que ninguém educa ninguém, os homens educam-se entre si, mediatizados pelo mundo. A educação é transformadora somente quando parte desta perspectiva de mediação com o mundo. E desta forma educadores e educandos aprendem a cada confronto com novas realidades, pois cada grupo tem uma realidade particular que traz para a sala de aula, com a qual problematizam e buscam soluções reais para problemas reais.

Estas concepções são extremamente apropriadas ao contexto da educação em saúde, pois lidamos com adultos com vivências, crenças e saberes acerca de sua saúde, conhecimentos e percepções que merecem ser consideradas no processo educativo em saúde. Além disso, a clientela usuária dos serviços de saúde pública, muitas vezes apresenta necessidades de informações, tornando-se necessário que o profissional a ajude a atingir o esquema de assimilação em que estão para que consiga fazer as conexões mentais indispensáveis ao aprendizado.

Um ponto fundamental da concepção freireana, muito importante para o processo educativo em saúde diz respeito à dialógica. Freire (1987) apresenta quatro elementos fundamentais sem os quais não existe verdadeiramente diálogo que são: amor, humildade, fé nos seres humanos e pensar crítico. Sem estes elementos não há como se estabelecer diálogo entre os homens e mulheres. O diálogo para Freire é “um encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando numa relação eu-tu” (1987, p. 78).

Sem amor que se expressa através da inexistência de dominação não é possível o diálogo. Somente com a supressão da situação opressora se restaura o amor, no sentido de desejar e fazer algo para que o outro cresça e se desenvolva.

Não há diálogo sem humildade, no sentido de reconhecer que a minha verdade não é absoluta. Para ele não é possível dialogar se se considera que a ignorância está apenas nos outros. Entre aqueles que se consideram diferentes, virtuosos por herança e os outros, meros

“isto”, não é possível o diálogo. “Aquele que se sente participante de um gueto dos homens puros, donos da verdade e do saber e que consideram os outros “nativos inferiores”, para estes o diálogo é algo impossível de acontecer. A auto-suficiência é incompatível com o diálogo”. (FREIRE, 1987 p. 80).

Não há diálogo, também, se não há fé nos seres humanos. Aguarda-se que exista fé no seu poder de fazer, refazer e de poder ser mais, de criar e recriar. O homem dialógico tem fé nos outros antes mesmo de estar diante deles, é algo incondicional. Segundo Freire (1987) sem esta fé nos homens o diálogo é farsa, transforma-se em manipulação (FREIRE, 1987)

E finalmente sem o pensar crítico que não aceita a dicotomia mundo-seres-humanos, mas propõe uma inquebrantável solidariedade entre eles. Que percebe a realidade como processo, num constante devenir e não como algo estático, opondo-se ao risco do pensar ingênuo que leva à acomodação e rejeita a transformação. Só o pensar crítico possibilita o desvelamento da realidade como necessidade da transformação constante para a humanização dos homens e mulheres.

O diálogo embasado nestes elementos, no amor universal a todos, sem nenhuma atitude de dominação ou autoritarismo, crendo em cada um, como capaz de ser potencialmente mais do que se apresenta naquele momento e, sobretudo, com um profundo reconhecimento de que o outro tem uma verdade a ser respeitada e, valores a serem considerados além da consciência e reconhecimento de sua inegável inserção numa realidade, é um grande desafio para o homem e para toda a humanidade. Dialogar não é fácil, mesmo em família, entre irmãos. Na educação em saúde também é um grande desafio para todo profissional, sobretudo, para a enfermeira.

Outro aspecto fundamental do pensamento pedagógico de Paulo Freire refere-se ao ponto de partida para o aprendizado. A educação fundamentada na concepção problematizadora, não se inicia do ponto teórico, abstrato, que dependendo do nível de desenvolvimento do educando pode configurar-se em um objeto inatingível, principalmente quando se utilizam expressões deslocadas da realidade dos alunos, mas do concreto, da realidade de cada um. Essa aproximação com o mundo torna possível uma aproximação com o nível de entendimento dos educandos. Os temas geradores foram pensados para utilizar

situações concretas, elementos conhecidos dos educandos, a fim de que estes se reconheçam neles.

A educação quando parte de temas geradores, que é a realidade concreta dos alunos, respeita e exercita os esquemas iniciais de assimilação do aprendizado humano, indo dos esquemas mais simples aos mais complexos do aprendizado que exigem mais abstração. Os temas geradores surgem como elementos enriquecedores e facilitadores da aprendizagem. Desta maneira o educador age como verdadeiro facilitador da aprendizagem.

A pergunta é um elemento que segundo Freire (1987) estimula a reflexão crítica, elimina a passividade em face às explicações que são respostas à perguntas que ninguém fez. Não significa redução da atividade docente em nome da curiosidade ou a um vai e vem de perguntas e respostas. A dialogicidade não nega os momentos explicativos. O que importa é que professor e alunos assumam uma postura dialógica, aberta à curiosidade, indagadora e não passiva enquanto um fala e outro ouve.

Neste sentido diz Freire (1987) que o bom professor consegue, enquanto fala, leva o educando até a intimidade do movimento do seu pensamento, transformando a aula num desafio e não numa cantiga de ninar. Seus discentes cansam porque acompanham as idas e vindas do seu pensamento, ou seja, um bom professor não precisa de muitos recursos externos a ele mesmo. Sendo assim, antes de selecionar qualquer material ou técnica é indispensável saber que a pedra fundamental do ensino é a curiosidade humana. É ela que nos faz perguntar, conhecer, perguntar mais e re-conhecer.

Compreendo a importância da pergunta para o aprendizado, pois podemos transformar a tradicional palestra, muito utilizada na educação em saúde, num colóquio dialógico ou encontro dialógico, através da elaboração de perguntas significativas relacionadas com o tema com a finalidade de despertar a curiosidade, dinamizar a exposição, levando a clientela a fazer os movimentos mentais, as idas e vindas necessárias ao aprendizado, desenvolvendo capacidades e conseqüentemente, a realização de uma educação em saúde de qualidade. Desta forma, podemos recriar a palestra com um recurso pedagógico que inclua a pergunta e o diálogo para uma interação entre os saberes. Embora Paulo Freire tenha desenvolvido seu trabalho com alfabetização de adultos este estudo fará uma aproximação de suas idéias com a educação em saúde desenvolvida na prática das ESF.

Os temas geradores e a pergunta podem ser elementos enriquecedores na educação em saúde, como inclusão, do objeto concreto, palpável, capaz de materializar um tema abstrato e favorecer o aprendizado, oportunizando a reflexão crítica, e as idas e vindas necessárias à aprendizagem.

2.2 - A teoria de Jean Piaget e sua importância na educação em saúde

Jean William Fritz Piaget ([Neuchâtel](#), [9 de agosto](#) de [1896](#) - [Genebra](#), [16 de setembro](#) de [1980](#)) foi um [epistemólogo suíço](#), considerado o maior expoente do estudo do desenvolvimento cognitivo. Estudou inicialmente [biologia](#), na [Suíça](#), e posteriormente se dedicou à área da [Psicologia](#), [Epistemologia](#) e [Educação](#) (PULASKI, 1986).

O estudo do desenvolvimento humano constitui uma área do conhecimento da psicologia, a qual possui como foco de estudo as fases da vida desde o nascimento até a maturidade. Entre as diversas teorias que procuram explicar o desenvolvimento humano, a partir de diferentes metodologias e pontos de vista, encontramos a teoria de Jean Piaget. Este estudioso apresenta em sua teoria um desdobramento em três estágios para o desenvolvimento cognitivo, que neste estudo, serão discutidos como períodos do aprendizado.

Em sua teoria do desenvolvimento cognitivo Jean Piaget apresenta que a pessoa, vivencia desde o nascimento até a vida adulta, períodos de desenvolvimento, passando por vários períodos numa construção progressiva e de subordinação uma à outra. Isto é, só se passa ao período seguinte se já tiver vivenciado o anterior (PUKASKI, 1986).

O primeiro período vivenciado pela criança é o sensório-motor, vivido nos dois primeiros anos de vida (0 a 02 anos). Neste período a criança passa por vários estágios de desenvolvimento desde o nascimento até os vinte e quatro meses de idade. Nesta etapa ela conquista o universo que a circunda mediante a percepção e os movimentos (buscar com os olhos, com os lábios, sugar e agarrar) e limita-se ao exercício dos aparelhos reflexos inatos. Tais reflexos tornam-se mais eficientes e progressivamente, a criança vai aperfeiçoando esses movimentos e adquirindo habilidades e assim aprende pelo toque e observação, chegando ao final do período, que compreende de 0 a 02 anos, adquirindo habilidades de orientação,

intencionalidade, primórdios de raciocínio e compreensão primitiva de espaço, tempo e causalidade (PULASKI, 1986).

O segundo período o perceptivo é também chamado de pré-operatório e ocorre nas crianças de 02 a 07 anos. Nesta fase a criança opera no nível da representação simbólica, evidenciada na imitação e memória, exibida nos desenhos, na linguagem e atividade de faz-de-conta. Surgem as conceituações generalizadas e o raciocínio pré-lógico, baseado em aparências perceptuais, ou seja, distingue a partir do que vê. Seu pensamento ainda é egocêntrico e dominado por um sentimento de onipotência mágica. Analisa todos os objetos naturais a partir de si, como se os mesmos tivessem vida e sentimentos, pois é assim que acontece com *ela*. Concebe o mundo na forma como ele se apresenta aos seus olhos e não percebe o ponto de vista dos outros (PULASKI, 1986).

O 3º período é o das operações concretas ocorre dos 07 aos 12 anos e nesta etapa a criança manifesta uma conquista extremamente importante que é a capacidade do raciocínio retrospectivo e prospectivo no tempo; o que é chamado de *reversibilidade*, que acelera imensamente o raciocínio lógico e torna possível o raciocínio dedutivo inicial. Observa-se então, uma evolução do desenvolvimento intelectual, desde o nascimento onde predominava o aprendizado com as experiências concretas do período sensório-motor até a capacidade da representação simbólica dessas experiências e por fim pensar nelas de forma abstrata. (PULASKI 1986).

A partir dessa fase a criança entra no período das operações formais que é o 4º e último período. Em algum ponto dos 11 ou 12 anos adquire a capacidade de raciocinar logicamente sobre proposições ou coisas ou propriedades abstratas que jamais havia experimentado diretamente, caracterizando esse período, que é o último e mais elevado no modelo de desenvolvimento de Jean Piaget. Nesse período a pessoa é capaz de raciocínio indutivo e dedutivo; mesmo que o conhecimento do problema seja hipotético é capaz de elaborá-lo até sua conclusão lógica. Essa capacidade é necessária para a solução de problemas de matemática, física, química ou experimentos que manipulam diversas variáveis considerando todas as permutações possíveis.

É sabido que nem todos os adultos atingem plenamente esse último estágio de desenvolvimento intelectual que é próprio dos cientistas, pesquisadores que lidam com partículas nucleares, filósofos e demais estudiosos (PULASKI, 1986).

Esses períodos são vividos por todo ser humano de forma subordinada e progressiva, isto é, não se passa ao estágio seguinte se não tiver vivenciado o anterior. O exercício de cada um deles, através da estimulação da criança em cada fase de desenvolvimento na infância é fundamental para o melhor desempenho cognitivo do indivíduo na vida adulta. Cada estágio vivido não é extinto, mas guardado na memória, solicitado e vivenciado sempre que necessário no processo de aprendizado, durante toda a vida da pessoa (DAVINI, 1994).

Para Davini (1994) uma questão central e habitualmente esquecida é: mais do que preocupar-se em **como ensinar** é fundamental questionar-se **como se aprende**, grifo da autora. Fica claro que é preciso compreender claramente os processos internos que o indivíduo realiza para aprender e que caminhos percorre determinado sujeito, ou em que estágio de desenvolvimento intelectual encontra-se aquele com o qual vamos trabalhar ou ensinar, para podermos desenvolver um trabalho educativo com mais qualidade e obter melhores resultados (DAVINI, 1994, p. 27).

Esse é o aspecto essencial da teoria de Jean Piaget para a educação em saúde. A compreensão dos processos de aprendizagem humana, por parte dos profissionais da área da saúde, é fundamental para o desempenho de um trabalho educativo de qualidade.

É necessário que a enfermeira conheça mesmo que minimamente, como acontece o aprendizado internamente no ser humano e em que nível de desenvolvimento cognitivo está sua clientela, para que desenvolva uma ação de educação em saúde adequada. Aqui está o fundamento do velho ditado: é preciso conhecer a clientela para se adequar a linguagem e conteúdo. Mas não só linguagem e conteúdo, mas também métodos pedagógicos.

Segundo Brusilovski (1994) nem todos os adultos atingem plenamente o último estágio de desenvolvimento intelectual em função da falta de estímulos adequados para o alcance do pensamento abstrato. Portanto, acrescenta a autora é necessária a utilização de métodos pedagógicos que permitam ao adulto chegar a desenvolver e usar suas potencialidades intelectuais (BRUSILOVSKI, 1994 p. 36).

Creio como Becker que exista uma complementaridade entre a teoria de Jean Piaget e o pensamento pedagógico de Paulo Freire e concordo com RAMOZZI-CHIAROTTINO (2010) apresentando Becker em seu livro, *O caminho da Aprendizagem em Jean Piaget e Paulo Freire: da ação à operação*. A autora diz que Becker faz uma aproximação muito interessante e jamais vista entre esses dois teóricos, pois Freire normalmente é visto como um pensador da linha transformadora e Jean Piaget com pressupostos que vão ao encontro de um Kantismo evolutivo. Para ela o autor explora o sentido prático e social da teoria de Jean Piaget e aponta o profundo significado teórico da obra de Paulo Freire, fazendo uma comparação entre o conceito de aprendizagem de cada um; em ambos o processo de aprendizagem identifica-se com o processo de construção do próprio ser humano, no qual há uma travessia de um homem que se diferencia pouco do ambiente a este se integrando infantilmente, para se alcançar um homem autônomo (RAMOZZI-CHIAROTTINO, 2010 p.11).

O objetivo de Becker (2010) é extrair a teoria de aprendizagem da obra de J. Piaget, complementada pela de P. Freire, visando dar ao educador um instrumento teórico capaz de propor uma aprendizagem mediante construções e tomadas de consciência, ações e reflexões, uma aprendizagem pela práxis construída tanto pelo educando quanto pelo educador: uma aprendizagem ativa, operatória.

Segundo Becker (2010) a representação como condição da tomada de consciência pode explicar a passagem da inteligência sensório-motora ao conceito, ou seja, da ação à operação; aqui a aprendizagem no sentido estrito assumirá maior significado devido ao brinqueado simbólico enquanto prolongamento da acomodação e à imitação enquanto prolongamento da acomodação, motivo pelo qual a experiência cresce em importância, representa o “real”, isto é, o mundo estruturado através da ação- ação que dá significado às coisas. Para Freire o tijolo tem significado, enquanto é objeto da ação do homem, pelo qual transforma o mundo da natureza em mundo da cultura. A representação com significado é aquela que deriva da ação, é nesse sentido que o mundo da natureza para Freire (1987) passa a ser o mundo da cultura; transformação feita pela ação do homem se impõe aqui mais que tomada de *consciência* (Piaget), a *conscientização* (Freire) para que este mundo da cultura não seja arrancado das mãos de quem o produziu, o sujeito (BECKER, 2010 p.15).

Segundo Becker (2010) esse é um ponto importante de aproximação entre Paulo Freire e Jean Piaget: o homem só compreende bem aquilo que faz e só faz bem aquilo que compreende: fazer e compreender (Piaget) equivale a agir e refletir de (Freire), desde que dialeticamente entendidos; tomada de consciência (Piaget) e processo de conscientização (Freire), são processos parecidos, quase idênticos, sobretudo no que têm de atividade criadora e inventiva, entendidos como função da ação do homem e não como doutrinação (BECKER, 2010).

Assim o conceito de “práxis” de Paulo Freire se aproxima surpreendentemente, do conceito de “construção” e “operação” da proposta construtivista de J. Piaget. Esta aproximação complementa a teoria de aprendizagem de J. Piaget no que diz respeito a uma proposta que atenda às questões sócio-econômico-culturais da população, e reveste de importância a proposta conscientizadora de Paulo Freire e os termos conscientização, opressor-oprimido, educador-educando, processo dialógico, ação-reflexão e vice-versa, práxis, autonomia, etc. (BECKER, 2010 p.17).

A aprendizagem em Freire é dialética, deve transitar em ambos os sentidos, de tal modo que quem educa também é educado e vice versa e assim “ninguém educa ninguém”, mas “os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Surge então, um educador-educando e um educando-educador, num plano das influências mútuas dos homens entre si, trazendo a dimensão política para o cerne do processo educativo. Nesse processo educativo a “palavra como ação e reflexão-palavra como práxis”, é uma necessidade de quem busca participar da construção da sociedade, o que exige transformações nos homens e na sociedade (BECKER, 2010).

Com base na importância e profundidade dessas considerações de um estudioso da psicologia e da educação como Fernando Becker, compreendi porque ainda sem muita noção científica do tema, percebia uma profunda relação entre a teoria de aprendizagem de J. Piaget e o pensamento pedagógico de Paulo Freire; ela é concreta, real e cientificamente confirmada por isso, minha inquietação partia dessa base.

Portanto, acredito que com base nas concepções pedagógicas de Paulo Freire e na teoria do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget, poderemos obter melhores resultados na

ação educativa desenvolvida pelas/os enfermeiras/os nas ações de educação em saúde realizadas com as equipes de Saúde da Família.

Partindo dessa premissa, elaboramos um desenho esquemático que evidencia a inter-relação das concepções teóricas de, Paulo Freire, Jean Piaget e o Arco de Charles Maguerez, como se apresentam e se interrelacionam no desenvolvimento dos Encontros Dialógicos com as perguntas provocativas mediadoras.

Arco Teórico

Jean Piaget – Paulo Freire – Charles Maguerez

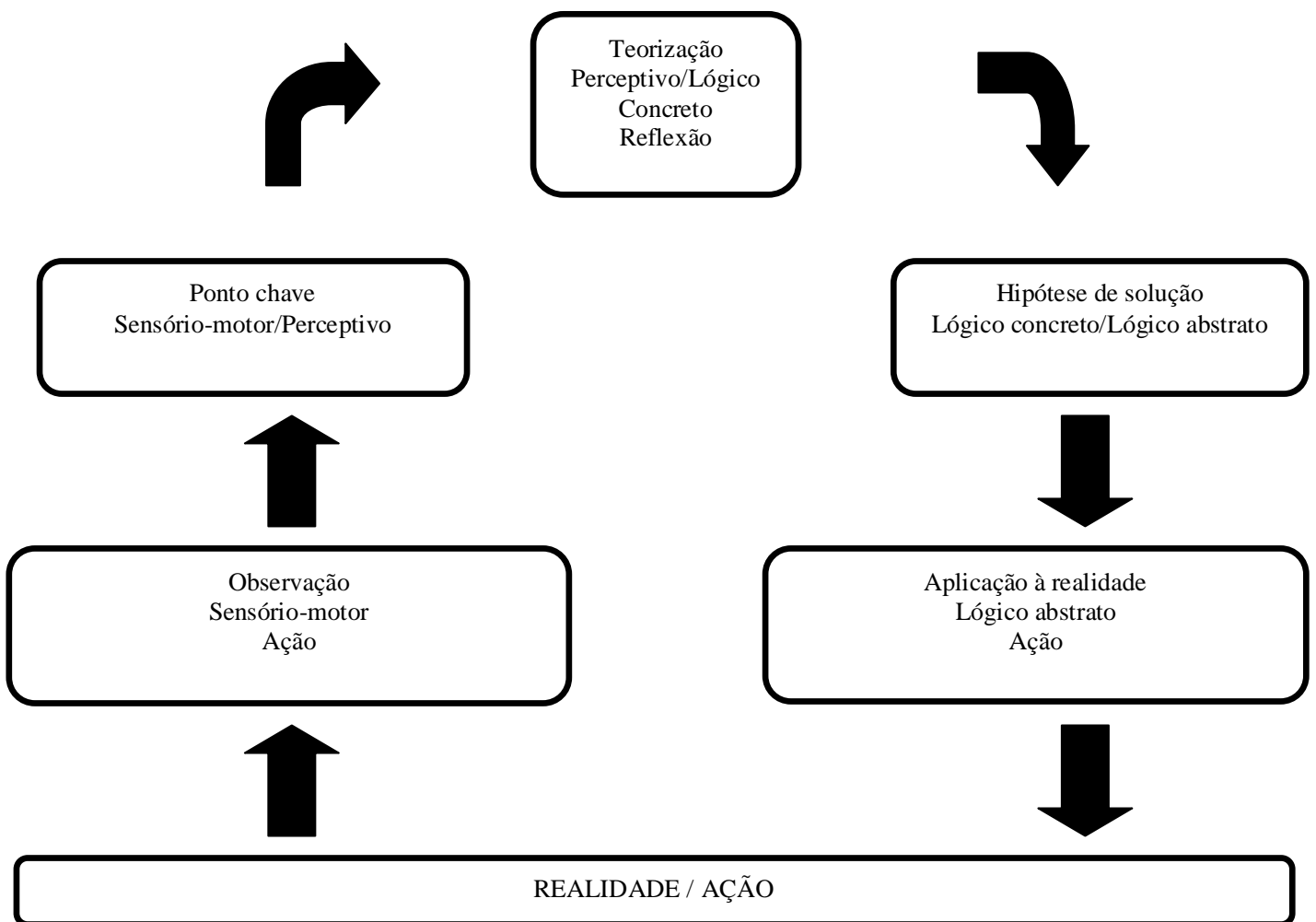


Diagrama 1 - Interrelação dos autores entre si.

