



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DO
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



**ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE GRUPAL
EM DIREITOS SEXUAIS/REPRODUTIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Rio de Janeiro
2011**

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE GRUPAL EM DIREITOS SEXUAIS/REPRODUTIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA

MARIA DAS DORES DE SOUZA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Rio de Janeiro
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Maria das Dores de.

Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica/ Maria das Dores de Souza. - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

168f.: il. 31 cm.

Orientador: Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell.

Tese (doutorado) - UFRJ/ Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.

Referências bibliográficas: f. 148 - 159

1. Enfermagem. 2. Saúde da Mulher. 3. Papel do Profissional da

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE GRUPAL EM DIREITOS SEXUAIS/REPRODUTIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Doutoranda: Maria das Dores de Souza

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Tese submetida à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Doutor.

Aprovado por:

Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell - Presidente
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena - 1^a Examinadora
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progiante - 2^a Examinadora
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof^a. Dr^a. Rosângela da Silva Santos UERJ - 3^a Examinadora
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof^a. Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz - 4^a Examinadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof^a. Dr^a. Sonia Acioli - Suplente
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof^a. Dr^a. Claudia Santos - Suplente
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2011

Naquela época, tentei, em vão, escrever outras linhas. Mas as palavras parecem esperar a morte e o esquecimento; permanecem soterradas, petrificadas, em estado latente, para depois, em lenta combustão, acenderem em nós o desejo de contar passagens que o tempo dissipou. E o tempo, que nos faz esquecer, também é cúmplice delas. Só o tempo transforma nossos sentimentos em palavras mais verdadeiras.”

Milton Hatoum

DEDICATÓRIA

Ao meu amado filho Pablo,
inspiração de fé, força e coragem para vida.

AGRADECIMENTOS

Aos Mestres Superiores, pelo conforto e segurança espiritual na minha trajetória de vida repleta de desafios, orientando-me a prosseguir na busca da consciência na trilha rumo ao eterno.

Aos Professores da FACENF/UFJF, especialmente ao Depto^o EMP e Disciplina Enfermagem Saúde da Mulher, pela valorização da minha liberação das atividades docentes representando o reconhecimento da capacitação como conquista e mudanças.

À Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, minha orientadora, pela aquiescência manifestada em aceitar a tarefa de me orientar com sua capacidade singular, valorizando minha experiência profissional e inquietações científicas.

À Prof^a. Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz, Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena, Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progiante, Prof^a. Dr^a. Laura Tavares Soares, Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Vasconcelos, Prof. Michel Perreault, Prof^a. Dr^a. Rosângela da Silva Santos, Prof^a. Dr^a. Claudia Santos, Prof^a. Dr^a. Sonia Acioli, pelo desempenho da função de examinadores, sendo colaboradores essenciais na construção e conclusão desta tese.

À Profa. Dra Regina, Coordenadora do Curso de Doutorado, pela certeza de que seu acompanhamento foi fraterno e competente na finalização desta tese.

Aos Professores da Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial aos professores do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, pelos exemplos na trilha da pesquisa na Enfermagem em Saúde da Mulher.

À Cristiane, Gracy, Alexandre, Suzi Darlen, Patricia, Cristina, Tereza, colegas de turma do doutorado, pelos momentos compartilhados que nos tornaram descobridores de respostas também profissionais.

A Sônia, Jorge Anselmo, Rosália e Sandra, integrantes das secretarias da EEAN, pela colaboração inesquecível que me prestaram conduzindo-me a acertos.

Aos bibliotecários da EEAN, Lucia Marina, Lúcia Maria e Felipe, pela atenção cuidadosa e presteza no atendimento.

Às amigas, Anna Maria, Geovana, Heloisa, Maria Carmem, Vanderléia, Vania e Zuleyce que trilhando o mesmo caminho na EEAN me incentivaram e me fortaleceram para esta conquista.

À Mariluce e Ivete, secretárias da FACENF/UFJF, pela presteza de informações e orientações, esclarecendo-me sobre circunstâncias do afastamento do meu posto de trabalho do qual senti saudades.

Aos colegas do Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora pelo fornecimento de documentação e pela capacidade com que lutam pela defesa do direito de cidadania de mulheres.

Aos profissionais da Prefeitura Juiz de Fora, pelo fornecimento de informações e documentação e, em especial, às Enfermeiras das UBS - sujeitos desse estudo -, pela dedicação com que assumem cooperar com mulheres usuárias na defesa e conquista dos Direitos Sexuais Reprodutivos.

Aos usuários das UBS de Juiz de Fora, que me permitiram observar sua participação nos grupos.

À Marieta, minha mãe, pelo exemplo de disciplina; ensinamentos singulares sobre a vida, companheirismo no compartilhamento do cotidiano.

Ao Manoel, meu pai, referência de ousadia diante de obstáculos, acreditando e tendo fé na capacidade humana para desbravar o desconhecido, vencer barreiras com simplicidade e coragem.

À Maria da Conceição, minha irmã, que nos deixou tão cedo, tal como milhares de mulheres brasileiras, mas que continua viva na luz de seus filhos, netos e bisneto, meus queridos sobrinhos. Agradeço a você pelo exemplo de amor materno.

À Ana Claudia, minha amiga, pelo companheirismo, apoio e dedicação em desafios e conquistas.

Às Ruth e Conceição, minhas amigas, pela gentileza e desprendimento com que me acolheram e compreenderam na minha estada na cidade maravilhosa.

Aos meus amigos, amigas e familiares de quem me distanciei, pela compreensão e reconhecimento da minha necessidade de dedicação total na construção da tese.

À Maria das Graças, pela convivência, ensinamentos e cooperação técnica em momentos da minha caminhada investigativa.

À Raquel Brigate, pela ajuda carinhosa e competente como professora de francês e pela presteza nas traduções do resumo desta tese.

À Vania de Souza, bibliotecária da UFJF, pela orientação e revisão da normalização e formatação da tese, ajuda preciosa.

RESUMO

SOUZA, Maria das Dores. **Atuação da Enfermeira na Educação em Saúde Grupal em Direitos Sexuais/Reprodutivos na Atenção Básica**. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

A atuação da Enfermeira na Educação em Saúde em Grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos na Atenção Básica foi estudada em 13 Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família – UBS/ESF (em Juiz de Fora) *lócus* para coleta de dados, da pesquisa qualitativa, realizada 2008 e 2009, através de entrevista semi-estruturada, com 20 Enfermeiras. Esta pesquisa centrou-se em identificar e analisar a atuação desta Profissional; evidenciar correlações com o referencial teórico e contextual que trata de: Educação em Saúde, Grupos Educativos, Atuação da Enfermeira, Saúde da Mulher, Movimento Feminista, Direitos Sexuais e Reprodutivos. A análise de conteúdo é apresentada em três categorias: percepções das Enfermeiras sobre Ações Educativas e estes Direitos; Enfermeira como Agente Educador; Contribuições destes Grupos para a Prática Grupal. Ficou explícito que esta atuação existe sob aspectos analíticos como: variação sobre natureza, organização destes Grupos; direcionamento pedagógico tradicional; participação diversa de profissionais, predominando a parceria Enfermeira e Assistente Social; abordagem parcializada destes Direitos; carência de capacitação das Enfermeiras; centralidade das ações em recursos e procedimentos para se evitar a reprodução humana; limitações e dificuldades devido aos precários recursos e serviços; sobrecarga de atividades das Enfermeiras. Como sugestões destacam-se: realização de pesquisas; reformular serviços e recursos destes Grupos; ampliar qualificação das Enfermeiras na dimensão da pedagogia dialógica e promoção à saúde; reorientar a participação de usuários visando o autodomínio destes Direitos; inclusão efetiva dos outros profissionais. A essência deste estudo se revela na defesa desta atuação, que demanda ampliar estratégias para o exercício destes Direitos por estes usuários.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da Mulher. Atuação da Enfermeira. Grupos de Educação em Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos.

ABSTRACT

SOUZA, Maria das Dores. **Nursing Practice in Health Group Education Concerning Sexual/Reproductive Rights in Primary Health Care**. Rio de Janeiro, 2011. Thesis (Doctorate in Nursing) – Anna Nery School of Nursing. Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Advisor: Prof. Dr. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

The role of the Nurse in the Health Education Groups for Sexual and Reproductive Rights in Primary Care was studied in 13 Basic Health Units / Family Health Strategy - UBS / ESF (in Juiz de Fora) locus for data collection, qualitative research held in 2008 and 2009, through semi-structured interviews with 20 Nurses. This research focused on identifying and analyzing the performance of professionals, show correlations with the contextual and theoretical framework that addresses: Health Education, Educational Groups, Practice Nurse, Health of Women, the Feminist Movement, Sexual and Reproductive Rights. Content analysis is presented in three categories: Nurses' Perceptions of Educational Activities and these Rights; Nurse Educator as an Agent; Contributions of these Groups to the Group Practice. It was clear that this action exists under analytical aspects such as: variation on nature, organization of these Groups, targeting traditional teaching, participation of different professionals, predominantly partnership Nurse and Social Worker; approach parcializada these Rights, lack of training of Nurses; centrality of shares resources and procedures to prevent human reproduction; limitations and difficulties due to poor resources and services; overhead activities of Nurses. As suggestions include: conducting research, redesign services and resources of these Groups, increase skills of Nurses in the dimension of dialogical pedagogy and health promotion; reorient the participation of users seeking the mastery of these Rights; effective inclusion of other professionals. The essence of this study is revealed in the defense of this action, which requires strategies to enlarge the exercise of these Rights for these users.

Keywords: Nursing. Women's Health. Practice Nurse. Groups of Education on Sexual and Reproductive Health.

RÉSUMÉ

SOUZA, Maria das Dores. **Infirmière en Pratique au sein du Groupe des Droits de l'Éducation à la Santé Sexuelle / Reproductive dans les Soins Primaires**. Rio de Janeiro, 2011. (Doctorat en Sciences Infirmières) - Anna Nery École de Sciences Infirmières, Université Fédérale de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Directeur: Prof. Dr. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Le rôle de l'Infirmière dans les Groupes d'Éducation de Santé pour les Droits Sexuels et Reproductifs en Soins Primaires a été étudiée dans 13 Unités de Santé de Base et Stratégie Santé de la Famille - UBS / FSE (à Juiz de Fora) locus pour la collecte des données, la recherche qualitative eu lieu en 2008 et 2009, par le biais entretiens semi-structurés avec 20 Infirmières. Cette recherche a porté sur l'identification et l'analyse des performances des professionnels, montrent des corrélations avec le cadre contextuel et théorique qui traite de: Éducation à la Santé, les Groupes Éducatifs, Infirmière de Pratique, de la Santé des Femmes, le Mouvement Féministe, les Droits Sexuels et Reproductifs. L'analyse du contenu est présenté en trois catégories: les Perceptions des Infirmières d'Activités Éducatives et de ces Droits; Infirmière Éducatrice en tant qu'Agent; Contributions de ces Groupes à la Pratique de Groupe. Il était clair que cette action existe sous des aspects analytiques tels que: variation sur la nature, l'organisation de ces Groupes, en ciblant l'enseignement traditionnel, la participation des différents professionnels, principalement des Infirmières de partenariat et de Travailleur Social; approche parcializada ces Droits, le manque de formation des Infirmières; centralité des actions ressources et des procédures visant à prévenir la reproduction humaine, les limites et les difficultés dues aux ressources pauvres et les services, les activités aériennes des Infirmières. Comme suggestions comprennent: la réalisation des services de recherche de remaniement et les ressources de ces Groupes, d'accroître les compétences des Infirmières dans la dimension dialogique de la pédagogie et de promotion de la santé; réorienter la participation des utilisateurs à la recherche de la maîtrise de ces Droits, l'inclusion effective des autres professionnels. L'essence de cette étude se révèle dans la défense de cette action, qui exige des stratégies pour agrandir l'exercice de ces Droits pour ces utilisateurs.

Mots-clés: Soins Infirmiers. La Santé des Femmes. Infirmière en Pratique. Groupes de l'Éducation Sur la Santé Sexuelle et Reproductive.

RESUMEN

SOUZA, Maria das Dores. **Actividades de Enfermera en Educación para la Salud Grupo sobre Derechos Sexual y Reproductiva en Atención Básica.** Río de Janeiro, 2011. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Anna Nery de Enfermería de la Escuela, la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Asesor: Prof. Dr. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

El papel de la Enfermera en Educación Sanitaria sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, los Grupos de Atención Básica fue estudiado en 13 Unidades Básicas de Salud de la Salud y la Familia Estrategia: locus UBS/ESF (en Juiz de Fora) para recopilar datos, investigación cualitativa, realizadas a través de la forma de entrevista estructurada de 2009 y 2008, con 20 Enfermeras. Esta encuesta se centró en identificar y analizar el desempeño de esta profesión; demostrando correlaciones con los teóricos y contextuales que viene: Educación para la Salud, Grupos Educativos, Enfermera de Divulgación, Salud de la Mujer, Movimiento Feminista, Derechos Sexuales y Reproductivos. Análisis de contenido se presenta en tres categorías: las Percepciones de las Enfermeras sobre Acciones Educativas y estos Derechos; Enfermera como Agente Educador; Contribuciones de estos Grupos en la Práctica del Grupo. Explicito que esta actuación fue existe bajo aspectos analíticos como: variación en la naturaleza, la organización de estos Grupos; orientación pedagógica tradicional; diversa participación de profesionales, predominantemente la Enfermera y Trabajadora Social de asociación; enfoque de parcializada de esos Derechos; falta de formación de Enfermeras; centralidad de acciones sobre los recursos y procedimientos para prevenir la reproducción humana; las limitaciones y dificultades debido a los precarios recursos y servicios; sobrecarga de actividad de las Enfermeras. Sugerencias incluyen: investigación; rediseño de servicios y recursos de estos Grupos; extender la calificación de las Enfermeras en la dimensión de la promoción de la salud y la pedagogía de dialogic dinámica; redirigir la participación de los usuarios a self-mastery de esos Derechos; efectiva inclusión de otros profesionales. La esencia de este estudio revela en defensa de esta acción, que demanda ampliar las estrategias para el ejercicio de estos Derechos por parte de estos usuarios.

Palabras clave: Enfermera. Salud de la Mujer. Desempeño de la Enfermera. Grupos de Educación de Salud. Derechos Sexuales y Reproductivos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CDH	Conferência de Direitos Humanos
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIM	Conferência Internacional sobre a Mulher
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CLS	Comissões Locais de Saúde
CM	Conferência da Mulher
CMDM	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Mulheres
CMM	Conferência Mundial da Mulher
CMPM	Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CONAPIR	Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CP	Casa de Parto
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEMI	Departamento de Enfermagem Materno Infantil
DIU	Dispositivo intra-uterino
DSM	Departamento de Saúde da Mulher
DSR	Direitos Sexuais e Reprodutivos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EEAN	Escola de Enfermagem Ana Nery

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FACENF	Faculdade de Enfermagem
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FMI	Fundo Monetário Internacional
GDSR	Grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos
GES	Grupos de Educação em Saúde
GRPE	Gênero e Raça, Erradicação da Pobreza e Geração de Emprego
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMS	Instituto de Medicina Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
JF	Juiz de Fora
LEP	Lei do Exercício Profissional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Sem Terra
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica da Saúde
NUCEPES	Núcleos de Educação e Cultura Popular em Saúde
NUPESM	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher
PET	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PF	Planejamento Familiar

PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PPF	Programa de Planejamento Familiar
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSF	Programa de Saúde da Família
RIPS	Reunião Internacional para a Promoção da Saúde
RMM	Razão Média de Mortalidade Materna
RA	Região Administrativa
RS	Região Sanitária
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SPM	Sociedades Pró-Melhoramento de Bairro
SSSDA	Superintendência de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPREMA	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Populações
USF	Unidade Saúde da Família
UNIPAC	Universidade Presidente Antonio Carlos
ZR	Zona Rural

LISTA DE MAPA, TABELA E QUADROS

Mapa 1 – Mapa de Juiz de Fora com Localização das UBS	80
Tabela 1 – Expectativa de Vida no Brasil	43
Quadro 1 – Caracterização do Cenário do Estudo	73
Quadro 2 – Caracterização dos Sujeitos Entrevistados	74
Quadro 3 – Caracterização dos GES em DSR	77

LISTA DE E ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1	Autorização da SMS/PJF	160
Anexo 2	Aprovação no CEP/UFJF	161
Anexo 3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
Anexo 4	Mapa de Juiz de Fora - Regiões Sanitárias e UBS	163
Apêndice 1.	Quadro 1 Caracterização do Cenário do Estudo	164
Apêndice 2	Quadro 2 Caracterização dos Sujeitos Entrevistados	165
Apêndice 3	Levantamento Caracterização dos GES/ DSR - UBS/PJF	166
Apêndice 4	GES/DSR-UBS/PJF– Formulário Entrevista Profissionais	167
Apêndice 5	Quadro 3 - Caracterização dos GES em DSR	168

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 – INTRODUÇÃO	19
1.1 Problema e Justificativa do Estudo	21
1.2 Objeto do Estudo	24
1.3 Questões Norteadoras	27
1.4 Objetivos	27
1.5 Relevância do Estudo	28
1.6 Contribuição do Estudo.....	29
1.7 Organização do Estudo.....	30
CAPÍTULO 02 – BASES CONTEXTUAIS	32
2.1 Direitos Sexuais e Reprodutivos e Saúde da Mulher	32
2.1.1 SUS e Saúde da Mulher	32
2.1.2 Movimento Feminista e Formulação da Política de Saúde da Mulher	34
2.1.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos: Particularidades no Brasil.....	38
2.1.4 Perfil Epidemiológico da Saúde da Mulher no Brasil.....	42
2.2 Determinações Governamentais para a Educação em Saúde Vinculadas aos Direitos Sexuais e Reprodutivos	46
CAPÍTULO 03 – BASE TEÓRICA	56
3.1 Grupos de Educação em Saúde: Vinculações com Direitos Sexuais e Reprodutivos na Perspectiva da Promoção da Saúde.....	56
3.2 Dimensão Teórica - Educação em Saúde em Grupos e Atuação da Enfermeira	67
CAPÍTULO 04 – METODOLOGIA.....	70
4.1 Tipo e Natureza da Pesquisa.....	70
4.2 Perspectiva Teórico-Metodológica.....	71
4.3 Cuidados Éticos	72
4.4 Cenários da Pesquisa	73
4.5 Sujeitos da Pesquisa.....	73
4.6 Instrumento e Coleta de Dados.....	75
4.7 Análise e Apresentação dos Resultados.....	77

CAPÍTULO 05 – GRUPOS EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	80
5.1 Caracterização de Grupos de Educação em Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos em UBS/ESF	80
5.2 Grupos de Educação em Saúde em Direitos Sexuais e Reprodutivos: Significação da Atuação da Enfermeira	84
5.2.1 Concepções – Ações Educativas; Direitos Sexuais e Reprodutivos	85
5.2.1.1 Concepções de Ações Educativas	86
5.2.1.2 Concepções de Direitos Sexuais e Reprodutivos	92
5.2.2 Enfermeira - Agente Educador	100
5.2.2.1. Atuação Educativa	101
5.2.2.2 Facilidades e Dificuldades	111
5.2.3 Contribuições dos Grupos e Sugestões para o Trabalho Grupal	120
5.2.3.1 Contribuições	120
5.2.3.2 Sugestões	128
CAPÍTULO 06 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	148
ANEXOS E APÊNDICES	160

CAPÍTULO 01 INTRODUÇÃO

O conteúdo que apresento nesta tese para a conclusão do Curso de Doutorado em Enfermagem se inscreve na linha de pesquisa “Políticas de Saúde da Mulher: modelos de ensinar e assistir à mulher e ao recém nascido”, que integra o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher – NUPESM, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil – DEMI da Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN/UFRJ.

A minha experiência acumulada inclui desempenho profissional em diversos cargos na prestação da assistência em serviços públicos municipais de saúde; e docência em disciplinas teóricas, práticas, supervisão de estágio, orientação de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC - e de monografia nos Cursos de Especialização a partir de 1983, subsidiou minha escolha por esta linha de pesquisa.

Sintetizando minha trajetória desde a graduação, relembro que como acadêmica do curso da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – FACENF/UFJF – nos anos de 1979 a 1982, percebi a importância da área da Saúde Pública em atividades de sala de aula, extensão e pesquisa. Nestas atividades fui percebendo a diferença entre as ações responsabilizadas a Enfermeira, que contribuiu para a compreensão da dimensão educativa, imprescindível para ampliar o nível de conscientização dos usuários de serviços públicos de saúde, especialmente os da Saúde da Mulher.

A participação intensa no movimento estudantil e como profissional em eventos relacionados à Saúde Comunitária, à Reforma Sanitária e à política brasileira, no âmbito da defesa dos direitos dos funcionários públicos municipais de Juiz de Fora – JF, foi sedimentando minha opção pela área de atuação mencionada.

A conclusão do curso de Enfermagem (que ocorreu concomitante ao nascimento do meu filho) em 1982 representou o momento de tomada de decisão sobre possibilidades de exercício profissional. Assumi integrar como Enfermeira à equipe de profissionais responsável pelas ações desenvolvidas no serviço de saúde público municipal – Casa da Comunidade de São Judas Tadeu. Entre os exemplos desta experiência referencio a dimensão de educadora em ações assistenciais grupais aos usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, lactantes, escolares, adolescentes, idosos; e agentes de saúde; e à participação em movimentos

populares, com assistentes sociais e moradores, objetivando fortalecer associações e comissões; grupos de mulheres; e Sociedades Pró-Melhoramento de Bairro– SPM.

A ampliação de conhecimentos teórico-práticos ocorreu de maneira gradativa por meio da minha participação em eventos como seminários; cursos de extensão; ciclo de debates e às discussões visando mudanças curriculares na FACEN/UFJF; implantação de programas governamentais como as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, especialmente na formação das primeiras Comissões Locais de Saúde – CLS – em bairros de Juiz de Fora.

Em 1985, integrei a equipe de docentes do Curso de Capacitação Pedagógica, no Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio – para Auxiliares de Enfermagem. Esta estratégia governamental visou à formação dos recursos humanos para as Ações Integradas de Saúde – AIS – em direção ao Sistema Único de Saúde – SUS. Essa inserção contribuiu para fortalecer a minha opção pela carreira acadêmica, pois desde a graduação estava motivada a contribuir na formação de recursos humanos da área de Enfermagem.

Em 1987 a conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, possibilitou ampliar minha visão nesta área. E ao realizar o Curso deste nível em Saúde da Família e da Comunidade, junto com minha inserção nos CLS, do bairro Alto Grajaú reforçou meu interesse pela área da Saúde da Mulher e ações interdisciplinares. Estas experiências subsidiaram meu interesse para o Curso de Mestrado em Enfermagem na EEAN/UFRJ.

Com a defesa da minha dissertação na EEAN/UFRJ intitulada: O Enfermeiro e os Conselhos Locais de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG: Incentivo à Participação Popular em Saúde, que ocorreu em 1999, tive condições de ampliar o significado da dimensão educativa da intervenção da Enfermagem. Constatei que carência de informações, dificuldades de entendimento, desconhecimento de direitos poderiam ser modificadas por meio de ações educativas.

Em 1999, fui aprovada no concurso público para o cargo de professor assistente da FACENF/UFJF, assumi a inserção no meio acadêmico, para ministrar a disciplina Enfermagem Saúde da Mulher, participar de atividades de pesquisa, extensão e orientação de trabalhos. A centralidade destas atividades recai na assistência à Saúde da Mulher, em especial na Atenção Básica – AB, e em representações profissionais como: Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna – CPM, e Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Mulher – CMDM.

Em 2002 com a Especialização em Enfermagem Obstétrica ampliei minha capacidade de atuação passando a trabalhar desse ano até 2007 com Grupos de Educação em Saúde – GES em Direitos Sexuais e Reprodutivos – DSR e projetos de extensão na Casa de Parto – CP/FACENF/UFJF, assumindo também, por 1 ano o cargo de Vice-Coordenação. Esta experiência foi inovadora, pois o parto normal passou a ter espaço legitimado em políticas públicas, incluindo profissionais de diversas áreas, usuárias e familiares, mas ocorreu o encerramento da mesma em agosto de 2008, devido ao fechamento deste recurso público de saúde.

A participação no Curso de Especialização em Formação Pedagógica na Área de Enfermagem em 2003 contribuiu para reforçar meu posicionamento sobre a necessidade de contínua qualificação dos profissionais da área da Enfermagem. Nessa qualificação particularizo a Educação em Saúde – ES – como integrante do trabalho com GES em DSR, centrando-se na Saúde da Mulher, em especial nos serviços públicos de saúde, em Unidade Básica da Saúde/Estratégia da Saúde da Família – UBS/ESF, pois defendo a conquista e o exercício dos DSR.