CAPÍTULO 3

CAMINHO TRILHADO

3.1. Tipo de estudo

Este estudo foi desenvolvido com uma abordagem qualitativa descritiva com base na pesquisa-ação. Segundo Minayo (2003) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares que não podem ser quantificadas, ou seja, trabalha com um universo de significados como aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo de relações, processos e fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O estudo viabilizou uma construção dialogada e coletiva com enfermeiras das equipes de saúde da família a respeito de suas ações de educação em saúde, a partir de suas vivências e na perspectiva da dialética.

A mesma autora refere que o aspecto qualitativo é característico da pesquisa social considerando que se desenvolve “com gente” em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe levando em conta suas crenças, valores e significados. Implica considerar que o objeto é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação.

A opção por esta abordagem é adequada porque trata das ações de educação em saúde realizadas pelas enfermeiras das equipes de saúde da família, o que requer envolvimento com pessoas, suas idéias e suas práticas. A pesquisa qualitativa, portanto, mostrou-se adequada para estudar os fenômenos apresentados neste estudo, referentes às ações de educação em saúde visto que, os mesmos envolvem pessoas em seus ambientes, a partir de suas perspectivas, crenças, valores e significados, partindo da sua vida diária, e visa juntar-se a elas para melhor entendê-los, na busca de outras opções.

Para Pope e Mays (2009) a pesquisa qualitativa serve para interpretar fenômenos sociais, em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem e um dos seus pontos chave é o estudo das pessoas em seus ambientes naturais, empregando diversos métodos, como

conversar com elas, juntar-se a elas para observar a realidade, bem como ler o que elas escreveram. Leopardi (2002) destaca sua função na compreensão dos problemas na perspectiva dos sujeitos, pois se parte de sua vida diária e do contexto social no qual o evento ocorre.

Considerando que, neste estudo o pesquisador atua como um participante ativo e efetivo na busca de soluções para os processos educativos que permeiam o trabalho dos sujeitos, aqui enfocando as enfermeiras que atuam no programa saúde da família, configura-se em um contexto democrático de construção do conhecimento que se coaduna com uma pesquisa-ação.

Para Thiourent (2009) a pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social, na qual os pesquisadores desempenham um papel ativo na solução dos problemas estudados, no acompanhamento e avaliação das ações executadas em função desses problemas. É adequada quando os pesquisadores querem que as pessoas implicadas tenham algo a “dizer” e a “fazer”. Os pesquisadores desempenham papel ativo e não somente realizam levantamento de dados ou confecção de relatórios que são arquivados.

O autor refere que uma das especificidades da pesquisa-ação consiste em se poder distinguir e relacionar dois tipos de objetivos: um objetivo prático e um objetivo de conhecimento. No objetivo prático se busca contribuir para o equacionamento de um problema considerado central da pesquisa com proposta de ações correspondentes às soluções para auxiliar na atividade transformadora da situação, porém vista com realismo. No objetivo de conhecimento que faz parte da expectativa científica e própria às ciências sociais se buscam informações que seriam de difícil acesso por meio de outros procedimentos, para aumentar o conhecimento de determinadas situações.

Segundo o mesmo autor na pesquisa-ação é possível estudar dinamicamente os problemas, e tomadas de consciência ocorrem durante a execução do trabalho, que pode ser realizado através de reuniões e seminários, nos quais participam as pessoas ou grupos implicados na transformação.

Este estudo é coerente com os objetivos da pesquisa-ação no que diz respeito aos seguintes aspectos de acordo com Thiourent: uma ampla e explícita interação entre

pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada; o objetivo da pesquisa consiste em buscar soluções para os problemas da situação observada; existência de decisões tomadas coletivamente pelos atores da situação; a pesquisa não se limita a uma forma de ação, pretende aumentar o conhecimento ou o “nível de consciência” das pessoas e grupos envolvidos no estudo (THIOLENT, 2009 p. 18).

Estes aspectos foram atendidos na sequência metodológica da pesquisa. A pesquisadora participou ativamente dos encontros dialógicos realizados com as enfermeiras; O objetivo geral da pesquisa consiste em desenvolver em construção coletiva e dialogada com as enfermeiras estratégia para solução de problemas na educação em saúde desenvolvida pelas enfermeira nas equipes do programa saúde da família; durante os encontros dialógicos foram feitas proposições em conjunto, pesquisadora e participantes; a pesquisa pretende aumentar o conhecimento e consciência das enfermeiras a respeito da educação em saúde realizada nas equipes de saúde da família e como modificá-la.

Considero, portanto, que essa estratégia metodológica foi capaz de conduzir o referido estudo ao alcance dos objetivos propostos.

Freire (2006) defende uma pesquisa libertadora, numa relação dinâmica entre objetividade e subjetividade e não a utilização dos grupos e populações como meros objetos. O autor afirma que na perspectiva libertadora, a pesquisa situa como sujeitos cognoscentes, tanto os pesquisadores como os grupos populares e como objeto a ser desvelado, a realidade concreta. E assim, quanto mais se praticar a pesquisa, mais os grupos populares crescem como sujeitos no conhecimento de si e de suas realidades e tanto mais podem superar o conhecimento anterior mais ingênuo. Deste modo, “pesquisar e educar se identificam em um permanente e dinâmico movimento” (FREIRE, 2006 p. 36).

Acredito nessa vertente metodológica e considero importante e necessário seu desenvolvimento nas pesquisas em saúde para possibilitar reflexão e mudanças nas ações educativas em saúde; o envolvimento participativo entre pesquisador e grupos envolvidos na pesquisa como sujeitos cognoscentes ocorre, de modo que haja reflexões que levem à transformação da realidade.

3.2 O cenário e sujeitos do estudo

Belém, popularmente conhecida como cidade das mangueiras pela abundância de mangueiras em suas ruas, é a capital do estado do Pará. Historicamente constituiu-se na principal via de entrada na região norte do Brasil, devido à sua privilegiada posição geográfica. Situada às margens do Rio Guamá, próxima à foz do rio Amazonas. Sua localização no extremo Norte da malha rodoviária brasileira [BR 316 (Nordeste), BR 010 (Belém Brasília) e PA 150 (Alça Viária)], pode ser, facilmente acessada pelas vias terrestre, aérea e fluvial, sendo uma das principais entradas para toda a região norte.

De acordo com o Censo (IBGE, 2010) o município de Belém tem uma população em torno 1.315.618 habitantes. Para dar cobertura na atenção básica para a população o município possui 07 (sete) Distritos Administrativos: Distrito do Guamá (DAGUA), Distrito de Icoaraci (DAICO), Distrito do Bengui (DABEN), Distrito do Outeiro (DAOUT), Distrito do Entroncamento (DAENT), Distrito da Sacramento (DASAC), Distrito de Mosqueiro (DAMOS), distribuídos em bairros do centro urbano e periferia da cidade, os quais contam com 29 (vinte e nove) Unidades Municipais de Saúde, 47(quarenta e sete) Casas Família, além dos Serviços de Atendimento Hospitalares, Urgência e Emergência e de Referência Estadual e Regional (Figuras nº 1 e 2).

A atenção básica no município é realizada pela SESMA, que conta com 29 (vinte e nove) Unidades Básicas de saúde e 107(cento e sete) equipes de Saúde da Família. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro ou uma enfermeira e até dez agentes comunitários de saúde. As equipes de Saúde da família que participaram deste estudo atuam em Casas Família com instalações improvisadas e algumas até muito precárias, o que dificulta a realização de um trabalho de qualidade.

A SESMA coordena 15 (quinze) Casas Especializadas: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), responsável pelos testes de HIV no município e a promoção de ações de prevenção à AIDS e DST (Doenças Sexualmente transmissíveis), Casa de Saúde Mental Adulto e da criança e do Adolescente; Casa Mental Álcool e Drogas; Centro de Informações Toxicológicas (CTI), que controla os dados estatísticos com acidentes com produtos tóxicos e animais peçonhentos e o Centro de Zoonoses (CCZ), que cuida da saúde animal na capital. (PARÁ, 2011).

Gerência 02 (dois) pronto socorros municipais, que atendem casos de alta e média complexidade, 24 horas por dia nas diversas especialidades. Congrega o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Governo Federal, com 15 (quinze) ambulâncias, sendo 12(doze) de suporte básico e 03(três) de suporte avançado (PARÁ, 2011).

Possui 03 (três) Departamentos de Ações Estratégicas como vigilância à saúde, vigilância sanitária de alimentos e vigilância sanitária de engenharia e desenvolve os programas especiais de referência de DST/AIDS, Nutricional, Medicamentos, Laboratório e o Programa Fome Zero (PARÁ, 2011).

Configura-se cenário do estudo o distrito administrativo do GUAMA que abrange 07 (sete) bairros com uma população de 349.535 habitantes, o que corresponde a 27,3% da população geral de Belém.

Tabela nº 1 - Distribuição dos bairros e das unidades básicas que compõem o distrito DAGUA (SESMA)

BAIRROS	UNIDADES DE SAÚDE
1. Canudos	1. UMS Terra Firme - Unidade Básica de saúde
2 Terra Firme	2. Casa Família da Terra Firme – 4 equipes de saúde da família 3. Casa Família Riacho Doce – 2 equipes de saúde da família
3. Condor	4. Casa Família Parque Amazônia I – 2 equipes 5. Casa Família Parque Amazônia II – 2 equipes
4. Cremação	6. UMS Condor – Unidade Básica de saúde 7. Casa Família do Condor – 1 equipe de PACS
5. Guamá	8. UMS Guamá - Unidade Básica de saúde 9. Casa Família Radional – 3 equipes de PACS
6. Jurunas	10. UMS Jurunas - Unidade Básica de saúde 11. Casa Família do Jurunas – 1 equipe de PACS
7. Universitário	

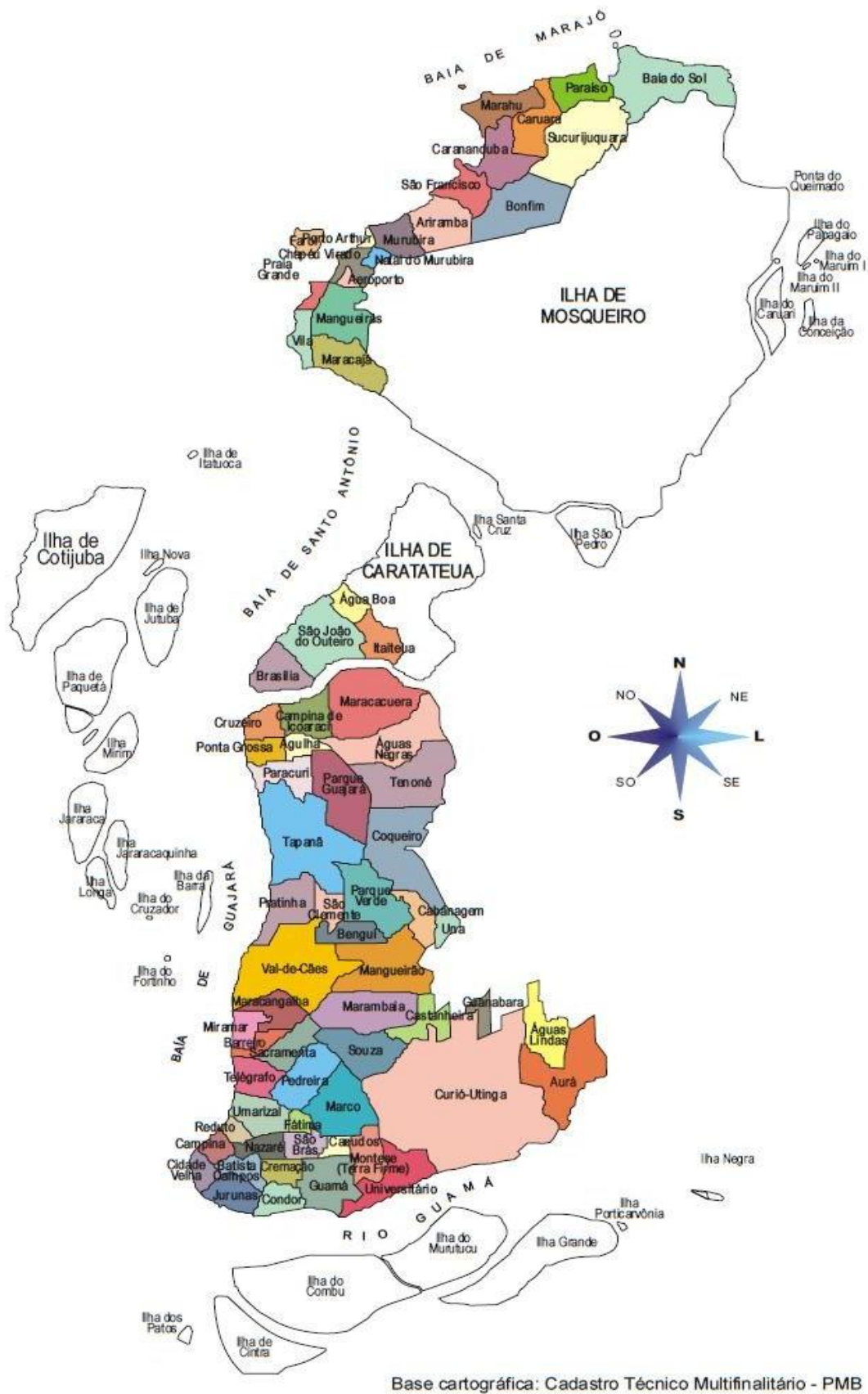
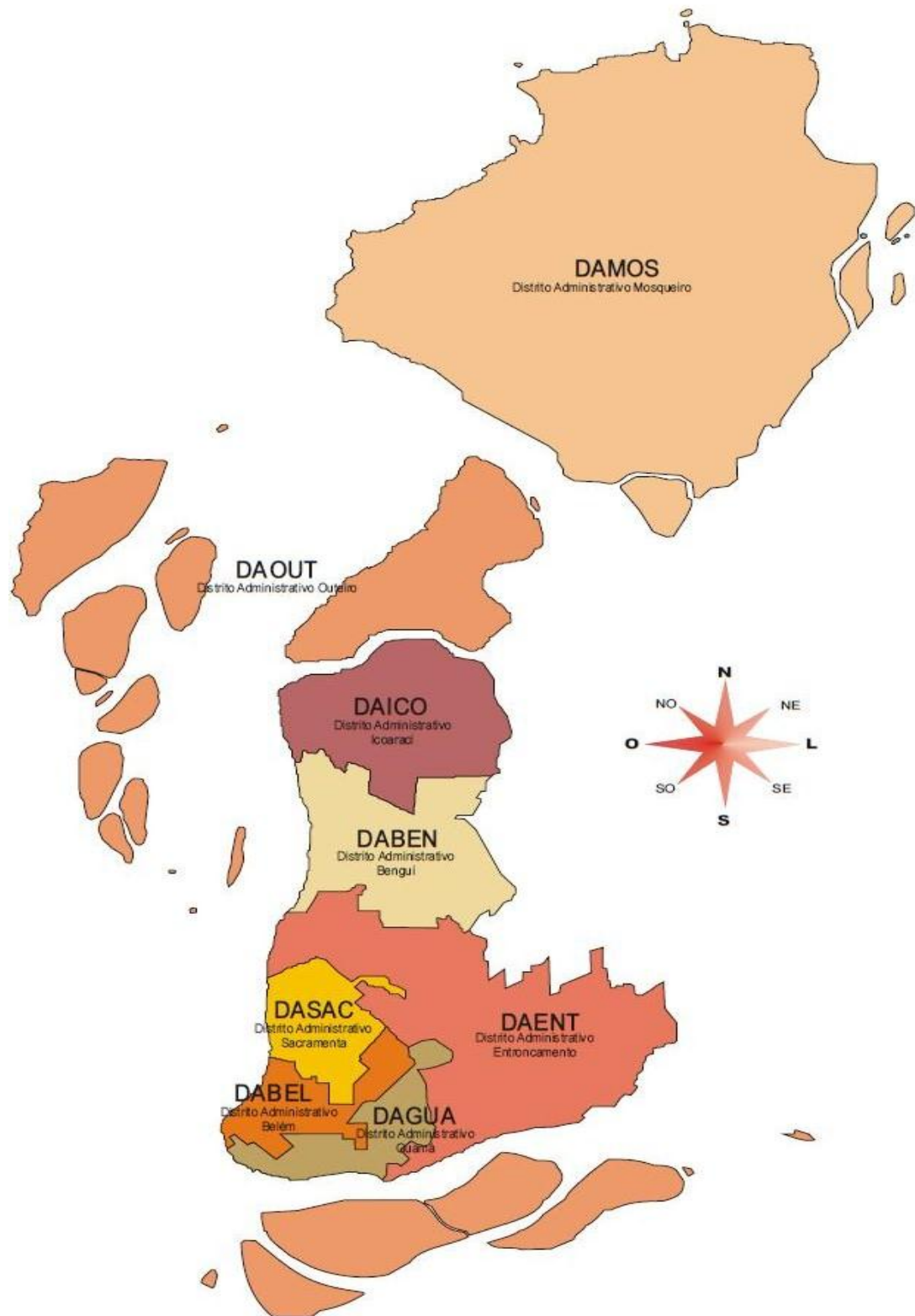


Figura 2 - Divisão Administrativa do Município de Belém em Bairros.



Base cartográfica: Cadastro Técnico Multifinalitário - PMB

Figura 3 - Distritos Administrativos do Município de Belém.

A opção pelo distrito DAGUA deu-se por ser o espaço onde há cerca de sete anos desenvolvi atividades docentes, especificamente na Casa Família da Terra Firme, aspecto que considerei facilitador para o desenvolvimento da pesquisa. Ao retornar ao cenário, revivi bons momentos de convivência com as Equipes de Saúde da Família da Terra Firme, enquanto docente da UEPA.

Fizeram parte do estudo as 4 (quatro) equipes de saúde da família: da Terra Firme, do Parque Amazônia 1, do Parque Amazônia 2 e do Riacho Doce, perfazendo 100% das equipes de saúde da família do distrito. Nessas equipes de saúde da família, atuam 10 (dez) enfermeiras das quais nove participaram do estudo, o que corresponde ao equivalente a 95% das enfermeiras das equipes de saúde da família do Distrito.

3.2.1 Caracterização das enfermeiras

O grupo de enfermeiras que participou do estudo foi em número de nove (09). As faixas etárias das enfermeiras estão distribuídas entre 31 a 65 anos, com uma concentração de 51 a 55 anos. A maior parte é casada, uma (01) solteira e uma (01) divorciada. Majoritariamente podemos destacá-las como profissionais experientes com mais de vinte (20) anos de conclusão do Curso de Formação na Graduação, tendo somente uma (01) com apenas quatro (04) anos. A maioria foi formada nas Universidades do Estado do Pará, UEPA e UFPA e uma (01) na Faculdade Luiza de Marilac no Rio de Janeiro. Com o ingresso na vida profissional e as atividades e ocupações com a família não proporcionaram muitas oportunidades de atualização ou especialização. No entanto, das nove (09) enfermeiras, seis (06) fizeram cursos de atualização por iniciativa própria e duas (02) foram indicadas pelos gestores das instituições em que trabalhavam. Apenas duas (02) fizeram especialização em Saúde Pública, uma (01) especialização em Programa Saúde da Família e duas (02) na área hospitalar; terapia Intensiva, UTI Neonatal e Auditoria em saúde. Nenhuma deu continuidade aos estudos em Cursos Stricto Sensu - mestrado ou doutorado. O tempo de experiência no programa saúde da família variou de dois anos e meio para a enfermeira mais jovem até dez (10) anos, passando pelos intervalos de quatro (04) anos e sete (07) anos. Do total de nove enfermeiras, três (03) participantes do estudo não atuam exclusivamente no programa saúde família, possuindo outros vínculos com outras instituições de saúde.

3.3 Meios para a construção coletiva e dialogada

Os procedimentos de obtenção das informações basearam-se na utilização de perguntas provocativas: adequado ao método escolhido com dinâmicas de integração, que possibilitaram a criatividade e expressão dos sujeitos. Para a composição do material utilizamos alguns dispositivos mediadores: desenhos, massa de modelar, dinâmicas de descontração e para reflexão. As etapas construídas foram as seguintes: 1ª etapa – aproximação ao campo e aos sujeitos: 2ª etapa - Encontros Dialógicos, que expressam as dinâmicas realizadas pela pesquisadora para obtenção das informações.

1ª Etapa-Aproximação ao campo e aos sujeitos

De acordo com Cruz Neto (2003) alguns cuidados relativos à entrada do pesquisador no campo devem ser considerados como: aproximação gradual, consolidando uma relação de respeito efetivo pelas pessoas e suas manifestações no interior da comunidade; apresentação da proposta de estudo aos grupos envolvidos, estabelecendo uma situação de troca e nunca de pressão.

Esses aspectos foram considerados na fase inicial de abordagem com as enfermeiras. Um elemento diferencial e muito significativo foi o fato de que, eu já conhecia o cenário, pois desenvolvia ali atividades práticas da Disciplina Enfermagem Comunitária, da 3ª série do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA em parceria com as equipes da Casa Família Terra Firme. A aproximação, então, foi facilitada, e até certo ponto, envolvida num clima de nostalgia e emoção.

a) Casa Família Terra Firme e Unidade Básica de Saúde da Terra Firme

A primeira Casa Família que visitei foi a Casa Família Terra Firme. Ao chegar, fui imediatamente reconhecida, por todas as enfermeiras, que permanecem no Programa e pelos ACS.

O clima de amizade existente contribuiu favoravelmente para esse contato com uma recepção calorosa e saudosa deixando-me realmente emocionada. Todas as enfermeiras me receberam com muito carinho, gostaram da proposta da pesquisa e demonstraram imediatamente, interesse em participar.

Realizamos três reuniões, uma com o diretor da unidade e duas com as enfermeiras em que apresentei o projeto da pesquisa. Na reunião com o Diretor para minha surpresa verifiquei que o mesmo era ex-aluno da UEPA. Ficou muito entusiasmado, considerou a proposta muito relevante e inclusive demonstrou interesse em participar do trabalho com as enfermeiras, entretanto as atividades de gestão não permitiram.

A primeira reunião com as enfermeiras aconteceu no mesmo dia e contou com a presença de três enfermeiras da Casa Família Terra Firme e duas da Unidade Básica. Nesta primeira reunião apresentei o projeto de pesquisa e coloquei em apreciação a programação dos encontros dialógicos, a fim de serem discutidos os temas geradores. Nessa oportunidade cada enfermeira escolheu a pedra preciosa com a qual gostaria de ser codificada no trabalho e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A) para participação na pesquisa atendendo os princípios éticos. Escolhi nomes de pedras preciosas para codificação, por considerar que a educação em saúde é a pérola da saúde coletiva. O cronograma e o local dos encontros dialógicos foram definidos em conjunto com as enfermeiras. Nesta oportunidade as enfermeiras também preencheram um formulário (Apêndice B) que continha perguntas de caracterização e 4 (quatro) a respeito das ações educativas desenvolvidas e também sobre a dialógica freireana.

Na segunda reunião compareceu uma enfermeira da Casa Família Riacho Doce que também é enfermeira da Unidade Básica e uma enfermeira da Casa Família Parque Amazônia 1 e uma do Parque Amazônia 2. Realizei com essas enfermeiras o mesmo procedimento feito na primeira reunião.

a) Casa Família Parque Amazônia 1

Ao chegar a Casa Família Parque Amazônia 1 assisti uma atividade educativa que estava acontecendo e fiquei impressionada com o entrosamento da equipe com as pessoas. A reunião era com mulheres do pré-natal e a médica distribuía presentes e roupinhas de bebê. Era visível o bom entrosamento de todos, da médica com as enfermeiras e com as mulheres e das enfermeiras com a médica e com as mulheres. Nesta Casa Família fiz contato com uma das duas enfermeiras que não havia comparecido à reunião então. Apresentei os objetivos e realizei os procedimentos éticos necessários já descritos. As duas enfermeiras desta Casa, uma delas eu já conhecia, pois era técnica de enfermagem e membro de uma das equipes da Casa

Família Terra Firme. Fiquei muito feliz ao revê-la, agora, como enfermeira da Casa Família Parque Amazônia 1. Este encontro foi muito prazeroso e recheado de saudosismo. As duas enfermeiras gostaram do projeto e demonstraram interesse em participar dos encontros para a pesquisa.

a) Casa Família Parque Amazônia 2

Ao chegar a Casa Família Parque Amazônia 2 não tive a mesma impressão de bom entrosamento. Percebi as instalações em condições mais precárias e as enfermeiras relataram dificuldades no relacionamento com a equipe. No dia em que visitei a Unidade havia queixas da clientela, com o atendimento médico o que gerava grande descontentamento por parte da comunidade. A sala da enfermeira, localizada logo na entrada da Casa Família, propiciava que fosse a porta de entrada para todas as reclamações da população. Diante de todo esse clima percebi um visível descontentamento das enfermeiras com o trabalho na equipe da Casa Família.

b) Casa Família Riacho Doce

Dentre as limitações relacionadas ao estudo podemos descrever duas situações. Devido a Casa Família Riacho Doce estar numa área de acesso difícil e oferecer risco, não foi possível a realização da visita. Diante disso, foi feito somente contatos telefônicos com uma das duas enfermeiras da Casa Família Riacho Doce que se comprometeu em participar, entretanto não compareceu aos encontros. Acredito que a ausência da visita pode ter sido fator que contribuiu para essa ausência. A outra enfermeira que é também enfermeira da Unidade Básica da Terra Firme participou da reunião com as enfermeiras dessa unidade de saúde.

2ª Etapa - Encontros Dialógicos

As técnicas e os instrumentos de coleta de dados são parte fundamental da dinâmica de uma pesquisa científica. Neste estudo a principal fonte de coleta dos dados foi os Encontros Dialógicos. Para os encontros as temáticas foram apreciadas e aprovadas pelas enfermeiras, antes do início dos mesmos, os quais foram realizados com base nos “círculos de cultura” de Paulo Freire (FREIRE, 1994 p. 110).

Nos seis (6) Encontros Dialógicos ocorreram a obtenção de informações, uma vez que a pesquisa ação possibilita a coleta de dados utilizando uma estrutura coletiva e ativa na busca de informações subjetivas do ser humano e permite a manifestação das emoções, sentimentos, valores, crenças, cultura, reflexões e discussões possibilitando a síntese de produções coletivas. Desta forma a obtenção das informações se deu a partir da sequência dos Encontros Dialógicos apresentados no quadro a seguir:

Todos os sujeitos foram orientados em relação ao trabalho de grupo e sobre o papel participante e crítico de cada um, assim como, do direito de se expressar a respeito da problemática e de como buscar superá-la. O local e os horários dos Encontros Dialógicos foram definidos conjuntamente com as enfermeiras.

O debate foi mediado com o auxílio das perguntas provocativas/mediadoras constante no Quadro I. Os Encontros Dialógicos foram gravados em aparelho de gravação de voz, para assegurar a máxima fidelidade às falas. Foram realizadas em torno de vinte horas de gravação.

Quadro n ° 1 - Estrutura Básica dos Encontros Dialógicos realizados com as Enfermeiras das Equipes das Casas Família do Distrito Administrativo DAGUA.

Encontros Dialógicos	Tema gerador	Pergunta provocativa/mediadora	Estratégia	Recurso Didático	Texto para leitura Fundamentação-Teórica
1	Conhecimento de si	Como me percebo? Como é minha interação com a comunidade?	Atividade em grupo	Desenho e modelagem	Ensinar exige estética e ética (FREIRE, 1996, p. 36-39)
2	Conhecimento do outro	Como percebo as famílias? O que é educação em saúde para mim?	Atividade em grupo	Dinâmica do abraço	Ensinar exige apreensão da realidade (FREIRE, 1996, p.33-38)

Encontros Dialógicos	Tema gerador	Pergunta provocativa/media dora	Estratégia	Recurso Didático	Texto para leitura Fundamentação-Teórica
3	Conhecimento sobre ser educador	Como é minha ação educativa em saúde? Trabalho com grupos? Palestra? Outros? O que é ser um educador em saúde?	Atividade em grupo	Texto	Educação em Saúde: a prática educativa no cotidiano do profissional. (VILLA, 2006, p. 43-51)
4	Descobrir e potencializar	O que é dialógica? Identifico-a na minha ação educativa?	Atividade em grupo	Texto	Texto Ensinar exige disponibilidade para o diálogo (FREIRE, 1996, p. 152-159).
5	Articulação - Teoria-prática	O que preciso modificar? A pergunta pode ser importante? Como planejar estratégias para uma ação educativa em saúde?	Atividade com todo o grupo Debate em grupo	Dinâmica da Dança do forró com as pernas amarradas Texto	Ensinar exige curiosidade (FREIRE, 1996, p. 94-101)
6	Construção coletiva	Qual a proposta do grupo para renovar e sistematizar ações de educação em saúde? Como avalio o processo vivenciado?	Debate em grupo Avaliação oral individual sobre os encontros	Texto	Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível (FREIRE, 1996, p. 113-125)

Ao final dos Encontros Dialógicos teve início a sistematização das idéias para construção de uma proposta, na qual se evidenciasse a dialógica freireana com base na pergunta provocativa/mediadora, que é a construção coletiva do processo.

Consideramos a coleta de informações concluída por entender que o grupo participou majoritariamente e que todas as etapas planejadas foram atendidas, não nos valendo do critério de saturação.

3.4 A análise das informações

Neste estudo, a descrição e organização dos resultados ocorreram concomitantemente com o processo de construção coletiva das informações nos Encontros Dialógicos. O processo de transcrição se deu com o registro das falas na íntegra, obtidos nos Encontros Dialógicos. Estas falas foram ordenadas mediante a sequência dos Encontros Dialógicos e o conteúdo temático da narração para fins de análise e foi discutido com base no referencial teórico.

As informações foram analisadas após a transcrição das falas e por meio da análise temática que segundo Minayo (1998) traz a noção de tema que está ligada a uma afirmação e comporta um feixe de relações, podendo ser graficamente apresentada através de uma palavra, frase ou um resumo.

Para Bardin (2004 p.131) “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. De acordo com Minayo (1998) fazer análise temática significa descobrir os *núcleos de sentido* em um texto comunicativo, buscando identificar a *presença* ou *freqüência* de significados para o objetivo analisado, ou seja, pode-se valorizar a contagem de freqüência de unidades de significação ou qualitativamente a presença de temas que denotem valores de referência ao que se busca no discurso.

A análise seguiu as etapas propostas por Minayo (1998) compostas de *Pré-análise*, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados; reformulação de objetivos e elaboração de indicadores, se necessário. Pode ser decomposta em três tarefas: *leitura flutuante*, *constituição do corpus* e *formulação de hipóteses e objetivos* e *exploração do*

material, que é a codificação; primeiro se faz o recorte do texto em unidades de registro que pode ser uma palavra, uma frase ou um tema; a seguir a seleção dos temas e em um terceiro momento a escolha das categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas. Por fim, o *tratamento dos resultados obtidos interpretados*, no qual se fazem inferências e se realizam interpretações previstas no seu quadro teórico.

Constituíram o *corpus*, ou material para análise nesta pesquisa, os dados obtidos a partir de cada Encontro Dialógico, que foram organizados em categorias e subcategorias.

Para a análise das informações e construção das categorias, tracei um quadro elaborado a partir do que foi apresentado pela professora Ivone Evangelista Cabral na disciplina: Linguagem e Subjetividade: Implicações para a pesquisa. O qual consta dos seguintes itens: Unidade de Registro-Classe de Palavras-Unidade de Contexto e Unidade de significação.

Unidade de registro	Classe de palavras	Unidade de contexto	Unidade de significação
---------------------	--------------------	---------------------	-------------------------

Os tópicos organizados em colunas foram trabalhados da seguinte forma: a unidade de registro traz a fala na íntegra do informante, que após passar por um processo de refinamento, retiram-se os trechos que não possuem significado para o tema em estudo e se extraem as palavras que são significativas, as quais são elencadas na segunda coluna classe de palavras com as quais se elabora a unidade de contexto: por fim se a extrai a unidade de significação, que é a síntese final do quadro de refinamento.

A validação das informações fornecidas pelos sujeitos foi feita retornando-se às unidades para apresentação às enfermeiras dos dados brutos, com assinatura do texto para autorização do uso das informações.

Os teóricos que deram sustentação à análise dos achados não podiam ser outros senão Paulo Freire e Jean Piaget. Considero que há uma profunda interrelação e até complementaridade entre as concepções teóricas de um e a teoria de aprendizagem do outro, o que foi corroborado por Becker (2010). Paulo Freire ao formular seu pensamento educacional considera a realidade, o concreto e a ação como pontos de partida fundamentais para o

aprendizado, fatores considerados por mim essenciais para a aproximação desses dois teóricos.

Considerei a realidade como diretriz fundamental para a reflexão e construção das categorias temáticas em associação com o Arco de Charles e Magueréz. Assim como a reflexão não é estanque a divisão esquemática também não pode ser. Os primeiros momentos de reflexão ofereceram subsídios para a identificação da Realidade 1 em três dimensões, que se encontram no estágio de realidade/ação/percepção, quais sejam: a realidade do EU, a realidade das FAMÍLIAS e o encontro do EU com as FAMÍLIAS. Estas três realidades compõem a 1ª categoria de análise intitulada ***Eu- Outros***. Num segundo momento de reflexão, se identifica a realidade 2 que se encontra no estágio de realidade/reflexão/teorização da AÇÃO ou do AGIR, o qual compõe a 2ª categoria intitulada: ***Eu- Agir Educativo***. Os últimos Encontros Dialógicos trouxeram os subsídios necessários para a reflexão e apresentação da realidade 3 que é o estágio da realidade/ação/transformação e compõe a 3ª categoria intitulada de: ***Nós- Agir Transformador***, esquema que pode ser assim apresentado.

Arco de Categorias Temáticas

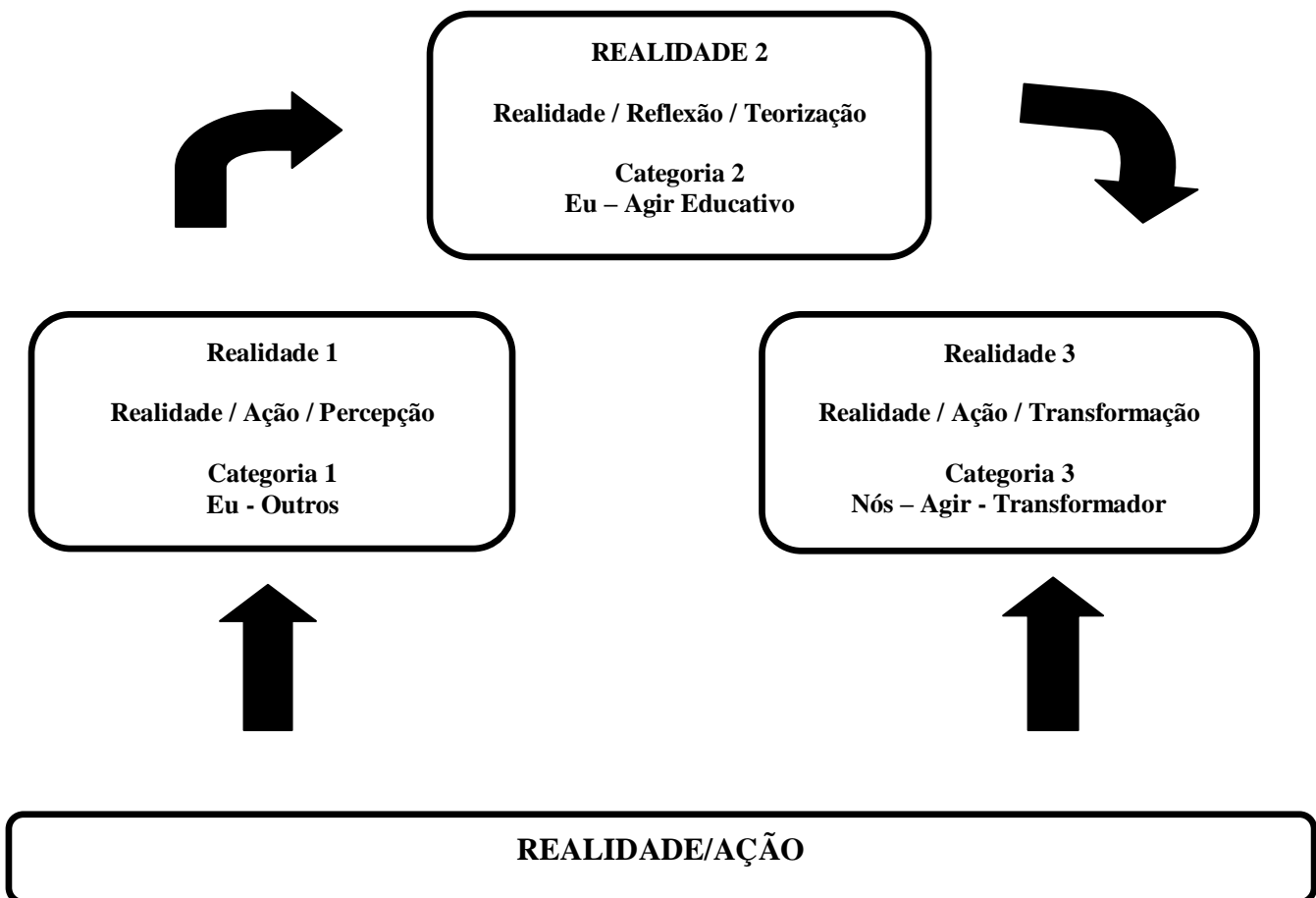


Diagrama 2 - Esquema da construção das categorias de análise fundamentado no pensamento de Paulo Freire e Piaget, integrado a proposta do Arco de Charles e Magueréz.

Para efeito de organização as categorias, considerando que as reflexões se interrelacionam, estabeleci critérios para a proximidade dos temas. A primeira categoria *EU – Outros* traz elementos da realidade 1, que é *REALIDADE / AÇÃO / PERCEPÇÃO* e agrega três unidades temáticas: *Como me percebo? Como percebo as famílias? Como é minha interação com a comunidade?* Estas primeiras perguntas provocativas foram utilizadas para reflexão no âmbito pessoal, profissional e como membro da equipe de saúde, que precisa interagir com a comunidade. Esta etapa do trabalho mostra a identificação, descrição e as primeiras

impressões sobre a temática e a realidade. Esta categoria foi construída com as informações produzidas nos dois (02) primeiros Encontros Dialógicos.

A segunda categoria intitulada: ***EU – Agir Educativo***, traz elementos da realidade 2 que é **REALIDADE / REFLEXÃO / TEORIZAÇÃO** e agrega as unidades temáticas: *O que é ser educador? Como é minha Ação Educativa?* Apresenta o entendimento das enfermeiras sobre ser educador e revela a realidade da ação educativa de cada uma e conseqüentemente da equipe como um todo.

A terceira categoria intitulada: ***NÓS – Agir Transformador*** traz elementos da realidade 3 que é caracterizada como **REALIDADE / AÇÃO / TRANSFORMAÇÃO**. Visa apresentar a perspectiva da ação transformadora, que só pode acontecer no âmbito da coletividade. Agrega as unidades temáticas: *O que é dialógica? Como posso reconstruir a ação educativa?* Evidencia a percepção das enfermeiras sobre dialógica e as reflexões apontadas pelo grupo para reconstrução da ação educativa com base nos pressupostos freireanos e na teoria de aprendizagem de Jean Piaget.

3.5 Os aspectos éticos

Para o desenvolvimento da investigação foram assegurados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007), garantindo assim o anonimato dos sujeitos assim como a participação livre e esclarecida. O projeto foi submetido a todas as instâncias de apreciação conforme determinação legal, tanto na secretaria de saúde (Apêndice D) quanto no comitê de ética, que foi aprovado sob o protocolo nº 0018032100010 (Apêndice E).

CAPÍTULO 4

CONSTRUÇÃO COLETIVA E DIALOGADA COM AS ENFERMEIRAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

1ª CATEGORIA – *EU – Outros*

A primeira categoria foi intitulada *EU – Outros* apresenta e representa um encontro interior das enfermeiras enquanto pessoas e profissionais, com a realidade que as envolve e alimenta as suas ações. Deste ponto da realidade partiu a reflexão com as enfermeiras do programa saúde da família. Iniciamos a discussão sobre as vivências das enfermeiras com situações do cotidiano que tem íntima relação com o fazer profissional com a comunidade. Estas vivências proporcionaram a exposição de um panorama da situação de trabalho e a busca da reflexão e compreensão da própria realidade.

Esta categoria apresenta três dimensões no nível: pessoal, profissional e comunitário. Emergiu dos registros do 1º e 2º Encontros Dialógicos.

Quadro de codificação nº 1 sobre percepção das enfermeiras sobre si mesmas.

Tema	Unidade de registro	Classes de palavras	Unidade de significação
<p style="text-align: center;"><i>Percepção de Si</i></p> <p>Dispositivo: Técnica do Desenho para responder a pergunta: <i>Como me percebo?</i></p>	<p><i>“Me percebo de braços abertos”</i> (Ametista).</p> <p><i>“Me vejo sensível, frágil”</i> (Diamante).</p> <p><i>“Me percebo como liberdade”</i> (Olho de Gato).</p> <p><i>“Sol, luz própria, brilho”</i> (Ônix).</p> <p><i>“Sempre busquei um projeto de vida”</i> (Alexandrita).</p> <p><i>“Me sinto como uma árvore”</i> (Topázio).</p> <p><i>“Na igreja está o pastor e os Ensinamentos”</i> (Ágata)</p>	<p>Abertura</p> <p>Sensibilidade</p> <p>Liberdade</p> <p>Segurança</p> <p>Projeto pessoal</p> <p>Religiosidade</p>	

Tema	Unidade de registro	Classes de palavras	Unidade de significação
<p><i>Percepção das Famílias</i></p> <p>Dispositivo: Técnica da modelagem com a pergunta provocativa: <i>Como percebo as Famílias?</i>.</p>	<p><i>“Nossas famílias estão desestruturadas, desarrumadas, pai numa casa filho em outra, mãe em outra”</i>. (1º grupo: Topázio, Olho de Gato e Diamante).</p> <p><i>“Famílias muito grandes, todo mundo na mesma casa”</i>. (2º grupo: Alexandrita, Ametista, Ágata e Ônix).</p>	<p>Desestruturação Desarrumada Separação Famílias muito grandes Falta de privacidade</p>	<p>Desestrutura familiar ocasionada pela divisão dos membros em várias casas ou falta de privacidade.</p>
<p><i>Interação com a comunidade.</i></p> <p>Dispositivo: Técnica da pergunta lançada ao grupo para ser respondida individual e espontaneamente em plenária no grupão: <i>Como é minha interação com a comunidade?</i></p>	<p><i>“Fico aborrecida quando chegam pedindo exames”</i> (Ônix).</p> <p><i>“... eu vejo pelo aprendizado, simplicidade, respeito, mas também impotência e frieza”</i> (Olho de Gato).</p> <p><i>“Me relaciono com alegria, simpatia, cuidando, ouvindo, acolhendo...”</i> (Ametista).</p> <p><i>“... interação é garantir atendimento”</i> (Alexandrita).</p> <p><i>“Vejo como parte da humanização”</i> (Topázio).</p>	<p>Desvalorização profissional Humildade Simplicidade Respeito Aprendizado Simpatia Cuidado Compromisso com o atendimento Participação nos eventos sociais Paciência Calma Frieza Impotência Humanização</p>	<p>Pode ser Frágil quando é ponte para o médico e forte e intensa como num relacionamento entre grandes amigos quando há aprendizado, respeito mútuo entre outros.</p>
<p>Tema Transversal: Violência</p>	<p><i>“É horrível a gente fica em estado de alerta...”</i> (Olho de Gato)</p> <p><i>“... atrapalha o serviço. ... a gente fica numa situação ruim, é difícil ver o sofrimento das mães”</i> (Ametista).</p> <p><i>“Precisa ser cuidadosa”</i> (Diamante).</p>	<p>Violência Medo Tensão Cuidado</p>	<p>Violência interfere na qualidade da assistência prestada pela enfermeira no PSF.</p>

1º Encontro Dialógico realizado no dia 25/05/2010

A primeira etapa do 1º encontro dialógico oportunizou às enfermeiras um encontro interior. Olharem para dentro de si, num encontro pessoal consigo mesmas e o conhecimento das outras, uma vez que algumas das enfermeiras ali presentes, que trabalham no mesmo Distrito, sequer se conheciam pessoalmente. Este momento foi desenvolvido por meio de uma dinâmica apoiada pela elaboração de um desenho: elas foram convidadas a expressar como se viam e como se percebiam através de um desenho.