1.1 Problema e Justificativa do Estudo

Os direitos e garantias fundamentais, como o do cidadão à saúde; e o dever do Estado de oferecer recursos e serviços públicos são determinações da Constituição Federal – CF/88 (BRASIL, 1988). Entre estes direitos, os DSR como os da mulher à saúde integral, são divulgadas em documentos internacionais e nacionais, como o Relatório da IV Conferência Mundial da Mulher em Beijin (1995).

A saúde reprodutiva integra a atenção à saúde integral, como especificidade da mulher, incluindo a maternidade que abrangem cuidados à gravidez, parto e com o recém nascido. Esta atenção é atributo de profissionais que trabalham e que precisam perceber a saúde na visão da promoção e prevenção.

A luta pela conquista dos DSR integra a construção do processo democrático e está presente na agenda política de governantes, gestores dos serviços e recursos públicos de saúde e em segmentos de categorias profissionais – Enfermeira. Estes Direitos "[...] quando pensados em profundidade, exigem novas formas de relações sociais, reconstrução das representações sócio-culturais sobre corpo/sexualidade/reprodução apontando para um novo modelo de civilização" (ÁVILA, 1997, p. 15).

Desse modo, é necessário buscar alternativas e estratégias condizentes com

o exercício desses direitos, pois existe uma situação que se caracteriza como contraditória: de um lado, diretrizes jurídico-legais, baseadas em abordagens avançadas do ponto de vista conceitual, programático e político. Essas diretrizes são consoantes com possibilidades de se ofertar aos usuários de UBS assistência à saúde de qualidade e humanizada e, em especial, às demandas da mulher em idade reprodutiva ou não; de outro: indicadores de saúde apontam para não corresponder à melhoria da qualidade da SM, no que tange à garantia dos DSR que se traduzem por elevados índices de morbi-mortalidade materna e perinatal.

Esta situação contraditória pode ser entendida e explicada por diversos fatores, com destaque ao relacionado à carência de informações em DSR, pois para a usuária do SUS, especialmente na AB tem sido limitado o espaço para se tornar sujeito das ações de ES e de seu auto-cuidado.

O problema investigado está circunscrito na defesa e conquista dos DSR, envolvendo atividades grupais em educação e saúde que, mormente, está sob a orientação e coordenação da Enfermeira. Esta atuação precisa se tornar uma das prioridades do atendimento prestado em UBS/ESF, visando contribuir para que, especialmente a mulher possa decodificar o significado e a importância dos DSR.

Esta decodificação pode lhe proporcionar a aquisição de elementos para uma consciência crítica, como ensina Freire (1987), pois o sujeito social inicia a sua construção quando o faz numa prática social histórica e materialmente situada: o homem começa a ser sujeito social em contato com outros homens e num contexto de realidade que os determina geográfica, histórica e culturalmente. O interessante é que esse homem adquire consciência crítica dos demais e de seus contextos quando começa a comunicar-se com os outros e o mundo, o que pressupõe ações educativas libertadoras, conforme com elaborações de Freire (1987).

Estas referências contribuem para a legitimidade das relações de gênero, que tem contributo para o exercício dos DSR. É no processo de se viver a sexualidade, a fecundidade, a reprodução humana com responsabilidade, que pode-se também redimensionar, a necessidade de reduzir e/ou eliminar as desigualdades, inclusive entre os sexos. Essa desigualdade eivada de preconceitos, discriminação, injustiças e iniquidades comprometem a saúde, podendo-se particularizar a sexual e reprodutiva, a qualidade de vida, em especial a da mulher.

Faço estas afirmações porque (re)conheço que em especial atendimentos em UBS/ESF ainda permanece adotar respostas fragmentadas e ações isoladas entre

os profissionais da equipe de saúde. Estas ações contribuem para reiterar a necessidade de mudar que justifica este estudo centrado na demanda dos GE/ DSR através de ações de ES sendo a Enfermeira junto com os demais profissionais, orientadores e coordenadores de ações grupais para conquistar e defender estes Direitos. A ES no plano das idéias e ações implica em saberes e práticas nem sempre norteados por informações de qualidade, acompanhamentos, orientações e que valorizam o cuidado humano.

Tratando-se de usuária de UBS/ESF torna-se essencial defender a autonomia da mulher. Esta precisa adquirir consciência crítica da sua condição feminina que contribui para que saiba escolher serviços e recursos de saúde que lhe proporcione manter, conservar e melhorar a qualidade da sua vida; casamento e família, em especial seus DSR. Defendo a necessidade da ampliação e aprofundamento desse trabalho, em grupos de ES, que se torna cada vez mais uma necessidade, visto que pode minimizar a situação que caracteriza a mulher usuária de UBS/ESF em DSR.

Essas explicitações são necessárias porque esses Direitos ainda não se efetivaram como conquista na dimensão de totalidade e nem correspondem ao exercício da cidadania assegurada em determinações constitucionais. Reconhece-se que espaços interventivos precisam ampliação incluindo a participação do homem; reordenar o funcionamento destes Grupos, que expressa possibilidades de avançar e mudar práticas dos profissionais da equipe de saúde responsáveis pela melhoria das condições de vida de usuárias, como da UBS/ESF.

A Enfermeira precisa se qualificar de maneira contínua para assumir este trabalho, individualmente ou integrado à equipe de saúde, pois esta atividade pode contribuir para que avance em conhecimentos teóricos e metodológicos para que a usuária consiga por si mesma, mudar comportamentos, hábitos e atitudes, o que traduz ampliação do seu nível de consciência.

Existe limitação se vincula às situações vivenciadas pela usuária no seu cotidiano familiar e social, onde identifica-se problemas diversos decorrentes de gravidez indesejada ou inoportuna; morbidade e mortalidade materna e infantil; violência doméstica e conjugal. Nesse particular, como profissionais da Enfermagem, especialmente quando prestam assistência à mulher na AB têm acesso a informações diversas como as relacionadas com desnecessárias cesarianas e esterilizações; inadequação de uso de contraceptivos; redução do uso de métodos naturais e não invasivos e da utilização e uso incorreto de preservativo.

O art.11 da Lei nº7. 498/86 (BRASIL, 1986a) do Exercício Profissional de Enfermagem define, dentre outras, como competência da Enfermeira: “[...] exercer todas as atividades de Enfermagem - II – como integrante da equipe de saúde:;) educação visando à melhoria de saúde da população.”

Essa atribuição não é privativa desse profissional, pois os que integram a equipe de saúde da Atenção Básica (médicos, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e outros) têm também vinculações com ações educativas nos serviços.

Nessa abrangência de atuação, a ES é entendida como estratégia para a defesa e exercício da cidadania e implica em direitos, como os Direitos Sexuais e Reprodutivos, contribuindo para a valorização e socialização do saber popular. A prática educativa assumida pelo profissional da Enfermagem comprometido, política e socialmente com a melhoria da qualidade de vida, como a das mulheres, em GE demanda sistematicidade, organicidade e continuidade para garantir direitos das usuárias, numa perspectiva conceitual e metodológica que ultrapasse saberes e práticas educativas conservadoras e de reprodução de informações o que para Freire (1987) caracteriza a “pedagogia do oprimido” ao contrário de garantir a “pedagogia da esperança” ou da “emancipação”.

1.2 Objeto do Estudo

A problemática apontada e reflexões que apresento asseguram a formulação do meu objeto investigativo: atuação da Enfermeira na ES em GDSR na AB à SM.

As feministas assumiram como fundamento principalmente para a prática política que visa reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva, a concepção de DSR. Esta concepção desde o início dos anos de 1980 representa uma estratégia discursiva das lutas feministas (CORRÊA; ÁVILA, apud BERQUÓ, 2003).

Essa concepção fundamenta esta tese, porque a expressão DSR singulariza a contestação ao modelo autoritário de diretrizes políticas integradas aos programas de SM anteriores às bandeiras de luta do movimento feminista, que caracterizaram exclusão das mulheres, do espaço público-social. Essas bandeiras se revelam na defesa de políticas públicas de saúde focadas na condição feminina, que legitimem o direito ao aborto; igualdade entre os gêneros quanto às responsabilidades trabalhistas, contraceptivas e reprodutivas; acesso à informação e meios para o

controle da fecundidade; e liberdade sexual e reprodutiva sem discriminação ou violência. No Brasil, essas lutas que explicitam DSR, foram inseridas nas discussões sobre reformas, na democratização, que Ventura (2003, p. 213) menciona:

A busca por igualdade, liberdade e justiça social na saúde sexual e reprodutiva feminina tem sido uma das batalhas mais árduas das mulheres [...]. É uma travessia que envolve duros embates contra preconceitos, discriminações e dogmas religiosos, além do combate a problemas estruturais, como o empobrecimento crescente da população feminina.

Este processo no plano político, legal e jurídico consolidou-se com a CF/88, (defesa formal da cidadania, institucionalização do Estado Democrático de Direito), pois incorporou a maioria das reivindicações das feministas, inclusive as dos DSR.

Dispositivos constitucionais como direito à vida digna; à integridade física e psicológica; à igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres, em geral, e na relação conjugal, em particular; à igualdade entre os filhos; ao reconhecer formas de família; à inviolabilidade da intimidade e privacidade; à proteção à maternidade na seguridade social e do trabalho; ao direito à saúde com acesso universal igualitário às ações e serviços para promover, proteger e recuperar; ao direito ao planejamento familiar, demarcam premissas dos DSR e da Carta Magna do país.

Além do significado dessas determinações constitucionais existe semelhança entre as mesmas e decisões da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD – (CAIRO, 1994) assegurando-se na defesa da adequação das normas legais aos parâmetros dos direitos humanos. Esta Conferência incorporou, no documento final de consenso, os DSR na concepção de promoção da igualdade e da equidade nas relações de gênero; na defesa dos direitos das mulheres e das responsabilidades masculinas; simbolizando aspectos essenciais para a conquista e o exercício desses direitos. Esses foram reafirmados na IV Conferência Mundial da Mulher – CMM (BEIJIN, 1995) objetivando fortalecer:

[...] as políticas de saúde reprodutiva que se implementam pós-Cairo e Pequim, estão se desenhando como meras reinterpretações semânticas, ou adequações, das ações convencionais do materno-infantil ou planificação familiar. Esta orientação minimiza – quando não oculta – a perspectiva dos direitos reprodutivos. Observa-se no plano das instituições, que os termos 'saúde' e 'reprodutivo' são mais facilmente aceitos do que 'direitos' e 'sexuais', que soam mais radicais e impertinentes (CORREA, SEM, in GIFFIN; HAWKER, 1999, p.43).

Cabe ressaltar que estes direitos não se limitam à assistência à saúde sexual e reprodutiva, mas abrangem direitos individuais, coletivos que visam a conquista e

o exercício da sexualidade e da reprodução. O reconhecimento dos DSR em tratados internacionais singulariza sua legitimidade como "[...] o filho caçula dos direitos humanos" (ALVES, 2004, p. 5) reiterando a necessidade de continuidade da luta para viabilizar sua operacionalização na prática.

Quanto à operacionalização, as estratégias governamentais no Brasil como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 2004 (BRASIL, 2004a) e Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, em 2005 (BRASIL, 2005b) expressam conquistas jurídico-legais e técnico-assistenciais. Todavia, ações e programas continuam insuficientes e com qualidade deficitária de atenção. As políticas públicas direcionadas para o atendimento dos DSR precisam "[...] ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão cultural [...]" (ÁVILA, 2003, p. 468) e precisam do envolvimento de gestores, profissionais de saúde, pessoal de apoio e a população.

Através dos Grupos, coordenados e orientados por Enfermeira, configurados como de ES, é possível ampliar a defesa, a conquista e o exercício dos DSR, na perspectiva de legitimação de determinações de organismos internacionais e nacionais inclusive constitucionais. Esse profissional além da atribuição legal pode ampliar sua qualificação para que as ações educativas em DSR correspondam e atendam a demandas reais e virtuais de usuárias de UBS/ESF numa perspectiva de saúde pública integral, universal, descentralizada e interdisciplinar.

Essas atividades são estratégicas para buscar a legitimidade de conquistas que precisam de efetividade no cotidiano do trabalho em UBS/ESF. Neste cotidiano eivado por riscos de mortalidade materna; contaminação de DST/AIDS; patologias genitais malignas; carência de planejamento familiar; desresponsabilização materna e paterna existem diversas e inúmeras possibilidades de mudanças. Estas precisam ocorrer de maneira gradativa, contínua e sistemática, o que tem correlação com a dimensão de que estes Grupos também necessitam ser organizados, estruturados e estar em funcionamento contínuo para que profissionais e usuárias criem vínculos e estabeleçam relações de troca e confiança disponibilizando-se à ampliação do papel político-social. Esta ampliação singulariza a mudança de visão e mentalidade da usuária, que precisa perceber e entender que as ações educativas integram o processo de desenvolvimento do GES em DSR, da família e da sociedade.

Essa argumentação se sustenta na dimensão de que no processo pedagógico que configura o trabalho grupal é possível a democratização do

conhecimento e a construção do imaginário social fundamentado na concepção dos DSR. Nessa construção gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, DST/AIDS, paternidade, planejamento familiar, violência se inserem na busca do exercício da cidadania da condição feminina e masculina.

Na prática profissional é fundamental fortalecer a importância da assunção do espaço ocupacional da Enfermagem, na Educação em Saúde, em Grupos de Educação em Saúde em Direitos Sexuais e Reprodutivos, pois o profissional ao trabalhar em ações individuais, grupais assume o seu papel de facilitador e educador para que a usuária reconheça e valorize o significado da conquista da sua cidadania. Esta se expressa no combate à desigualdade social; no compromisso com a justiça social, com padrão ético e moral da dignidade humana, aliada à democracia como valor universal e que promova a superação do preconceito e discriminação do simbolismo da condição de “mulher” como sexo frágil, ao passo que a alusão ao “homem” corresponde a de sexo forte.

1.3 Questões Norteadoras

Para a realização desse estudo, questões básicas emergiram da formulação e justificativa do problema e delimitação do objeto de estudo:

- Qual atuação tem a Enfermeira ES em Grupos voltados para DSR/AB?
- Quais fundamentos que sustentam a atuação da Enfermeira nos GES/DSR?
- A atuação da Enfermeira na ES/GDSR/AB está em acordo ao referencial da ES na perspectiva da promoção da saúde?

1.4 Objetivos

A delimitação dos objetivos relacionando-se às questões norteadoras inclui:

- Identificar a atuação da Enfermeira em grupos voltados para DSR na AB;
- Analisar a atuação da Enfermeira nos GES em DSR;
- Discutir a atuação da Enfermeira na ES em Grupos voltados para DSR na AB à luz do referencial teórico da ES em vista da promoção da saúde.

1.5 Relevância do Estudo

A defesa de que os DSR precisam ser conquistados e exercidos plenamente pela mulher e neste caso, usuária de UBS/JF, constitui preocupação essencial deste estudo. Destaca-se a necessidade de classificar acertos e desacertos institucionais que estão imbricados na organização, estruturação e funcionamento de grupos de Educação em Saúde que têm como centralidade os direitos sexuais e reprodutivos. É nesta direção que se verifica a necessidade de ampliar o conhecimento, particularizando-se a área da Enfermagem, para que usuárias de UBS/ESF sejam preparadas para defender e exercer DSR como também direitos de cidadania.

A necessidade de GES/DSR para a realização de trabalho educativo em UBS/JF deve-se à relevância de poder contribuir para estudos que tratam a redução da Razão Média de Mortalidade Materna – RMM. Na série histórica de 1996 a 2006 foi encontrado resultado de 91 mortes/100.000 nascidos vivos (JUIZ DE FORA, 2006a,b). Correlacionando esta identificação com as determinações da Organização Mundial de Saúde – OMS – verifica-se que a RMM se configura como “alta”, pois, essa organização tem como parâmetros: baixa, aquela inferior a 10/100 mil nascidos vivos; média: que vai entre 10-49/100 mil nascidos vivos, alta: fica entre 50-99/100 mil e muito alta: quando superior a 100/100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2007a).

Além desses elementos as determinações do MS delimitam que RMM acima de 20/100 mil nascidos vivos é elevada (BRASIL, 2007a). Também considera que estas mortes são passíveis de prevenção e evitáveis, na sua maioria, indicando medidas resolutivas: ampliar investimento na assistência obstétrica e implementar melhoria de vida da fração populacional com precárias condições sócio-econômicas.

Verifica-se também que na maioria dos serviços das UBS/JF, os usuários (homem e mulher), além de desinformados não são acolhidos com enfoque educativo/elucidativo, que contribua para que assimilem conhecimento e orientação necessários para o exercício de DSR, na sua condição de cidadã(o).

Os profissionais de equipes da AB, como a Enfermeira, que tem como atribuição assumir trabalho em ES individual/grupal, muitas vezes, não o realiza por motivos como: carência de tempo (de profissionais e usuários); não comparecimento de usuários, despreparo de profissionais “[...] não estou preparada para resolver meus próprios problemas sobre sexualidade” “como vou resolver dos outros?” (Enfermeira com Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade,

concluído há 25 anos e que atua em AB, mais de 20 anos).

Ocorre também reduzida inserção de homens em GES, que em geral, associa-se à obtenção de informações pontuais sobre vasectomia e planejamento familiar. Há que se (re)pensar esta inserção para que possam ampliar seu nível de consciência, pois também eles têm os seus DSR.

É mister explicitar a relevância desta tese, pois tenho como fundamento a contradição mencionada: as diretrizes jurídico-legais que fundamentam políticas públicas configuram o discurso oficial sobre DSR. Estas não correspondem as práticas educativas, inclusive grupais, que é expressão de operacionalização dos programas e das ações governamentais nos serviços de AB. Esta contradição ajuda a identificar limitações, dificuldades, possibilidades de resolutividade para conquistar o concreto: a efetividade do exercício e defesa destes direitos de cidadania e de saúde em UBS e a defesa de sua inclusão político – social.

Desta feita com este estudo existe a expectativa de contribuir em dois aspectos: melhorar a superação de preconceitos e discriminação, que se expressem na capacidade da usuária tomar decisão pertinente à defesa dos DSR; e, ampliar conhecimentos que subsidiem o que é essencial à ação educativa da Enfermeira, em GES/DSR.

1.6 Contribuição do Estudo

Este trabalho poderá contribuir para a superação de preconceito e discriminação, que se expressem na capacidade da usuária tomar decisão pertinente à defesa dos seus direitos, como os DSR.

Existe a intencionalidade de que este trabalho contribuirá para a ampliação de conhecimentos, visando subsidiar o que se configura como essencial à atuação educativa da Enfermeira, em GES/DSR. A defesa recai na dimensão de que esta atuação inclui a determinação da legislação que a especifica como competência profissional; a dimensão pedagógica que se assegura na problematização e diálogo; a capacitação para trabalho grupal que demanda funções de coordenar e executar atividades educativas; o compromisso com a luta e defesa destes Direitos visando o exercício da cidadania das usuárias de UBS/ESF.

As diretrizes governamentais no âmbito dos DSR merecem valorização e reconhecimento. Entretanto, os desafios existem e é preciso ampliar e melhorar a

qualidade dos serviços e recursos existentes, principalmente em UBS/ESF quando relacionada com GES/DSR. Estes envolvem em primeira instância a liberação de recursos necessários à utilização de métodos contraceptivos e planejamento familiar em integrantes de setores populares, em especial da mulher. Esta melhoria contribui para minimizar problemas de Saúde Pública como Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS; situações abortivas inseguras; violência doméstica e conjugal, que além das condições clínicas, psicológicas e sociais, incluem a busca pela superação de valores culturais predominantes. Estes valores atribuem supremacia das relações de poder amorosas, conjugais e familiares ao homem e associam-se a limitações decorrentes da precariedade de condições sócio–econômicas e culturais (COOK *et al*, 2004).

1.7 Organização do Estudo

Os capítulos integrantes desta tese contemplam esta introdução; base contextual; referencial teórico; metodologia; descrição e interpretação analítica dos resultados; e considerações finais.

A base contextual está apresentada no segundo capítulo contendo elaborações que fundamentam temáticas centrais ao objeto investigativo, tendo como sustentação abordagens sobre os DSR e a SM; determinações governamentais que tangenciam a ES; a Enfermagem na atuação em GES/DSR, que tem correspondência também com a atribuição legal e que se inscreve nas suas possibilidades de atuação e ampliação de espaço ocupacional.

O terceiro contém a base teórica da ES com os fundamentos dos GES e vinculações com DSR; e ES/DSR como veículo de promoção da SM.

O quarto aborda o percurso metodológico sustentado na perspectiva dialética; tipo de estudo; estratégias para a seleção das UBS/ESF que compõem o cenário do estudo; sujeitos do estudo; técnicas e instrumentos de coleta no trabalho de campo; tratamento e análise dos resultados garantindo aspectos éticos.

O quinto capítulo está direcionado para a apresentação e interpretação dos resultados e condensa o desvelamento do real nos GES/DSR em UBS/ESF/JF expressos nos depoimentos das Enfermeiras entrevistadas. Os resultados estão analisados em três categorias: concepções de ações educativas, DSR; Enfermeira como agente educador; possibilidades de mudanças do trabalho grupal e sugestões

para a atuação desta profissional. A correlação entre esta categorização e os capítulos referenciais visa contribuir para fortalecer o posicionamento que sustenta a formulação do problema; delimitação do objeto; objetivos; e questões norteadoras.

Nas considerações finais estão sintetizadas as contribuições deste estudo que substantivam a necessidade da conquista e exercício dos DSR, por usuários de UBS/ESF por meio de ações educativas que validam a atuação da Enfermeira em GES na perspectiva da promoção da saúde.

A atuação, nessa perspectiva, de acordo com Souza (2003), implica que a equipes de saúde procure obter conhecimento sobre os usuários, seus familiares e grupos das UBS/ESF, visando ouvir suas necessidades e potencialidades. Esta ausculta constitui referência para o planejamento, inclusive das ações educativas visando estruturar a oferta de serviços e recursos. Essa equipe precisa de outro olhar sobre a saúde: o olhar da vida. E para olhar para a vida, é preciso assumi-la com atitudes positivas, tendo a coragem e desprendimento de ler, ouvir, perceber e entender o quanto a vida desse povo é bela, mesmo na adversidade em que vivem.

CAPÍTULO 02 BASES CONTEXTUAIS

2.1 Direitos Sexuais e Reprodutivos e Saúde da Mulher

As elaborações teóricas singularizam aspectos de mudanças conjunturais que acarretaram implicações na saúde, e em particular na SM; na perspectiva do SUS, contribuições sobre o movimento feminino na luta por direitos da mulher e, significação e importância dos DSR. Também estão sistematizadas informações e dados que configuram o perfil epidemiológico da SM.

2.1.1 SUS e Saúde da Mulher

A determinação da CF/88 implica em políticas sociais públicas visando o acesso à saúde, educação, moradia, alimentação, saneamento, meio ambiente, transporte, trabalho, renda e lazer. A interrelação entre as políticas sociais é essencial para efetivar direitos sociais instituídos. Isto objetiva o entendimento de proposições políticas que particularizam a assistência à saúde da mulher, acrescidas de lutas empreendidas por outros movimentos sociais como o feminista, tratado no item 2 desse estudo. Situando o que vem historicamente constituído como diretrizes para a saúde da mulher, refere-se que:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantil, das décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na sua especificidade biológica e papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com filhos e demais familiares (BRASIL, 2007b, p.1).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, em 1984 redireciona a dimensão do atendimento à mulher, não restrito à (contra) concepção como no Programa Nacional de Saúde Materno Infantil – PNSMI (BRASIL, 1974-1979) e representa uma esperança de resposta ao quadro epidemiológico da fração feminina (TYRRELL; CARVALHO, 1995). A participação de movimentos sociais como o feminista foi significativa na continuidade da luta pela legitimidade de demandas da mulher (COELHO, 2000). O PAISM representou avanço quanto as atividades programáticas; inclui agravos à SM nas suas fases de vida:

O novo Programa para a saúde da mulher com ações educativas; preventivas; de diagnóstico, tratamento e recuperação engloba a assistência à mulher em clínica ginecológica; no pré-natal; parto e puerpério; no climatério; em planejamento familiar; DST; câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Todavia, as atividades programadas – a SM no seu ciclo vital foram ampliadas, além das relacionadas na gravidez e lactação; atenção à conservação e manutenção da vida como: prevenir o câncer; atenção ginecológica; planejamento familiar; tratamento para infertilidade; diagnóstico e tratamento de DST – começaram a ser implantadas entre 1985 a 1986 (FORMIGA FILHO, *apud* GALVÃO; DIAZ 1999). Mas, para esses autores e grupos feministas esse Programa não atenderia doenças ocupacionais e mentais que acometem mulheres e nem mobilizaria o homem para assumir sua responsabilidade na reprodução.