A aplicação desta técnica se deu em nível grupal. O tempo de realização foi livre, mas, geralmente, ultrapassou a média de 30 minutos. O material disponibilizado para as enfermeiras foi: cartolina, papel ofício A-4, lápis grafite nº. 2, canetas esferográficas, lápis de cor e de cera. Orientamos que os desenhos fossem feitos à mão livre.

A técnica não foi utilizada como dispositivo para uma análise terapêutica ou outro tipo de avaliação psico-emocional, mas eminentemente, para expressar pensamentos e sentimentos a respeito de si mesmas.

A dinâmica foi extremamente importante, pois funcionou como um momento de sensibilização inicial e descontração, possibilitando a expressão de sentimentos e emoções, necessários para estabelecer um clima de amizade, harmonia, e participação. Além disso, a dinâmica exerceu um papel motivador não só para o desenvolvimento do primeiro encontro, mas para a realização de todo o trabalho, estimulando o interesse e confiança entre enfermeiras e pesquisadora.

A partir dos relatos sobre os desenhos a dinâmica trouxe à tona as características pessoais de cada uma das enfermeiras do grupo, o que dificilmente, no ambiente de trabalho, teriam oportunidade de manifestar às colegas.

Ametista revelou-se como uma supermãe, companheira da comunidade, responsável e amiga registrado em seu desenho que é uma boneca de braços abertos (Figura nº 1). Informou ao grupo que esta expressão artística do seu registro manifesta-se concretamente no seu dia a dia apresentando-se com comprometimento profissional, compromisso com o trabalho e envolvimento com as pessoas da comunidade.

Figura nº 3: Desenho de Ametista na 1ª atividade



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Olho de Gato preferiu não desenhar, porém definiu-se como alguém que gosta da liberdade e de sentir-se livre. O que foi revelado em todos os momentos na fala de Olho de Gato, a expressão de liberdade na execução de suas ações no contexto da vida pessoal e da prática profissional.

Diamante desenhou uma flor e definiu-se como alguém frágil, mas ao mesmo tempo alegre (Figura nº 2). Diamante é a mais jovem do grupo e pode demonstrar alguma fragilidade, mas seu desenho expressa muita sensibilidade, o que foi ratificado em seus depoimentos pela sua preocupação com o bem-estar da comunidade.

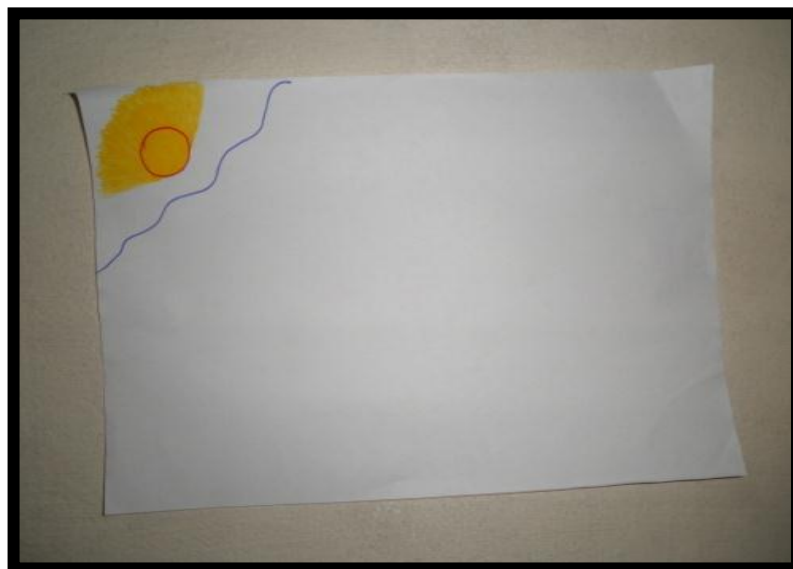
Figura nº 4: Desenho de Diamante na 1ª atividade



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Ônix desenhou um sol e explicou que se sente como alguém com luz própria, demonstrando segurança em si mesma (Figura nº 3). Esta característica foi demonstrada em todos os momentos do trabalho, Ônix se mostrou uma pessoa segura e firme em suas posições, convicta de suas opiniões.

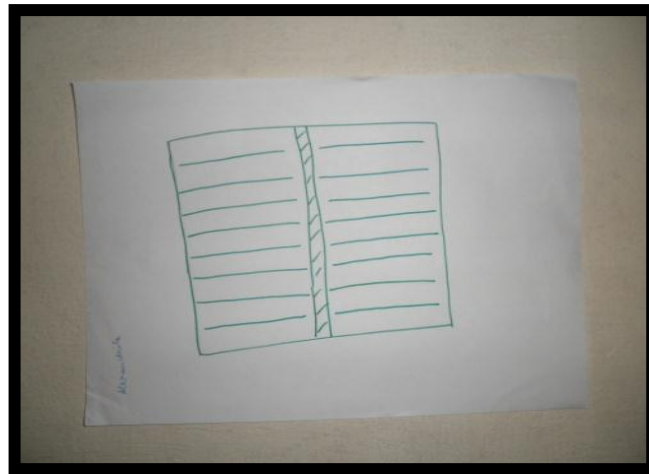
Figura nº 5: Desenho de Ônix na 1ª atividade



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Alexandrita desenhou um livro que representa para si o seu projeto de vida e a busca constante do crescimento (Figura nº 4). A busca do crescimento é algo real na história de Alexandrita, fato que acompanhei durante sua trajetória profissional. Ela iniciou sua atividade prática enquanto técnica de enfermagem e deu continuidade aos estudos atuando neste momento como enfermeira, coordenando uma equipe. A esta evolução destacada no seu processo de formação, considero uma demonstração de vontade de aprender e crescer efetivado na prática.

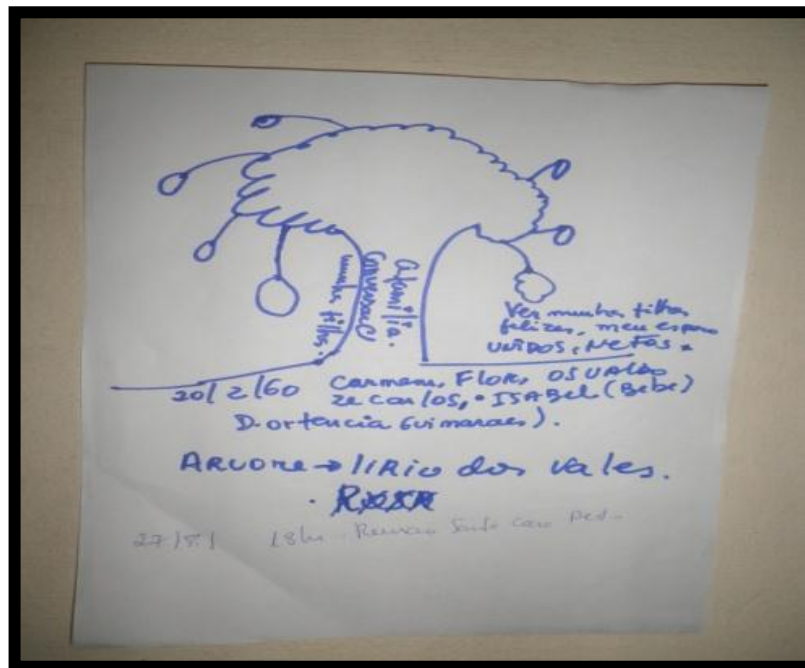
Figura nº 6: Desenho de Alexandrita na 1ª atividade



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Topázio desenhou uma árvore representando sustentação, mostrando que se sente como suporte de todos na família (Figura nº 5). Esta foi uma característica forte demonstrada por topázio em seus depoimentos. Exemplo marcante de mãe e profissional na vida das filhas que hoje estudam enfermagem.

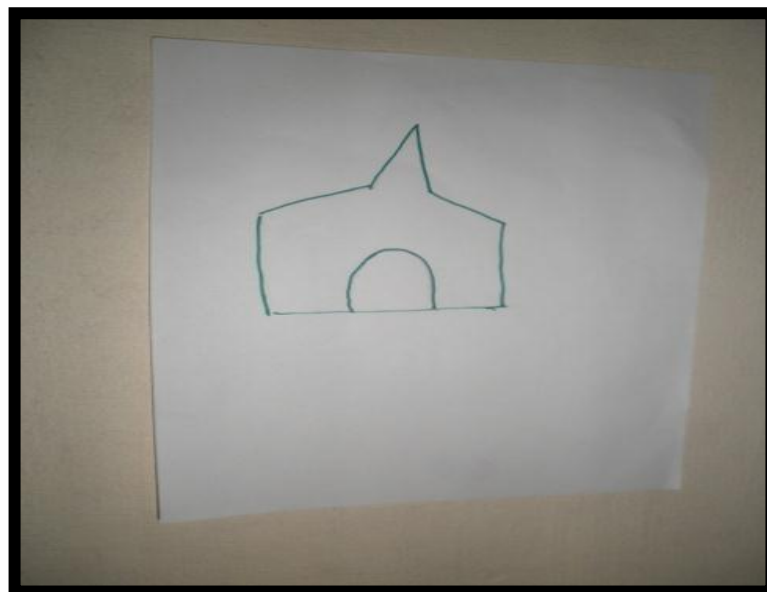
Figura nº 7: Desenho de Topázio na 1ª atividade



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Ágata desenhou uma igreja por ser o lugar em que se busca e encontra ensinamentos religiosos (Figura nº 6). Característica marcante manifestada por Ágata em seus depoimentos, que expressa a força da religiosidade em sua vida.

Figura nº 8: Desenho de Ágata na 1ª atividade



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

A dinâmica mostrou que a expressão pelo desenho é reveladora. As pessoas realmente conseguem mostrar o que sentem e desejam expressar. Ficou evidente a força da dinâmica, pois todas as participantes conseguiram revelar-se de modo que mostraram suas características mais marcantes.

Ainda nesta etapa utilizamos o primeiro texto para leitura e posterior reflexão, após a dinâmica do desenho: *Ensinar Exige Estética e Ética*, extraído do livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (FREIRE, 2000, p. 36-37). Após a leitura desse texto fez-se uma reflexão; se percebeu a importância de uma rigorosa ética na vida das pessoas, assim como da estética, decência e boniteza que têm que andar juntas. Freire (2000) destaca neste texto que homens e mulheres, seres histórico-sociais, que se fazem éticos por sua capacidade de comparar, valorar, intervir, decidir; é uma transgressão pensar os seres humanos sem a ética. Por isso não se pode pensar a experiência educativa sem seu profundo sentido formador. O respeito à natureza humana exige no ensino de seus conteúdos a formação moral do educando. Assim o processo educativo na enfermagem reveste-se também de grandeza e importância, porque tanto quanto na educação formal, trata-se de educação em seu sentido amplo e que como diz Freire (2000) necessariamente deve ser formador.

Destaco algumas falas das enfermeiras a partir da apresentação do texto e sua discussão em grupo:

“(...) nosso serviço é de educador (...)” Ametista.

“(...) essa educação em saúde bem dizer é o, nosso dia a dia, nosso trabalho (...)” Pérola.

“(...) como a colega falou você é o educador (...)” Ágata.

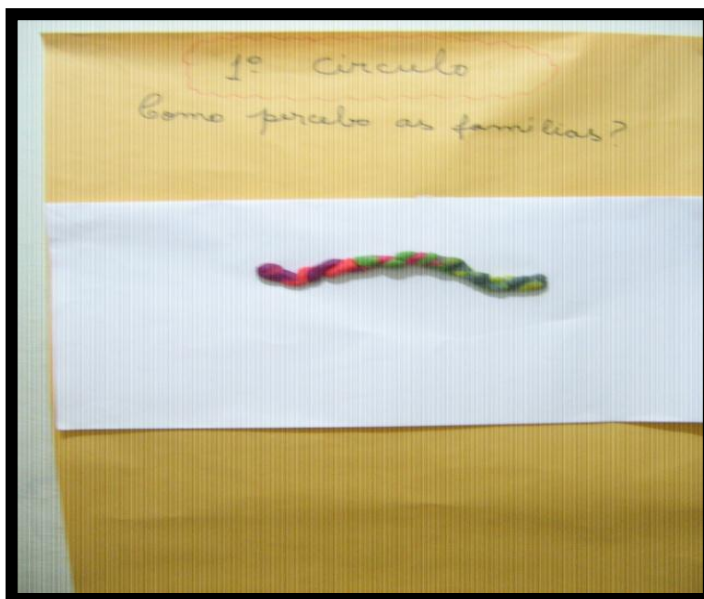
As propostas de práticas pedagógicas necessárias à educação como forma de proporcionar a autonomia surgem como uma maneira de entender o mundo que as cerca. As enfermeiras conduzem o seu entendimento para as práticas reais de ensino, que sejam apropriadas para sua comunidade, embasadas no bom senso e em seu desenvolvimento

intelectual e acadêmico. Expressam o que entendem como beleza de estar no mundo intervindo para transformá-lo.

A segunda etapa favoreceu um encontro com a realidade exterior, evidenciado através da unidade de significação: *como percebo as famílias?* Através da técnica da modelagem as enfermeiras divididas em dois grupos (A e B) manifestaram como percebiam as famílias.

Os dois grupos (A e B) foram compostos de modo aleatório e disponibilizamos massa de modelar de diversas cores. O tempo decorrido para a atividade foi de 30 minutos para a discussão e elaboração do dispositivo. A composição final foi colocada em uma cartolina para exposição a todo grupo de enfermeiras.

Figura nº 9: Construção do grupo A na 1ª atividade



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

O grupo A construiu uma imagem semelhante a uma corda ou trança, feita com tiras de massa colorida para retratar como vêem as famílias (Figura nº 7). Para as enfermeiras do grupo A as famílias estão desestruturadas por falta de coesão dos membros no mesmo teto. Destacam que dentre seus membros, as crianças são as mais negligenciadas no que se refere a sua permanência próxima a família original, o acesso a escola e a permissão para que busquem apoio pedindo esmolas, como está expresso na fala de Olho de Gato.

“(...) Nós pensamos que nossas famílias, de nossas comunidades, elas são realmente todas desestruturadas, desarrumadas (...) filhos em uma casa, a mãe em outra (...) nossas crianças não estão indo pra escola, mas na rua pedindo esmola” (Olho de Gato).

Esse grupo considerou como desestrutura o fato de não encontrarem pais e filhos juntos na mesma casa em convivência coletiva o que é esperado e saudável para uma família. As crianças fora da escola muitas vezes pedindo esmola nas ruas foi outro fator considerado pelo grupo importante que revela a desestrutura em que vivem as famílias.

Pereira *et al.*(2011) descrevem a necessidade da utilização do familiograma – prontuário da família. Este instrumento propicia uma visão gráfica da família e de suas relações, os instrumentos de registro da atenção à família permitem desenvolver no profissional de saúde uma visão integrada dos pontos fortes e das fragilidades da unidade familiar em sua situação atual, bem como dos aspectos evolutivos ao longo do tempo que possam influenciar suas interações presentes. Os resultados revelados pelos instrumentos de atenção à família permitem aportar elementos que possibilitarão revelar ou reforçar hipóteses, buscando a compreensão do entorno de modo, a melhor contribuir para o desenvolvimento do núcleo familiar.

Figura nº 10: Construção do grupo B na 1ª atividade



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

O grupo B construiu vários bonecos de massa representando uma família (Figura nº 8). Para as enfermeiras desse grupo as famílias são também muito numerosas, com filhos, avós e netos todos juntos numa mesma casa, muitas vezes num único cômodo extremamente pequeno e sem conforto e privacidade. O que está expresso nas seguintes falas:

“(...) Nossa família é numerosa né, tem uma grávida e um monte de filhos, aí nascem os netos e aí convive todo mundo (...)” (Alexandrita).

“(...) a realidade é de famílias numerosas, pessoas que não tem nenhuma estrutura (...) oito filhos que dormem todos numa cama só e eu durmo na rede com meu senhor (...)” (Ametista).

“(...) só num quadrado, mãe grávida, filha grávida, neta grávida (...) três gerações aqui dentro dessa casa e dormem tudo junto (...)” (Ágata).

Os grupos (A e B) apresentaram as famílias, com tipos diferentes de desestrutura. O grupo A apresenta a desestrutura como falta de coesão entre os membros, falta da convivência saudável de pais e filhos e filhos fora da escola, pedindo esmola nas ruas. O grupo B indica outro tipo de desestrutura que é o convívio de uma família numerosa em precárias condições financeiras e sem nenhuma privacidade (aglomerados).

Segundo Durham (2011) até recentemente os estudos sobre família eram considerados, no Brasil, secundários e cientificamente retrógrados. Na esfera política e ideológica a defesa da família aparecia sempre como bandeira conservadora. A instituição estava restrita à tradição positivista mais limitada ao que os marxistas chamavam de “ciência burguesa”. A família vinha sendo alvo de duplo ataque, na prática social e na ideologia dos segmentos intelectualizados, e se denunciavam os seus aspectos repressivos e de dominação dos homens sobre as mulheres, e dos adultos sobre os jovens, considerados empecilhos à libertação individual e ao pleno desenvolvimento da pessoa.

Entretanto, acrescenta a autora sempre foi decepcionante para os intelectuais progressistas constatar que, os operários brasileiros, representantes da única classe da qual se esperaria a superação do sistema capitalista, são extremamente apegados à família. Consideram o convívio familiar muito importante e expressam com frequência a idéia da divisão sexual do trabalho, onde a mulher é subordinada ao homem e há tendência a restringir as atividades femininas ao âmbito familiar. Ao mesmo tempo em que, tendem a apreciar as virtudes tradicionais de respeito e obediência dos filhos aos pais.

Para a autora, família significa para os trabalhadores a realização de um modo de vida onde se desenvolve uma estratégia de sobrevivência no presente, se constrói o futuro e se avalia o passado, a vida doméstica não é isolada, mas inserida na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo e sofre um processo de intenso desgaste, em função da situação de pobreza em que muitas se encontram (DURHAM, 2011).

É de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento saudável de qualquer ser humano, o convívio com um grupo humano que ele possa chamar de família, com o qual estabeleça relações fortes e duradouras, onde haja manifestação de afeto, cuidado com crianças e idosos, cumprimento de tarefas e atividades prazerosas e de lazer.

Acredito que a desestrutura familiar apontada pelas enfermeiras é resultado das condições sociais em que se encontra a família hoje.

Penso que as políticas sociais e intervenções estatais precisam voltar-se mais fortemente no sentido de melhorar as condições de vida da classe trabalhadora, visando o resgate da vida em família. O desemprego, que leva à violência e à extrema pobreza, é um dos grandes inimigos da estruturação familiar. Sem condições materiais de vida com qualidade, a família vem se perdendo num mundo injusto e desigual. Sem condições de sustentar suas famílias, muitas vezes homens e mulheres, pais e mães, sentem-se obrigados e sujeitos à desagregação familiar. Sem convívio com pais e irmãos, crianças crescem sem referências, sem afeto, sem possibilidades para um bom crescimento e desenvolvimento. Sem tudo isso não há como tornarem-se cidadãos. E nesse contexto reside a dificuldade de enxergar sua própria realidade. As reflexões sobre si mesmas e sobre as famílias aconteceram no Primeiro Encontro Dialógico.

2º Encontro Dialógico dia 01/06/2010

No segundo Encontro Dialógico, utilizando o dispositivo da pergunta as enfermeiras responderam a questão: Como é minha interação com a comunidade? Que teve como objetivo identificar como é a interação das enfermeiras com a comunidade em que trabalham.

Para Durham (2011) na linguagem comum a noção de comunidade refere-se a uma coletividade na qual os participantes possuem interesses comuns e afetivamente identificados uns com os outros. Idéia que pressupõe harmonia e ideal de vida social que se opõe à realidade de conflito de interesses e impessoalidade das relações sociais presente na sociedade atual. Na sociologia, estudiosos buscam explicar os diversos conceitos de comunidade, entretanto, estão sempre associados às características de proximidade espacial, homogeneidade, afetividade, consenso e participação numa totalidade.

O debate trouxe à tona a realidade no âmbito profissional, o que para algumas enfermeiras tem gosto amargo e para outras nem tanto. Os registros apontam para a existência de uma interação que vai desde sentir-se intermediária para consulta com o médico até o desejo de acolher e cuidar.

Para Ônix, a interação com a comunidade passa pela condição de se sentir ponte para o atendimento médico, o que a faz sentir-se desvalorizada profissionalmente. Para Diamante, a interação exige necessidade de ter paciência e acalmar o usuário em função da falta de especialidade no sistema de saúde que ela considera cruel e a deixa muito angustiada.

“(...) eu fico assim, aborrecida quando eles chegam e dizem (...) - dá pra senhora pedir uns exames pra adiantar quando eu vir com o médico (...)”. (Ônix).

“(...) eu me sinto muito angustiada porque tem um paciente que tem um problema sério e agente não consegue resolver, pela dificuldade de encontrar consulta pra especialidade que eles precisam (...)” (Diamante).

Interagir significa agir reciprocamente, ação que se exerce entre duas ou mais pessoas (FERREIRA, 1986). Relação significa ligação, vínculo e vem de relacionar que é fazer e adquirir amizades. Relacionamento, então, é ligação de amizade, afetiva, profissional condicionada por uma série de atitudes recíprocas. A atuação no Saúde da Família necessariamente, exige das enfermeiras que estabeleçam uma interação com a comunidade, posto que a filosofia da Estratégia propõe um contato mais intenso e sistemático dos profissionais com a comunidade, para que conheçam de perto seus problemas e necessidades de saúde. É certo que esse contato contínuo pode conduzir a um envolvimento forte entre enfermeira e comunidade, sobretudo quando envolve a busca de soluções para os problemas de saúde das pessoas. No entanto, nem sempre se chega a um relacionamento forte e intenso com a comunidade.

Os dados mostraram, no caso específico das Casas Família do Distrito DAGUA, que pode haver uma interação **frágil**, entre a enfermeira e a comunidade, quando há por parte desta a sensação de estar sendo usada pela comunidade, como ponte para se atingir outros serviços, procedimentos e consulta com o médico e **forte** como num relacionamento entre grandes amigos em que há troca de experiências e aprendizado. Com base nas falas das enfermeiras, para que aconteça uma boa interação e se possa chegar a um relacionamento são fundamentais elementos como: respeito, simplicidade, alegria, conquista, compromisso, preocupação, acolhida, humildade, participação com a comunidade, simpatia, paciência, calma e, sobretudo, escutar a comunidade.

A qualidade das experiências vividas com a comunidade direciona o rumo da interação. Experiências como essas que as fazem sentir-se ponte para outros fins causam nas enfermeiras a sensação desagradável de desvalorização profissional. Questões dessa natureza precisam ser trabalhadas com a comunidade e eliminadas. Caso contrário, se tornam um empecilho a uma boa interação e conseqüentemente ao bom desempenho do profissional interferindo na qualidade do trabalho realizado.

A limitação do sistema de saúde é também apontada como um problema para uma boa interação. Uma vez que muitas vezes o usuário atribui ao profissional as dificuldades de referência aos outros níveis de assistência. O profissional representa o sistema e é confundido com ele. Quando o descontentamento é grande e o usuário deseja manifestar sua insatisfação, é o profissional de saúde que está mais próximo e ao alcance do usuário ao qual ele externa seu desagrado com o sistema. O profissional está na linha de frente e é obrigado, muitas vezes correndo risco de ser até agredido verbal ou fisicamente, a receber o impacto dessa relação conflituosa do sistema de saúde com o usuário dos serviços.

Entretanto, foi significativo e não tão raro a expressão dos aspectos positivos apontados pelas enfermeiras de uma forte interação com a comunidade, indo além da própria interação e chegando a ser uma relação de amizade com suas comunidades, o que foi destacado nas falas de Olho de Gato, Ametista, Alexandrita e Topázio.

“(...) eu vejo pelo aprendizado (...) é o respeito, o aprendizado (...) me sinto assim, tão simples diante deles e impotente também (...)” (Olho de Gato).

“(...) eu me relaciono com a comunidade com alegria, simpatia, preocupação, cuidando, ouvindo, interagindo, participando de momentos especiais (...)” (Ametista).

“(...) procurando garantir compromisso com o atendimento (...)” (Alexandrita).

“(...) minha interação com a comunidade é a humildade (...)” (Topázio).

Com esses aspectos positivos podemos dizer que entre essas enfermeiras e suas comunidades há uma ligação afetiva que é condicionada por uma série de atitudes recíprocas.

Porém, há os sentimentos de medo, tensão por causa da violência, que apareceram na reflexão como temas transversais na discussão sobre interação com a comunidade. A violência é algo muito presente no cotidiano das enfermeiras, fazendo parte da realidade de cada uma delas.

“(...) Eu tenho muito medo assim, de visitar determinadas casas. A gente fica sendo vítima de violência (...) só que quem me assaltou foram os filhos e netos de quem me conhece (...)” (Olho de Gato).

“(...) a gente vê, assalto (...)” (Ágata)

“(...) a gente não sabe quem a gente tá atendendo né, muitas vezes é a mãe de um bandido, é a mulher de um bandido (...) eu me sinto mal (...)” (Diamante)

“(...) eu tenho dois casos desses, eu morro de medo, eu fico muito tensa (...) ela se meteu na frente, levou três tiros (...)” (Ametista).

A área de atuação das enfermeiras é considerada de risco social, justificando as vivências de violência que as amedrontam. O risco social resulta das carências sociais ao pleno desenvolvimento humano, que contribuem para a degradação das condições de vida (HERCULANO, 2002). A maioria das áreas de risco social apresenta altos índices de criminalidade, baixa renda, padrões de habitação precários, etc.

A violência é um tema antigo na sociedade, fenômeno sócio-histórico presente na vida da humanidade em toda sua existência. Apesar de a violência estar muito presente no nosso cotidiano, não podemos, nem devemos nos acostumar com ela a ponto de não estranhá-la. O estranhamento da violência em nossa vida é importante e necessário para que estejamos sempre dispostos a compreender suas causas para combatê-las.

Para Minayo (2006, p. 14), a maior dificuldade para se conceituar a violência vem do fato de ela ser um “fenômeno da ordem do vivido”, cujas manifestações estão carregadas de forte carga emocional, tanto em quem a comete como em quem a sofre. A autora considera que nem a filosofia popular nem os filósofos eruditos têm uma última palavra sobre o significado da violência. A complexidade do tema não permite que se façam afirmações unilaterais de causalidade da violência na sociedade.

Segundo a mesma autora do ponto de vista filosófico e sociológico há pelo menos três fontes explicativas para a violência. Uma que considera a violência como expressão de crises sociais que levam a população mais atingida negativamente à revolta frente à sociedade. Teóricos como Toqueville, Fanon, Sorel e Sarte explicam a violência do povo em determinado momento histórico da sociedade em função da necessidade da revolta popular como reação a uma situação insustentável de exploração e necessária para a transformação da sociedade.

Um segundo grupo de teóricos defende o caráter racional e instrumental da violência que constituiria um meio para conseguir um fim específico. Esses teóricos consideram a pessoa violenta como ser consciente que visa o poder político. Engels é um exemplo de estudioso que valoriza a violência como acelerador do desenvolvimento econômico. Hanna Arendet defende como meio de conquista de poder, mas não confunde violência e poder. Mas, ao contrário, critica aqueles que difundem a idéia de que se pode justificar a violência para se chegar ao poder.

Um terceiro grupo de estudiosos, apoiados na obra do filósofo e cientista social Norbert Elias, refere forte articulação entre violência e cultura. Também com base em Freud esse grupo de estudiosos considera a violência ligada a instintos humanos, passando à ação humana frente à competitividade e chegando à luta de interesses pela coletividade. (MINAYO, 2006)

Explicações dos estudiosos para a violência na sociedade hoje, não aliviam ou amenizam a sensação de medo, pavor e insegurança vivenciada pelas pessoas que a sofreram algum momento ou a enfrentam no dia a dia. Acompanhar os noticiários já traz uma sensação de insegurança, entrar em contato diariamente por conta do ofício é uma situação extremamente difícil. As enfermeiras que atuam nas equipes de PSF da Terra Firme experimentam diariamente esse clima de terror existente hoje, na periferia das grandes cidades do Brasil. A violência é algo concreto em suas vidas, está muito perto, presente no cotidiano. As experiências de violência relatadas mostram que muitas vezes as enfermeiras trabalham sob forte tensão, preocupadas com sua integridade física. Fato que interfere decisivamente na qualidade da assistência prestada à comunidade/usuário, pois afeta o estado emocional da profissional quando a mesma diz: “*eu tenho muito medo*” (Olho de Gato), “*eu morro de medo*” (Ametista), “*a gente não sabe quem tá atendendo*” (Diamante). Esse clima de medo interfere no trabalho da enfermeira e de qualquer outro profissional, principalmente nas ações educativas, onde há necessidade de um envolvimento afetivo forte de confiança, capacidade de compreensão e tranquilidade.

Ao falar da violência as enfermeiras manifestam preocupação com seus usuários, percebem a influência das condições de miséria, pobreza extrema e o tráfico de drogas, já muito presente na comunidade fazendo acontecer tanta violência. Expressam preocupação com as crianças e adolescentes de sua área, mas, quando falam da sensação de impotência fica claro que é uma grande dor. Fica evidente o quanto o sentimento de impotência maltrata as enfermeiras que desenvolvem suas atividades nas equipes de PSF, numa área de periferia de cidade grande.

Ao expressar sua impotência as enfermeiras parecem revelar o problema a nível macro que é a impotência do próprio sistema de saúde que não consegue atender adequadamente seus usuários. Não é capaz de cumprir e ser fiel com o que propõe em seus princípios previstos na Constituição e normatizados em Lei. O não cumprimento da legislação e da

Constituição chega ao nível micro onde os problemas de ordem administrativa também sufocam o profissional como relatado nas falas de Rubi e Topázio:

“(...) a gente começa o pré-natal, aí nunca tem a folhinha do gestar (...) você faz naqueles outros impressos e o laboratório devolve” (Rubi).

“(...) Tem muito na coordenação, mas o gerente da casa não vai buscar” (Topázio).

Enfim, apesar da violência, a maior dor das enfermeiras parece residir na sensação de impotência do sistema que é transferida para os profissionais que o representam no nível assistencial assim como nas experiências administrativas desagradáveis que lhes parecem injustas.

Ainda neste 2º encontro utilizamos o segundo texto para reflexão foi: “Ensinar exige apreensão da realidade”. Extraído do livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (FREIRE, 2000, p. 76-80). As reflexões transitaram pelo campo da capacidade especificamente humana de apreender e chegar à essência do objeto estudado, o que permite, por isso, poder reconstruir um mau aprendizado. Freire (2000) fala da coerência que deve ter o educador com suas opções políticas, as quais não se podem ocultar; nem deve desconhecer o direito dos alunos de rejeitá-lo, mas assumir suas convicções. Analogamente ao educador, a enfermeira na comunidade como educadora deve ser coerente com suas opções políticas e assumi-las, posicionando-se frente às questões que a realidade apresenta. Ao referir a violência e as condições precárias em que vivem as famílias, as enfermeiras mostram que observam a realidade à sua volta e a analisam criticamente, responsabilizando as autoridades pelos problemas, embora, esteja presente uma certa ingenuidade nessa avaliação e a mesma não retrate uma compreensão do papel decisivo e importante das enfermeiras/os na construção de políticas públicas para o setor saúde como observamos na fala de Ágata:

“(...) essa politicagem (...) falta amor dos governantes (...)”
Ágata.”

Ao final dos dois primeiros encontros houve a possibilidade de realizar a avaliação das atividades. Nestes momentos as enfermeiras presentes manifestavam sua opinião espontaneamente fazendo a avaliação sobre o Encontro respondendo à pergunta: Como foi o dia hoje? A avaliação do primeiro e segundo Encontros foi expressa com as palavras: ótimo, bom e muito bom.

2ª CATEGORIA – *EU – agir educativo*

A segunda categoria intitulada: *EU – agir educativo* evidencia o panorama da situação, percepção e interação das enfermeiras enquanto “ser educador” na ação educativa no Programa de Saúde da Família. Esta categoria apresenta as discussões sobre ser educador e ação educativa e emergiu dos registros das falas do 3º Encontro Dialógico.

Quadro de codificação nº 2 sobre entendimento das enfermeiras a respeito de educador e ação educativa

Tema	Unidade de registro	Classes de palavras	Unidade de significação
<p>Ser educador Dispositivo: Atividade em grupo para responder a pergunta: <i>O que é ser educador em saúde?</i></p>	<p>Grupo 01- (Diamante, Ametista e Ônix)</p> <p>“(…) <i>orientar, troca conhecimentos e experiências, visando a saúde integral do indivíduo, orientador, cuidador</i>”.</p>	<p>Orientar Trocar informações e experiências Conhecimento Acolhimento Ser cuidador Visar a saúde integral do indivíduo</p>	<p>Ser educador é orientar, trocar conhecimentos e experiências através de diálogo, utilizando, linguagem clara e acessível.</p>
	<p>Grupo 02- (Alexandrita, Ágata e Pérola)</p> <p>“<i>Nós colocamos ter conhecimento e segurança do que vamos transmitir, linguagem acessível e de acordo com o público, mensagem clara e objetiva</i>”.</p> <p>“(…) <i>ter trocas não é chegar e ditar</i>”.</p>	<p>Conhecimento Segurança Linguagem acessível, clara e objetiva.</p>	
<p>Ação educativa Dispositivo: Atividade em grupo para responder a pergunta: <i>Como é minha ação educativa?</i></p>	<p>Grupo 1 (Ametista, Diamante e ônix)</p> <p>“(…) <i>nas capacitações, falta material, tem que fazer improvisação, não tem apoio (..) eu faço a roda de conversa (..)</i>” (Ametista).</p>	<p>Conhecimento Segurança Linguagem acessível, clara e objetiva.</p>	<p>A ação educativa é realizada com palestras, explicações, reuniões e roda de conversa.</p>
	<p>Grupo 2 (Alexandrita,</p>	<p>Capacitações Explicação</p>	

Tema	Unidade de registro	Classes de palavras	Unidade de significação
	<p>Ágata e Pérola)</p> <p>“(…) a gente faz explicação (…) mostra e tenta demonstrar prá eles nas (…) reuniões (…) mas, tem o retorno (…) quando a gente vai fazer uma palestra” (Pérola).</p>	<p>Reuniões Palestra Roda de conversa</p>	
<p>Temas Transversais:</p> <p>Outras questões que interferem na qualidade da ação educativa</p>	<p>“(…) falta material, tem que fazer improvisação, não tem apoio (…) pessoas que não têm nenhum perfil (…) descompromissadas (…) tu não consegues trabalhar” (Ametista).</p> <p>“(…) diariamente agente tem muita dificuldade (…)” (Pérola).</p> <p>“(…) não tem aparelho de pressão, não tem o sonar (…) levava tudo da minha casa (…)” (Ágata).</p> <p>“(…) numa casa onde não tinha condição nenhuma (…) tinha um ventilador e uma mesa (…)” (Ônix).</p> <p>“(…) ambiente de trabalho pesado (…) briga (…) situação muito difícil (…)” (Olho de Gato).</p> <p>“(…) nunca tem a folhinha do gestar (…) o laboratório devolve (…)” (Rubi).</p> <p>“(…) o gerente da casa não vai buscar (…)” (Topázio).</p>	<p>Deficiência na estrutura física Falta de recursos materiais Falta de apoio gerencial Problemas administrativos na USF Problemas de relacionamento na equipe</p>	<p>Problemas de ordem geral, falta de recursos e de apoio gerencial e administrativo, interferem na qualidade da ação educativa realizada pelas enfermeiras no PSF.</p>

3º Encontro Dialógico realizado no dia 08/06/2010

Foi muito proveitosa e participativa a reflexão com as enfermeiras sobre “*ser educador*” e “*ação educativa*”. A partir do dispositivo de atividade em grupo para responder às pergunta o que é ser educador em saúde e como é minha ação educativa? As enfermeiras expressaram o entendimento a respeito de ser educador e como realizam a ação educativa no cotidiano do trabalho no Programa de Saúde da Família.

Quanto à ação de educador as enfermeiras referiram:

“(...) orientar, troca conhecimentos e experiências, visando a saúde integral do indivíduo, orientador, cuidador” (Grupo 01- Diamante, Ametista e Ônix).

“(...) nós colocamos ter conhecimento e segurança do que vamos transmitir, linguagem acessível e de acordo com o público, mensagem clara e objetiva (...) ter trocas não é chegar e ditar” (Grupo 02- (Alexandrita, Ágata e Pérola).

Ao mesmo tempo em que um grupo de enfermeiras expressa que ser educador é orientar e trocar conhecimentos e experiências outro identifica ser educador como ter conhecimento e segurança do que vai transmitir. Considero que estabelecer trocas não é só revelar uma mistura das concepções bancária e outra, mais próxima da concepção libertadora constituindo dois conceitos não complementares, dos quais os enfermeiros trabalham na tentativa de apoiar as propostas de trabalho em saúde.

Em se tratando da discussão de conceitos, merece destacar os principais, entre o educar, educando, professor e aluno. Educar significa promover o desenvolvimento da capacidade intelectual e moral do ser humano. Educando é, aquele que está sendo educado e educador é, portanto, aquele que promove o desenvolvimento da capacidade intelectual de alguém. Professor significa aquele que ensina, mestre; e aluno aquele que recebe instrução em estabelecimentos oficiais, estudante (FERREIRA, 1986).

Percebemos uma diferença substancial entre esses conceitos no que diz respeito às suas concepções. O primeiro termo “educador” se refere a uma concepção abrangente de educação que vai além da dimensão da instrução. Desenvolver a capacidade intelectual e moral do ser humano exige muito mais do que ensinar conceitos e repassar conhecimentos de determinada área.

O segundo termo restringe-se ao repasse de conhecimentos por parte do mestre e assimilação de conhecimentos por parte do aluno, considerando um que sabe e outro que precisa aprender.

Freire (1987) diferencia esses termos com o que ele chama “educação bancária” de “educação libertadora”, afirmando que na primeira há a presença de domesticação e autoritarismo. Sugere uma dicotomia homens-mundo. Como se os homens simplesmente estivessem *no* mundo e não *com* o mundo. Temos os expectadores e não recriadores do mundo que estabelecem com ele uma relação *para* e não *com* ele na descoberta do mundo. Considera o educando destituído de qualquer saber, vazio de conteúdos e, portanto, depositários dos mesmos (FREIRE, 1987 p. 62).

A educação libertadora, ao contrário, propõe uma postura de educador humanista numa relação de companheirismo com o educando, na descoberta do mundo, e não só, no repasse de conhecimentos. Relação essa que deve ser de proximidade e amorosidade, fundamentada no diálogo, que tem que haver com um “profundo amor aos homens e ao mundo”, que funda-se na humildade e na fé nos homens, no qual a confiança é conseqüência óbvia (FREIRE, 1985 p. 79).

Para o autor a leitura do mundo precede à escrita. Considera que é com os olhos fixos na realidade concreta do educando, que melhor se aprende a escrita, pois é a partir do seu mundo e da sua realidade, com seus problemas que melhor se pode desenvolver a leitura da escrita. Neste método se utiliza como ferramentas pedagógicas os elementos que o educando conhece, próprios do seu mundo e assim chegar à apreensão dessa realidade e à conquista da visão crítica sobre esse mesmo mundo. Freire destaca que somente é conseguida esta apreensão com uma postura de estar *com* e não *para*. Nessa relação de aprendizado a realidade não está distanciada do ato de aprender, mas associada a ele.

Esse aspecto da concretude, que vincula o aprendizado com a realidade do educando, assume grande relevância, quando trazemos as contribuições da psicologia cognitiva do sujeito, de Jean Piaget. Percebemos que as idéias de Piaget e Freire se relacionam. Acredito que esses autores evidenciaram em seus estudos, de maneiras diferentes como o indivíduo aprende. Jean Piaget especifica os esquemas de assimilação para o aprendizado e Paulo Freire mostra como utilizar os esquemas iniciais na prática para um aprendizado mais eficiente e transformador, partindo da realidade de cada um.

Ao apresentar os fundamentos do aprendizado humano, Jean Piaget mostrou a necessária vinculação da concretude ou realidade do educando para que o mesmo atinja as estruturas mais elevadas de assimilação para a compreensão do objeto a ser aprendido e Paulo Freire considera que o ensino deve necessariamente utilizar-se da realidade para que o educando apreenda melhor, e dessa forma, aconteça de modo crítico. Ou seja, aprender segundo Piaget e ensinar segundo Freire estão intimamente relacionados, pois para aprender é preciso atingir o esquema de assimilação necessário, o que exige recorrer a objetos ou dados concretos da realidade que auxilie nesse processo, e fazendo isso, aplico o pensamento pedagógico de Paulo Freire para a educação.

Os termos orientar, e trocar apresentam significados divergentes. “Orientar” pode ser: determinar posição de lugar; ajustar à direção; indicar o rumo e aconselhar, que é o sentido utilizado pelas enfermeiras. Por outro lado para o termo “Trocar” os significados mais relacionados com o tema em estudo são: substituir, alterar e modificar (FERREIRA, 1986).