O Projeto Maternidade Segura, criado em 1987, objetiva reduzir, na maioria dos países, e em especial no Brasil (como país signatário), altas taxas de mortalidade materna e perinatal; patrocinado pela OMS, e Fundo das Nações Unidas para Populações – UNICEF – é apoiado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO, na perspectiva de

[...] humanização no atendimento ao parto; valorizar o nascimento, a qualidade na assistência às gestantes e seus bebês, prestada por instituições específicas[...]. A instituição proponente solicita avaliação de delegados do MS e da SGO estadual, que lhe reconhecem ou não o título de Maternidade Segura (NOVAES, 2009, p. 2).

No governo de FHC, nas duas gestões foram mantidas em relação à SM continuar o PAISM, que desde 1990 passa por mudanças nas suas diretrizes assegurando-se em Norma Operacional Básica da Saúde – NOBS (necessária à reforma do SUS), fortalecedora da reorganização da AB através da ESF.

Com relação à SM e os DSR, medidas jurídico-legais do MS estão delineadas na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e Política Nacional de DSR (BRASIL, 2005a). Mas, as ações e programas mantêm limitações como: não correspondem à atenção de qualidade para demandas da mulher, como em UBS/ESF; carências de recursos e serviços; dificuldades de capacitação de profissionais; descontinuidade de ações educativas, em especial dos GDSR.

A implementação de ações na área da SM indica a existência de dificuldades políticas, técnicas e administrativas e, não se tem um panorama abrangente da situação em todos os municípios (BRASIL, 2006). Em decorrência dessas

dificuldades, os desafios vêm se expandindo, como: continuidade da defesa de implementação do SUS, que requer ampliar a aliança entre forças políticas, principalmente de setores progressistas desde a esfera municipal. E especificando-se UBS/ESF, ainda não foi conquistada a integração entre os programas, como a ESF e o PAISM, operado pelas secretarias municipais de saúde em AB. A análise de experiências é limitada e, em particular a articulação para o fomento às ações educativas e participação da comunidade.

O sonho pela vigência do SUS continua sendo preciso estar atento às necessidades dos usuários, em especial as da mulher, em UBS/ESF, pois vinculam-se às bandeiras de lutas feministas, conforme expressões:

São bem conhecidas as palavras de Freud ao aproximar-se dessa América que ia visitar: 'trazemos-lhes a peste'. Pensemos nas palavras de Marx ao falar de *O capital* como 'do mais gigantesco míssil lançado na cabeça da burguesia capitalista'. Essas são palavras de homens que sabiam não somente o que significava lutar mas, que sabiam também que traziam ao mundo ciências que não podiam existir a não ser na e pela luta, pela simples razão de que o adversário não podia tolerar sua existência: ciências conflituosas, sem nenhum compromisso possível (SARTI, 2001, p.32).

O SUS, assegurando-se nos princípios de universalização, integralidade e equidade garantidas pela CF/88, regulamentados por aparato jurídico-legal continua enfrentando desafios e obstáculos. Estes contribuem para manter o estado de crise em que a saúde pública vem enfrentando desde 1990, cujo enfrentamento tem sido subsidiado por mudanças estratégicas, efetivadas em decorrência da adoção do neoliberalismo, que visa o Estado mínimo para as políticas sociais como a da saúde.

2.1.2 Movimento Feminista e Formulação da Política de Saúde da Mulher

O movimento feminista que se constitui como poder conquistado por segmentos de mulheres, integra as lutas da sociedade civil organizada. Destaca-se como modalidade de movimento social de forte caráter propositivo, universal e com significativa interlocução com os poderes instituídos inclusive os do Estado. Os grupos feministas se multiplicaram, perpassando segmentos profissionais, partidos, sindicatos, buscando legitimar a mulher como sujeito social, com particularidades.

Os movimentos sociais urbanos organizaram-se em bases locais, enraizando-se na experiência cotidiana dos moradores das periferias pobres, dirigindo suas demandas ao Estado como promotor de bem-estar social. Organizados em torno de reivindicações de infra estrutura urbana (água, luz, esgoto, asfalto e bens de consumo coletivos), têm como

parâmetro o mundo cotidiano da reprodução – família, localidade e condições de vida – que caracteriza a forma tradicional de identificação social das mulheres. [...] cujo referencial da existência as moveu politicamente (SARTI, 2001, p.38).

É nessa medida que esse movimento assumiu participar no processo de elaboração da legislação e formulação de políticas públicas, especialmente na área da saúde. Com esta participação se inseriu na construção de direitos de cidadania, com a defesa de uma visão crítica das contradições e limitações vividas pela mulher.

[...] o feminismo comporta uma pluralidade de manifestações, com particularidades na articulação com o momento histórico e político em que se desenvolveu [...] esse movimento social, marcou época; diferenciou gerações de mulheres; modificou formas de pensar e viver; causou impacto em instituições sociais e políticas, nos costumes e hábitos cotidianos, ao ampliar o espaço de atuação pública da mulher, com repercussões sociais (SARTI, 2004, p.36).

Cabe recordar que no Ano Internacional da Mulher (1975) declarado pela Organização das Nações Unidas – ONU, o movimento feminista alcançou visibilidade por meio de amplo questionamento sobre a opressão das mulheres.

Este movimento defendeu mudanças de valores e de mentalidades para a conquista da igualdade de direitos; alterações nas relações de gênero na defesa da simetria e diálogo entre masculino e feminino. E nos anos de 1980, o movimento ocupou espaços como força política consolidada, assegurado no discurso das relações de gênero. As idéias feministas difundiram-se como produto da atuação de suas porta-vozes e do clima receptivo das demandas por modernização social.

Entre as dimensões de participação do movimento feminista, as inseridas nas discussões da CF/88, visam à conquista e defesa dos direitos da mulher como: não tutela masculina na sociedade conjugal; superação das diferenças entre homens e mulheres motivando o *slogan* "diferença sim, desigualdade não".

A área da SM segundo Corrêa; Ávila (2003, p. 19) surgiu "[...] como estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista em 1970: 'Nosso corpo nos pertence'; para fortalecer reivindicações políticas postas ao Estado como: descriminalização e legalização do aborto; acesso aos métodos contraceptivos; mudança na relação médico-paciente incluindo o atendimento de qualidade no pré-natal e parto, e acesso à informação sobre reprodução humana na perspectiva de saúde pública.

Na difusão do ideário feminista, nos anos de 1990, o movimento reforçou sua natureza híbrida - clivagens sociais e referências culturais distintas, pois as mulheres

não compõem categoria universal, pois há separação e não convergência nas condições femininas e masculinas. A essas identificações incorporam-se elaborações de Ribeiro (2006) sobre o enegrecimento do movimento feminista, fortalecendo-os sua significação. A diversificação de debates e ações passou a ter repercussão com a Conferência de Direitos Humanos – CDH (Viena – 1993); a III CIPD (Cairo – 1994); a IV Conferência da Mulher – CM (BEIJING – 1995).

As mulheres tornam-se mulheres em contextos sociais e culturais específicos, o que nos conclama ao entendimento de que a análise sobre o feminismo e suas diferenciações, implica em associar macro e micro contexto. Esta diferenciação contribuiu para mudanças de caminhos que frações do movimento assumiram. As frações defensoras da bandeira da opressão feminina se esvaziaram e ganhou força a atuação técnica e profissional de frações que assumiram Organizações Não governamentais – ONG's – femininas. Estas buscam influenciar políticas públicas em áreas específicas, utilizando-se dos canais institucionais.

As ONG's femininas assumem principalmente a responsabilidade de continuar a defesa de direitos e de lutas femininas, incluindo-se os DSR, embora inexistam estudos aprofundados sobre essa questão. Esta postura é contributiva para expandir a legitimidade da luta por melhores condições de saúde e de vida, em especial mulheres populares, usuárias de projetos com investimentos governamentais e ONG's como: os sobre parto; controle da natalidade; planejamento familiar; violência conjugal. A singularização de experiências destas Organizações contribui para compreender os diversos segmentos e denotam diferenças de comprometimentos com as lutas pelos direitos da mulher (GUEDES, 1997).

A implementação de projetos por ONG's feministas contribui para que estabeleçam vínculos com agências de fomento, que implica no redirecionamento de suas ações, como as da SM, que causam impacto na área médica. As tecnologias reprodutivas são percebidas de maneira diferente pela ginecologia e obstetrícia (SCAVONE, 1999; ÁVILA, 1999) considerando-se em especial métodos naturais e as que incluem discussões sobre concepção e usos sociais do corpo feminino (OLIVEIRA, 2000), bem como a sua medicalização e institucionalização.

No século XXI, a tendência predominante na estruturação e ações que visam a defesa de direitos da mulher permanece vinculada às ONG's e outros movimentos; e ampliação de debates entre mulheres negras, feministas e militantes anti-racistas:

[...] na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em 2001. O protagonismo das ONG's negras e das mulheres negras brasileiras, acrescentando-se à aliança com o movimento feminista, foi essencial para o debate de gênero e políticas anti-racismo não só para o Brasil, mas também para a América Latina (RIBEIRO, 2006, p. 805).

Os segmentos do movimento feminista defensores de ação crítica, (re)criam paradigmas. A inserção de ativistas com conteúdo feminista e anti-racista nas esferas de decisões governamentais possibilita mudança de discussão e de visão política, favorecendo agendas para a promoção de frações populacionais, integradas por mulheres desconsideradas pela ideologia hegemônica. Também, contribuem para a otimização da interlocução e resolução das bandeiras de luta, por meio de revisão das políticas públicas, descortinando possibilidades de eficácia, que implicam a necessidade de ampliar o diálogo e a participação da sociedade civil.

Estes segmentos reafirmam seu comprometimento com a promoção da igualdade de gênero e raça, o que significa garantir a participação do movimento nos espaços de poder e decisão; fomentar a qualidade e multiplicação do acúmulo teórico, prático e técnico para garantir ações consolidadas e com repercussão na propagação de órgãos municipais, estaduais e federais parceiros, para que a agenda política governamental corresponda às demandas do movimento feminista.

Além disso, estes segmentos se disponibilizam a enfrentar o modelo político vigente, engessado, resistente e preconceituoso, e que defende a prática universalista. Também se envolvem com a ampliação de instâncias que possam contribuir para a defesa dos direitos da mulher, assegurando-se na renovação proposta pela ordem mundial contra o racismo e o sexismo comungada pelo país em tratados internacionais e assumida em nível interno por instâncias governativas.

Essas Secretarias inauguram possibilidades de atendimento às demandas resultantes de discriminações e desigualdades raciais, sociais históricas, principalmente às mulheres. As diretrizes apontadas pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial indicam diversas necessidades, como de combate ao racismo e à discriminação racial em áreas decisivas para a vida individual e coletiva, combate ao machismo; adultocentrismo; homofobia; indígenas; mulheres; adolescentes para superar situações de vulnerabilidade, pobreza e violência, interligadas aos movimentos sociais, sobretudo o feminista e o anti-racista.

O governo promoveu eventos significativos pela SPM: I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres—CNPM (BRASIL, 2004c); e pela SEPPIR: I

Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CONAPIR (BRASIL, 2005c). Além desses eventos, o Programa de Fortalecimento Institucional para Igualdade de Gênero e Raça, Erradicação da Pobreza e Geração de Emprego – GRPE – objetiva a promoção da igualdade de gênero e raça com ações vinculadas às políticas públicas de combate à pobreza e geração de trabalho e renda (BRASIL, 2006). Estas reflexões especificam a importância dos DSR, considerando que a defesa e conquista dos mesmos contribuem para ampliar possibilidades de efetivação das diretrizes na área da saúde, conforme definido na atual Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) vigente até o momento.

2.1.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos: Particularidades no Brasil

As elaborações sobre DSR relevantes nesse estudo se inscrevem na relação com a SM e o movimento feminista, conforme abordagens apresentadas.

Nas elaborações de Coelho (2003) evidencia-se a preocupação de que na literatura existe diversidade de conceitos, sobre a SM como as restritas, que abordam apenas a biologia e anatomia do corpo feminino. Nessas concepções o corpo da mulher é percebido na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A SM limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nestas concepções apontadas por Coelho (2003), estão excluídos os DSR e as questões de gênero. Estas interagem com dimensões dos direitos humanos e da cidadania, e do movimento feminista.

[...] a inflexão da terminologia SM em direção ao uso sistemático do conceito de direitos reprodutivos se iniciou em 1984 quando um grupo de feministas brasileiras retornou do I Encontro Internacional de SM - Amsterdã 1984 (CORRÊA E REICHMANN, 1994; GARCIA E MORENO, 1994; CORRÊA, 1999). No encontro organizado pelas campanhas *International Campaign in Abortion, Sterilization and Contraception – ICASC* e *Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse – CARASA* – introduziu-se o termo direito reprodutivo, criado pelas feministas norte-americanas, chegando-se a um consenso global de que este era mais completo e adequado (do que SM) para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 19-20).

São elucidativas também, as correlações com o PAISM:

[...] o desafio para o futuro no campo da saúde não mais consiste em tão-somente discutir se o PAISM foi ou não implantado. O desafio, a nosso ver, torna-se compreender de que maneira as transformações das questões estruturais da saúde têm impacto sobre as possibilidades de assistência à

saúde e, ao mesmo tempo, refletir de que modo as demandas de saúde reprodutiva são atendidas quer pelo Estado, quer pelo mercado. O foco, portanto, deixa de ser o *locus* do PAISM e passa a ser os comportamentos da sociedade, do Estado e do mercado em resposta às necessidades do campo da reprodução e da sexualidade (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 20).

É importante reconhecer que a denominação saúde reprodutiva cunhada da OMS em 1988, representou uma extensão do conceito global de saúde na área da reprodução humana. O surgimento da AIDS e a preocupação com o aumento das DST's trouxeram para a agenda da OMS questões vinculadas à saúde e que seu diretor Mahamoud S. Fathalla (1993, p.1), referencia à saúde reprodutiva:

[...]que as mulheres tenham autonomia para a reproduzir e regular a fecundidade; que tenham gestações e partos seguros; e que o resultado destas seja bem sucedido: bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. [...] os casais devem ter relacionamentos sexuais sem medo de gestações indesejadas e contrair DST.

Essa noção orientou a preparação da CIPD (CAIRO, 1994), sobre reprodução. Mulheres organizadas, no mundo, aderiram à idéia de um conceito mais amplo de planejamento familiar, superando a limitação e vinculação com visões neomalthusianas. A CIPD ampliou e ratificou o conceito de saúde reprodutiva como

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social nos temas concernentes à reprodução; funções e processos, e não à simples ausência de doença. A saúde reprodutiva implica [...] vida sexual segura e satisfatória, com autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre e quando e quantas vezes deseja fazê-lo.(CIPD, 1994).

Estas dimensões têm correlação com as explicitações da CIPD (CAIRO, 1994), pois contemplam o direito de homens e mulheres ser informados sobre:

[...]acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e compatíveis ao planejamento familiar; outros de regulação da fecundidade; sua escolha [...] o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem condições e segurança na gestação e parto, e ter filho sadio. A assistência à saúde reprodutiva é definida: constelação de método, técnicas e serviços que contribui para a saúde e bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas [...] inclui a saúde sexual, para melhorar a qualidade de vida, relações, aconselhamento e assistência à reprodução e às DST (CIPD, 1994).

Ampliando essas reflexões com ponderações correlatas, Corrêa; Sem (1999), esclarecem que a CIPD (ao priorizar questões sobre direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros e, em especial, saúde e DSR) contribuiu para mudanças profundas no debate populacional. Em relação a estes direitos foram reafirmadas definições da OMS sobre saúde reprodutiva e definidos os DSR como a

liberdade de decisão sobre a reprodução, sem coerção e discriminação. Esta Conferência recomendou serviços de saúde reprodutiva (como saúde sexual e planejamento familiar); serviços de aborto seguro (quando legal); atendimento a doenças como DST/AIDS e à infertilidade. Referenciou aos serviços de saúde materno-infantil; aconselhamento de comportamento sexual responsável para homens e jovens; reconhecer o aborto inseguro como grave problema de saúde pública e acesso a serviço de saúde devido a problemas decorrentes do pós-aborto.

A IV Conferência Internacional sobre a Mulher – CIM (BEIJING, 1995, p. 13) foi mencionada anteriormente, no item 1.2 e que incluiu na Plataforma de Ação, no § 96 a defesa da mulher quanto ao:

[...] direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva [...]. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências.

Entende-se que a abordagem sobre DSR incluem homens e mulheres especificando-se responsabilidades no processo de reprodução, como a regulação da fecundidade. Destaca-se que o planejamento familiar constitui direito humano, declarado e reconhecido pela ONU, em 1968.

A Lei do Planejamento Familiar – LPF – n 9.263 (12.01.1996) cap.1, art. 2º define este Planejamento: "[...] conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação, aumento da prole pela mulher, homem ou casal"; e art.9º – "para o exercício do direito ao Planejamento serão oferecidos métodos de contracepção aceitos e que não arrisquem a vida e saúde das pessoas, e garantam a liberdade de opção" (BRASIL, 1996a).

A implementação do PF corresponde às necessidades individuais e coletivas sendo necessário buscar a ampliação de soluções para problemas crônicos, como a mortalidade infantil e materna vinculadas a complicações gravídicas. Este planejamento tem ficado restrito especialmente na Atenção Básica à distribuição indiscriminada da pílula anticoncepcional; à indicação de laqueadura e vasectomia, relegando outras estratégias contributivas para solucionar problemas mencionados.

Estas reflexões condizem com posicionamento de Pinotti (1981): a mulher tem direito ao acesso à anticoncepção independente da política demográfica; o PF é direito individual ou de atenção médica. Este planejamento e a anticoncepção

integram medidas subseqüentes como a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01-29.01.2001) (BRASIL, 2001c); a Portaria MS/GM n 95-26.01.2001 (BRASIL, 2001d) conforme menciona Costa (2002).

Também as determinações, no discurso oficial – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e Política Nacional de DSR (BRASIL, 2005a) indicam ampliações sobre a defesa destes Direitos e problemas que afligem a complexa e contraditória SM. As Políticas sobre planejamento familiar entre 2005/2007 incluem três eixos de ação: oferta de métodos reversíveis (não-cirúrgicos); ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária; e reprodução humana assistida no SUS.

Estas determinações reiteram diretrizes anteriores do governo relacionadas com a melhoria da saúde da mulher, visando garantir direitos constituídos e ampliar acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Com expectativa de que a morbidade e mortalidade feminina nos ciclos de vida sejam reduzidas e sem discriminação e preconceitos, pois pode-se controlar a gravidez indesejada, o aborto provocado e a morte materna, devido a complicações.

O exercício efetivo dos DSR implica na continuidade da luta pela inversão do modelo técnico-assistencial, especificando-se a Atenção Básica que integra determinações legais. Isto porque ainda permanece a lógica da manutenção da ordenação societária vigente, que visa o fortalecimento da produção e reprodução da vida, incluindo-se parâmetros de relações amorosas e sexuais que a legitimam, que primam pela desigualdade e discriminação inclusive de classe e raça. A efetivação dessa inversão pode contribuir para garantir o exercício dos direitos civis, políticos e sociais incluindo-se os DSR, na visão da dignidade humana e da justiça social, pautando-se nas relações de gênero.

A continuidade da luta na defesa e conquista dos DSR está assegurada conforme os itens anteriores em programas governamentais, vinculados ao MS como o PAISM, a ESF/UBS; e a interrelação destes programas com os de instâncias governamentais, principalmente como Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Secretaria de Políticas para as Mulheres e Secretaria de Direitos Humanos. Todavia através desses indicadores prevalece a realização de ações diversas que podem contribuir para a pulverização de recursos e serviços públicos, como os de saúde em UBS/ESF que se expressa no perfil epidemiológico da mulher, o que denota ineficácia e ineficiência de serviços de saúde na AB.

Diante da fragilização da política de saúde, da diversidade de programas e projetos governamentais, a situação em que se encontra a SM, principalmente dos setores populares (usuária de UBS/ESF) é reveladora de gravidade e da necessidade de ação fundamentada em práticas inovadoras e participativas. A revelação dessa gravidade no âmbito dos DSR pode ser buscada em informações inclusive oficiais, que também sinalizam demandas que poderiam estar sendo atendidas, para diminuir inclusive as conseqüências, como perdas de vidas femininas, fetos, crianças; e complicações no período anterior e pós a gravidez.

2.1.4 Perfil Epidemiológico da Saúde da Mulher no Brasil

O posicionamento ao traçar o perfil epidemiológico da SM no Brasil visa defender que existem implicações advindas situação sócio-demográfica, de acordo com a conjuntura e fatores de responsabilidade intersetorial da execução e avaliação dos programas sobre linhas de cuidados á mulher (BRASIL, 2007b).

As fontes utilizadas para a configuração do que foi possível apresentar sobre características da população brasileira, na área da saúde, especialmente na SM, incluem o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, MS, e organismos mundiais. Tomando-se como referência modificações na composição da população referencia-se: a expectativa de vida ao nascer aumentou de 58 anos (1970) para 68 anos (1999); a fração populacional idosa está em expansão e a jovem em decréscimo; e o crescimento populacional de 1,4%/ano devido à redução progressiva da mortalidade em geral e da taxa de fecundidade (BRASIL, 2005b).

Destacam-se também informações sobre o início do século XXI relacionadas à expectativa de vida no nascimento: em 2008 em relação à população total que é de 72,51 anos; para homens – 68,57 anos; e para mulheres – 76,64 anos. Na Tabela 1, os dados entre 2003 a 2008, revelam a posição ocupada em diversos países; e a variação percentual entre 2004 (0,79) a 2008 (0,37%) denota aumento desse indicador (CIA WORLD FACTBOOK, 2008).

Tabela 1 – Expectativa de Vida – Brasil 2003-

Ano	Expectativa vida nascimento	Posição	Mudança %
2003	71,13	111	--
2004	71,69	114	0,79%
2005	71,69	116	0,00%
2006	71,97	115	0,39%
2007	72,24	113	0,38%
2008	72,51	113	0,37%

Fonte: CIA World Factbook, 2008

Determinantes sócio-econômicos e culturais das frações populacionais variam nas regiões, o que contribui para a diversificação de busca de recursos e serviços de saúde. Tratando-se de setores populares esta busca recai em serviços públicos, que precisam estar preparados e equipados para atender aos usuários, pois além de problemas de saúde convivem com precárias condições sócio-econômico-culturais.

O perfil epidemiológico do segmento feminino (50,77%) da população total – é de 89.800.471 de mulheres, projeção para 2003 (BRASIL, 2003). Nesse segmento, foram identificados problemas de saúde diferentes para a fração de homens, como por exemplo, com situações de violência por causas externas que os acometem, enquanto em mulheres predominam violência doméstica, conjugal e sexual.

Entre as mulheres as doenças como causas de morte incluem: 39% circulatórias; 39% neoplasias; 18% endócrinas, nutricionais e metabólicas (17% de diabetes); 12% respiratórias; 6% causas externas (BRASIL, 2004c).

A fecundidade prevalece em mulheres entre 15 a 19 anos, negras, residentes no meio urbano do Sudeste; redução da taxa de fecundidade (média de 2,4 filhos), caracterizando-se por mulheres de setores populares com menor escolaridade; negras e residentes em áreas rurais do Norte/Nordeste (BRASIL, 2004c).

Em 2008, sobre os tipos de parto predominaram os cirúrgicos (por cesárea) por planos de saúde (84,5%). Em 2004, 79%; no SUS, essa proporção era de 31%, que ultrapassou o índice máximo recomendado pela OMS (15%). Além de ser um procedimento mais caro, que demanda maior tempo de recuperação, os riscos da cesárea são mais elevados para a mãe e o bebê. De acordo com Martha Oliveira (BRASIL, 2008, p.13) Gerente da Agência Nacional de Saúde – ANS - , não ocorre

redução da taxa de cesarianas, devido a vários fatores que influenciam médicos e gestantes. “Os patamares ainda estão muito altos. É preciso mudar a cultura médica, a estrutura dos hospitais e a formação para se trabalhar com parto normal”. Por essa razão, Maria Vinagre (Comissão de Parto Normal) sugeriu mudanças: “aumento da remuneração de médicos, neste tipo de parto; criação de serviços de referência em hospitais privados, que fariam o primeiro atendimento às gestantes em início de trabalho de parto” (GOIS, 2009, p.1). Esta proposição deveria estender-se aos profissionais que prestam a atenção à saúde da gestante de baixo risco e reconhecer a competência da enfermagem tem para atender essa demanda.