Analisando a partir das concepções inerentes aos termos utilizados pelas enfermeiras para expressarem seu pensamento e ação educativa, percebemos um misto de concepções bancária e libertadora no pensar e agir. Há enfermeiras que expressam a concepção libertadora, mas com uma prática ainda com características da pedagogia tradicional, isto é, não conseguem a efetivação de uma mudança concreta na prática. Outras enfermeiras apresentam uma prática libertadora desenvolvida intuitivamente, pois ainda não reconhecem os elementos teóricos que estão embasando a sua prática.

Dessa forma, evidenciamos que as enfermeiras desenvolvem suas ações de educação em saúde fundamentadas num misto das concepções tradicional e libertadora, sendo no entanto, evidente a predominância da realização da palestra e explanações, mas também está

presente, a reunião e as rodas de conversa, evidenciando um misto de concepções que subsidiam a ação.

O pensar e o fazer na educação em saúde, estão imbuídos desse misto de concepções, como num caminhar em transição. Há a consciência da necessidade da mudança, entretanto, chegar até ela exige uma caminhada árdua com passos ainda no trilho da educação bancária.

Vasconcelos (2000) fala dessa mudança como numa transição dialética, que é complexa, pois envolve fundamentalmente mudança de postura do professor. O autor afirma: “a passagem da metodologia expositiva para a exposição dialogada, apesar de não ser marcada por glamour, significa enorme avanço na prática pedagógica” (Vasconcelos, 2000 p.88). Considera o autor a exposição dialogada alternativa viável, pois pode propiciar alto nível de elaboração de conhecimento desde que haja, segundo o autor, efetiva interação entre expositor-ouvinte e o sujeito ouvinte expositor (Vasconcelos, 2000 p. 89).

Ressalta o autor que a exposição tem que ser dialogada mesmo, numa relação, onde exista, participação de todos; ambiente de respeito; superação da postura individualista do conhecimento e na linguagem freireana interação educador-educando, bem como, amorosidade.

Essa transição de que trata Vasconcelos (2000) está presente na fala das enfermeiras, quando manifestam que ser educador é orientar e também que é troca experiências. A concepção de orientar representa muito fortemente, a educação bancária. Entretanto, a concepção embasada na troca de experiências e de conhecimentos sinaliza para uma postura de educador que busca o trilho da educação libertadora.

Paulo Freire desmantelou a concepção do professor autoritário e com ela retirou da educação o poder que oprime e que domestica. Propõe um educador humanista, próximo do educando que conhece sua realidade e o ajuda a refletir sobre ela para, não só compreendê-la, mas transformá-la. Fez uma combinação perfeita de leitura do mundo e leitura da palavra. É essa educação que transforma o mundo porque primeiramente transforma os homens, sua maneira de pensar e entender sua própria realidade.

Na educação em saúde buscamos atingir esse movimento de mudança de idéias, concepções, pensamento das pessoas a respeito dos seus problemas de saúde, modos de vida

que não são saudáveis, porém refletindo com elas a respeito do seu mundo, das questões político-econômico-sociais que determinaram o surgimento desses problemas. É preciso entender que a educação em saúde por si só não dá conta das mudanças individuais e coletivas esperadas e desejadas pelos profissionais e resistir à tentação do uso dos subterfúgios da culpabilização e o olhar que julga, conforme refere Sabóia (1999, p.117). Em sua análise sobre as práticas discursivas de enfermeiras sobre educação em saúde a autora identifica que as enfermeiras reforçam a face disciplinadora da educação em saúde quando se valem com muita frequência do discurso militar como: controle, estratégia, campanha, combate e recrutamento. (SABÓIA, 1999 p.116).

Esse discurso reflete o caráter disciplinador das instituições que os profissionais absorvem e reproduzem. Nessa visão segunda a mesma autora os indivíduos tornam-se instrumentais para atender os objetivos do Estado (SABÓIA 1999). É um discurso que expressa atitude de enfrentamento dos problemas de saúde, muito mais como uma questão de atingir metas de vacinação, de implantação de programas, de reduzir os índices desagradáveis, isto é, atingir os números desejados, do que uma busca real de solução dos problemas da comunidade.

É, portanto, opressora e domesticadora. A educação em saúde com base no pensamento de Paulo Freire rejeita essa condição de opressão e trabalha no sentido da libertação das pessoas. Libertação da opressão, do desconhecimento de suas condições de saúde ou seu problema específico, mas também, do desconhecimento das condições materiais de vida que conduzem a ele.

Por isso, não tem como fazer educação em saúde de qualidade hoje, que não seja embasada nas concepções libertadoras, como é o caso da educação popular, que discute criticamente os problemas de saúde das pessoas da comunidade e da população. Embora, não de forma fatídica, entende que o ser humano está inserido num contexto, que apresenta condições materiais determinantes para os problemas ali existentes.

As enfermeiras das equipes do PSF compreendem essa questão, no entanto, necessitam do embasamento teórico necessário para inserir essa reflexão na educação em saúde que realizam. Carecem de instrumentalização teórico-pedagógica para o desenvolvimento de uma ação educativa de qualidade.

As estratégias para ações de educação em saúde apresentadas como as mais comumente utilizadas, foram:

“(...) palestras, explicações, reuniões e roda de conversa”
(grupos 1 e 2).

A ação educativa sob a forma de palestras, explicações, reuniões e roda de conversa, foram as atividades referidas como as mais comumente utilizadas pelas enfermeiras para a realização da ação educativa com os usuários. Estas atividades são totalmente condizentes com as concepções apresentadas. Isto é, há um misto de concepções bancária e libertadora. As primeiramente colocadas foram palestras e explicações, o que significa que são as mais utilizadas, vindo a seguir as outras técnicas pedagógicas, entre elas as reuniões e a roda de conversa. O que deixa claro que, embora, persistam as técnicas marcadamente da concepção bancária, a palestra e as explicações, está presente a roda de conversa, que é uma atividade que se assemelha ao círculo de cultura e supõe uma concepção libertadora.

Convém ressaltar, que essa última atividade não foi referida pela maioria e sim por uma pequena parcela das enfermeiras, mostrando que a maioria ainda utiliza frequentemente a palestra como atividade básica para a ação educativa. Entretanto, foi também voz corrente que essa palestra já apresenta características de um diálogo mais aberto com a comunidade. Fica evidente, no entanto, que as enfermeiras carecem de embasamento pedagógico para uma mudança na prática mais consistente e demonstram igualmente dificuldade de ampliar a discussão com os usuários, incluindo as questões sócio-políticas e econômicas, trazendo a realidade da comunidade para o debate.

Uma vez que os temas comumente desenvolvidos nas ações educativas ficam restritos aos sinais e sintomas das doenças e a participação do usuário no tratamento, compreendemos que há dificuldade de problematizar com as questões sócio-econômico-políticas da sociedade, como que fugindo da discussão dita subversiva. Percebemos avanços na educação em saúde desenvolvida nas equipes do PSF, estes, no entanto, são tímidos, não conseguem ainda

ultrapassar o trilho da concepção bancária, encontram-se num caminho de transição ainda distante do patamar da educação popular em saúde.

Outro ponto a assinalar nessa análise diz respeito às condições adequadas de infraestrutura para a realização da ação educativa em saúde. A falta de recursos materiais e de apoio gerencial e administrativo são problemas apontados como impeditivos para uma boa ação educativa, como aparece na fala da enfermeira:

“(...) diariamente a gente tem muita dificuldade (...)” (Pérola).

Convém lembrar que na concepção de Paulo Freire o próprio educador é o instrumento mais importante no processo educativo, daí porque ele diz: “o bom professor é aquele que, enquanto fala, leva o aluno até a intimidade do movimento do seu pensamento” (FREIRE, 2000 p.96). Freire quer dizer que os recursos mais sofisticados não substituem a atuação provocativa e motivadora do educador no processo de ensino-aprendizagem. O simples ato de falar do educador que leva o educando a pensar, raciocinar, buscar respostas, procurar entender, porque desperta nele curiosidade, vontade de descobrir é o recurso mais importante.

Porém, não se pode esquecer que as condições materiais de sala de aula, ou espaço para desenvolvimento da ação educativa, os recursos pedagógicos e o apoio gerencial e administrativo da instituição, têm sua importância e contribuem de modo favorável ou desfavoravelmente no processo. Em todas as Unidades Saúde da Família (em Belém denominadas Casas Família) que visitei nenhuma possuía sequer um espaço para a realização da ação educativa em saúde. Algumas até tinham um espaço, porém não muito adequado e as enfermeiras realizam as atividades sem o apoio dos gestores. Há falta de material até para a realização das atividades básicas da assistência, quanto mais apoio para as ações de educação em saúde, como vemos na fala de Ágata, Ametista e Rubi:

“(...) não tem aparelho de pressão, não tem sonar levava tudo da minha casa (...)” (Ágata).

“(...) falta material, tem que fazer improvisação, não tem apoio (...) pessoas que não têm nenhum perfil.. descompromissadas (...) tu não consegues trabalhar”
(Ametista).

“(...) nunca tem a folhinha do gestar (...) o laboratório devolve (...)” (Rubi).

Os recursos materiais não são tudo, porém são importantes para uma ação educativa em saúde de qualidade. Esse aspecto precisa ser visto e valorizado pelos gestores desde o espaço para implantação da Casa Família, quase sempre improvisado e não oferecendo condições adequadas para a realização das atividades de assistência e muito menos ainda para a realização de uma educação em saúde de qualidade. Todas as enfermeiras que participaram do estudo desenvolvem suas atividades em Casas Famílias improvisadas que não oferecem condições ideais para nenhuma das atividades propostas pela Estratégia como na fala de Ônix:

“(...) numa casa onde não tinha condição nenhuma (...) tinha um ventilador e uma mesa (...)” (Ônix).

A deficiência dessas condições na prática do trabalho das Equipes de Saúde da Família demonstra um descompasso dos gestores com a filosofia da Estratégia que preconiza a promoção e prevenção dos problemas com base na educação em saúde e, portanto, deve ser pensado um espaço físico amplo e adequado para a realização das ações educativas em saúde.

Além disso, foi apontado que o clima emocional entre os membros das equipes, ou entre estes e a gerência da Casa Família também funcionam como fator que dificulta a realização de um bom trabalho, como aparece na fala de Olho de Gato:

“(...) ambiente de trabalho pesado (...) briga (...) situação muito difícil (...)” (Olho de Gato).

Em qualquer ambiente de trabalho existem dificuldades de sociabilidade e de convívio sendo um fator que contribui para o desgaste emocional dos profissionais que traz prejuízo para o bom desempenho de todos. Com as equipes de Saúde da Família não é diferente, esse problema existe e precisa ser enfrentado por todos para o bom rendimento da equipe.

Ainda neste 3º encontro utilizamos o terceiro texto: “Educação em saúde: A prática educativa no cotidiano do trabalho profissional”, de Eliana Villa, extraído do livro: Educação em Saúde: teoria, método e criatividade. (GAZINELLI, DENER, MARQUES, 2006). A autora aponta que a falta de recursos didáticos, materiais e espaço inadequado dificulta e compromete a qualidade do processo educativo bem como a falta de instrumentalização dos profissionais continua sendo o ponto crucial. Afirma que a Escola Tradicional já não é mais suficiente para formar um profissional para atender as necessidades do setor saúde e que é necessário instrumentalizar os profissionais em metodologias que considerem as questões sociais e a dimensão política da formação. A autora considera que o educador na prática não deve se limitar à absorção passiva, mas buscar as possibilidades de libertação, de fazer relações mentais diferentes, de transformar e tomar posse do fazer/saber. Constata, contudo, que no mundo do trabalho nem sempre isso tem sido possível. O profissional aprisionado pelo acúmulo de tarefas e sob pressão institucional desenvolve a prática educativa de forma despercebida e sem a intencionalidade de um fazer crítico e criativo. A prática de alguns profissionais ainda mostra-se centrada na transmissão e no desempenho de um papel controlador e embora reconheçam que a mera transmissão é uma abordagem insuficiente, inapropriada e que não atinge o objetivo de educar, encontram dificuldades em trabalhar diferente e reproduzem o ensino-aprendizagem de sua formação.

Estes fatos são confirmados nas falas das enfermeiras Pérola e Ametista:

“...agente fica muito sufocada.... tudo é a enfermeira... é o nosso dia a dia.” (Pérola).

“...se preocupa muito de mostrar uma coisa bonita, mas que não atinge o objetivo... eles não estão entendendo...começam

levantar prá querer ir embora... é uma maneira de dizer que não estão entendendo...” (Pérola).

“...palestra é cansativo...agente pensa na palestra... será que o conhecimento foi assimilado? será que aprendeu? Não ...porque eu continuo com os mesmos problemas da diabete, hipertensão..”. (Ametista).

Ao final do 3º Encontro a avaliação da atividade foi expressa com as palavras: ótimo. muito bom, proveitoso e relaxante.

3ª CATEGORIA – *NÓS - agir transformador*

A terceira categoria intitulada *NÓS – agir transformador* é composta por duas unidades de significação: Dialógica Freireana e Reconstrução da Prática. Emergiu dos registros das falas do 4º, 5º e 6º Encontros Dialógicos.

Quadro de codificação nº 3 que apresenta o entendimento das enfermeiras sobre dialógica, dialógica na ação educativa e reconstrução da prática educativa em saúde.

Tema	Unidade de registro	Classe de palavras	Unidade de significação
<p>Dialógica</p> <p>Dispositivo: Debate grupo respondendo a pergunta: <i>O que é dialógica?</i></p> <p>A seguir apresentação em plenária da resposta consolidada dos dois subgrupos.</p>	<p>Grupos 1 e 2</p> <p>É uma dinâmica de conversa com troca de informações, manifestação das emoções, sentimentos, culturas e outros.</p>	<p>Dinâmica Conversa Troca de informações Manifestação Emoções Sentimentos Culturas Orientações Visita Domiciliar</p>	<p>Para o grupo de enfermeiras, dialógica é uma dinâmica de conversa, onde há, não só troca de informações, mas manifestações de emoções, sentimentos e cultura.</p>
<p>Dialógica na ação educativa</p> <p>Dispositivo: Debate grupo respondendo a pergunta: <i>Identifico a Dialógica em minha ação educativa?</i></p> <p>A seguir apresentação em plenária da resposta consolidada dos dois subgrupos.</p>	<p>Grupos 1 e 2</p> <p>Sim, através das ações, orientações e visita domiciliar.</p>		<p>As enfermeiras identificam a dialógica em suas orientações e visita domiciliar realizadas na comunidade.</p>
<p>Reconstrução da Ação Educativa</p> <p>Dispositivo: Atividade em grupo respondendo a pergunta: <i>Que preciso modificar?</i></p> <p>A seguir apresentação em plenária da resposta consolidada dos dois grupos.</p>	<p>“(…) fazer perguntas prá eles refletirem sobre a doença (...) é este o caminho (...) coisa simples e eficaz de atingir o objetivo (...) vai ficar gravado a pessoa jamais vai esquecer (...) a gente tem essa riqueza toda (...) e se preocupa tanto com data show!</p>		<p>Perguntas Passar conhecimento Cultura Experiência Dinâmica Colocar o quer aprender. Roda de conversa. Objetivo Caminho</p>

Tema	Unidade de registro	Classe de palavras	Unidade de significação
	<p>(...)” (Pérola).</p> <p>“(…) <i>de acordo com as respostas agente vai orientando (...) o que era pesado se tornou leve (...)</i>” (Diamante).</p> <p>“(…) <i>Isso realmente que falta pra agente poder passar o conhecimento que agente sabe (...) é importante a questão da cultura (...) falta conhecer mais a comunidade (...) ouvir de todos uma experiência (...) usar uma dinâmica (...) o grupo colocar o que quer aprender (...) uso da roda de conversa (...) é hora (...) de mudar essa palestra (...)</i>”(Ametista).</p> <p>“(…) <i>eu faço o trabalho da pergunta mais no preventivo (...) precisa aproveitar (...) nos outros grupos e levar pra comunidade (...)</i>” (Alexandrita).</p>		<p>significativa na ação educativa desenvolvida pelas enfermeiras no PSF.</p>

4º 5º e 6º Encontros Dialógicos realizados nos dias 15,22 e 29/06/2010

No 4º encontro dialógico partimos para o debate em dois grupos sobre a dialógica freireana com a pergunta: O que é dialógica freireana? Reflexão que também foi muito interessante e significativa para todas as participantes dos Encontros Dialógicos.

Os dois grupos 1 e 2 resumiram e consolidaram suas respostas definindo dialógica como:

“(...) uma dinâmica de conversa, onde há, não só troca de informações, mas manifestações de emoções, sentimentos e cultura” (Grupos 1 e 2).

Analisando o conceito percebemos que as enfermeiras entendem dialógica como uma dinâmica de conversa, na qual, deve ser possível a expressão de emoções, sentimentos e cultura, o que é realmente, um avanço conceitual. Entretanto, fica claro que não há um entendimento embasado numa concepção teórica.

No 4º encontro utilizamos o texto: Ensinar exige disponibilidade para o diálogo. Extraído do livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (FREIRE, 2000. p. 152- 159), onde Freire aponta que a disponibilidade para o diálogo exige o respeito às diferenças e a coerência entre o pensar e o fazer. Afirma que a segurança se funda na consciência da inconclusão e se alicerça na abertura ao outro a e novos caminhos. Diz que a boniteza está na viabilidade ao diálogo, pois o sujeito que se abre ao mundo inaugura com seu gesto a relação dialógica que se confirma com inquietação e curiosidade em permanente movimento. E que os educadores precisam aprender a dialogar com os meios de comunicação discutindo com os educandos seu papel disseminador de ideologia e a própria ideologização do processo comunicativo, tendo havido intensa participação das enfermeiras como nas falas:

“(...) A televisão é um instrumento (...) traz muita notícia, muita coisa boa, mas também mostra mais as coisas imperfeitas, os assaltos, a prostituição, como eles fazem prá assaltar (...)” Agata.

“(...) ela influencia muito, tudo que a pessoa vê ela acredita (...) a televisão não dá chance para o diálogo (...). porque tudo o que passa (...) se torna verdade” Diamante.

“(...) a gente deve valorizar (...) mas discutir ter a consciência crítica (...)” Ametista.

No 5º encontro o texto utilizado para leitura foi: Ensinar exige curiosidade, extraído do livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática pedagógica* (FREIRE, 2000, p. 94-101), no qual Freire apresenta a curiosidade como elemento indispensável para a experiência formadora. Afirma que é importante que alunos e professores assumam-se curiosos, pois é ela que move ao aprendizado e a construção ou produção do conhecimento implica no seu exercício.

No 6º encontro o texto utilizado para leitura e reflexão foi: Ensinar exige a convicção de que mudança é possível, extraído do livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (FREIRE, 2000. Pg. 85-94), onde Freire fala da importância de se acreditar na possibilidade e na vocação do ser humano para buscar a mudança. Afirma que “o mundo não é, está sendo”. O papel dos seres humanos não é só de constatar, mas de intervir como sujeitos. A constatação deve servir para tornar todos os seres humanos capazes de intervir.

A avaliação do 4º Encontro denota uma participação efetiva do grupo na construção coletiva e a dialógica. Os discursos foram inânimes na informação de que foi muito proveitoso, tal como destacado das enfermeiras:

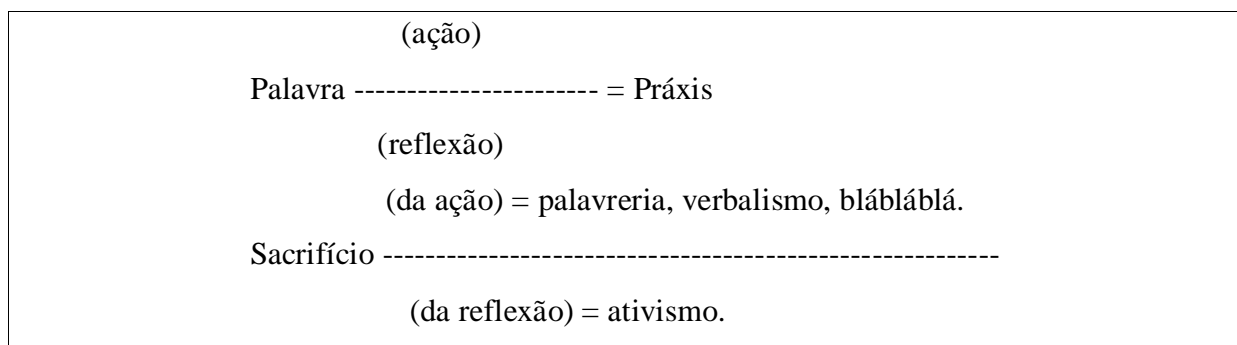
“Gostei, foi muito bom...”(Olho de Gato)

“...Foi dialógico” (Ágata)

As avaliações do 5º e 6º encontros expressaram igualmente os termos, muito bom, dialógico e proveitoso.

Para Freire (1987) dialógicidade é a essência da educação como prática da liberdade, caracterizada por uma postura fundamentada num verdadeiro diálogo, o qual é embasado em quatro elementos essenciais: *fé, humildade, amor aos homens e ao mundo e o pensar crítico*. Somente com a presença desses elementos se consegue um verdadeiro diálogo, conseqüente, reflexivo, transformador. E só com esse diálogo, a educação, cumpre sua função primordial que é a transformação dos homens e do mundo (FREIRE 1987).

As reflexões do autor partem do elemento essencial para o diálogo, como fenômeno humano, a palavra, e de uma íntima interação de duas dimensões: a ação e a reflexão. Elementos com os quais ele elabora uma representação esquemática de relação da palavra e essas dimensões.



Esquema descrito em Freire (1987 p. 77).