Sobre a mortalidade materna 92% de casos considerados evitáveis. Este elemento merece análise cuidadosa visto que tem correlação com carências sócio-econômicas; precária qualidade de atenção à saúde materna; e causas evitáveis vinculadas à violência sexual e doméstica. (BRASIL, 2004c).

Entre 1980 e 2001, ocorreu queda da RMM associada à expansão da rede de saúde; ampliação da cobertura das ações obstétricas e do planejamento familiar. O índice de 74% de óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos em 2001 é discrepante ao de 6 a 20%, como melhor taxa definida pela OMS (BRASIL, 2005b).

Também a precariedade da atenção obstétrica se mantém embora existam determinações legais e diretrizes do SUS e programas específicos, que incluem como atenção às mulheres em fase reprodutiva: cobertura de consultas de pré-natal (seis ou mais atendimentos em cada gestação), embora sem correspondência com a qualidade recomendada pelo MS e um número expressivo de mulheres não tem acesso à assistência em regiões onde existe precariedade desta assistência, como:

[...] na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS – (BENFAM, 1996) 13% das mulheres que tiveram filhos nos 5 anos que antes deste estudo não haviam feito nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% residiam em áreas urbanas e 32% na rural. A menor cobertura de pré-natal foi no Nordeste (75%) e a maior no estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa mostrou que o acesso à assistência pré-natal é problema para a população rural, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2005b, p 28).

A assistência ainda precária se revela:

[...] alta índice de sífilis congênita (12 casos/1.000 nascidos vivos no SUS); [...] a HÃ – maior causa de morte materna; e só 41,01% das gestantes inscritas no PHPN receberam a 2ª dose ou a de reforço ou a imunizante da vacina antitetânica (BRASIL, 2005b, p. 25 - 28).

Outro problema é a elevada incidência de abortamento de risco, agravado pela sub notificação, pois, o aborto constitui ato ilegal, e tem se revelado:

Sem muita precisão, especialistas indicam a ocorrência de 1 milhão de abortos clandestinos anualmente no Brasil. As complicações decorrentes de abortos mal feitos, sem condições de higiene ou segurança, representam a quarta causa de morte materna, atingindo cerca de 200 mulheres/ano. O cenário foi bem pior num passado não muito distante. Nos anos 80, os abortos clandestinos podem ter chegado a 4 milhões/ano [...]. No Poder Judiciário, a questão começa a ser discutida com mais desassombro. Nos últimos cinco anos, foram concedidos 3.000 alvarás judiciais para suspensão da gravidez de má-formação fetal, especialmente anencefalia. É o dobro das liberações e no início dos anos de 1990 representa 80% de todas as gestações de fetos anencéfalos (LOPES, 2009, p. 75).

Aníbal Faúndes, médico da Unicamp e Presidente do Comitê de DSR da FIGO, explicita que a taxa de aborto no Brasil (35 a 40 abortos a cada mil mulheres) é superior à taxa de países onde é permitido por lei, como a maior parte da Europa Ocidental (10 abortos a cada mil mulheres). Para a OMS, na América Latina, são realizados 6 milhões de abortos (Brasil - 1,4 milhão; de 13 a 15% das mortes maternas devido a gravidez, decorrem do aborto, em especial por prática precária. Sabe-se que a legislação é restritiva ao aborto: a interrupção da gravidez é legal para estupro ou quando a vida da gestante corre riscos (CAMPOS; AGUIAR, 2005).

O MS divulgou quantitativos que esclarecem que a cada ano, 250 mil mulheres são internadas em hospitais do SUS por complicações que aparecem após abortos feitos ilegalmente ou espontâneos. “Manter o aborto ilegal é ineficaz, injusto (pois penaliza mulheres pobres) e acarreta graves conseqüências para a saúde da mulher e para a sociedade”, esclarece Faúndes (CAMPOS; AGUIAR, 2005, p. 57).

Entre 2000 - 2004, ocorreram 697 óbitos devido a complicações na gravidez como aborto, em jovens de 20 a 29 anos, com 323 óbitos (UERJ, 2005, p. 97).

Essas estatísticas provavelmente, não são representativas da realidade, pois a questão do aborto é escondida sendo severamente trágica no Brasil; provavelmente, o percentual de aborto ilegal é mais elevado, o que torna mais alarmante ainda essa situação. A assistência à mulher que pratica ou está para praticar o aborto ilegal, a torna vítima de uma situação complexa. Os profissionais a percebem com preconceito e a discrimina não se disponibilizando a orientá-la para evitar a repetição desse ato, nocivo à saúde e atentado à vida e à cidadania.

Com estas ponderações surge a necessidade de ampliar investimentos em recursos e melhoria na assistência à saúde reprodutiva como as de AB: capacitar

recursos humanos; continuidade de ações educativas; e prover usuários de métodos contraceptivos, para expandir opções de controle da reprodução.

Apesar de estar definido na NOAS-SUS 2001 que as ações do planejamento familiar integram a AB e estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm implementado estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais; de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada; e garantir o acompanhamento das usuárias (BRASIL, 2005a, p. 36).

Sobre o uso de contraceptivos, Citelli (2000) compara países desenvolvidos com o Brasil: identifica reduzida diferença de índices; explicita entre recursos mais usados a pílula e esterilização cirúrgica; envolvimento do homem com a reprodução humana. Essa situação ocorre quando se torna "pai de família" e assume o sustento e proteção dos seus dependentes (mulher e filhos). Todavia, dificuldades na divisão de tarefas domésticas vêm se mantendo, em razão de padrões culturais arraigados que fortalecem sua responsabilidade com a provisão material; superioridade de poder e autoridade em relação à mulher e filhos. Estas ponderações são reiterativas da condição da mulher e da relação com o homem, na vivência conjugal-familiar que afeta aspectos como fecundidade, procriação, PF, doenças e mercado de trabalho sem equidade e justiça social, fortalecendo sua exclusão social.

A exposição anterior sobre o perfil epidemiológico da SM tem correlação com a demanda de atividades educativas que exige ampliações para que também na esfera dos DSR, a mulher e o homem possam conquistar a efetividade do exercício da cidadania, na dimensão de gênero. Todavia, muitas estratégias governamentais foram operacionalizadas sem avaliação, mas com medidas resolutivas para problemas de SM, família e comunidade feminina.

2.2 Determinações Governamentais para a Educação em Saúde Vinculadas aos Direitos Sexuais e Reprodutivos

As alusões sobre os grupos em ES referenciando-se aos programas governamentais possibilitam especificar orientações incluídas como subsídios na organização, estruturação e funcionamento destes grupos (como os de diabéticos, hipertensos, planejamento familiar, gestante, climatério). Nessa dimensão estes programas em nível jurídico-legal visam garantir o direito à saúde como dever do Estado, conforme CF/88 e determinações legais posteriores.

As publicações governamentais sobre estas ações educativas retratam em resoluções, manuais técnicos e cartilhas as diretrizes que têm semelhanças e diferenciações de natureza operacional. Estas publicações visam subsidiar gestores municipais, profissionais, usuários em termos de delinear responsabilização, competências e atribuições para que ocorra a ES em nível grupal, também em UBS.

Existem também, determinações que vinculam a inserção e a permanência de usuários em grupos de ES como indicativo de acesso a recursos públicos de saúde, como medicamentos; métodos contraceptivos (hormonais e diafragma); indicação de procedimentos (vasectomia, ligadura), tornando-os elegíveis. Estes recursos nos parecem condicionantes de interesse e de valorização pelos usuários quanto à sua participação nesses grupos. Também, por constituírem determinação de programas governamentais interferem no funcionamento de grupos de ES, pois tende a ocorrer a precarização e a inconstância de liberação, acarretando insegurança em usuários.

Existe concordância com a necessidade dessas determinações, mas as indicações são reduzidas sobre referências teóricas e operacionais de atividades educativas em grupos de usuários, nem sempre relacionadas à ES. Tem-se acesso às normatizações sobre o PAISM (BRASIL, 1987a; 1987b) e o PF "tendo por princípio o respeito aos DSR" (BRASIL, 2002b, p. 3) e os Manuais: a) profissionais de saúde; b) do coordenador de grupos de P F; c) Gestor em PF.

a- Manual Assistência ao Planejamento Familiar (BRASIL, 1987b), para profissionais de saúde, integrou uma série normas e manuais técnicos do MS, visando a implantação e implementação do PAISM (BRASIL, 1984).

A proposição foi de atividades educativas pressupondo que "devem ser desenvolvidos com o objetivo de oferecer à clientela conhecimentos necessários para a escolha e, posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado". Também é mencionado outro pressuposto: "[...] propiciar o questionamento e a reflexão sobre os temas relacionados com a prática da contracepção, inclusive a sexualidade" (BRASIL, 1987b, p.13). Estes pressupostos têm relevância para o planejamento, execução e avaliação das atividades educativas uma vez que apontam condições para a realização desses procedimentos.

Existe referência de que estas ações "devem ser preferencialmente realizadas em grupo". Esta referência inclui a explicitação sobre a sequência das ações "precedendo à primeira consulta médica, que deve ser reforçada pela ação

educativa individual" (BRASIL, 1987b, p.13); e indicação de subsídios teóricos e práticos para estruturá-las e realizá-las, segundo o MS,

[...] existem diferentes metodologias de trabalho de grupo (ver Manual do Coordenador de Grupos de Planejamento Familiar). Cada serviço deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, bem como às características e necessidades do grupo em questão (BRASIL, 1987b, p.13).

Ainda em relação à metodologia é feita alusão de que, seja esta qual for "[...] é de fundamental importância que as práticas educativas tenham um caráter participativo". E complementando esta articulação existe o entendimento de que este caráter se expressa: "[...] permitindo troca de informações e experiências baseadas na vivência das próprias mulheres" (BRASIL, 1987b, p.14). A preocupação com a linguagem (forma e conteúdo) tem significação, pois, é referenciado que deve "[...] ser sempre acessível, simples e precisa" (BRASIL, 1987b, p.14).

Além dessas explicitações, este documento contém duas partes: na primeira, as referências incluem caracteres dos métodos anticoncepcionais; fatores individuais e situações relacionadas aos usuários do método; especifica atividades profissionais na assistência em contracepção que inclui atividades educativas, mencionadas, e as clínicas que englobam orientações para a realização da primeira consulta e as subsequentes, ou de retorno e são particularizados os métodos contraceptivos (naturais ou de abstinência periódica; barreira; contraceptivos hormonais orais; dispositivos intra-uterinos) (BRASIL, 1987b).

b- Manual do Coordenador de Grupos de Planejamento Familiar – este documento foi mencionado no item anterior quando foram indicadas referências sobre os subsídios teóricos e práticos visando atividades grupais. Elucida-se que este documento retrata com particularidades referências teóricas orientadoras da proposta educativa, junto com explicações sobre contracepção e dificuldades no trabalho educativo com PF e em anexo a descrição do material didático.

Na apresentação está evidenciada a significação e a importância do PAISM, pois ressalta-se que as ações de saúde preconizadas por este programa voltam-se para o acompanhamento pré-natal, atenção ao parto e puerpério; assistência clínica ginecológica; controle do câncer ginecológico e DST e PF. (BRASIL, 1987c, p. 5).

As diretrizes para organizar, estruturar e realizar o trabalho em grupo, em especial a assistência no PF (BRASIL, 1987c), que integraram a série A: normas e

manuais técnicos foram delimitados para a implantação do PAISM. Esclarece-se que passaram a ser norteadoras para a maximização "[...] do alcance da assistência à saúde no país. Neste Documento é feita referência à prática educativa como:

[...] um amplo processo de troca de vivências e informantes, que permita às mulheres obterem o conhecimento necessário para uma escolha livre e consciente dos métodos contraceptivos mais adequados para si, uma vez que tenha decidido evitar ou espaçar a gravidez (BRASIL, 1987c, p. 13).

No que se refere à formação de um grupo as determinações referenciam que "[...] em cada local haverá, sem dúvida, uma série de dificuldades a ser resolvidas para o desenvolvimento adequado do trabalho" (BRASIL, 1987c).

As três possibilidades de trabalho grupal (BRASIL, 1987c) correspondem a particularidades que precisam ser conhecidas e respeitadas: em sala de espera, grupos de temas, Curso de PP. Como atribuições e competências do coordenador são elucidadas a delimitação do tamanho do grupo e deliberações sobre horário e local. Existe a indicação de que a "duração dos encontros e os horários podem ser discutidos com os integrantes dos grupos, em função da disponibilidade das pessoas e das técnicas a serem usadas". A sugestão apresentada refere-se ao aproveitamento "na medida do possível, os dias de consulta sejam aproveitados para a realização do trabalho educativo" (BRASIL, 1987c, p.14).

A postura pedagógica é especificada mostrando necessidade de: "relação de troca entre o coordenador e as participantes", cabendo-lhe se "sensibilizar para as questões femininas", como sobre a condição de ser mulher e "a problemática que da contracepção". É preciso reconhecer as integrantes do grupo, respeitando-se suas características: "condição social (casada, prostituta, mãe solteira) ou função (trabalhadora ou não), pois "desempenham papel no processo produtivo ou no equilíbrio social", o que contribui na sua cidadania (BRASIL, 1987c, a, p.14).

Outras atribuições tratam da função de coordenador: antes de repassar informação precisa "saber o sentimento, experiência e informações que as mulheres têm do assunto", para enriquecer o processo de aprendizagem "[...] possibilitando que informações se correlacionem com experiência vivida, ressaltando-se que:

A discussão de assuntos como, por exemplo, a sexualidade, provoca atitudes de defesa ou medo em algumas mulheres, pois elas entenderão que estão expondo suas intimidades. O coordenador também pode ter medos e inseguranças. É aconselhável que isso seja discutido com o grupo, para garantir o clima de confiança. Se o coordenador estiver atento à dinâmica do grupo, perceberá que muitos medos, conflitos e rivalidades

estão ali presentes, ainda que não manifestados verbalmente. É importante que ele trabalhe no sentido de fazer vir à tona esses sentimentos, evitando que se fortaleçam (BRASIL, 1987c, p 14.).

Além destes aspectos pertinentes ao trabalho grupal existe o esclarecimento de que cada grupo difere do outro "(mais ou menos dinâmicos /participativos /produtivos)", o que traduz a necessidade de entender e respeitar diferenças. Cabe perceber se existem diferenças entre a lógica do seu pensamento e a de cada integrante, pois "[...] o coordenador, se prestar atenção, perceberá que a maioria das falas tem lógica própria, que precisa ser compreendida" (BRASIL, 1987c, p 14.).

A ocorrência de situações que demanda mudanças no decorrer do trabalho grupal é indicativa de atenção por parte do coordenador. Este precisa estar consciente de que podem ser reveladas "[...] atitudes paternalistas", porque existem casos em que "[...] uma participante tenta justificar a atitude da outra. Neste caso, o coordenador deve intervir, solicitando que a pessoa fale por si mesma". Além disto, é preciso que a avaliação seja feita após cada sessão que é uma estratégia para garantir a apresentação de críticas e de sugestões (BRASIL, 1987c, p 14.).

As exemplificações apresentadas têm correlação com o tema da sessão como a integração grupal, para "[...] possibilitar o conhecimento mútuo das pessoas; relaxar tensões corporais; e criar clima de confiança e afeto". As técnicas indicadas incluem: Brincadeira dos nomes (10 a 20 minutos); da confiança (40 minutos); da Confiança (10 a 15 minutos); dos nós (10 a 15 minutos) (BRASIL, 1987c, p 14.).

Outra sugestão é a temática auto conhecimento tem a finalidade de "[...] revelar conhecimentos, mitos e vivências sobre corpo e sexualidade; criar condições para a expressão dos sentimentos e troca de informações sobre o corpo e contraceptivos e sexualidade; trabalhar as percepções sobre a identidade corporal e social" (BRASIL, 1987c, p 15.). Esta temática pode ser tratada com técnicas: Massa de modelar – Quem sou eu? (2 a 3 h); Viagem pelos órgãos genitais - reconhecendo o corpo por dentro – (1 hora); Audiovisual e cartilha “Vida de Mulher” (1 a 3 h); Maletinha dos métodos a ser mostrados (1h); Desenho dos órgãos genitais internos e externos (1 a 2 h); Colagem com figuras de revistas visando a produção de cartazes sobre sexualidade educação sexual (2 h); Cartaz – álbum seriado (2 h).

Há sugestão de Roteiro Simplificado de Curso, que pode ter a duração de 3 a 4 reuniões ou sessões, incluindo-se técnicas e materiais mencionados orientadas no Manual referido, tendo como material didático para apoiar sessões educativas:

- A cartilha Vida de Mulher – que é uma história em quadrinhos que tem como objetivo retratar a mulher brasileira;
- Manual do coordenador – criado para apoiar o profissional de saúde que exerce esta função, orientando-o para desenvolver o trabalho;
- Folhetos sobre os métodos anticoncepcionais – indicados para distribuição entre as integrantes de grupos, e que tenham se submetido à primeira consulta, tendo direito de escolhê-los de acordo com seu interesse e o do parceiro.
- Folhetos para a prevenção do câncer – dois folhetos contendo explicações sobre como fazer o auto-exame periódico dos seios e exame preventivo anual do câncer de colo de útero.
- Material instrucional – inclui diversos recursos como Cartazes (álbum seriado), *Kit* de contraceptivos, conjunto de *slides* acompanhado de folheto-guia “Vida de Mulher”, que visa contribuir para as discussões sobre sexualidade e o uso de métodos anticoncepcionais.

c- Manual para Profissionais de Saúde intitulado Assistência ao Planejamento Familiar (BRASIL, 2002a) – fundamenta-se no documento citado no item a. A expansão de referências é observada desde a apresentação em que é feita referência a "ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos que é uma das ações imprescindíveis para que se possa garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país" (BRASIL, 2002a, p. 5).

A explicitação sobre o PF esclarece que este "deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na CF/88: o direito de ter ou não filhos/as" (BRASIL, 2002a, p.7). Existe a alusão de que o PF, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da PAISM, preconizada pelo MS, desde 1984. A partir dessa alusão é mencionado que "dentro dos princípios que regem esta Política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes". Uma inclusão essencial refere-se à importância atribuída à "a proteção simultânea das DST inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada", que reforça a necessidade dos profissionais informarem às usuárias sobre alternativas de anticoncepção (BRASIL, 2002a, p.7).

No que concerne ao conteúdo desse Manual é mantida a subdivisão em duas partes: na primeira, estão referenciadas as explicações sobre a assistência à anticoncepção, que incluem a atuação dos profissionais de saúde que engloba as atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Na segunda parte o conteúdo implica em definir a assistência à infertilidade conjugal; níveis de atendimento; atuação dos profissionais de saúde.

d- Planejamento Familiar – Manual para o Gestor – que especifica o comprometimento do MS com diretrizes para o PF, refere-se às diversas etapas da vida da mulher, a partir da sua capacidade para a reprodução. Enfatiza as determinações constitucionais e posteriores incluindo programas governamentais como o PAISM; o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD (BRASIL, 1989); o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA; e retoma as determinações das Conferências Mundiais, como a de Cairo e a de Beijing; a NOAS-2001. Sobre a estruturação do conteúdo inclui: infra-estrutura para a assistência (área física; recursos humanos – composição e capacitação; equipamentos; instrumental; material de consumo e educativo; e instrumentos de registro). A segunda parte trata da logística de métodos anticoncepcionais que inclui: seleção; previsão/aquisição – métodos de previsão baseados em dados demográficos e do serviço; distribuição – receber remessas; armazenar; transportar e dispensar. Na terceira - divulgação da assistência em PF; na quarta - fluxograma para os usuários; na quinta - funções e rotinas para prestação da assistência; na sexta - sistema de informação gerencial; na sétima - avaliação da assistência em PF; na oitava - ES sexual e reprodutiva; e nona - atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

A sistematização sobre as ações educativas inclui especificar recursos materiais: álbum seriado; folhetos sobre métodos anticoncepcionais e aspectos da saúde reprodutiva e sexual; cartazes; mostra dos métodos; vídeos; modelos pélvicos, masculino e feminino; bonecos de papelão articulados feminino e masculino. As atividades educativas têm que ser registradas em mapa específico. E sobre o enfoque destas ações elucida-se que “[...] é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e reprodutiva e para garantir a escolha livre e informada do método anticoncepcional” (BRASIL, 2002b, p. 63).

Também referencia-se que estas ações precisam “[...] estimular mulheres e homens, [...] ao autoconhecimento e ao auto-cuidado, fortalecendo a auto-estima e a

auto-determinação". Com esta intencionalidade assegura-se que "[...] os mesmos possam exercer os seus DSR [...]" (BRASIL, 2002b, p. 63); e a defesa destes "valores e conceitos" precisam ser incorporados na assistência.

Os princípios e as recomendações gerais incluem como sugestão que o atendimento inicial seja realizado em grupo para usuários, e que sejam grupos específicos para adultos e a adolescentes, com no máximo 20 pessoas por grupo.

A indicação de procedimentos gerais para grupos educativos referenciam à identificação de conhecimentos crenças e valores dos integrantes sobre sexualidade e planejamento familiar (mitos, tabus, preconceitos), estimulando a reflexão sobre os mesmos; conceituação de planejamento familiar; noções de anatomia e fisiologia da reprodução; apresentação e caracterização de todos os métodos contraceptivos; motivação para que os integrantes manipulem todos estes métodos; divulgação de informações sobre câncer de colo uterino, DST/HIV e detecção precoce do câncer de mama; abordagem educativa de acordo com interesses dos participantes; permissão para que estes manifestem seus sentimentos; utilização de linguagem acessível, simples e precisa, procurando esclarecer dúvidas (BRASIL, 2002b, p. 63). Também é indicada a necessidade de ações educativas com adolescentes, junto com preventivas, integradas entre UBS, "escolas, centros esportivos ou culturais, para que a participação juvenil seja incentivada, em ações comunitárias a partir da sua decisão e seus interesses" (BRASIL, 2002b, p.70).

Além disso, sobre a SM existem determinações programáticas do MS, especialmente em documentos como normas e manuais que se referenciam a diversos DSR como Atenção Humanizada ao Abortamento; Atenção Humanizada ao Pré Natal, Parto e Nascimento; Gravidez na Adolescência; Controle de DST/AIDS. Nestes documentos existem referências que reforçam as atividades educativas incluindo-se as grupais. Como exemplo, apresenta-se a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento é dirigida aos gestores, serviços e profissionais de saúde e pessoas comprometidas com a garantia dos direitos humanos de mulheres e adolescentes no Brasil, como atividades educativas no aconselhamento (BRASIL, 2005 d). Outro exemplo refere-se ao Manual sobre DST. Estas referências constituem a base para orientar os profissionais em ações grupais em ES.

O conjunto das explicitações é indicativo da necessidade de se formar, estruturar e acompanhar o desenvolvimento de atividades educativas grupais, que se inscrevem em particularidades dos DSR prevalecendo o PF. Verifica-se que a

centralidade das orientações constantes destes Manuais recai na operacionalização do trabalho educativo grupal, sendo relegada a segundo plano a mudança da dimensão pedagógica e a responsabilização com as funções de coordenar e executar estas atividades, como inerentes à ES, visando a promoção de melhorias das condições de vida dos usuários de UBS/ESF.

Acresce-se que estes Manuais reiteram a legitimação de grupos educativos integrando-os à prestação dos serviços e recursos da saúde pública, o que traduz a sua vigência como essencial à atuação dos profissionais das áreas da saúde. Estes têm reconhecida a atribuição, mas parece que o conteúdo referencial que teoricamente pode substantivar a atuação carece de fundamentação que a sustente e que possibilite a ultrapassagem da dimensão tradicional da educação.

Todavia, não é possível afirmar se estes profissionais como integrantes de equipe de saúde de UBS/ESF têm conhecimento prévio, sistematizado e atualizado sobre estas referências. E também não há indícios de capacitação para adquiri-lo junto com pressupostos teóricos sobre a dimensão pedagógica do trabalho grupal e da dinâmica grupal (estrutura, organização e funcionamento de grupo; planejamento de ações; mobilização, e envolvimento dos integrantes; responsabilidades e atribuições sobre a função de coordenador, material ilustrativo e educativo).

A responsabilização de espaços ocupacionais da Enfermeira inclui a estruturação, funcionamento e coordenação de grupos em ES. Estas pressupõem a assimilação de conhecimentos teóricos e práticos, para que se tenha condições de assumir que desempenhá-las implica em saber como conduzir grupos. As conquistas têm sido fortalecedoras para o reconhecimento deste profissional. Todavia, precisa continuar buscando a legitimidade deste espaço que é desafiador, diante de potencialidades para defesa e exercício dos DSR.

A oferta de procedimentos para GES em ações da AB é de competência de todos os profissionais de saúde. A Enfermeira, pela sua formação e determinações legais presentes na Lei do Exercício Profissional – LEP n. 7.498/86, regulamentada pelo Decreto Lei 94.406/87, determina também a competência de executar atividades educativas como integrante da equipe multiprofissional (BRASIL, 1986b).

Existem determinações nas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (BRASIL, 2001b), que tratam do planejamento, organização, execução e avaliação de cada Curso de Graduação. As DCN para a graduação em enfermagem tiveram participação direta da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem e da

Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn e têm como fundamentos: "as diretrizes e princípios do SUS; a visão da saúde-doença como processo e seus determinantes históricos, sociais, políticos e econômicos.

Visualiza-se como necessidade ampliar no âmbito das políticas públicas de saúde, como em AB/ESF, a Educação Permanente em Saúde - um avanço para que o SUS seja consolidado, com ênfase na educação como princípio do trabalho. Esta dimensão pode facilitar a integração das áreas da saúde: articular saberes para melhorar a prática profissional e gestão dos serviços públicos de saúde.

Ressalta-se que na Enfermagem, o desafio do contexto social requer competências que implicam novos modos de saber, fazer e ser da Enfermeira e de sua equipe nos serviços de saúde nos níveis de atenção. O desenvolvimento dessas competências possibilita ampliar na capacidade de ler a realidade e a compreender o processo saúde-doença como prática socialmente determinada.

Considerando que a Enfermeira integra a equipe de trabalhadores da saúde, é importante que perceba que o produto final de seu trabalho visa: melhorar a qualidade de vida dos usuários, o que demanda conhecer o ambiente em que vivem, e o entendimento sobre recuperar e manter a vida. (BROMBERGER, 2003).

Acresce-se também que o segredo no processo de trabalho em saúde está em olhar cada situação em sua singularidade. Para tanto, o profissional precisa desenvolver a capacidade de observar como as pessoas procuram construir o mundo para si e como se relacionam com os outros (MERHY; FRANCO, 2003). Com esta dimensão compete à equipe de saúde organizar o seu processo de trabalho fundamentando-se no conhecimento dos grupos existentes na área de abrangência dos serviços, reconhecendo-os como distintos. Estes grupos são integrados por usuários, gestores e profissionais, que têm interesses diferenciados, que se contrapõem no cotidiano do trabalho, acarretando desafios, dificuldades e limites na no planejamento e execução das atividades. Essa contraposição demanda do trabalhador da saúde capacidade de elaboração teórica e de reflexão sobre a prática, visando a busca de estratégias que possam sinalizar mudanças.

CAPÍTULO 03 BASE TEÓRICA

3.1 Grupos de Educação em Saúde: Vinculações com Direitos Sexuais e Reprodutivos na Perspectiva da Promoção da Saúde

A abordagem sobre GES está referenciada neste item visando estabelecer correlações com a defesa e conquista de DSR, pois reitera-se o interesse em delimitar parâmetros teóricos na caminhada investigativa, evidenciando-se o significado dos GES em ES/AB e caracterização de grupo de usuários de UBS/ESF.

A ES é uma modalidade de ação que ocorre também no âmbito da prestação dos serviços de saúde, públicos e privados. A posição que defendo é a de que toda ação de saúde tem dimensão educativa e precisa estar integrada ao processo de promoção da saúde que inclui prevenção-cura-reabilitação. Este processo demanda a dimensão pedagógica, que neste estudo esta acerbada da defesa da relação entre profissional e usuário, que precisam se disponibilizar para vivenciar a relação dialética entre ensinar-aprender-cuidar. Esta relação pode contribuir para mudanças, especialmente na condição do usuário, que passa a assumir que precisa conquistar sua cidadania, que implica em se tornar co-partícipe do processo de construção da saúde na relação dialógica de uma pedagogia da libertação (FREIRE, 1987).

Assegura-se que com esta pedagogia, que expressa possibilidade de atuar em grupos educativos na dimensão da promoção da saúde, pode-se ter como perspectiva que mudar a condição dos usuários que buscam recursos e serviços públicos para satisfazer necessidades de saúde. Os usuários precisam aprender a questionar e entender que alterações no processo educativo são indispensáveis para que possam ser participantes ativos das atividades educativas grupais para que ampliem sua consciência e sua responsabilização com a continuidade da sua existência. Assim tornam-se conhecedores de que o auto cuidado e o acesso a recursos e a serviços, incluindo-se os que abrangem os DSR constituem aspectos que fortalecem o seu compromisso com mudanças no pensar, comportar e exercer a sexualidade e a valorizar a reprodução como direitos.

As referências escolhidas para subsidiar a compreensão sobre GES, tem como pressuposto a importância de que o mesmo é um grupo social focalizada no ser humano. A fundamentação corresponde à visão de que o ser humano é dotado

de natureza bio-psico-social, que existe e/ou subsiste em decorrência de relacionamentos grupais que se iniciam na família. Este é o primeiro grupo que constitui foco analítico para entender e explicar sobre a complexidade dessa natureza, que demanda a partir da gestação, cuidados e reconhecimento de que cada individualidade precisa ser respeitada e valorizada nas suas especificidades e potencialidades. Entende-se que para a compreensão sobre a natureza deste tipo de grupo – GES – torna-se necessário especificar caracteres que lhe correspondem, que se referem à estruturação, organização e funcionamento, expressos em elementos como tamanho, local, finalidade, denominação associados à ES.

Ao abordar estas especificidades recorre-se às contribuições teóricas que têm inclusive referenciado experiências de GES em programas governamentais, que determinam a necessidade de grupos educativos (HÁ, diabéticos, PF, adolescentes e gestantes). Estas especificidades demandam clareza conceitual porque contribuem para precisar os resultados obtidos com a experiência grupal, possibilidades de mudanças e perspectivas de avanços em cada grupo social.

Considerando a diversidade de referências teóricas foram selecionadas aquelas que abordam grupos sociais como um conjunto de três ou mais pessoas unidas, que se envolvem e se interligam a objetivos comuns (OSÓRIO, 2000). Nesta visão o posicionamento é de que estes grupos se constituem como nova identidade para seus integrantes que se reúnem devido a interesses afins (ZIMERMAN, 2000).

A organização de grupos inclui denominações diversas: operativo; integração; convivência; sócio-terápico; capacitação envolvendo ou não a ES, que não denotam diferenciação entre si; e contribuem para ampliar o entendimento de grupos em ES. Existem elaborações que associam que grupo em ES como operativo, pois se caracteriza pela centralização numa tarefa: aprendizado; cura; diagnóstico de dificuldades, e que se correlacionam com a dimensão de grupos educativos, terapêuticos (DIAS, 2006). Estas associações têm relevância porque o trabalho com grupos propicia aos integrantes ampliar a capacidade de pensar e aprender com experiências emocionais; nos grupos, os integrantes fazem inúmeras introjeções de como os outros lidam com os problemas (ZIMERMAN *et al*, 1997).

Pichon Rivière (1995, p. 35) define este grupo como: “conjunto de pessoas com um objetivo”, que depende de dois fatores para seu surgimento: o vínculo que é a representação subjetiva que cada um dos integrantes tem sobre si e os outros, que é construída na interação num tempo e espaço comum; e é mútuo porque

acontece quando cada integrante internaliza o outro ocorre a internalização por ele; a tarefa que configura a trajetória que o grupo percorre para alcançar seus objetivos.

Na visão deste autor o grupo "[...] tem por finalidade aprender a pensar, em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas"; fundamenta-se numa teoria em que a forma de pensar se apresenta no sujeito, na sua "[...] relação com o objeto" e grupo, cuja base é a estrutura vincular que modela a ação em grupo, atribuindo à técnica caráter dinâmico e interdisciplinar. (RIVIÉRE, 1995, p. 47).

Na visão de Bleger (1993), existem explicações de que no grupo operativo os integrantes se envolvem na dialética do ensinar-aprender, pois aprendem e são sujeitos do saber. Considera-se que se a fonte de reflexão for a experiência de vida individual, também aprendem e ensinam. (FORTUNA *et al*, 2005).

Nos autores consultados há referências para esse estudo que evidenciam dimensões de comprometimento entre usuários e profissionais objetivando mudanças. Estas demandam respeito à diversidade sócio-cultural, expectativas de melhoria dos serviços e recursos de saúde, que se assentam na ES.

Retoma-se a trajetória histórica para citar a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde – APS (ALMA ATA, 1978): representantes de países "[...] reconheceram o direito e a responsabilidade que as pessoas têm de planejar e implementar serviços de atendimento"; e percebe a "[...] educação relacionada a problemas de saúde, visando preveni-los ou controlá-los, o que deveria constituir um dos aspectos essenciais da APS" (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2009, p. 260).

Os indivíduos deveriam conhecer melhor suas próprias condições de saúde, para que pudessem se transformar em agentes interessados em promover seu próprio desenvolvimento, em vez de se tornarem receptores passivos da ajuda veiculada por outros, muitas vezes até desnecessária. Não se deseja que aceitem determinadas soluções – mais torna-se necessário que adquiram a capacidade de auto-analisar-se, identificando possíveis soluções e selecionando a que lhes parece mais conveniente. [...] é preciso que a comunidade se torne receptiva à aprendizagem de novas formas de comportamento. [...] espera-se que o sistema formal de atendimento médico sanitário seja responsável por explicações e aconselhamentos; capaz de veicular clara informação sobre conseqüências (des)favoráveis de possíveis soluções (OPAS, 1978, s. p.).

No decorrer das Discussões Técnicas da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – na XVII Reunião do Conselho Diretor, em 1980, (OPAS, 1980) Ministros das Américas reconheceram a necessidade de proposições com enfoques e estratégias para integrar a educação e participação comunitária nas ações da AB. Também nesse evento mencionou-se a necessidade de mudanças nas estruturas

dos serviços de saúde, validando fundamentos teóricos e práticos da participação comunitária. Essas recomendações basearam-se em estudos realizados nos países presentes em que foi constatada a predominância no uso de métodos tradicionais e passivos de ES destacando-se: comunicação de massa; recursos audiovisuais; aulas e palestras. Em alguns países a participação da comunidade era ativa, pois usavam como recursos: teatro, canções, feiras, dias da saúde e dinâmica de grupo.

Explicita-se que grupos operativos de ES foram funcionaram nos anos de 1970, nos EUA tendo usuários com HÁ, em programa governamental, visando a:

[...] detecção e controle da HA, devido aos elevados índices de morbidade e mortalidade que a doença apresentava e ao elevado número de pessoas por ela atingidas. Observou-se a importância da adoção de atitudes e técnicas que facilitem a expressão de sentimentos e a reflexão sobre situações presentes e passadas que poderiam estar relacionadas com a doença (OPAS, 1978, s. p.).

Autores como Abduch (1999) especifica que um grupo formado por pessoas portadoras do mesmo problema permite troca de experiências e dá suporte aos seus integrantes. Torres *et al.* (2003) retratam que esta troca ocorre porque identificados pela condição comum da doença, percebem efeito terapêutico.

Mesmo com estas conotações vale explicitar que "[...] a OPAS/OMS tem-se empenhado em fornecer orientação sobre conceitos, muitas vezes ambíguos, de ES e de participação comunitária". Com esta observação Rice; Candeias (1989, p. 350), advertem que "[...] apesar disto, é preciso reconhecer, os princípios inerentes raramente indicam a operacionalização da prática que contribui para que o pessoal da saúde torne efetiva e real a participação comunitária".

A alusão que Rice; Candeias (1989, p. 351) fazem à Reunião Internacional para a Promoção da Saúde – RIPS (Ottawa, em novembro de 1986) esclarece que "[...] novos movimentos sobre ES criaram sérias preocupações aos profissionais". Neste evento foi produzida a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde (OMS, 1986), que se refere "[...] a um novo conceito da saúde pública e, embora enfatize o fortalecimento da ação comunitária para desenvolver habilidades pessoais da população; não se refere à ES"; "os princípios da Carta são genéricos, não incluem orientação técnica".

No Brasil, tem destaque a educação popular inserida na área da saúde nos anos 1970 através de integrantes de comunidades de base popular na Igreja Católica, como os adeptos dos pensamentos de Paulo Freire e Leonardo Boff.

As contribuições de Freire nas diversas experiências com setores populares, no Brasil e no exterior foram decisivas para sedimentar parâmetros de ações educativas, em grupos sociais, em áreas do saber, constituindo-se no "método da educação popular". Este método "[...] norteador da relação entre intelectuais e estes setores, como opção de profissionais, insatisfeitos com práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde. (VASCONCELOS, 2004, p. 01).

Além disso, no relatório final da VIII CNS existe apenas uma única referência à área ES vinculada à "[...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do SUS, para trabalhar nesta área e cuidados primários" (BRASIL, 1986 b). A Lei Orgânica da Saúde – LOS (BRASIL, 1990) não refere ao termo destacando ações de promoção, proteção e atividades preventivas, em que, implicitamente, está contida a ES. Embora os dois textos conceituem saúde de forma ampla, a falta de referência explícita da ES reflete dificuldade em configurá-la como recurso estratégico para contribuir com a conquista de melhoria nas condições de saúde da população. "[...] Reflete, ainda, o caráter marginal, não hegemônico, das ações educativas e o fato de a ES ainda não constituir um campo de atuação do SUS". (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2009, p. 261).

As possibilidades de realização de experiências em ES foram ocorrendo de acordo com orientações de programas oficiais, sinalizando diretrizes para o nível grupal. Estas orientações apontam para aspectos essenciais que estão incluídos neste estudo e que foram determinações legais, propulsoras na implementação da ES também em nível grupal (OPAS, 1983; HARRISON *et al*, 1984; BRASIL, 1986a).

A partir de 2002 mudanças foram introduzidas especialmente na área da saúde, com iniciativas também para ações de inclusão social e ampliação do acesso aos direitos, bens e serviços. Este ano marcou o início do governo Lula em 2003,

[...] quando um grupo de educadores e educadoras-intelectuais, militantes e gerentes da educação popular em saúde iniciam articulações políticas para a institucionalização da educação popular em saúde; a Rede de Educação Popular em Saúde, com seus militantes espalhados por todo o Brasil, começa a pensar estratégias dessa institucionalização no MS, criando a Coordenação de Ações Populares e da Educação Popular em Saúde (ANEPS, 2002, p. 17).

O processo de Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS – em 2003 foi desenvolvido pela mencionada Rede junto com outros movimentos como o dos Sem Terra – MST, o Movimento Popular de Saúde – MOPS, a Direção Executiva dos Estudantes de Medicina, o Movimento

de Reintegração dos Portadores de Hanseníase (MORHAN) entre outros de base popular. Todavia, no Relatório de 2002 delimita seus objetivos visando construir uma nova maneira de dialogar com os governos através de agenda pública na saúde, com quatro linhas de atuação: educação, comunicação, articulação e pesquisa.

Com estas delimitações foi delineado o plano nacional visando responder às demandas dos movimentos da ANEPS e os principais problemas identificados em oficinas nacionais e locais como limitada aproximação conceitual com a educação popular na saúde, reduzida visibilidade das práticas populares, o incipiente processo de articulação entre os movimentos e práticas populares entre si com a academia e serviços de saúde e a inexistência de estudos e sistematização (ANEPS, 2006).

Tem sido intenso o trabalho da Rede de Educação Popular e Saúde na internet, que tem propiciado a ampliação do debate sobre a educação popular em saúde. Esta precisa estar além dos serviços e recursos, porque é uma atividade que redireciona a dinâmica do processo de trabalho e fortalece a participação popular na discussão das suas várias iniciativas técnicas. A educação popular é instrumento de reorganização institucional do setor saúde (VASCONCELOS, 2003).

O processo de formação, estruturação e funcionamento de cada grupo em ES implica em utilizar referencial teórico e prático sobre dinâmica grupal, incluindo-se estratégias como o clima de acolhimento e apoio que possibilite aos integrantes pensar no processo saúde-doença, conscientizando-os da relação com sua vida. Os profissionais da equipe precisam oferecer condições e recursos para o trabalho grupal visando que cada integrante desenvolva senso de responsabilidade, pelo auto-cuidado com sua saúde, seus familiares e comunidade.

Kawamoto (1993); Levy (2000) ressaltam a significação de que as ações em ES são etapas de um processo de trabalho grupal que objetivam capacitar os integrantes para que assumam ou ajudem na melhoria do padrão de saúde, pessoal, familiar e da comunidade. Compreende-se que GES se revelam como espaços de comunicação, crescimento e favorecedores da promoção em saúde. É preciso compreender como estes Grupos podem contribuir para incorporar novas e outras práticas nos espaços de ação aliando saber popular e científico (acadêmico).

Entre esses profissionais existe o que assume exercer a função de coordenador de GES. Este precisa conhecer e compreender que o trabalho centrado na ES implica que reconheça modos de pensar, sentir e agir dos integrantes edificados no processo de viver. Com a defesa da concepção teórica, que valoriza o

saber do outro, entende o conhecimento como processo de construção coletiva, o que amplia o entendimento das ações de saúde como educativas.

Também o profissional-coordenador precisa contribuir para que o usuário entenda a importância da objetivação das expressões de sentimentos, "adaptação" às condições geradas pela doença e promoção do reforço da auto-imagem. Precisa contribuir para de maneira contínua e sistemática para que integrantes se auto desenvolvam através da motivação e valorização de suas potencialidades e possibilidades de auto cuidado. Precisa lhes oferecer apoio e atenção; informações adequadas; estímulo à recuperação física e emocional, que são estas estratégias que contribuem como facilitadoras da comunicação entre os integrantes na relação que cria e estabelece com o coordenador (TORRES *et al.*, 2003).

A programação e execução destas atividades incluem material de apoio pedagógico (álbum seriado, folhetos, cartilhas, filmes, textos, técnicas de dinâmica de grupo), espaço físico adequado e ambiente favorável a interações positivas, determinação do tempo de duração de cada grupo e das atividades que lhes configuram. Desta forma, pode ser acompanhado o desenvolvimento dos integrantes, que implica em valorizá-los como sujeitos (BRASIL, 2002a).

Almeida (2001) recomenda que a equipe de saúde precisa aplicar em ES uma metodologia de educação popular, para formar grupos de interesses comuns, oportunizar discussões incluindo a comunidade. Assim, é possível que estes se desenvolvam que demanda suporte teórico, técnico, metodológico de profissionais.

São relevantes as contribuições que apontam para a necessidade do suporte teórico e prático que podem direcionar os profissionais da equipe para este desempenho. Este precisa estar direcionado para proporcionar melhorias das condições de vida aos usuários deste serviço público. É preciso compreender as dimensões que são adequadas às demandas destes usuários que se integram aos GES para que possam se envolver e valorizar a promoção da saúde.

As práticas assistenciais e educativas são indissociáveis e necessárias para implementar a ESF, como esclarece Alves (2005). A adoção dessa posição implica compreender os dois modelos teóricos para a prática da ES, também em grupo:

a- o tradicional – ainda é hegemônico, pois focaliza a doença e a ação curativa fundamentado no referencial biologista do processo saúde-doença, preconizando a prevenção das doenças a partir de mudanças de comportamentos individuais. Embora aponte para a discussão de aspectos relacionados como a

“promoção da saúde e qualidade de vida”, temas importantes para a agenda atual de saúde, a preocupação predominantemente em realizar a educação em grupos ainda é conscientizar as pessoas sobre a adesão aos tratamentos clínicos e a comportamentos preventivos dos agravos à saúde.

b– o dialógico – pressupõe o envolvimento dos sujeitos nas ações e na construção/re-construção de saberes, uma vez tem como instrumento essencial o diálogo; contribui para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos integrantes do grupo, com o auto cuidado com a saúde; valorização do saber dos integrantes o que contribui para a não imposição do saber técnico-científico dos profissionais de saúde; defesa da concepção de prática grupal sob a ótica de "troca de experiências" e possibilidade de “ampliação da cidadania”. (ALVES, 2005, p. 48).

A realização de grupos sob o enfoque dialógico constitui tarefa complexa, considerando-se a diversidade de ações que os profissionais da equipe de UBS/ESF podem desenvolver. Mas, ainda existe a hegemonia da atenção à saúde individual centrada no médico, assegurada no consumo de exames e de medicamentos como mecanismos para resolver problemas de saúde de usuários. Esta é a concepção que predomina e que está arraigada na população e gestores e que contribui para dificultar a organização, funcionamento de atividades GES.

Ressalta-se contribuições de diversos autores (BOFF *et al.*, 1996; BRANDÃO, 1995; VALLA, 1998; COSTA,1998; VASCONCELOS, 2001b; VASCONCELOS, 2002, *in* GONÇALVES, 2002) quanto a pressupostos teóricos sobre modelo dialógico da educação popular, que subsidiam estruturar e significar GES na dimensão de transformar a sociedade

Sobre as particularidades da ESF destaca-se entre os objetivos específicos, que COSAC (BRASIL, 1997b) enfatiza que a ES visa a produção social da saúde, através da troca de informações e experiências entre a equipe de saúde e integrantes de GES residentes na área de adscrição da UBS.

Reitera-se que neste estudo a escolha recai no modelo dialógico em GES, visando defender e conquistar DSR /UBS/ESF. Esta concordância se assegura na significação de contribuições que advém da aplicação desse modelo que inclui:

[...] pelo nível de compromisso esperado dos profissionais, da desejada participação da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas e pela busca da qualidade e resolutividade da assistência (ALVES, 2005, p. 48).

Com este conjunto de referências infere-se que com ações construídas conjuntamente pode-se reinventar caminhos para a prevenção e promoção da saúde. Identifica-se em Kawamoto (1993), que a ES precisa basear-se na reflexão crítica com o grupo de usuários de serviços de saúde, no que tange aos problemas e ações para melhorar sua qualidade de vida. Na visão de Ramos *et al* (1989) a ES é um conjunto de ações que, em situações de ensino nos serviços, escolas e comunidade com a função de mudar comportamentos, crenças prejudiciais à saúde.

Valla; Stotz (1993, p. 11) esclarecem que propostas da educação popular em saúde superam o setor saúde. Este argumento se assenta na explicação de que a finalidade destas propostas é contribuir para a formação crítica dos representantes da sociedade civil integrantes de setores populares. Este direcionamento colabora para ampliar a "[...] consciência e compreensão das condições de vida e relações com a saúde, [...] para a defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social".

É essencial que os usuários de serviços de saúde ao serem estimulados a assumir a condição de sujeito da promoção e prevenção tomem consciência das causas, consequências dos problemas de saúde e das relações sociais que os permeiam. Assim, detêm condições de apontar a expansão das lutas sociais, em espaços intra e extra grupais, desenvolvendo a capacidade de ser solidário e de usufruir de apoio social dos profissionais de equipe de saúde.

Conforme as contribuições de Valla (1999, p.12) o apoio social que advém da ES em grupos pode realizar a prevenção e a promoção pois fortalece a solidariedade e apoio mútuo. Representa um tema de “discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu destino e autonomia perante a hegemonia médica”.

Nas suas mais diversas formas de expressão, a educação popular em saúde é também um compromisso político com as classes populares, com a luta por condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Está diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular. Tem uma perspectiva histórica, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino (STOTZ, *in* VALLA; STOTZ, 1994, p.27).

Nesses estudos fica expressa a importância da ES em grupos, concordantes com a utilização da expressão – Educação Popular em Saúde, que se refere aos integrantes-usuários dos serviços de saúde. Estes usuários detêm saber que tende a ser menosprezado também na prestação destes serviços, como em UBS.

Albuquerque; Stotz (2009, p. 28) evidenciam que no cotidiano de UBS ainda não se pode afirmar que existe legitimidade da ES em ação grupal, na visão

dialógica. "Trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infra-estrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais".

Souza *et al* (1991) têm observado dificuldades em ES nas práticas dos serviços de saúde e explicam que metodologias usadas são tradicionais e visam transmitir e reproduzir rotinas e tecnologias sem base para críticas e questionar conteúdos. O ensino se desvincula de problemas reais e ocorre prescrições de normas de conduta que reforçam comportamentos que dificultam avanços na relação dos trabalhadores com usuários. As contribuições científicas servem mais à intimidação do que libertação e auto promoção da vida.

A atuação dos profissionais de saúde se explicita por meio de discurso carregado do imaginário de que, como pessoas da ciência, sabem tudo. Como consequência o saber popular não tem valorização e tende a ser caracterizado como de categoria inferior ao científico. É preciso que o pensar consciente do profissional-educador sobre o seu trabalho indique a necessidade de revisão e de renovação da sua prática cotidiana, analisando-a, criticando-a e questionando-a. Essa prática não pode estar voltada à dominação entre grupos, pois precisa estimular a autonomia e responsabilização das pessoas (CHAUÍ, *apud* BRANDÃO, 1982).