Essa representação esquemática significa que a palavra verdadeira conduz sempre a uma reflexão que conseqüentemente se torna ação ou vice versa. Esse movimento de ação – ação – reflexão - ação continuamente produz, o que Freire chama de práxis como atitude constante de agir e refletir. Refletir criticamente sobre o mundo, sobre a vida, pensar no que se faz, pensar no que fazer, refletir sobre a prática, num ciclo criador e recriador que movimenta e transforma.

Segundo o autor a dicotomia de qualquer desses elementos gera formas inautênticas de existir e de pensar, pois a existência humana não pode ser muda, silenciosa, mas nutrir-se da verdadeira palavra para pronunciar o mundo e transformá-lo. Daí porque afirma “não há palavra verdadeira que não seja práxis”, o verdadeiro objetivo da palavra é a transformação do mundo (FREIRE, 1987, p. 77).

Diálogo para Freire (1987) é, portanto, este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando na relação eu-tu. (FREIRE, 1987 p. 78). Nessa dimensão onde o diálogo é exigência existencial, em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos com o objetivo de transformar o mundo, não pode ser reduzido a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro nem tornar-se uma simples troca de ideias. Nem é também discussão guerreira, onde não há compromisso de pronúncia do mundo, nem busca da verdade, mas imposição da sua.

Com base em Freire (1987) podemos dizer que o diálogo com esses quatro elementos essenciais, é condição fundamental para uma existência humana transformadora do mundo. A dialógica freireana é, portanto, a compreensão do diálogo nessa dimensão e amplitude.

É certo que o diálogo nesse enfoque permite a expressão dos sentimentos, emoções e é produtor de cultura, e não só a manifestação da mesma, porém, necessariamente deve proporcionar o desvelamento da realidade, além de apresentar os elementos fé, humildade, amor aos homens e ao mundo.

Com base nas respostas podemos afirmar que falta fundamentação teórica para compreensão do tema. Entretanto, ao referirem que dialógica envolve uma dinâmica de conversa, onde seja possível a expressão de emoções, sentimentos e cultura. Consideram ainda que é uma conversa que precisa de algo que a caracterize como dialógica e a diferencie de outros tipos de conversa, porém não conseguem avançar por falta de fundamentação teórica.

No 4º encontro quando responderam à pergunta: *Onde identificam a dialógica na ação educativa?* Informaram que identificam a dialógica nas orientações e visita domiciliar.

“Sim, através das ações, orientações e visita domiciliar”

(Grupos 1 e 2).

Considerando que foi demonstrado um entendimento parcial sobre dialógica se pode perguntar: como aplicar o que se desconhece teoricamente? É certo que há uma mudança qualitativa nas ações de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras nas equipes do PSF, porém, são isoladas e tímidas. Ainda é muito mais frequente o uso de metodologias representativas da educação bancária, como a palestra e as explicações, as mais citadas pelas enfermeiras como técnicas utilizadas para o trabalho educativo com os grupos específicos, incluindo os momentos de orientação e nas visitas domiciliares.

É importante salientar que a educação em saúde é específica, isto é, tem um conteúdo próprio, é focada nos problemas de saúde daquele indivíduo ou daquela comunidade. Nesse

sentido, os momentos de orientação são sempre relacionados a um tema muito específico para os usuários, relativos a alguma situação ou problema. O que não impede que se estabeleça uma relação dialógica na orientação, desde que nela estejam presentes os elementos essenciais apresentados por Paulo Freire: fé, humildade, amor aos homens e ao mundo e o pensar crítico.

É comum o enfermeiro ao orientar um portador de tuberculose se preocupar em conversar com ele a respeito das condições econômicas e sociais do mesmo, entretanto essa conversa, em geral, não versa sobre uma análise crítica de como as condições de vida o levaram ao adoecimento. Quase sempre o enfermeiro se evade dessa discussão. Não reflete com o usuário sobre os problemas sociais e econômicos, pois é complicado e difícil entrar na análise da realidade.

A discussão dialética é um campo marcado com o rótulo de subversivo. É mais fácil dar as explicações técnicas, abordar os sintomas e o tratamento, conhecimento que é do domínio da enfermeira. Dessa forma a orientação para ter um caráter dialógico precisa apresentar essas características: um diálogo onde haja fé no outro, no sentido de crer nas suas possibilidades, amor que significa desejo sincero que ele cresça e assim contribua na transformação do mundo, humildade de reconhecer a verdade do outro e, sobretudo, pensamento crítico para ajudar o outro a sair da ingenuidade de não saber o porquê e as causas de seus problemas e assim atingir o pensar crítico.

As visitas domiciliares são momentos extremamente oportunos para educação em saúde, entretanto são também muito difíceis para o enfermeiro. É nessa hora que o profissional entra em contato com a dura realidade de sua clientela. A pobreza, a miséria, a falta de saneamento, o desemprego e muitos outros fatores que interferem diretamente na qualidade de vida e na saúde da população. Por outro lado, às vezes a comunidade também não está disponível nem disposta para a educação em saúde naquele momento e o tempo não é favorável. Há muitos afazeres, não se consegue cumprir o cronograma de visitas desejado. Além de tudo isso existe a convivência com a violência nas áreas das comunidades, que atualmente prejudicam o desenvolvimento do trabalho das equipes no PSF. Essa é a realidade do trabalho das Equipes na Estratégia Saúde da Família.

A fala das enfermeiras sobre como reconstruir a ação educativa em saúde, após reflexões e leituras sobre o pensamento pedagógico de Paulo Freire, conduziu a propostas

inserindo o diálogo a partir de perguntas, ampliação do conhecimento sobre a comunidade e o uso da roda de conversa como sugestão para reorientação da ação educativa em saúde nas equipes do PSF.

“(...) fazer perguntas prá eles refletirem sobre a doença (...) é este o caminho (...) coisa simples e eficaz de atingir o objetivo (...) vai ficar gravado a pessoa jamais vai esquecer (...) a gente tem essa riqueza toda (...) e se preocupa tanto com data show!(...)” (Pérola).

“(...) de acordo com as respostas agente vai () orientando (...) o que era pesado se tornou leve (...)” (Diamante).

“(...) Isso realmente que falta pra agente poder passar o conhecimento que agente sabe (...) é importante a questão da cultura (...) falta conhecer mais a comunidade (...) ouvir de todos uma experiência (...) usar uma dinâmica (...) o grupo colocar o que quer aprender (...) uso da roda de conversa (...) é hora (...) de mudar essa palestra (...)” (Ametista).

“(...) eu faço o trabalho da pergunta mais no preventivo (...) precisa aproveitar (...) nos outros grupos e levar pra comunidade (...)” (Alexandrita).

Para Freire e Faundez (1985) a pergunta é o início do conhecimento e somente após a realização/elaboração das mesmas perguntas é que se deve sair atrás de respostas e não o contrário. A aula expositiva ou a simples explanação é simplesmente dar respostas a perguntas que ninguém fez, isto é a pedagogia da resposta. A pergunta, feita por quem ensina, aguça a curiosidade de quem quer aprender, e feita por quem aprende, expressa a curiosidade em aprender, que é a mola propulsora, que move, inquieta e insere na busca do aprendizado (FREIRE, 2000). Ou seja, a pedagogia da pergunta favorece o aprendizado.

O aprendizado exige uma ação, movimento mental, de quem aprende, não acontece sem essa condição. Ensinar, portanto, exige de quem ensina, capacidade de despertar a

curiosidade em quem aprende, que exprime a vontade de aprender (FREIRE, 2000). Por isso a pergunta é importante, ela exerce um papel fundamental de despertar a curiosidade, que pode estar adormecida, inquietar e mover para aprender. Só se aprende quando se está motivado para isso.

A pergunta funciona como um elemento motivador para o aprendiz. Não a pergunta pela pergunta, mas a pergunta que vai descobrindo a relação forte e dinâmica entre palavra e ação, entre palavra-ação-reflexão, trazendo a união de agir, falar e conhecer. Para isso, torna-se necessário que haja uma cadeia ou sequência de perguntas e respostas amplamente vinculadas à realidade ou a elementos concretos do cotidiano das pessoas, atuando como ponte entre a pergunta primeira e a realidade das pessoas, para que as mesmas se reconheçam neles; percebam a concretude da ideia para depois atingir um nível maior de abstração. Dessa forma as perguntas funcionam como mediadoras do aprendiz (FREIRE; FAUNDEZ, 1985).

Ao fazer a pergunta o educador exercita nos educandos os esquemas iniciais do aprendiz definidos por Jean Piaget, nos quais o aprendiz se dá através do toque, sucção, morder, isto é, na ação, vividos pela criança na infância. Na vida adulta o exercício desses esquemas iniciais, facilita o aprendiz, contribuindo para que o indivíduo passe da ação à operação, que é o aprendiz conceitual. A utilização de perguntas, gravuras, desenhos, filmes ou tudo que traga o real, o concreto como algo palpável para materializar o abstrato, o teórico, funciona como ferramenta facilitadora do aprendiz porque exercita esses esquemas iniciais de assimilação.

Dessa forma e com base em Paulo Freire e Jean Piaget considero a pergunta um elemento facilitador do aprendiz, ferramenta eficaz para ser utilizada pelo educador em sua ação educativa, seja esta desenvolvida na sala de aula ou no PSF no trabalho com a comunidade, pois é pela pergunta que se inicia o diálogo e se dá a relação dialógica .

Na tentativa de encontrar respostas às questões relacionadas com a educação em saúde, desenvolvida pela enfermeira ou enfermeira no PSF, é que surgiu este trabalho fundamentado em Paulo Freire e Jean Piaget, pois concordo com Becker (2010) quando diz que a teoria da ação de Jean Piaget “realiza-se” plenamente na pedagogia do oprimido de Paulo Freire, “conscientizadora, dialógica, da práxis, da esperança e da autonomia”

(BECKER, 2010). Acredito nessa complementariedade teórica desses autores e me reporto a eles para encontrar ferramentas necessárias ao desenvolvimento e à melhoria da qualidade da educação em saúde realizada pelas/os enfermeiras/os do Programa Saúde da Família no Brasil e quiçá no mundo. As realidades estudadas podem ser representadas em “realidades aproximadas”. A diversidade cultural existente traz o diferente de outros lugares. O concreto porém, tem que ser sempre buscado.

Considerações Finais e Proposição

Inicio as considerações finais deste estudo realizando uma proposição. A partir desta proposta indico que este estudo não termina neste capítulo. Ele deve conduzir à reflexão, construção e ao diálogo com outras enfermeiras que têm como cenário o Programa de Saúde da Família. Isto não impede que não seja disseminada esta oportunidade de diálogo em outros mundos/realidades.

Retomo a apresentação da minha **tese**: “A ação educativa em saúde desenvolvida pela enfermeira com base em encontros dialógicos mediados por perguntas/provocativas mediadoras apresenta uma singularidade com vistas à maior efetividade do aprendizado na ação educativa”.

A partir da tese posso declarar que o objetivo geral: “Desenvolver em construção coletiva e dialogada com as enfermeiras das equipes de Saúde da Família, estratégias de educação em saúde com base na realidade-ação vivenciada no Distrito DAGUA” e específicos foram plenamente atendidos. A partir dos dados dos 6 encontros dialógicos construímos três categorias de análise que possibilitaram o seu entendimento e organização, a saber: Eu – Outros, Eu – Agir Educativo e Nós – Agir Transformador.

No que se refere às atividades de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras nas equipes de saúde da família no Distrito DAGUA em Belém, identificamos uma relativa confusão conceitual entre as enfermeiras sobre as concepções bancária e libertadora. Quando refletimos coletivamente sobre o educador e sua ação educativa percebemos a necessidade de uma ação dialógica com a comunidade. Foi possível revelar um entendimento, mesmo que superficial, de novos conceitos, vontade de mudar e desejo de transformação da prática. Entretanto, demonstra existência de limitações para a execução de novas práticas, em função da falta de embasamento teórico que fundamente o agir transformador.

Consideramos como Vasconcelos (2000) que destaca que a existência de uma transição da metodologia expositiva para a exposição dialogada, representa um avanço significativo que merece ser valorizado.

Encontrar ferramentas para o desenvolvimento de uma educação em saúde de qualidade é o nosso grande desafio. É o desafio de todas as enfermeiras e enfermeiros das equipes do PSF por esse Brasil a fora e também de todos os educadores que sonham com a transformação da realidade brasileira de povo oprimido a população cidadã.

Há necessidade de mais embasamento teórico para as enfermeiras a respeito de temas pedagógicos e concepções teóricas que possam dar suporte a uma mudança de prática que conduza a um agir transformador na educação em saúde na enfermagem. Observamos interesse pela mudança, que esbarra na dificuldade de implantação de novas práticas pela falta de embasamento teórico.

Embora os recursos materiais sejam importantes, e sua deficiência ou ausência pode contribuir desfavoravelmente para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade da educação em saúde, não podemos esquecer como diz Paulo Freire, que o recurso pedagógico mais importante é inerente ao próprio educador, sua fala. O bom educador é aquele que sabe usar a sua simples fala como recurso fundamental para o desenvolvimento de uma educação em saúde de qualidade, e ajuda homens e mulheres ingênuos a se tornarem homens e mulheres, cidadãos críticos nesse país.

Sobre as ações de educação em saúde com base nas diretrizes pedagógicas de Paulo Freire e elementos do construtivismo de Piaget, há necessidade de embasamento teórico para as enfermeiras a respeito de temas pedagógicos e concepções teóricas que possam dar suporte a uma mudança de prática que conduza a um agir transformador na educação em saúde na enfermagem. Observamos interesse pela mudança, que esbarra na dificuldade de implantação de novas práticas pela falta de embasamento teórico.

De forma concreta para melhoria da educação em saúde desenvolvida pelas enfermeiras no PSF acredito que a palestra pode ser transformada por Encontro Dialógico, com a utilização da pedagogia da pergunta, na qual se utiliza uma estrutura hierárquica de perguntas e respostas, das mais simples às mais complexas, que exercita os esquemas iniciais do aprendizado, trazendo à tona elementos do cotidiano ou da realidade a partir de algo concreto, exemplo palpável da vida das pessoas, fazendo associação com o tema em saúde que é abstrato e complexo, levando o indivíduo a atingir os níveis mais complexos de assimilação e assim facilitar a compreensão e o aprendizado do tema em debate.

Com essa estratégia pedagógica se pode conseguir um aprendizado profícuo, mais eficaz e assim levar o indivíduo ao pleno desenvolvimento, fazendo a transição que diz Becker e Paulo Freire do homem ingênuo para a conscientização.

A partir da construção coletiva intermediada pelas enfermeiras do PSF pode compor no Arco de Maguerez uma proposta de ação educativa integrada com as ideias de Paulo Freire e elementos de Jean Piaget. A proposição presente no arco e exemplificada no apêndice E pode servir de base para as enfermeiras atuarem na comunidade, podendo ser aplicado independente do problema de saúde enfrentado.

Arco da Proposta

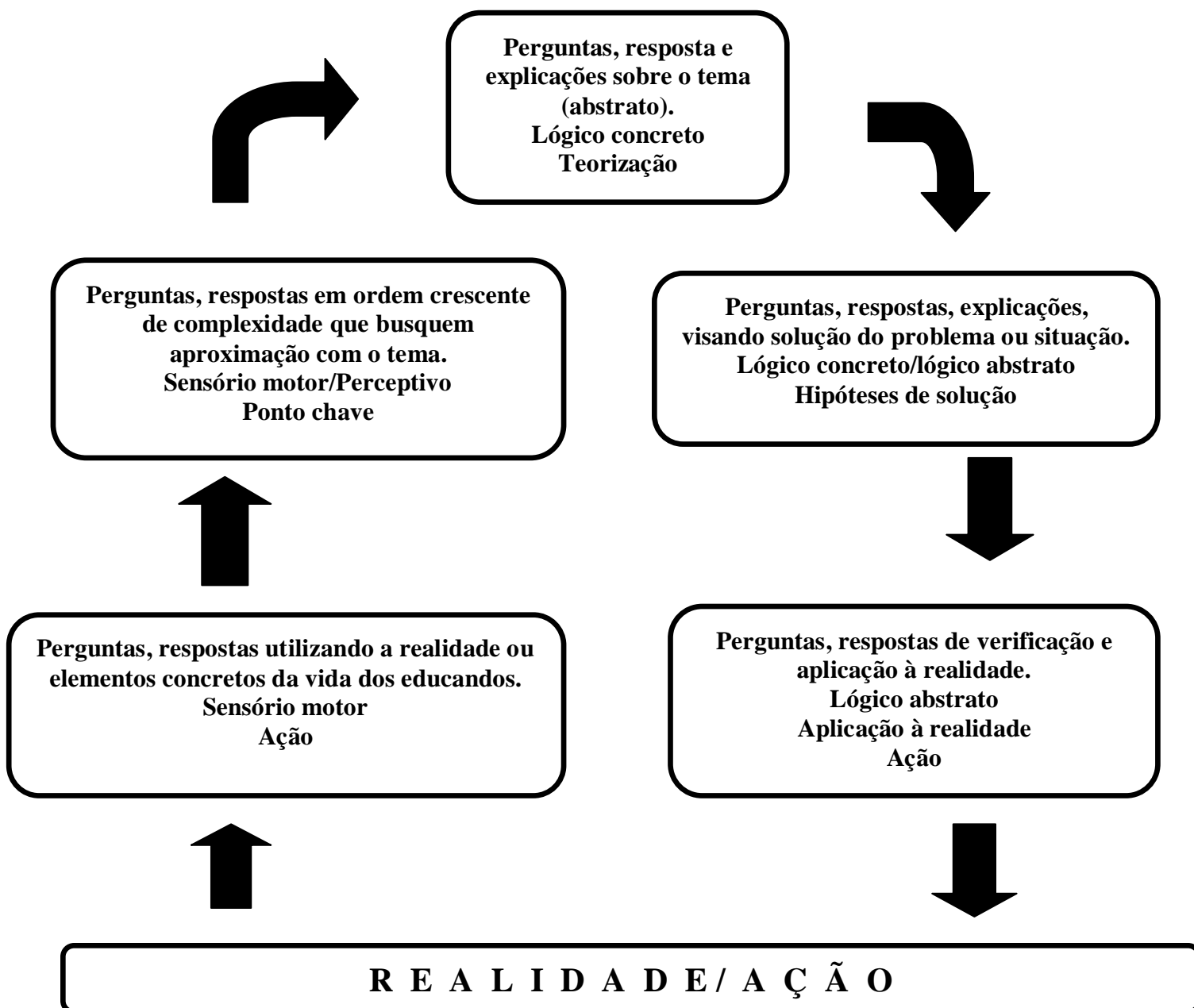


Diagrama 3 - Esquema da proposta de estratégia de educação em saúde fundamentada no pensamento de Paulo Freire e Piaget, integrado ao Arco de Charles e Maguerez.

Este estudo nos possibilitou confirmar alguns resultados já encontrados em outras pesquisas de que a educação em saúde presente no PSF no Brasil, ainda está mais fundamentada na pedagogia tradicional do que em pedagogias ativas da aprendizagem, porém com grandes possibilidades de avançar para outras modalidades. Há uma compreensão de

outras formas de atuação educativa, entretanto ainda com fragilidades teórico-conceituais o que impossibilita uma mudança efetiva da prática.

As enfermeiras que participaram do estudo entendem a importância de uma pedagogia libertadora embasada no diálogo, compreendem que é mais efetiva, algumas identificam autores e até já participam de modalidades de intervenção educativa com base nos mesmos, porém, são casos isolados e minoritários.

Ficou clara a necessidade de uma melhor fundamentação pedagógica com vistas a uma ação de educação em saúde com mais qualidade e, portanto, com condições de maior efetividade e resolutividade dos problemas de saúde da população. Entretanto, compreendendo claramente que a educação em saúde isolada não resolve. É preciso haver o envolvimento dos outros setores da sociedade no combate aos determinantes sociais dos problemas de saúde que são muitos e muito graves, associado a uma educação em saúde de qualidade.

A educação em saúde é um grande desafio para todo profissional de saúde e a ampliação de estudos nessa área na enfermagem é de grande importância para o enriquecimento da literatura disponível que favoreça a qualificação e aproximação das enfermeiras aos conceitos e teorias pedagógicas que fundamentem o desenvolvimento de uma educação em saúde de qualidade, atendendo às necessidades da clientela atendida.

Acredito que a junção do pensamento pedagógico de Paulo Freire e de elementos do construtivismo de Piaget, podem oferecer aspectos importantes para uma reconstrução da ação educativa em saúde.

Considerando a escassez de referenciais teóricos e a necessidade de aprofundamento e aproximação das enfermeiras com teorias e conceitos pedagógicos que fundamentem a educação em saúde, acredito que a referida pesquisa poderá servir de base de estudo e a proposta utilizada como ferramenta/ tecnologia de educação em saúde não só para as enfermeiras das equipes de saúde da família, mas em qualquer unidade de saúde básica ou hospitalar, uma vez que a aplicação da mesma independe do ambiente e não exige nenhum recurso ou material didático, o que a torna acessível e de fácil aplicação.

Dessa forma a proposta ora apresentada poderá contribuir favoravelmente e causar impacto positivo na melhoria da qualidade da educação em saúde no PSF, bem como em outros espaços de atuação da enfermeira na educação em saúde no município de Belém.

Finalizo esta reflexão, novamente buscando Freire, quando nos diz: *Não somos apenas objeto da história, mas seu sujeito igualmente*. Não podemos estar no mundo de forma neutra, a acomodação deve ser caminho para a *inserção*, que implica *escolha, decisão e intervenção* na realidade. (FREIRE, 2000).