Além disto, referencia-se ao compromisso com a ES devido potencialidades de usuários ampliar a participação e controle social no SUS. Esta modalidade de ES potencializa ampliar: a consciência dos usuários sobre suas condições de vida; a organização popular visando lutas sociais para conquistar melhorias dos serviços e recursos saúde, que constituem fundamento para a promoção da saúde numa abordagem de alianças de saberes popular e científico na visão dialógica.

A ES vem sendo repensada para mudar práticas pedagógicas persuasivas, com transmissão verticalizada de informações; nega a subjetividade do educando e autoridade do educador em práticas que visam desenvolver a autonomia dos sujeitos. Associada ao conceito de promoção é preciso entender que representa

[...] um processo de capacitação das pessoas por uma abordagem sócio-educativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar com responsabilidade uma decisão pessoal, visando atender suas demandas psico-biológicas, sociais e espirituais. (BARROSO VIEIRA, VARELA, 2003, p. 25.)

Sob esse enfoque, defendo a idéia de que as ações de ES fundamentam numa concepção de qualidade de vida prazerosa do cotidiano dos indivíduos, por

proporcionar educação crítica e transformadora, entendendo estes como agentes promotores de uma vida mais saudável.

A educação na tomada de conhecimento e consciência da condição comum das pessoas se torna emergente, pois é preciso educar para compreender e desenvolver o senso de aprendizagem participativa e ampliar as chances de uma vida saudável. (MORIN, 2000, p. 43).

Ressalta-se que a ES se constitui em um dos propósitos da equipe de saúde da ESF e da formação da Enfermeira, tendo em vista que esta se define em “um campo de práticas que se dão ao nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com os usuários, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades” (L’ABBATE, 1994, p. 482). Assim, espera-se que estes profissionais sejam capacitados para a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida e, em parceria com esta, enfrentem os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo ações educativas para a melhoria do autocuidado dos indivíduos. Na ESF, educar para a saúde “[...] implica ir além da assistência curativa, priorizando intervenções preventivas e promocionais”. (ALVES, 2005, p. 50), que são aspectos direcionadores deste estudo.

Sobre os modelos de ES menciona-se: o tradicional que visa práticas de informações verticalizadas que ditam comportamentos padronizados; e o dialógico, em que os sujeitos, portadores de saber, mesmo diverso do saber técnico-científico. Esta perspectiva objetiva a construção da autonomia e responsabilidade dos sujeitos no cuidado com a saúde, pela transformação dos saberes (ALVES, 2005, p. 47-48).

Mesmo compreendendo essa diferenciação parece ainda prevalente também na ESF a utilização de princípios pedagógicos da educação tradicional, pois o profissional da saúde ainda convive com a fragilidade do vínculo com usuário do serviço; expressa um perfil profissional fundado no processo de formação tradicional, convive com uma cultura da população voltada ao modelo curativo de atenção à saúde. Aqui a lógica da Educação em Saúde é dependente do contexto, o que demanda reconhecer aspectos que potencializam o processo de mudança, apontando alternativas para tornar esta prática um processo co-construído, reflexivo, dinâmico, formativo, permanente e contextualizado.

Contribuições como as de Bandura (1977) indicam que o profissional em serviços de saúde como de ESF precisa estar atento para identificar expectativas do

usuário sobre seu comportamento: de eficácia - que envolvem capacidade para mudar o comportamento - e de resultados - o que se espera deste comportamento.

3.2 Dimensão Teórica – Educação em Saúde em Grupos e Atuação da Enfermeira

A contribuição de Silva *et al* (2006, p.148) é relevante porque referencia que [...] "práticas de GES são utilizadas por enfermeiros, principalmente na AB [...]". Valorizam que na Enfermagem a produção de conhecimentos nestes grupos revela estes como "espaços que favorecem o empoderamento dos envolvidos (individual e coletivo) através da valorização dos saberes" e da possível intervenção criativa no processo de saúde-doença de cada ser humano" (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009, p. 47). A ocupação destes espaços favorece a prática da Enfermeira em ES.

Sobre a finalidade da atuação da Enfermeira em GES identifica-se em Melles; Zago (1999) que esta é estratégia fundamental para a promoção da saúde, que não pode se restringir à dimensão informativa. Sobre este limite Collet; Rosso (1999) esclarecem que isto ocorre na maioria dos grupais onde a Enfermeira atua como repassadora de informações, sem se preocupar em refletir com os usuários. Em decorrência dessas práticas evidencio que para Cianciarullo (1996) a ES na Enfermagem pode se efetivar para denunciar problemas e apontar caminhos. Desta forma os usuários podem explicar e questionar a sua realidade visto que se asseguram em conhecimentos apresentados pela Enfermeira, sistematizados e direcionados para contribuir na solução dos seus problemas de saúde.

Na visão de Erdmann (1992), a ES tem como guia o sistema de cuidados de Enfermagem, com dimensões e espaços, estruturas e propriedades múltiplas. Esta visão se sustenta no posicionamento de Unicousky; Lautert (1998, in SUAPE, 1998) que explicitam que a prática educativa que profissional desenvolve é uma atividade com intencionalidade. Esta visão é importante e toma como posicionamento de que:

[...] a ES precisa contar com técnicos qualificados, que com treinamento possam implementar procedimentos possíveis e melhores soluções; orientar profissionais da saúde sobre ações com mais chance de êxito. Sabe-se que há necessidade de treinamento na prática da ES, sobre a metodologias para planejar, educar e comunicar implementar, supervisionar, administrar, acompanhar e avaliar o processo educativo. Também é preciso perceber como se deve aplicar essas técnicas e metodologias, face as peculiaridades do ambiente e da população-alvo (RICE; CANDEIAS, 1989, p. 350).

Acrescenta-se a esses posicionamentos as referências que enunciadas anteriormente, abonam duas intencionalidades de ES que se asseguram na perspectiva tradicional ou perspectiva dialógica. Esta perspectiva dialógica é que fundamenta a ES neste estudo, que visa contribuir para a descoberta de potencialidades de mudança de hábitos e comportamentos dos membros de grupos, para que possam assumir a promoção da sua saúde em especial em DSR na AB.

A ampliação dessas reflexões se sustenta em Silva; Lima; Silva W. (2003) que adverte sobre os grupos como espaço da ES visando a participação dos usuários nos recursos e serviços de saúde, especificando-se a ESF. Mas na implementação desta tem sido alardeado e relatado em experiências, inclusive neste estudo, que GES ainda estão limitados à condição patológica (diabéticos, hipertensos); aos aspectos de natureza humana como o sexo (mulheres); e às fases de desenvolvimento individual e da família (adolescentes, gestantes), conforme orientações dos programas ministeriais. Também persistem práticas da Enfermeira, em AB, como alternativa estratégica para ampliar a prestação da assistência e da atividade educativa em nível individual.

Na visão das Enfermeiras na ação educativa está subjacente a dimensão tradicional e tecnicista de educação, que demanda afastamento de atividades; exposições sobre temas selecionados. Esta ação é sustentada por uma concepção de educação coerente com os objetivos que se pretende atingir e deve atender às diretrizes da perspectiva político-social dos governantes.

Na Enfermagem, Munari; Furegato (2003, p. 8) explicam que a atividade grupal não é novidade, pois o profissional "[...] desenvolve o seu trabalho em grupo como na equipe de Enfermagem, passagem de plantão, executando ES, no ensino com a discussão de caso". Esclarecem que esta profissão encontra dificuldade para o trabalho em GES, devido a qualificação e capacitação diferenciadas, resultando em conquistas que evidenciam os direcionamentos: visão tradicional ou dialógica.

A especificação dessa ampliação se sustenta no fato de que no contexto contemporâneo, a continuidade da implementação do SUS/ESF está demandando legitimar a participação dos usuários no controle social dos recursos e serviços de saúde. Esta ampliação pode ocorrer desde que seja assumida a necessidade da hegemonia da perspectiva dialógica como direcionadora do GES, realizado pela Enfermeira. Esta perspectiva em ES visa contribuir para a organização de estratégias coletivas para o enfrentamento de adversidades no processo saúde-

doença, buscando efetivar a função sócio-histórica de transformação social.

No entanto, é preciso retomar reflexões anteriores sobre a predominância de GES formados por recortes por sexo, idade ou patologias com caracteres do modelo clínico, em decorrência de diretrizes dos programas governamentais. Esta constatação possibilita referenciar que a atuação da Enfermeira em GES também sofre consequências destes direcionamentos, reiterado com a explicitação:

Vivenciamos esta realidade como Enfermeiras assistenciais e de ensino. Mas, tal ação parece ter sofrido descontinuidade, mantendo-se o discurso que é essencial para promover a saúde, porém pouco realizada em UBS e na comunidade. (FORTES, 2001, p.59).

Por estar consciente desta situação destaca-se que ao buscar abordar os GES/DSR com sustentação na perspectiva dialógica, compreende-se que essa tarefa se impõe uma vez a apropriação de sua abordagem pelas Enfermeiras, mas ainda parece incipiente e passível de ser estudada, o que integra os propósitos dessa pesquisa. Entretanto, é preciso reconhecer que ainda persiste o significado atribuído pelas Enfermeiras sobre a concepção tradicional de educação na ação educativa, incluindo que o profissional tem que se afastar do trabalho; fechar o setor; expor em aulas expositivas temas selecionados *a priori*. Na abordagem dialética a ação educativa assumida pela Enfermeira se sustenta na concepção de educação coerente com a visão de mundo, com objetivos que pretende atingir e que essa ação deve cumprir: conscientizar sobre a transformação da realidade ou de seu problema.

Também não se pode omitir que as Enfermeiras que atuam na ESF sentem dificuldades para realizar sua ação pedagógica vinculadas à estrutura e organização da AB e limitações decorrentes da reduzida qualificação para trabalhos com grupos educativos. Essa situação deve-se a fatores, como a formação para a aquisição de habilidades técnicas; treinamentos como forma de aprimoramento; carência de capacitação pedagógica na dimensão da problematização; descontextualização das ações educativas no cotidiano do trabalho; falta de interlocução entre a promoção da saúde e a educação; e descompromisso institucional com o desenvolvimento profissional nos serviços de saúde e no encontro com usuários.

CAPITULO 04 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Natureza da Pesquisa

Esta pesquisa é do tipo exploratório de natureza qualitativa com abordagem dialética. Neste tipo de pesquisa o desvendamento da realidade se efetiva porque é necessário explorar um problema ou uma situação por meio de estratégias que possibilitem compreender e explicar os aspectos que constituem este problema ou situação. Baseio-me nas contribuições de Leopardi, (2003, p. 119) que explicita que a pesquisa exploratória, “Permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.”; e Sampieri *et al.* (2006) afirmam que este tipo de pesquisa contribui para fundamentar o conhecimento sobre um determinado problema.

A escolha pela qualitativa corresponde aos objetivos deste estudo que “[...] implicou em ênfase sobre qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados [...]” (DENZIN; LINCON, 2006, p. 23). As referências de Minayo (2007, p. 21), elucidam que com a pesquisa qualitativa é possível ao pesquisador compreender o “[...] universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes”. Com esta dimensão busquei estas dimensões particularizando-as em GES voltados para DSR. Também esclarece-se que “responde às necessidades metodológicas da pesquisa social que vinculam teoria à prática, mormente no campo da saúde, no qual a realidade apela de forma tão existencial e imediata” (MINAYO, 2007, p. 87)

Richardson *et al.* (1999) aponta outros aspectos que têm correlação com os deste estudo, pois a pesquisa qualitativa tem conquistado destaque em situações como: necessidade de substituir informações estatísticas por dados qualitativos; quando os objetivos do estudo apontam que os dados não podem ser coletados de modo completo por outros métodos tendo em vista sua complexidade. Este qualificar corresponde às elaborações de Minayo (2008) uma vez que reforça que a pesquisa qualitativa é "aquela que articula a compreensão das estruturas, dos processos, das relações, das percepções, dos produtos e resultados, com a visão dos atores sociais envolvidos na sua constituição e possibilidades de mudanças.

4.2 Perspectiva Teórico – Metodológica

A complexidade do campo da saúde demanda conhecimentos distintos e integrados que articulam, na visão dialética, teoria e prática num fazer cotidiano, que envolve relações sociais na produção de ações de saúde (MINAYO, 2008). Assumindo esta visão como suporte teórico-metodológico esclareço que de acordo com elaborações de Minayo (2008, p. 11), a dialética

abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados. Estes são considerados parte integrante da totalidade a ser estudada e os acontecimentos e relações são situados e analisados historicamente.

Amplio estas ponderações enfatizando que compartilho de reflexões desta autora ao referenciar sobre a área da saúde, considerando que implica em

[...] inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas sobre o saber teórico e prático da saúde e doença; institucionalização; organização; administração; avaliação dos serviços e da clientela dos sistemas de saúde. Nesta dimensão está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. O campo da saúde se refere a uma realidade complexa que precisa de conhecimentos distintos integrados e que colocam o problema da intervenção. (MINAYO, 2008, p. 13).

Considero esclarecedora também a argumentação de Lüdke e André (1988) sobre a importância dos pressupostos teóricos com o referencial substantivo que orienta a apreensão do objeto na sua historicidade e processualidade. Atentando-se para esta significação procurei a partir da construção do estado da arte focalizar aspectos teóricos compreensivos e explicativos dos DSR, abordando-os nas suas múltiplas determinações: a saúde da mulher, o movimento feminista, os DSR, espaço do enfermeiro em GES voltados para estes Direitos.

A abordagem teórico-metodológica adotada fundamentou a busca do conhecimento sobre o mundo empírico dos GES para possibilitar a análise crítico-reflexiva sobre os DSR, denotando como particularidade a atuação da Enfermeira.

Com este direcionamento procurei construir o conhecimento sobre a mencionada atuação apreendendo-a no conteúdo de aspectos que os desvelam em suas mediações concretas. Desta maneira reuni referencial que possibilitou construção dos três primeiros capítulos. Procurei na análise interpretativa apreender como a atuação da Enfermeira se fundamenta em ES tendo como direcionalidade os

DSR. Esse conhecimento está calcado na superação da aparência, pois reitero a busca em direção à essência da mesma, que implicou em identificar contradições a partir da intercorrelação que estabeleci com o referencial teórico.

Esclareço que não me bastaria constatar apenas como essa atuação nos GES tem se desenvolvido e nem aceitar as conexões superficiais entre os aspectos que a caracteriza. A pretensão foi ter a prática educativa dialógica em GES como referência fundante da inserção da Enfermeira, na perspectiva de conhecer a sua complexidade, interrelacionada com DSR, na perspectiva da promoção da saúde.

Estas referências são orientadoras deste estudo e sustentaram meu caminho investigativo sobre o objeto de estudo na expectativa de que os resultados revelassem visões e dimensões das Enfermeiras entrevistadas, contribuindo para ampliar a busca pela efetividade dos DSR em GES, pressupondo-se a defesa da pedagogia libertadora e emancipadora, por meio da atuação destas profissionais.

4.3 Cuidados Éticos

Para atender aos cuidados éticos necessários para realização da pesquisa, inicialmente, o projeto de tese foi apresentado à SMS/PJF especificamente para o Assessor de ABS a fim de solicitar autorização para a pesquisa. Este recomendou que o Projeto, deveria ser apresentado ao Diretor do Departamento de Saúde da Mulher - DSM para que tomasse conhecimento, e aos Gerentes (Supervisores) das UBS em reunião mensal na SMS. Obteve-se aceitação imediata do projeto junto ao Diretor do Departamento de Saúde da Mulher. O Projeto foi apresentado em seguida, na reunião aos Gerentes/Supervisores das UBS objetivando cientificá-los sobre a realização da pesquisa e obter dos mesmos a aprovação necessária para que a autorização se efetivasse. Os 33 gerentes/supervisores presentes (total de 47) aprovaram e assinaram documento.

Após essas etapas ocorreu a autorização do Assessor da AB da SMS/PJF (Anexo 1); o projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da EEAN/HESFA/UFRJ, para registro e aprovação (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, BRASIL, 1996b); e aprovado em 27.08. 2008 (Anexo 2).

As profissionais entrevistadas aceitaram participar através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 3) que trata dos cuidados éticos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos

procedimentos de pesquisa com seres humanos. Este atendeu e cumpriu exigências desta Resolução, ao esclarecer para os sujeitos sobre o objeto da pesquisa, relevância, objetivos e metodologia (BRASIL, 1996b).

Ainda em cumprimento aos aspectos éticos e legais da pesquisa, foram assegurados aos sujeitos o sigilo, anonimato, garantia de plena liberdade de participar ou recusar podendo também se recusar a dar continuidade à sua participação (BRASIL, 1996b).

4.4 Cenários da Pesquisa

O cenário dessa pesquisa compreendeu 13 UBS/ESF do SUS/JF/MG, conforme sintetizado no Quadro 1 (Apêndice 1) sendo 11 UBS na zona urbana de em 09 Regiões Sanitárias, entre as 10 existentes, e 2UBS na Zona Rural de JF-MG.

As UBS incluídas foram: Jardim Esperança, Santo Antônio, Linhares, Marumbi, Bandeirantes, Parque Guarani, Monte Castelo, São Judas Tadeu, Santos Dumont, Santa Luzia, Vila Olavo Costa, Humaitá e Torreões, apontadas no mapa de Juiz de Fora (Anexo 4). A descrição dessas UBS - Quadro 1 (Apêndice 1) contém dados de localização por Região Administrativa e Sanitária, ano de fundação, área de abrangência, população adscrita, quantitativos de famílias cadastradas, número de equipes de ESF e profissionais. Inclui também o número GES em DSR realizados e as instituições de ensino conveniadas com UBS.

4.5 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos desse estudo foram 20 Enfermeiras, selecionadas a partir do processo de amostragem realizado por meio de uma sondagem realizada em cada uma das 57 UBS, para o acesso a informações sobre a existência de GES e do envolvimento destas profissionais com as atividades grupais focadas em DSR.

Quanto à composição da amostra foram utilizados critérios objetivos que proporcionaram selecionar as entrevistadas visando contemplar:

- UBS com ESF nas 12 Regiões Sanitárias (com a rural) totalizando 37UBS/ESF;
- inclusão de UBS sem ESF, que tinha 1 médico e 1 Enfermeira especializados em ESF; 6 ACS (esta UBS é singular, pois a equipe de ESF é denominada de mista);
- a variação de número de equipes de ESF (entre 1 a 5 equipes);
- UBS/ESF com GES focados em DSR com regularidade e com Enfermeiras;

- Unidades com várias situações que caracterizam os grupos (periodicidade, número de encontros, duração, intervalos, local e profissionais que coordenam os grupos).

No decorrer das entrevistas com 48 profissionais e estudantes constatou-se que para este estudo seria viável apenas trabalhar com as 20 Enfermeiras integrantes do conjunto dos profissionais, porque, na maioria, coordenam GES.

As Enfermeiras que não se envolviam em Grupos/DSR, embora isso não tenha ficado claro durante o levantamento preliminar, foram excluídas da amostra ficando então, 13 UBS/ESF de 11 Regiões Sanitárias.

O perfil das 20 participantes congrega (Quadro 2 - Apêndice 2) como dados significativos que as caracterizam no exercício da profissão, incluindo-se 17 que mantêm vínculo com a Prefeitura de Juiz de Fora; o exercício da docência por 01 Enfermeira que não possui este vínculo mas permanece na UBS em alguns turnos da semana atuando como responsável por estagiárias de uma Faculdade de Enfermagem privada; e 02 profissionais inseridas no Programa de Residência da UFJF. Também destaco o desempenho da função de coordenação de GES como prevacente e ainda prestar colaboração direta no desenvolvimento das atividades educativas, desde a seleção e programação e execução das mesmas em GES/DSR.

O período de vinculação profissional com as UBS é variável, distribuído em: menos de 1 ano (05 Enfermeiras); de 1 a 5 anos (08 Enfermeiras); de 5 a 10 anos (07 Enfermeiras). Como tempo máximo foi identificado o de 19 anos. A condição da maioria das entrevistadas, como trabalhadoras na PJF, denota que detém experiência e acúmulo de conhecimento em serviços e recursos públicos municipais.

Os níveis de instrução referem-se ao 3º grau - Graduação em Enfermagem (20 entrevistadas); as que possuem pós graduação em nível de especialização ou estão em curso, totalizam 18 profissionais, sendo a maioria em Saúde da Família; existem algumas que têm mais de uma especialização, envolvendo outras áreas da saúde. A UFJF é a instituição formadora predominante na graduação e na pós graduação. Existe variação de tempo de conclusão da graduação tendo a maioria mais de 5 anos de formada ou com mais de 1 ano de pós graduação.

Em 01 UBS existem 3 equipes de ESF e 1 Enfermeiras em cada equipe. Nas entrevistas estas profissionais não assumiam a coordenação de GES/DSR pelo menos dois anos; existiam grupos sob responsabilidade da docente já mencionada. As demais integram outras equipes, incluídas neste estudo. Foram entrevistadas pelo menos 02 Enfermeiras de 05 das UBS com mais de 01 equipe de ESF.

4.6 Instrumento e Coleta de Dados

Na fase de coleta ocorre a escolha por técnicas adequadas à captação do fenômeno na realidade. Cabe ao pesquisador saber que pode utilizar recursos como entrevistas, filmagens, fotografias, gravações, documentos, registros escritos visando ampliar a confiabilidade de suas percepções (MARCONI, LAKATOS, 2008).

A partir desse conhecimento iniciei a coleta de dados após aprovação da pesquisa em agosto de 2008 com o levantamento preliminar (Apêndice 3) junto aos profissionais, contactados por telefone, preferencialmente o Supervisor/Gerente da UBS ou Enfermeira uma vez que a intencionalidade era obter dados objetivos com maior fidedignidade possível. Com esses dados registrados configurei os GES/DSR nas 37 UBS/ESF, visando compor a amostra de UBS deste estudo.

A configuração dos GES em DSR nas 13 UBS deste estudo está apresentada no capítulo 5 e constituiu referência para a análise e interpretação dos resultados. Durante o levantamento preliminar agendou-se encontro com 04 informantes visando entrevistá-los para validar o roteiro de entrevistas. Estas foram realizadas no mês de dezembro de 2008, sendo duas gravadas em MP3 e duas anotadas em registro feitos à medida que os entrevistados manifestavam seus posicionamentos. Este recurso foi utilizado porque houve falha do equipamento de gravação no momento da entrevista. Estas entrevistas foram transcritas imediatamente após a sua realização para além de ajustar o instrumento, captar os primeiros elementos qualitativos pertinentes à visão dos sujeitos que seriam entrevistados. As entrevistas teste de números 03 e 04, identificadas no conjunto de entrevistas como E01 e E02, foram aproveitadas na pesquisa pela qualidade das informações prestadas e porque foram mais amplas em termos dos questionamentos.

Após ajustes e elaboração do roteiro definitivo de entrevista semi-estruturada com profissionais (Apêndice 4) agendou-se 46 entrevistas com diversos profissionais das UBS/ESF selecionadas, que foram iniciadas em 22.12. 2008. A continuidade das entrevistas foi interrompida devido ao período de férias da maioria dos profissionais, sendo retomadas em 18.02.2008 estendendo-se até 27.03. 2009.

A princípio pensava-se em entrevistar as Enfermeiras dessas UBS, que estivessem envolvidos com GES e pelo menos um profissional que o acompanhasse na coordenação dos grupos. Mas, à medida que as Enfermeiras eram entrevistas verificava-se a riqueza das informações presentes não só nas falas, mas também no

entorno desses sujeitos e de suas manifestações verbais e não verbais. Portanto, as 28 entrevistas realizadas com profissionais e estudantes que colaboram com Enfermeiras na realização dos GES foram arquivadas. A seqüência das 20 entrevistas ocorreu conforme disponibilidade dos entrevistados tendo iniciado na RS1, o agendamento e depois pela seqüência numérica.

O número de entrevistadas foi determinado pelo processo amostral das UBS/ESF da pesquisa, que implicaria em entrevistar 1 Enfermeira em cada das 13 UBS/ESF da amostra, e também pela saturação dos dados devido a repetições de informações respondendo a necessidade de conhecer maior número de elementos indicativos da complexidade das concepções acerca do objeto investigativo. Essa decisão basou-se em Fontenella, Ricas; Turato (2008) devido estudos qualitativos em saúde, como uma das técnicas para investigações científicas.

Com relação à entrevista destaca-se que é uma técnicas de coleta de dados também qualitativos, apresentando as vantagens de propiciar oportunidades para motivar e esclarecer o entrevistado; permitir flexibilidade ao questionar, ao determinar a seqüência e ao escolher as palavras apropriadas; e maior controle sobre a situação e maior avaliação da validade das respostas por observação do comportamento não verbal do entrevistado. Outro fator importante é que na entrevista ocorre interação, uma atmosfera de influência recíproca entre pesquisador e pesquisado (LÜDKE; ANDRÉ, 1988). Além disso, estes autores lembram que na entrevista o pesquisador precisa estar atento de modo não rígido ao roteiro preestabelecido e às respostas verbais que vai obtendo, pois

[...] dado é toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento [...] que pode refletir o real, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos ou compreensivos, pode produzir interrogações sobre este real. (LEOPARDI, 2003, p. 261).

Uma gama de gestos, expressões, hesitações, entonações, sinais não-verbais, alterações de ritmo cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito (LÜDKE; ANDRÉ, 1988, p. 36).

Esclareço que com essas reflexões o conteúdo da entrevista com as Enfermeiras visou obter visões sobre ações educativas, DSR e atuação em GES envolvendo estes Direitos; facilidades e dificuldades; contribuições dos grupos para profissionais e usuários; e sugestões visando ampliar esta atuação.

O conteúdo das entrevistas tornou-se conhecido através da realização da

"transcrição efetuada pelo pesquisador tem, também, o valor de uma primeira reflexão sua sobre a experiência de que partilhou, e que ele cria uma segunda vez ao escutar a fita" (QUEIROZ, 1983, p. 83). A transcrição foi completa sem nenhuma alteração e como informam Lüdke; André (1988, p. 35): "deve ser respeitado o universo de quem fornece opiniões, impressões"; material necessário à pesquisa.

4.7 Análise e Apresentação dos Resultados

O Levantamento Preliminar subsidiou a composição do Quadro 3 (Apêndice 5) que sintetiza a caracterização dos GES em DSR, apresentada no primeiro item da análise, retratando-os nos seus aspectos relevantes em 13 UBS.

A técnica de Análise de Conteúdo de acordo com Bardin (2009, p. 30 e 40) é: "[...] conjunto de técnicas das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...]", pois o interesse não está na simples descrição deste, "[...] mas sim no que podem ensinar após tratamento (por classificação, por exemplo) em relação outras coisas".

Esta técnica foi utilizada para tratar do conteúdo dos depoimentos emitidos nas entrevistas com as 20 Enfermeiras, porque busquei compreender nas falas "para além dos significados imediatos". Foram realizadas (re)leituras para entender o conteúdo dos depoimentos, possibilitando-me evidenciar visões das entrevistadas, impossíveis sob o olhar superficial e imediato. (TRIVINOS, 2007). Esta Análise consistiu de exploração do material do *corpus*, visando estabelecer unidades de registros - recorte, enumeração, classificação e agregação com categorização das informações. A análise ocorreu através de inferência e interpretação dos resultados como "[...] uma operação lógica em que se admite uma proposição devido sua ligação com outras proposições aceitas como verdades". (BARDIN, 2009, p. 41).

Esclarece-se que esta Análise consistiu então, num processo de elaboração, integrado pela identificação de contradições e imperfeições que se traduzem na seleção dos excertos que expressam a manifestação das visões das entrevistadas. Com este direcionamento evidenciei visões, ponderações e sugestões das informantes que estão associadas as suas experiências como Enfermeiras em UBS/ESF, com atuação em GES voltados para DSR. Procurei retratar com este direcionamento visões das Enfermeiras, que expressam sua acuidade perceptiva.

A Análise de Conteúdo me possibilitou estabelecer três categorias analíticas

em que específico em indicadores as manifestações das entrevistadas como integrantes do seu processo de exercício profissional, percebendo-o como não estático e que se desvia das estruturas e dos elementos formais de expressão de experiências (MINAYO, 2007). Esta técnica de análise foi direcionada para as explicitações dos entrevistados, manifestas e latentes para entender e explicar possibilidades e potencialidades de luta e de conquista dos DSR através dos GES.

Também buscou-se estabelecer relações entrelaçadas entre experiências das informantes, destacando semelhanças e diferenças identificadas nos depoimentos. Estas configuram suas visões; apresentadas nas três categorias e representam o universo simbólico das Enfermeiras o que possibilitou (re) construir a dimensão empírica desta pesquisa sobre a atuação da Enfermeira nestes GES. Reforça-se que particularizar esta atuação implicou na seleção e ordenação de posicionamentos das informantes que expressam suas visões e expectativas; produto do conhecimento pessoal e coletivo que tem sua origem em interações sociais de cada Enfermeira ou com profissionais da equipe saúde envolvida em GES/DSR.

Na análise dos resultados apresenta-se o tratamento destes Direitos em unidades de significação, evidenciando conquistas que traduzem parcializações, pois tem-se consciência de que o real não se apresenta claramente, por mais familiaridade que se tenha com o objeto estudado. Nesta investigação, a pretensão foi ultrapassar a aparência, enunciando aspectos sobre a essência de GES/DSR, que demandam aprofundar e ampliar teorias e experiências, que envolvam análise e interpretação do conteúdo que são desafiantes na atuação dos profissionais.

Acompanhando Bardin (2009) espero que com a interpretação analítica ter "caminhado" do conteúdo manifesto para o latente, que implica em ultrapassar o que é externado e buscar significados ocultos, pois uma interpretação jamais esgota o material coletado. Cada interpretação serve de base para outra mais complexa e profunda. Assim, foram delimitadas três categorias analíticas como eixos centrais de análise: concepções de ações educativas, e de Direitos Sexuais e Reprodutivos; Enfermeira: agente educador; contribuições dos Grupos e sugestões

Esclareço que a pesquisa empírica caracteriza-se pela análise e interpretação dos depoimentos, centrando-se nos DSR, para apreender dados qualitativos visando estabelecer relações que mantêm nas UBS. Evidencio nos depoimentos aspectos para significar os DSR em atividades grupais, particularizando-se a atuação da Enfermeira, buscando explicitar a compreensão que esta detém na efetivação dos

GES, atentando-se para reconhecer elementos constitutivos destes, que conferem importância na abordagem a estes Direitos. (FRANCO, 2008).

A preocupação essencial desta investigação refere-se aos significados atribuídos pelos informantes aos aspectos que tipificam os GES, tendo-se clareza de que o pesquisador enfrenta desafios, decorrentes da utilização pelos informantes de seus universos simbólicos, que expressam o seu entendimento sobre DSR. Neste sentido procurou-se capturar a perspectiva das informantes, que significa identificar significados atribuídos às três questões norteadoras.

Entende-se que as percepções e elucidações apresentadas se constituem num conjunto lógico, sistemático e coerente de representações, de normas e regras de conduta que caracterizam o modo de pensar e ver a pesquisa em enfermagem. Esta forma é determinada pelo contexto em que a Enfermeira está inserida e ancorou-se na formação e qualificação profissional, na prática e nas atividades de pesquisa, buscando a apreensão do 'novo' que, associado aos conhecimentos já sedimentados, conduz à apreensão da realidade dos GES em DSR, tomando-os sobre a dimensão educativa. Este conhecimento proveniente da incorporação do 'novo', certamente, passa a ser utilizável, causando impacto efetivo da sua prática e contribuindo para ampliar a produção científica e a prática de enfermagem, especialmente na área da ES em DSR.

CAPÍTULO 05 GRUPOS EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A apresentação dos resultados obtidos na pesquisa de campo compõe este capítulo que condensa aspectos relativos às características dos GES/DSR, obtidas a partir do levantamento nas 13 UBS/ESF da cidade de Juiz de Fora. A continuidade deste conteúdo se expressa nas informações qualitativas acerca da atuação da Enfermeira nos GES/DSR, fundamentadas no produto dos depoimentos coletados nas entrevistas com as 20 Enfermeiras. Desses depoimentos foram selecionados excertos que deram base à construção de três categorias e subcategorias analíticas, e que integram a análise corroborada com elucidações do quadro contextual, referencial e metodológico.

5.1 Caracterização de Grupos de Educação em Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos em UBS/ESF

Os dados desta caracterização estão sintetizados no Quadro 5 (Apêndice 5) contendo indicadores sobre os GES em DSR realizados nas 13 UBS/ESF da cidade de Juiz de Fora. A apresentação do mapa (Anexo 4) que tem a indicação das 13 UBS/ESF pesquisadas é ilustrativa para ampliar a percepção sobre a localização das mesmas em diversos espaços geográficos desta cidade. A significação desta identificação tem correspondência com a sistematização de informações sobre aspectos que substantivam semelhanças e diferenças entre as áreas de adscrição destas UBS, como a caracterização sócio-econômica e cultural dos usuários.

Este estudo envolveu 32 equipes de ESF e 1 equipe mista com Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. As equipes estão implantadas em 11 RS da Zona Urbanas e na Região Campo, Zona Rural (11 UBS; 1 em cada RS; 4 UBS na Zona Rural, com 1 equipe na localidade de Humaitá e outra equipe que atende a 3 UBS distintas nas localidades de Torreões, Monte Verde e Pirapitinga).

A Região Sanitária 10 que abrange o centro da cidade, não teve UBS incluída na pesquisa embora no Levantamento Preliminar 1 UBS dessa RS (UBS Santa Cecília) tenha sido incluída. Mas, como foi constatado que as Enfermeiras dessa UBS não atuavam em GES em DSR, ficando a coordenação com a assistente

social, auxiliada pela estagiária de Enfermagem, a UBS foi excluída do estudo.

O cenário deste estudo contemplou UBS com número variado de equipes de ESF com predomínio de 2 a 5 equipes em 10 das UBS. Apenas as UBS da Zona Rural têm 1 equipe. Assim, três UBS compartilham a mesma equipe tendo fixo em cada uma somente o auxiliar de enfermagem. Há uma única equipe composta de 1 médica, 1 Enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 6 ACS em rodízio em cada UBS. Essas variações associam-se ao tamanho da população adscrita em cada UBS/ESF que passa a demandar a ampliação do número de equipes de saúde e que parecem depender também da existência de recursos financeiros visando contratação.

A periodicidade dos Grupos é variável entre 1 a 3 grupos ao mês em 8 UBS. Nas outras 5 UBS (2 na Zona Rural e 3 na Urbana) a variação ocorre conforme a demanda dos usuários, correspondendo de 2 a 6 meses. Esta variação é explicada devido a localização da UBS (se mais isolada a área de abrangência, inexistente procura de usuários de outras áreas e a população está coberta pelo serviço).

A predominância de quantidade de encontros de GES refere-se a 2 (5 UBS) ou 3 (6 UBS). Além dessas constatações existem grupos que se realizam apenas com 1 encontro em 1 UBS; e Grupos em também 1 UBS onde existe variação de número de encontros. O intervalo dos encontros com integrantes dos Grupos recai na alternativa de resposta “dias seguidos” para 9 UBS; contudo, observa-se a alternativa de uma semana em 3 UBS e variável em 1 UBS da Zona Rural. Em relação à duração de cada encontro dos GES constatou-se variação entre 1h a 3,5h. O tempo total médio corresponde de 6 às 9h por grupo.

Os Grupos são realizados principalmente em dependências da UBS que dispõem de salão de reuniões para atividades coletivas (9 UBS) ou improvisam locais como: copa; recepção (sala de espera); ou um dos consultórios (em 6 UBS). Os locais utilizados por 7 equipes correspondem a espaços em igrejas e salões comunitários conforme a necessidade da população ou por não haver local disponível na UBS devido à realização de outras atividades educativas.

A preocupação em identificar os profissionais que coordenam os GES/DSR nas UBS/ESF pesquisadas, também consistiu num aspecto básico na fase de sondagem que contribuiu para esta caracterização. Existe predominância da Enfermeira na coordenação dos GES em todas as UBS, que embora contem com a colaboração eventual de outros profissionais e/ou estudantes (como os de enfermagem) está diretamente envolvida no planejamento, programação, execução

dos procedimentos educativos em DSR. A Enfermeira também se responsabiliza pelo encaminhamento e acompanhamento dos usuários após a realização do Grupo visando acesso aos insumos (pílula) e procedimentos (vasectomia e laqueadura).

A inserção de estudantes e acadêmicos em GES ocorre devido às exigências de estágio curricular, aulas práticas da FACENF, ou Residência Multidisciplinar da UFJF, que torna a UBS espaço privilegiado de aprendizagem e interação entre ensino/serviço. Cabe pontuar que cursos de graduação e de pós-graduação têm sido ofertados pela UFJF e por instituições privadas de ensino superior.

Os assistentes sociais e ACS correspondem aos profissionais da equipe de saúde referidos como os que atuam junto com a Enfermeira nos GES. Os demais profissionais, especialmente o médico é referido com participação esporádica e focal com assuntos específicos para os quais assumem apresentar conteúdos de temáticas correlacionadas com DSR, utilizando-se de exposição oral.

Essa caracterização desvela aspectos destes grupos (organização e funcionamento); e informa sobre disponibilizações dos profissionais da equipe de saúde, em especial a Enfermeira. Esta se envolve em realizar encontros ou reuniões considerando-se o tempo de duração estabelecido e o deslocamento para os locais possíveis. Este desvelar contribui para reforçar a relevância e singularidade deste estudo, pois aspectos enunciados informam sobre as ações em GES/ UBS/ESF.

O encontro de respostas e a abertura para o repensar GES tendo como centralidade DSR se vincula desde a retomada da discussão sobre diretrizes das instâncias governativas da área da saúde em Juiz de Fora. No âmbito municipal a direção de departamentos e nestes especifica-se o da Saúde da Mulher, depende da coordenação e do controle hierárquico superior, mesmo tendo certa autonomia para traçar estratégias e implementar ações. Também a ação de cada departamento está limitada por regras e normas estabelecidas em outras esferas de governo, em particular administrativas e financeiras, que no caso da SM reduz esta autonomia.

Ressalta-se ainda, o fato do diretor de departamento, que na escala hierárquica possui maior poder de decisão, ser cargo de confiança. Por vezes, sua indicação ou permanência no cargo pode depender da concordância com diretrizes e decisões que vão ao encontro de interesses partidários, pessoais ou de outra ordem, podendo mesmo ser contrários aos da administração municipal e do interesse social. Essa característica dos cargos de confiança e as mudanças da gestão municipal, quando há eleições, contribuem para interromper determinadas

ações ou modificações nas metas pactuadas, como o que constitui o interesse deste estudo, que se fundamenta em ações de GES/DSR em UBS/ESF.

Frente a essas constatações, além de não dispor de conhecimentos, foge aos propósitos desse estudo, informar sobre implicações devido à hierarquização dos cargos e responsabilizações, mais fundamentais, para serem contemplados em outras investigações. E não há como evidenciar como se processou a escolha de metas e diretrizes para criar e fazer funcionar GES existentes, que perpassam administrações municipais desde 1995. Pode-se inferir que a organização da área da saúde em Juiz de Fora, como em outros municípios, sofre descontinuidade de atividades; falhas de articulação e integração, principalmente com a mudança da administração municipal após as eleições. Também há interesse em reiterar que a fragilidade das diretrizes políticas sobre GES que tratam de temáticas dos DSR, como evidenciado, é fator determinante de situações vivenciadas pelas Enfermeiras.

Manifesta-se que o interesse e o compromisso de poder buscar alternativas para potencializar especificidades destes GES correspondem à intencionalidade de defesa de DSR, como direitos de cidadania de usuários de UBS/ESF. Esta defesa implica em identificar potencialidades que expressem a continuidade da luta e da conquista destes Direitos, reforçando-se a atuação da Enfermeira nestes Grupos.

Esclarece-se então, que a continuidade deste capítulo corresponde ao desempenho da Enfermeira nesses Grupos, tomando como base os depoimentos das 20 Enfermeiras entrevistadas. Ressalta-se que nesses depoimentos existem atitudes propositivas, que parecem indicativas para se conquistar reconhecimento sobre potencialidades para conquistar o redirecionamento dos mesmos na perspectiva teórica defendida. É nessa direção que ocorre a valorização das práticas destas Enfermeiras, inseridas em UBS/ESF/JF. Nestas torna-se possível demarcar fragmentação e falta sistematizar ações, como as de GES. Esta demarcação é que instiga avançar para ampliar possibilidades de compreensão visando efetivação dos GES/DSR, que demandam buscar estratégias, pois

[...] não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Devem estar organizados para realizar a apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem (MATTOS, 2001, p. 56-7).

Quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde como GES/DSR a intencionalidade precisa estar direcionada para ampliar percepções das

necessidades dos usuários, como direito social à saúde. É necessário interrogar-se sobre estratégias que correspondam às necessidades de saúde de usuários destas UBS, sobre DSR/GES, a rigor, em estudos específicos sobre essa temática.

As ações educativas não podem se restringir à difundir informações e de atividades com potencial capaz de atender fragmentos de problemas como os que envolvem aspectos como evitar gravidez, PF. Esta direcionalidade traduz a não efetividade dos DSR, visto que se assenta na visão tradicional intervencionista em GES, que mantém o modelo hegemônico de atenção à saúde, ao invés de afastar medos, resistências, dificuldades que envolvem principalmente, no contexto da sociedade democrática, os direitos de cidadania.

Manifesta-se que o interesse e o compromisso de poder buscar alternativas para potencializar especificidades destes GES correspondem à intencionalidade da defesa de que DSR são direitos de cidadania de usuários de UBS/ESF o que corresponde a Direitos Constitucionais e Deveres do Estado. Esta defesa implica em identificar potencialidades que expressem a continuidade da luta e da conquista destes Direitos, reforçando-se o papel social da Enfermeira nestes Grupos.

Estas revelações indicam questionamentos relevantes que possibilitam articular esta variação com o conteúdo da atuação da Enfermeira no trabalho educativo destes Grupos/DSR.

5.2 Grupos de Educação em Saúde em Direitos Sexuais e Reprodutivos: Significação da Atuação da Enfermeira

Os parâmetros utilizados como subsídios para a análise interpretativa dos depoimentos das 20 Enfermeiras entrevistadas têm sustentação nos capítulos dois e três que compõem, neste estudo, o quadro contextual e o teórico. Os aspectos essenciais destes capítulos asseguram que a vigência de GES voltados para DSR em 13 UBS/ESF/JF, se expressa em singularidades destes depoimentos. Estes foram selecionados e ordenados reconhecendo-se que se inter relacionam com experiências vivenciadas destes profissionais nestes GES.

Esclarece-se que a análise interpretativa se fundamenta em depoimentos inseridos em três categorias analíticas e as respectivas subcategorias:

5.2.1-Concepções - Ações Educativas; Direitos Sexuais e Reprodutivos

5.2.1.1- Concepções de Ações Educativas;

5.2.1.2- Concepções de Direitos Sexuais e Reprodutivos

5.2.2- Enfermeira - Agente Educador

5.2.2.1- Atuação Educativa;

5.2.2.2- Facilidades e Dificuldades para Realização dos Grupos.

5.2.3- Contribuições e Sugestões para o Trabalho Grupal

5.2.3.1- Contribuições;

5.2.3.2- Sugestões.

Os depoimentos denotam componentes da atuação destas profissionais em GES, considerando-se atribuições e competências legitimadas em UBS/ESF que representam espaços assumidos, de reconhecimento e de valorização de ações educativas possíveis. Neste sentido, esta análise interpretativa corresponde ao que se associa à dimensão de pesquisa como um ciclo que “[...] não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos e gera indagações novas”, (MINAYO, 2007, p. 27), neste caso, fundamentais à construção de uma Linha de Pesquisa.

5.2.1 Concepções – Ações Educativas; Direitos Sexuais e Reprodutivos

A explicitação de posicionamentos das entrevistadas sobre as concepções de ações educativas e concepções de direitos sexuais e reprodutivos - revela aspectos significativos que permitem compreender que se mostram detentoras de conhecimentos diversos, que fundamentam suas intencionalidades presentificadas no trabalho educativo que realizam nos GES/DSR nas 13 UBS/ESF.

A especificação dos indicadores sistematiza percepções das entrevistadas sobre estas duas concepções denotando a pluralidade de entendimentos, que neste estudo explicam variações que configuram abordagens que se respaldam em visões que se assemelham e divergem dos propósitos deste estudo. Ao evidenciar estas variações ressalta-se que neste discurso das informantes encontram-se certezas, dificuldades, questionamentos e contradições, que se inscrevem em diferenciações que revelam intencionalidades diversas e em contextos variados.

5.2.1.1 Concepções de Ações Educativas

As manifestações de posicionamentos das 20 entrevistadas sobre concepções de ações educativas se inscrevem em três dimensões que se distinguem: na visão de 06 informantes estas ações se expressam pela troca de saber entre profissional e usuário, ao passo que 07 informantes percebem que estas ações objetivam a transmissão de conhecimentos; e 07 informantes se detêm à dimensão de que estas ações têm uma função que corresponde a de ser instrumento operativo para o trabalho grupal.

Identifica-se que a concepção de ações educativas como troca de saberes singulariza a defesa da posição assumida neste estudo, que foi incluída no marco referencial abarcando a necessidade de se buscar a efetividade do pensar-fazer junto com usuários dos GES/UBS/ESF. (VASCONCELOS, 2001b; SOPHIA, 2001).

Reitera-se então, que a dimensão dialógica ou problematizadora que sustenta esta concepção se explicita na significação de que importa que profissional e usuário se assumam e se disponibilizem a vivenciar um relacionamento de reciprocidade e intercâmbio de saberes, o que foi evidenciado em depoimentos como o escolhido:

“[...] a ação educativa é compartilhar o que sei o que aprendi uma troca; é importante é ter certeza que to conseguindo [...]” (E 01).

Acresce-se que esta dimensão tem significação porque assegura-se que estas ações demandam o diálogo entre educador e educando, a problematização, e reconhecer experiências dos usuários, como expressa uma das Enfermeiras:

“[...] É saber o quê que elas sabem; ir construindo; ou dando conhecimentos, mostrando porque estão incorretos. Na realidade vou construindo! É muito do grupo; delas mesmo!” (E 02).

Desta forma existe a necessidade de construção de conhecimentos em que a Enfermeira reconhece-se como portadora de saber que implica em articulação com o que apreende dos usuários, pois tem papel de orientadora e agente de mudanças em atividades grupais, como foi informado por uma entrevistada:

“[...] encontro com pessoas no GES; consigo mil coisas, num grupo de DSR escutando a mulher [...] aprendo muito e oriento” (E 04).

A ampliação destas reflexões corresponde à explicitação de que na ação educativa que tem como parâmetros os da pedagogia problematizadora a relação estabelecida entre o profissional e usuários pressupõe o diálogo; a troca visando

democratizar o saber. Reforça-se que nesta relação existe o reconhecimento e a valorização do saber de ambos, pois, reconhece-se que as informações que detêm possibilitam a construção compartilhada de novos saberes, excluindo-se o poder de um sobre o outro (usuário), como o que expressam outra entrevistada:

“[...] é o profissional ter conhecimento e levar informações pra pessoas ir construindo seu saber [...] o que você tem, junta com o conhecimento e experiência de vida delas; com essa teoria e serve para elaborar conhecimento pra eles” (E 08).

Com estes depoimentos assume-se que a troca de saberes está vinculada às possibilidades de compartilhamento, que Enfermeiras entrevistadas asseveram como significativo, valorizando conhecimentos advindos de participantes de grupos, reconhecendo-se como qualificadas para prestar orientações e legitimando a inserção de outros profissionais, como expõe uma delas:

“Ação educativa é troca de conhecimento entre os profissionais que orientam. O grupo traz a vivência e nós a teoria, existe troca” (E 09).

Também verifica-se que se mantém o significado da ação educativa, como espaço de troca, que se conecta com a necessidade de se conhecer aspectos sócio-culturais da comunidade onde vivem usuários de UBS/ESF. A explicitação desta necessidade tem relevância para se respeitar e discutir os referidos padrões visando mudanças e ampliação de informações essenciais para o trabalho educativo.

As concepções das Enfermeiras reiteram a significação da ação educativa como troca de saber mostrando os dois sujeitos envolvidos – profissionais e usuárias. Estes detêm conhecimentos diferenciados, mas precisam assumir a necessidade de mudanças necessárias visando o crescimento de ambos.

“É base de tudo! Não tem como realizar atividade sem partir da ação educativa! Não acredito que se consiga desenvolver nada pela simples ordem ou mera transmissão de conhecimento. Cê tem que partir de uma base a conscientização, sensibilização; propiciar ao usuário possibilidades e condições de escolhas” (E 12).