Concluo junto com o autor de que é a partir e na perspectiva do saber fundamental: *mudar é difícil, mas é possível*, que devemos programar nossa ação pedagógica seja com alfabetização de adultos ou com crianças, se de ação sanitária, se de evangelização ou formação de mão-de-obra-técnica. (FREIRE, 2000 P.88).

REFERÊNCIAS

ALVES, G.G. **As práticas Educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.**

Disponível em:

http://WWW.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1151.

Acesso em 10/09/2008.

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília: 1990. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.

_____. **Lei nº 3.987 de 2 de Janeiro de 1920.** Diário Oficial da União – Seção 1 – 08/01/1920, Pag. 437. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-put>. Rio de Janeiro. 1920

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o controle social no Sistema único de Saúde.** Brasília, 2006.

_____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília, 2001.

_____. **Portaria nº 692 de 25 de Março de 1994.** Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/prog_pacs_psf

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.** Disponível em: http://WWW.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php. Acesso : 26/09/2011.

_____. **REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Ano VIII, n.15. jul.-set. Brasília: 2007.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e desafios.** Brasília: CONASS, 2006.

_____. **Conselho Nacional de Saúde. Resoluções do Conselho Nacional de Saúde.** Brasília, 2007.

_____. **Constituição da república Federativa do Brasil 1988.** Disponível em: http://WWW.planalto.gov.br/ccivil_03constituicao/constitui%C3%A7ao.htm Acesso: 30/10/2011.

BECKER, Fernando. **O caminho da Aprendizagem em Jean Piaget e Paulo Freire: da ação à operação.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **A Educação Popular na Área na Saúde.** Interface- Comunicação, Saúde, educação. Botucatu, v.5, n.8 fev.2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832001000100010&script=sci_arttext. Acesso em: 19/01/2011.

BRUSILOVSKY, Sílvia. **Treinamento Mental: Um método para um enfoque à educação de adultos.** In: _____ Capacitação Pedagógica para instrutor / supervisor da área da saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 1994.

CANESQUI, Ana Maria e OLIVEIRA, Ana Maria Franklin. **Saúde da Família: Modelos Internacionais e a Estratégia Brasileira.** In: _____. BARJAS N. e VIANA A. L.(orgs.) O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio. São Paulo: Cealag, 2002.

CASTRO, Hermano Albuquerque de. **Território, ambiente e saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04/11/2009.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origem das Políticas de Saúde no Brasil.** Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1985.

CRUZ NETO, Otávio. **O Trabalho de Campo Como Descoberta de Criação** In: _____. NINAYO, M .C. deS.(org.) CRUZ NETO, O.,(org.),GOMES,R.(org.). Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

DAVINI, Maria Cristina. **Do Processo de Aprender ao de Ensinar**. In:_____. Capacitação Pedagógica para instrutor / supervisor da área da saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 1994.

DURHAM, Eunice Ribeiro. **A Dinâmica da Cultura: ensaios de antropologia**. São Paulo: Editora Cosac Naif, 2004. Disponível em:

http://books.google.com.br/books?id=_ytokTimAZQC&pg=PA237&lpg=237&dq=dir.

Acesso em: 07/10/2011.

EQUADOR, Ministério de Educação do Equador. Portal educativo, WWW.educarecuador.

Disponível em: http://elnegrosamir.blogspot.com/2011_06_01archive.html. Acesso em:

05/02/2011.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo. Editora Paz e Terra, 1987.

_____.**Pedagogia da Autonomia:Saberes necessários à prática educativa**.São Paulo: Editora Paz e Terra,14ª Edição,2000.

_____**Educação Como Prática da Liberdade**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1994.

_____.**Criando Métodos de Pesquisa Alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação**. In: BRANDÃO C. (org.) Pesquisa Participante. . São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.

FREIRE, Paulo e. SHOR. Ira, **Medo e Ousadia: O cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. FAUNDEZ, Antônio. **Por Uma Pedagogia da Pergunta**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1985.

GAZINELLI, Flávia M., DENNER, C.dos R., MARQUES, R. de C. (orgs). **Educação em Saúde: Teoria, Métodos e Criatividade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

GONDIM et al.. **Análise das práticas educativas em saúde do Programa Saúde da Família no Distrito de Sanitário II da Cidade de João Pessoa, Paraíba.** Disponível em:<http://WWW.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumos_3488.html. Acesso em 17/05/2008.

- HERCULANO, Selene. **Riscos e desigualdade social: a temática da Justiça Ambiental e sua construção no Brasil.** I Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisas em Ambiente e Sociedade. Indaiatuba. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/seleneherculano/publicacoes/riscos-desigualdade-social2.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2011.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MELO, Gilberto et al. **Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião- Al: detectando dificuldades.** Rev. Bras. de Enf. 2005. Maio-Junho. 58 (3). 290-5.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

_____ **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____ (org.) **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social** In:_____. DESLANDES, S.F. (org.); CRUZ NETO, O.,(org.),GOMES,R.(org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 22ª edição, 2003.

PARÁ. BELÉM, Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente. **Relatório de Gestão do Município de Belém.** Belém: 2005.

PARÁ. BELÉM, Portal da Prefeitura de. Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente. Disponível em: <<http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>. Acesso em: 07/03/2011.

PARÁ, UNIVERSIDADE DO ESTADO DO. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem.** Belém: UEPA, 2001.

_____. **Plano de Desenvolvimento Institucional. 2005-2014.** ICLÉIA C. N.(org.) Belém: UEPA, 2007. 135p.

PEIXOTO, Aristeu Mendes. Enciclopédia Agrícola Brasileira. Vol. 4 I-M. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

PEREIRA, Ariana Lemos. **Educação em Saúde** In: _____. FIGUEIREDO, N. M. A. de,. Ensinando a cuidar em saúde Pública. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2002.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al . O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300017>.

PINHEIRO, Antonio Carlos. **Ações Educativas Formais e Não Formais em Saúde: Um estudo no Bairro dos Pimentas em Guarulhos – SP.** Travessias, Ed. 10, 1982. Disponível em:<<http://www.unioeste.br/travessias/EDUCACAO/ACOE%20EDUCATIVAS.pdf>. Acesso em: 03/12/2011.

POPE, Catherine. MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

PORTAL DO BRASIL. **Ache Tudo e Região.** Disponível em: <http://www.achetudoeregiao.com.br/pa/belem/localizacao.htm>
Acesso em: 05/01/2012.

PULASKI, Mary Ann Spencer. **Compreendendo Piaget: Uma Introdução ao Desenvolvimento Cognitivo da Criança.** Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1986.

RAMOZZI-CHIAROTTINO Zélia. In: **O Caminho da Aprendizagem em Jean Piaget e Paulo Freire: da operação à ação.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 20110.

REIS, Dener Carlos. **Educação em Saúde: Aspectos históricos e conceituais.** In: _____. Educação em saúde: Teoria, Método e Imaginação. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2006.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2003.

SABÓIA, Vera Maria. Práticas Discursivas das Enfermeiras sobre Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro/EEAN: 1999.

SILVA JUNIOR, Aloísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. Editora Hucitec. São Paulo, 1998.

SOUZA, Heloiza. Machado. **Saúde da Família: desafios e conquistas**. In:_____.BARJAS N.e VIANA,A. L.(org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobrevime; Cealg, 2002a.

SOUZA, Renilson Rehem. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. In:_____. BARJAS N.e VIANA, A. L.(org.) O Sistema de Saúde no Brasil em dez anos de desafios. São Paulo: Sobrevime; Cealg, 2002b.

SOUZA, Dilma Fagundes de. **A comunicação Dialógica no Curso de Enfermagem da UEPA: Uma Possibilidade de Mudanças**. 2000 83 f. Dissertação (Mestrado em Educação) UEPA/IPLAC, 2000.

SOUZA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 .

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/11/2009.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Enfoques sobre Educação em Saúde**. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploadsqdocumentos-pessoais/documento-pessoal-1993.pdf>. Acesso em: 19/01/2011.

VALLA, Victor V. **Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 08 n. 1. Jan/Mar. 1992. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-3111X1992000100004&script=sci_arttext)

[3111X1992000100004&script=sci_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-3111X1992000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19/01/2011.

VASCONCELOS, Celso Santos de. **Construção do Conhecimento em Sala de Aula**. Rio de Janeiro: Editora Libertad, 2000.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, n.1. Jan 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 19/01/2011.

_____. **Educação popular em saúde como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 14(Sup.2):39-57,1998.

_____. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva,2001.

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

CASA FAMÍLIA _____

Escolha uma pedra preciosa da relação anexa

Pedra _____

Idade _____ estado civil _____

Curso de Graduação _____

Local _____

Curso de Atualização: Sim () Não () Ano _____

Qual? _____

Curso de Especialização: Sim () Não () Ano _____

Qual? _____

Curso de Mestrado: Sim () Não () Ano _____

Qual? _____

Tempo de serviço na Casa Família _____

Vínculos empregatícios _____

Atribuições _____

APÊNDICE BTERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

COORDENAÇÃO DO CURSO DE DOUTORADO

Prezada (o) colega (o)

Você foi selecionada (o) e está sendo convidada (o) para participar da pesquisa intitulada: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA CO-CONSTRUÇÃO COM OS ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM**, apresentando os seguintes objetivos: Descrever a educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros nas equipes de Saúde da Família no município de Belém; Discutir as práticas de educação em saúde com base nos pressupostos de Paulo Freire e Desenvolver em co-construção com os enfermeiros estratégias de educação em saúde com nas concepções freireanas. Serão realizados dois encontros com a participação de todos os sujeitos da pesquisa, os quais serão gravados com aparelho digital de gravação de voz. A pesquisa terá duração de três anos e se configura em uma Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ.

A sua participação e colaboração enquanto sujeito deste estudo é muito importante, pois o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde trará melhorias para a qualidade da assistência prestada à população. Informo que a sua participação não envolve riscos, desconforto para sua saúde, custos para a sua pessoa, nem receberá pagamento pela sua participação. Tanto eu, como a Universidade não receberemos pagamento pela pesquisa. Sua identidade será preservada através da codificação com o nome de pedras preciosas, e as informações serão mantidas em sigilo, utilizadas somente para esta pesquisa, guardadas por cinco anos, e depois incineradas. Os resultados serão apresentados na UEPA, UFRJ e poderá ser divulgado em evento científico e publicado em revista da área. Você tem o direito e a liberdade de desistir de participar deste estudo, em qualquer momento. Caso desista de participar a gravação de sua fala será desconsiderada. Para isto você tem está tendo este documento, para lhe informar e esclarecer suas dúvidas, assim como a sua concordância ou não em participar. Esta pesquisa atende aos requisitos exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 196/96.

Caso aceite a participar, você poderá em qualquer momento obter informações ou esclarecer dúvidas sobre o estudo, a qualquer momento entrando em contato com a pesquisadora responsável ou com o

CEP(Comitê de Ética em Pesquisa) na Av. José Bonifácio nº 1289, fone (091) 3249-0236- 3240-4671.

Desde já, muito obrigada.

Pesquisador responsável: Dilma Fagundes de Souza Cel.: 81172972, Res.: 32313467 COREN 31597. Orientadora: Maria da Soledade Simeão dos Santos Cel.: (21) 99450046

Declaro ter compreendido, estar ciente e informada do teor deste termo, e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele tenho o direito de desistir a qualquer momento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do responsável por obter o consentimento

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

DE: Doutoranda Dilma Fagundes de Souza

PARA: Secretária Municipal de Saúde de Belém do Pará

Venho por meio desta, apresentar o Projeto de pesquisa de Doutorado em Enfermagem intitulado: Educação em Saúde: uma co-construção com os enfermeiros do PSF no município de Belém. A pesquisa tem como objetivos: Descrever a educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros nas equipes de PSF (Programa Saúde da Família) no município de Belém; Discutir as práticas de educação em saúde com base nos pressupostos de Paulo Freire e Desenvolver em co-construção com os enfermeiros estratégias de educação em saúde com base nos pressupostos de freireanos. Para o desenvolvimento da pesquisa solicito autorização de V. Sa. Para realizar a coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde entrevistando as enfermeiras (os) que atuam nas equipes De Programa Saúde da Família. Acredito na colaboração dessa instituição, através do consentimento para realização da pesquisa , uma vez que os achados deste estudo poderão colaborar para o desenvolvimento e fortalecimento da educação em saúde realizada pelos enfermeiros nas equipes de PSF no município. Possibilitará ainda, o desenvolvimento da consciência crítica das (os) enfermeiras (os) no que diz respeito à contribuição das concepções de Paulo Freire em benefício da melhoria da qualidade da educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros. Agradeço a atenção, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Dnda: Dilma Fagundes de Souza. dilmafagundes@uol.com.br

Orientadora: Maria Soledade Simeão dos Santos. soleed@openlink.com.br

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CAMPUS IV
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/Campus IV/CCBS / UEPA
End. Av. José Bonifácio, 1289 CEP: 66063-010 Fone: (091) 3249-0236 Fax: (091) 3249-4671 Ramal: 208, Email: cepenfuepa@yahoo.com.br

Parecer Final

Sr. (a). Pesquisador (a).

O projeto de protocolo (CAAE): **0018.0.321.000-10**, cujo título é: **Educação em Saúde: uma co-construção com enfermeiros das equipes de saúde da família no município de Belém-Pa**. Sob a responsabilidade do (a) Pesquisador (a) **Prof.ª Dilma Fagundes de Souza**, foi **APROVADO** pelo CEP em 04/03/2010.

Informamos que o pesquisador ao submeter o projeto ao CEP de acordo com a Resolução 196/96 se compromete a:

- Informar qualquer tipo de mudança nos procedimentos, caso ocorram, ao CEP para que possa ser novamente analisado.
- Comunicar imediatamente a interrupção da pesquisa, com justificativa.
- Enviar periodicamente relatório ao CEP sobre o andamento da pesquisa.
- Comunicar imediatamente, qualquer reação adversa no curso da pesquisa.

Belém, 04 de março de 2010.

Carmen Lúcia da Silva
Prof.ª MSc. Carmen Lúcia Miranda da Silva
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa – Enfermagem/UEPA
COREN/PA, 26516

Prof.ª MSc. Carmen Lúcia da Miranda da Silva
Coordenadora do Comitê de Ética/ENF/UEPA
COREN-PA 26516

Recebido em 29/04/10
D. Souza

APÊNDICE E**ENCONTRO DIALÓGICO COM MULHERES SOBRE PREVENÇÃO DO
CÂNCER CÉRVICO UTERINO**

1º Momento: Perguntas utilizando a realidade ou elementos concretos da vida dos educandos

Estágio: Sensório motor

Etapa do Arco: Ação

1. O que você faz quando seu filho machuca a perna?
2. Por que você faz o curativo?
3. Você poderia fazer um curativo em um ferimento se ele fosse dentro da perna do seu filho?
4. Por quê?
5. Se você comprar um sapato ou uma blusa e não usar, eles poderão estragar pelo uso?
6. Se você usar bastante o seu sapato como ele ficará daqui a um ano?
7. Estragado como?
8. E a blusa como vai ficar?

2º Momento: Perguntas em ordem crescente de complexidade que busquem aproximação com o tema

Estágio: Sensório motor/Perceptivo

Etapa do Arco de Maguerez: Ponto chave

9. Os órgãos femininos estão dentro ou fora do organismo?
10. Quais os órgãos femininos que estão dentro do organismo da mulher?

11. Você sabe o que é o colo do útero?
12. Já viu em algum desenho?
13. Vamos ver agora?
14. Você sabe como nós usamos esses órgãos?
15. Você usa o seu útero?
16. De que maneira nós usamos o útero?
17. Em que momentos usamos o útero?
18. E a vagina, nós usamos?
19. O que será que acontece na relação sexual?
20. Que órgãos são utilizados ou tocados no ato sexual?
21. Será que o colo do útero é tocado também?
22. Será que o colo do útero pode machucar ou ferir depois de um ano de relações sexuais?
23. Se houver machucado ou ferimento como vou saber?
24. Como posso ver o colo do meu útero?

3. Momento: Perguntas, respostas e explicações sobre o tema (abstrato)

Estágio: Lógico concreto

Etapa do Arco de Maguerez: Teorização

25. Você sabe o que é PCCU?
26. O que entende por prevenção?
27. Você sabe o que é o câncer?
28. Já conheceu alguém que teve ou tem câncer?
29. O câncer tem cura?
30. Quando o câncer é curável?
31. Qual a importância de fazer o preventivo?

4º Momento: Pergunta sobre o tema, visando solução do problema ou situação.

Estágio: Lógico concreto/lógico abstrato

Etapa do Arco de Magueres: Hipóteses de solução

32. Você já fez o PCCU?
33. Quantas vezes?
34. É fácil ou difícil fazer o PCCU?
35. É preciso pagar?
36. Por que o governo se preocupa com isso?
37. Conhece alguém que nunca fez?
38. Por que as mulheres não fazem o PCCU?

5º Momento: Perguntas de verificação e aplicação à realidade

Estágio: Lógico abstrato

Etapa do Arco de Magueres: Aplicação à realidade

39. Você sabe quantas mulheres morrem de câncer do colo do útero em Belém e no Brasil?
40. Por que você acha que muitas mulheres ainda morrem de câncer do colo do útero?
41. Por que as mulheres não fazem o PCCU?
42. O que acha que deve ser feito para evitar que muitas mulheres morram de câncer do colo do útero?
43. O que você pode fazer a partir de agora para ajudar nisso?

ANEXO A

REDE ASSISTENCIAL DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE/SUS/2005

Distribuição da Rede Municipal de Saúde por Distrito/2005

DISTRITOS	UNIDADES
DAGUA	1. UMS CONDOR
	2. UMS CREMAÇÃO
	3. UMS GUAMÁ
	4. UMS TERRA FIRME
	5. UMS JURUNAS
	6. CASA FAMÍLIA DA TERRA FIRME
	7. CASA FAMÍLIA DO RIACHO DOCE
	8. CASA FAMÍLIA DO PARQUE AMAZÔNIA 1
	9. CASA FAMÍLIA DO PARQUE AMAZÔNIA 2
	10. CASA FAMÍLIA DA RADIONAL
	11. CASA FAMÍLIA DO CONDOR
	12. CASA FAMÍLIA DO COMBÚ
DAICO	13. UMS DE GUARACI
	14. UMS DE MAGUARY
	15. CASA FAMÍLIA EDUARDO ANGELIM
	16. CASA FAMÍLIA AGULHA
	17. CASA FAMÍLIA PARQUE GUAJARÁ
	18. CASA FAMÍLIA PARACURI
	19. CASA FAMÍLIA CAFÉ LIBERAL
	20. CASA FAMÍLIA EDUARDO ANGELIM 2
	21. CASA FAMÍLIA FÉ EM DEUS
	22. CASA FAMÍLIA DO PARACURÍ
DABEN	1. UMS BENGUI 1
	2. UMS BENGUI 2
	3. UMS PRATINHA
	4. UMS SATÉLITE
	5. UMS CABANAGEM
	6. UMS SIDERAL
	7. UMS TAPANÃ
	8. CASA FAMÍLIA DA PRATINHA
	9. CASA FAMÍLIA DO BENGUI

DISTRITOS	UNIDADES
	10. CASA FAMÍLIA DO PARQUE VERDE
	11. CASA FAMÍLIA DO MANGUEIRÃO
	12. CASA FAMÍLIA DO TAPANÃ 1
	13. CASA FAMÍLIA DO TAPANÃ 2
DAOUT	1. UMS COTIJUBA
	2. UMS OUTEIRO
	3. CASA FAMÍLIA DO OUTEIRO
	4. CASA FAMÍLIA DO FAMA
	5. CASA FAMÍLIA DO COTIJUBA
	6. CASA FAMÍLIA DO FIDELIS
DAENT	1. UMS ÁGUAS LINDAS
	2. UMS MARAMBAIA
	3. UMS CURIÓ
	4. UMS TAVARES BASTOS
	5. UMS PROVIDÊNCIA
	6. CASA FAMÍLIA DO UTINGA/PARAÍSO VERDE
	7. CASA FAMÍLIA DO SOUZA
	8. CASA FAMÍLIA ÁGUA CRISTAL
	9. CASA FAMÍLIA ÁGUAS LINDAS
DASAC	1. UMS VILA DA BARCA
	2. UMS PARAÍSO DOS PÁSSAROS
	3. UMS SACRAMENTA
	4. UMS FÁTIMA
	5. UMS TELÉGRAFO
	6. CASA FAMÍLIA BARREIRO 1
	7. CASA FAMÍLIA BARREIRO 2
	8. CASA FAMÍLIA CDP
	9. CASA FAMÍLIA CANAL DO GALO
	10. CASA FAMÍLIA MALVINAS
	11. CASA FAMÍLIA PIRAJÁ
	12. CASA FAMÍLIA SACRAMENTA
	13. CASA FAMÍLIA DO TELÉGRAFO
	14. CASA FAMÍLIA VILA DA BARCA
	15. CASA FAMÍLIA VISCONDE
DAMOS	16. UMS CARANANDUBA
	17. UMS BAÍA DO SOL
	18. UMS MARACAJÁ
	19. CASA FAMÍLIA FURO DAS MARINHAS

DISTRITOS	UNIDADES
	20. CASA FAMÍLIA SUCURIJUQUARA
	21. CASA FAMÍLIA AEROPORTO
	22. CASA FAMÍLIA BAÍA DO SOL
	23. CASA FAMÍLIA DO MARACAJÁ
	24. CASA FAMÍLIA DO CARANANDUBA
	SUB TOTAL/BÁSICA – 76

Fonte: Relatório de Gestão do Município de Belém, Estado do Pará – 2005