Com estas referências dos depoimentos correlacionados ao referencial teórico deste estudo sintetiza-se como aspectos significativos que as informantes que abordam as ações educativas como troca de saberes, além de legitimar estas ações destacam a dimensão coletiva e diferenciando-a do atendimento individual; valorizam que existem limites que estão postos devido à sua natureza; asseveram sobre a importância da experiência e da vivência dos usuários, relacionado-a com a

configuração dos caracteres da comunidade como estratégia para a articulação e ampliação de possibilidades de atuação.

Reitera-se assim que o posicionamento de que as ações educativas representam espaços de troca desde que permitam identificar demandas de saúde dos usuários e que lhes proporcionem escolhas mais adequadas e contribui para diminuir a distância habitual entre profissionais de saúde e a população (MATTOS, 2001). Desta forma, espera-se que ações de ES fortaleçam a conquista do exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e saúde da população principalmente quando perpassam os diversos tipos de atendimento em UBS/ESF.

Também é importante reiterar que esta dimensão corrobora a possibilidade de continuar buscando a significação da ESF como modelo de inversão da atenção assistencial centrado na promoção da saúde. Entre elaborações teóricas encontra-se em Paim (*in* ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 368) a explicitação de que o modelo de atenção pressupõe “[...] combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, que se revela como intencionalidade e racionalidade ou “[...] lógica’ que orienta a ação”.

A outra concepção de ações educativas defendida por 07 entrevistadas como transmissão de conhecimentos, para este estudo foi explicitada como a que precisa ser superada, considerando-se que se pauta na dimensão pedagógica tradicional ou verticalizada. Entende-se que a relação entre profissional e usuário visa à normatização de comportamentos, atitudes, fundamentada na supremacia do saber científico e técnico, o que foi abordado nestes depoimentos:

“[...] Ação educativa é de alguma forma levar o conhecimento a quem não sabe” (E 10).

“[...] é muito importante; tento informar, capacitar o usuário sobre problemas de saúde e juntos buscar solução” (E 17).

Ressalta-se que esta concepção hegemônica em trabalhos grupais funda-se no referencial biologicista do processo saúde-doença, a focalização recai na doença e na intervenção curativa. Também esta concepção preconiza que a prevenção de doenças prima pela mudança de comportamentos e atitudes individuais (SMEKE; OLIVEIRA, *in* VASCONCELOS, 2001; CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

As estratégias pedagógicas desta concepção incluem a transmissão de informações assimiladas de maneira verticalizada, que delimita comportamentos a serem adotados para a manutenção e a conservação da saúde, responsabilizados

ao saber do profissional, cabendo ao usuário a assimilação e a introjeção do que lhe é indicado como prescrição, o que ficou evidente nestes depoimentos:

“[...] tento colaborar pra pessoas ter mais espaço pra colocar dúvidas; ajudar porque às vezes chegam e não sabem nada, como que funciona, nem mesmo o método que usa, não tem nem idéia de como está agindo no organismo e que existem outros. [...] tento dar essa liberdade pra pessoa escolher o que é bom” (E 07).

“Ação educativa é tudo! Porque [...] se a mulher conhece faz a sua escolha [...] é importante em qualquer fase da vida da pessoa” (E 14).

A posição assumida pelo profissional que se responsabiliza pela ação educativa se circunscreve como o que pode prescrever conhecimentos para que usuários assumam mudanças, não sendo despertados para se reconhecerem como sujeitos, mas portadores de direitos ao acesso às informações, como asseverou uma das entrevistadas, que destacou o poder dos profissionais:

“É o direito da comunidade ser informada, garantir direitos e informar a ação do usuário. Nós temos esta função; é imprescindível e positiva pra melhorar a qualidade de vida grupal ” (E 15).

Todavia, os usuários como objeto das ações educativas permanecem alheios à participação e interação, pois a expectativa é a de assimilar informações, sem discutir e questionar o que vivem. Pontua-se como principal crítica a esta posição:

[...] não considerar os determinantes psico-sociais e culturais dos comportamentos de saúde. Tomar usuários como objeto das ações educativas e carentes de saber sobre saúde, abandona-se a visão de que comportamentos são orientados por valores, representações sobre o processo saúde-doença [...] (ALVES, 2005, p. 47).

Com estas reflexões evidencia-se a singularidade da ação educativa como repasse de informação expressa em depoimentos através de elucidações como: contribuir para que usuários assimilem conhecimentos, visando ampliar direitos, reivindicações, solicitações; subsidiar a ação da profissional; esclarecer sobre limites organizacionais de aspectos relacionados à dimensão informativa como:

“É uma medida que a gente tem pra poder tá orientando a comunidade, mostrando o que pode ser feito; e de que forma pode ser feito pra saúde deles.” (E 03).

“[...] importantíssimo, pois cê vai evitar muito mal entendido como falta de informação ou fazer procedimento sem tá informada. Aqui tem essa oportunidade de explicar direitinho o que vai se submeter e pra poder optar entre métodos” (E 20).

Reitera-se que atribui-se a esta concepção a necessidade de assimilação da informação como: condição e/ou recurso para que usuários possam conquistar o exercício de direitos, liberdade de escolhas de recursos e serviços de saúde, ampliação do conhecimento sobre situações de saúde, métodos contraceptivos. As identificações e ponderações apresentadas são elucidativas, pois se contrapõem às consequências da desinformação, associando-se à valorização de que usuário informado pode usufruir de atendimentos da UBS/ESF, como em GES.

A continuidade da análise sobre as ações educativas implica em abordar o aspecto referenciado por 07 entrevistadas que tratam da dimensão instrumental, que na AB está inscrita nas diretrizes da ESF, sendo indispensável na atuação dos profissionais da equipe de saúde e que pode proporcionar resultados diferenciados.

O que fica evidente é a dimensão de instrumentalidade racional que tem sentidos que se inscrevem em potencialidades de contribuição para organizar a AB, considerando-se a necessidade de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os serviços e os recursos e os usuários. Esta contribuição pode ser identificada em ações individuais, grupais e/ou comunitárias e se acerca da obtenção de resultado esperado, condicionado a intervenção ao que é prescrito para o usuário, que é colocado mais uma vez como objeto que busca em serviços e recursos ofertados em UBS/ESF soluções que estão previamente determinadas. Em depoimentos escolhidos percebe-se esta identificação:

“Primordial! Foi um grande ganho com a implantação do SUS e em especial o PSF; pra mudar alguma coisa ‘o ponta pé’ inicial é a educação; é tá tentando formar, não novos valores, mas nova visão desses” (E 11).

“Inversão de modelo; não muda a ESF; só se for pela educação; sou favorável às ações educativas; têm impacto positivo na assistência. A comunidade é carente de informação, de educação, aceita de bom grado estas ações. Foi comprovado na diminuição da agressividade dos usuários, demanda, medicação, stress, e violência. Os usuários chegavam, invadiam, quebravam, roubavam, mas com ação educativa mudaram o comportamento; conhecem mais seus direitos; tão tranquilos; sabem quem procura e porquê; conhecem a rotina, gostam do que falamos; mas não é fácil” (E 18).

Acresce-se que de acordo com elaborações de Vasconcelos (1999) no nível de AB é possível desenvolver ES, como um contexto privilegiado, percebido sob diversos aspectos. Entre estes destaca-se que ocorre na AB maior proximidade dos profissionais com a população adscrita de uma UBS/ESF, cujas diretrizes recaem na prevenção e promoção, correspondentes com os depoimentos selecionados:

“[...] Na AB a parte educativa é tudo, pois se conhece um pouquinho de cada pessoa; é o meio pra tá abordando essa forma educativa pra vida melhor. Esta abordagem é feita em todo momento [...]” (E 05).

“[...] ação educativa é muito importante ainda mais em UBS, em posto de saúde. [...] Educar é colocar em prática. Na ação mesmo do dia a dia, participar com o usuário do SUS.” (E 13).

A expansão dos indicadores analíticos que possibilita dimensionar o caráter de procedimento das ações educativas é importante porque esclarece o encadeamento de proposições interventivas (como liberação de medicamentos com a apresentação de cartão); a intencionalidade da Enfermeira que concebe sua responsabilização em divulgar, convidar e até mesmo reconhecer a ação educativa como primeiro degrau na Assistência em AB, mesmo que tenha carência de conhecimento sobre o valor desta ação, igualando-se à condição da comunidade. Os depoimentos escolhidos possibilitam a reiteração destas referências:

“[...] Divulgo, convido, mando o convitinho, vem muito pouco! [...] Vou falar uma coisa: será que elas vêm no grupo destes direitos por que a presença tá vinculada a receber medicamento? Pensei isso! Prefiro pensar: é uma troca, tá vindo, mas só entrego medicamento com cartão de participação em reunião” (E 16).

“A ação educativa é nosso primeiro degrau na assistência em AB.[...]a maior carência da comunidade é de orientação e educação. Consegui construir qualquer assistência até a mais complexa. Vejo como coisa importante, mas que ainda não entendo o valor e nem a comunidade” (E 19).

Também cresce-se à carência de conhecimento da profissional para a ação educativa a precariedade de capacitação para intervenção grupal. Esta constatação se revela como a que pode contribuir para dificuldades que interferem na condução de GES, uma vez que a Enfermeira se percebe como limitada a seguir um caminho e não tendo condições de se posicionar sobre a conduta adequada que precisa assumir o que foi destacado no depoimento escolhido:

“[...] não é fácil, pois nem sempre sei como abordar, como falar com eles; porque muitas vezes se levar por um caminho extrapolam; e o grupo fica mais pesado. A gente tem que parar e começar a falar sobre uma coisa que não pode parar. Não sei ainda muito bem como dosar; um meio termo; não é fácil” (E 06).

Esclarece-se que neste estudo conhecer percepções das Enfermeiras sobre significações das ações educativas revela suas atribuições e suas competências. Apresentar estas percepções é importante porque contribui para ponderar que entre estas entrevistadas pode-se sinalizar a funcionalidade destas ações, que

corresponde à adoção de uma perspectiva pedagógica e/ou educativa. Reitera-se que esta adoção explícita e/ou implícita particulariza a atuação dos profissionais, em especial a Enfermeira em GES/DSR em UBS/ESF.

Esclarece-se ainda que cada perspectiva corresponde às contribuições de Mendes (1996) sobre as tecnologias necessárias aos profissionais que assumem a prestação dos serviços de AB. Entre estas, a ação educativa como instrumento técnico envolve conhecimentos e habilidades que profissionais precisam para que se reconheçam a lógica da perspectiva pedagógica que defendem.

5.2.1.2 Concepções de Direitos Sexuais e Reprodutivos

A sequência desta análise inclui o conhecimento sobre concepções das 20 entrevistadas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, que se expressam em duas dimensões: corpo, sexualidade e reprodução (08 depoimentos); planejamento familiar e métodos contraceptivos (12 depoimentos). A compreensão do significado dos DSR, expresso nos capítulos dois e três contribui para expor concepções das 20 entrevistadas, singularizadoras dos seus posicionamentos. A parcialização e focalização de DSR correspondem a estas dimensões, denotando não correspondência com os propósitos deste estudo, que recaem na compreensão destes Direitos como totalidade, que pressupõe luta e conquista essenciais ao exercício da cidadania e que implica na relação de gênero e em reconhecer lutas e conquistas o movimento feminista.

Com estas ponderações esclarece-se que a expectativa era a de encontrar nos depoimentos o compromisso das Enfermeiras com os integrantes de GES em UBS/ESF como um conjunto de usuários. Este conjunto deveria buscar nos recursos e serviços de saúde o atendimento a necessidades que são coletivas, comuns ao ser homem e ao ser mulher, porque são seres humanos que exercem a sexualidade e perspectivam a reprodução como desejo. Todavia, constata-se a explicitação de uma responsabilização que recai na dimensão de escolha individual, especificando-se corpo, sexualidade e reprodução humana como se opção não implicasse em conhecimento prévio, assimilação de comprometimento com diversos aspectos como o PF; uso de contraceptivos, desempenho do papel feminino e do masculino. Estes aspectos culturalmente inter-relacionados são essenciais na defesa de que DSR reprodutivos decorrem do padrão civilizatório da sociedade e na brasileira, há que se retomar a configuração apresentada neste estudo em que ficou demonstrada

a prevalência das preocupações governamentais e sociais com a SM.

Os depoimentos selecionados especificam que Enfermeiras estão atreladas à concepção de DSR como responsabilização individual, enfatizando-se componentes permeados pela dimensão de direitos tacitamente reconhecidos.

“[...] é muito amplo, tem a ver com a opção da pessoa; é muito complexa a parte da sexualidade [...] as opções de cada um são questões particulares. O direito é de escolher ou não de fazer certas coisas; de começar a prevenir contra doenças, evitar filhos; de conhecer o corpo, a si mesmo.” (E05).

“[...] direitos que pessoas têm de escolher ou não a gravidez; o momento ideal; se tem preparo. A gente tenta [...] procura no grupo ensinar e mostrar como funciona o corpo” (E07).

“Direito que a pessoa tem de reproduzir ou não; conhecer o corpo”. (E09).

Nestes depoimentos identificadores da opção pessoal esta parece estar distanciada do que tem sido conquistado como direito e usuários de UBS/ESF podem até mesmo ainda não ter conhecimento. Valoriza-se o direito, mas não se questiona a condição que os usuários têm de exercê-lo e de lutar pela conquista e pelo acesso aos recursos e aos serviços indispensáveis à vivência da sexualidade e da reprodução humana. Reitera-se que com este posicionamento parece que os usuários podem escolher, pois detêm direitos, no entanto reconhece-se que limites, dificuldades, desconhecimentos influem na escolha, causando-lhes consequências para o exercício da sexualidade associada ou não à reprodução humana.

Retoma-se que a abordagem destes Direitos nos capítulos referenciados inclui a discussão sobre vínculos criados entre a atenção dada às questões populacionais com questões das conjunturas sócio-político-econômica. A ênfase recaiu nos debates e reflexões sobre relações de gênero, defesa da visão de saúde vinculada à sexualidade, violência, direito à saúde, no qual se destacam os DSR.

Pode-se entender que a construção de gênero não é só histórico-social, mas também cultural e se constitui como categoria dependente das relações cotidianas e dos papéis atribuídos ao masculino e ao feminino. A socialização destes papéis sexuais ocorre de maneira distinta para meninos e meninas, pois desde o nascimento, através da identidade sexual, começa a influência do social e cultural, incluindo diferenças nas cores de identificação; tipo de brinquedos e brincadeiras, de oportunidades de estudo e trabalho. Apesar de avanços ainda persistem diferenças na construção do ser feminino e ser masculino.

A construção da relação gênero é um processo de aprendizado que precisa ultrapassar aos padrões sociais pré determinados, reforçados por normas e papéis sexuais a desempenhar. A natureza da sociedade patriarcal, de aculturação com características machista, classista e étnica se revela e permanece nas relações sociais, estabelecendo marcas de diferenças e discriminações, que afetam os DSR, reconhecendo-se que existe interesse (pedagógico e social) por estes estudos.

Retoma-se então, a defesa da visão de totalidade destes Direitos que precisam ser conquistados e exercidos para garantir à mulher e ao homem o (des)empenho de papéis conforme a natureza diferenciada do ser feminino e do ser masculino. Cada um destes seres humanos precisa aprender e apreender e aprender a ser, que constitui satisfação de necessidades sexuais, que são básicas.

Evidencia-se ainda que permeados pelas conformações de gênero os DSR, não têm sido incorporados na sua totalidade em GES, o que representa obstáculo ao desenvolvimento humano no Brasil (PNUDS 2010). Cabe expor depoimentos em que apresentam visão restrita destes Direitos:

“[...] a gente tem sempre a mania de achar que é anticoncepção, como evitar, mas não é isso [...] é você saber seus direitos, pra escolher se quer ou não engravidar” (E 12).

“[...] são duas coisas: Direitos Reprodutivos é a melhor forma de ver o quando, onde, quando o casal quer engravidar; Direitos Sexuais é escolha e pode ter atividades sexuais independente de gerar filhos; é direito de ter sua vida, atividade sexual sem medo, constrangimento, tabu, medo de engravidar.” (E 15).

Sobre a reprodução humana destaca-se que corresponde a uma escolha que demanda consciência da responsabilidade e do compromisso com outra vida. Esta que pode ser gestada pelo desejo, implica em cuidados desde a confirmação de gravidez, que para a mulher tem implicações diversas às do homem, visto que o corpo feminino passa por mudanças físicas, biológicas, psíquicas, sociais e culturais.

Reconhece-se que entre as determinações constitucionais que tratam de direitos fundamentais (art.226, § 7º) existe a garantia da contracepção como direito de cidadania; delimita o direito de escolha reprodutiva para o homem e a mulher (BRASIL, 1988). A estas especificações aglutinam-se princípios da dignidade humana, paternidade e maternidade responsáveis, decisão do PF, competências do aparato estatal sobre recursos e serviços como educacionais e de saúde.

Estes aspectos têm vinculação com as decisões de eventos internacionais, especialmente a CIPD no Cairo (em 1994) que abordou a discussão relacionada com a promoção da saúde, DSR. Decorreu desta Conferência, a difusão dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva como “[...] completo bem-estar físico, mental e social adquirido pela capacidade que cada ser humano – homem e mulher – precisa para a vivência da sexualidade segura, sadia, satisfatória que pode acarretar ou não a reprodução como ato de escolha dos parceiros” (CIPD, 1994). Estes precisam ser esclarecidos e motivados para que associem que satisfazer desejos sexuais e reprodutivos implica em conhecer seus corpos diferentes e consequências advindas de atos que os envolvem em fases da vida humana.

A prática da sexualidade como direito e necessidade pode ser efetivada com a utilização de recursos e/ou serviços de saúde, que visam a escolha pela reprodução ou não; PF; cuidado com a manutenção e conservação da vida. O homem e a mulher podem regular a fertilidade, precisam conquistar e defender seu direito de acesso e uso de recursos e serviços apropriados e adequados ao que escolhem vivenciar, o que é destacado em um depoimento:

“[...] direitos do homem e mulher sobre o corpo; é a sexualidade mesmo [...] ter ou não ter filhos [...]” (E 01).

Ao fazer estas referências esclarece-se que diferenças sócio-econômicas e culturais contribuem para que o homem e a mulher se sintam ou se percebam como desconhecedores da conquista e exercício dos DSR. Para este estudo, a preocupação recai nestes seres como usuários de serviços e recursos de UBS/ESF. As alusões a estes usuários se sustentam na configuração de carências e precariedades também sobre sexualidade e reprodução. Reconhece-se que detêm um saber-fazer que decorre do acesso às informações, vivências, experiências, que, no entanto, não lhes garantem tornarem-se sujeitos de DSR, pois:

A vivência dos processos de adoecimento ou fortalecimento é influenciada pela inserção social (formas de vida, trabalho e saúde) e pela subjetividade (percepções, crenças, valores) dos grupos sociais. Buscar compreender as reais necessidades de saúde da população, e os perfis de (re)produção social, auxiliam-nos a compreender como se dá essa inserção social que carrega consigo condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência dos sujeitos.(TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p. 2).

Essas conotações rebatem no que tem sido concebido por profissionais da equipe de saúde de UBS/ESF, especialmente da Enfermeira, sobre DSR.

Ressalta-se que nos depoimentos apresentados, as referências se assemelham e possibilitam afirmar que existem posicionamentos que têm coerência com DSR, mas carecem da configuração do processo de desenvolvimento histórico sobre a posição social da mulher. Também indicam que existe precária assimilação do discurso veiculado sobre conquistas femininas e demandas que singularizam avanços mesmo que ainda exista a manutenção de comportamentos culturais do *modus* de ser do homem e da mulher, contribuindo para uma dimensão da sexualidade associada à liberdade individual, como denota o depoimento escolhido:

“[...] direito de qualquer usuário exercer a sexualidade [...]. A sexualidade é o direito de ser livre, sem preconceito e julgamento, independe da concepção moral e ética de cada um” (E 19).

A centralidade desta defesa ancora-se que ainda prevalece a visão de que cada corpo pertence ao ser humano dispensando-se vínculos éticos, morais que servem para controlar e regular o funcionamento da sociedade. Cada ser humano, homem ou mulher pode pensar na reprodução humana e na sexualidade como direitos que envolvem: fazer opção por método; expressar desejo que pressupõe participação do(a) parceiro(a); pensar na sexualidade significa assumir que é um ser com papéis sociais a desempenhar, como retrata um depoimento: *“Penso nos dois direitos: o do ser humano, o que fazer com o direito do corpo, da prole; do planejamento, do como fazer.”* (E18). Reitera-se que estabelecer interrelação com aspectos que traduzem vínculos entre reprodução e sexualidade como direitos, expressa a importância dos papéis sexuais, um componente da totalidade dos DSR.

A ampliação do que foi identificado nos depoimentos sobre concepções de DSR, enquanto percepção fragmentada é explicitada com os posicionamentos de 05 entrevistadas restritos ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos. Reconhece-se importância à alusão feita às conquistas como a Lei nº 9.263 – LEP (12.02.1996), que define para os cidadãos – homem e mulher – o acesso à assistência para o planejamento das famílias, incluindo ações para regular fecundidade, contracepção, meios para cuidar da infertilidade (BRASIL, 1996a). Mesmo com esta determinação legal a visão fragmentada destes Direitos ainda se restringe à condição do ser mulher, como denota o depoimento selecionado:

“[...] é o planejamento familiar; focado infelizmente na mulher porque está presente no grupo [...]” (E 02).

Todavia, na sequência deste depoimento encontram-se aspectos que expandem a dimensão do PF como “[...] direito da família de poder planejar; do homem e da mulher sentarem juntos planejar ter filhos e o acesso [...] pra planejar a família” (E02). E acrescenta-se que para outra entrevistada o PF “[...] é a opção do homem ou mulher ou casal de ter ou não e quantos filho [...]”. (E 08).

Reconhece-se que a importância das ações educativas grupais configuradas como indispensáveis para a efetividade dos DSR inclui o PF como possibilidade de inserção do homem e da mulher, demandando dos profissionais em UBS/ESF, a adoção de estratégias, validando-se a igualdade de direitos, apoiando-se na relação de gênero. Cabe pontuar que “[...] embora a divisão binária da humanidade em dois gêneros seja universal, ao ser examinada [...]” com atenção se revela como fenômeno mais complexo, pois variações comportamentais entre homem e mulher são definidas em grupos culturais. (HELMAN, 2003, p. 146). Estes profissionais precisam se empenhar para que usuários conheçam e tenham acesso às alternativas de (anti)concepção disponíveis, conclamando-os à participação da definição e alcance de suas metas reprodutivas.

A significação da determinação legal mencionada vincula-se às conquistas anteriores que se sustentaram principalmente no movimento feminista, como a vigência de diretrizes governamentais para a SM em idade reprodutiva. O atendimento a reivindicações a esta mulher resultou em defender DSR, mesmo que parcializando-os e fragmentando-os em ações de ES para corresponder a diversidade de atendimento às suas necessidades na contracepção, pré-natal, parto; puerpério; controle DST. Mesmo refletindo sobre estas referências da totalidade dos DSR, defendida neste estudo, ressalta-se a percepção fragmentada de entrevistadas que restringem estes Direitos à contracepção? e esta como direito da mulher, responsabilizando-a pela escolha de métodos:

“É o direito da mulher escolher um método pra evitar e o melhor pra sua saúde [...]. [...] é direito da mulher de escolher o método pra evitar e escolher a hora de ter filho” (E 04).

“[...] pra usar o método precisa ter acesso à informação [...] esta é a carência maior. [...] principalmente as mulheres pouco sabem da sexualidade, aparelho reprodutor e sexual e métodos” (E 08).

“[...]direito de conhecer pra optar pelo método e a hora de ter filho” (E 17).

Identifica-se nesses depoimentos a particularização dos DSR focada no PF e contracepção, pois responsabiliza-se a mulher, reiterando a parcialização destes Direitos. Compreende-se que esta dimensão é reiterada implicando em acesso a recursos e serviços públicos de saúde, em conhecimentos específicos sobre planejar a família, vinculando-se à contracepção, reprodução, relação conjugal, aspectos que se correlacionam com aspectos da significação de totalidade de DSR.

A vigência destes métodos e as possibilidades de acesso aos mesmos em recursos e serviços públicos de saúde, incluindo-se a UBS/ESF vêm se expressando numa tendência associada à crescente desvinculação entre sexualidade/reprodução, no desgaste das mulheres na busca da regulação da sua fertilidade, sem a participação dos seus parceiros e em contextos de extrema pobreza.

Esta tendência tem caracterizado o processo de controle da fecundidade no Brasil como um caso de “modernidade perversa” caracterizando-se a taxa nacional de uso e os métodos como ‘modernos’ mas as escolhas reprodutivas são condicionadas pela pobreza e falta de cidadania, como ‘perversas’ (GIFFIN (2001).

Embora as mulheres reconheçam o papel dos insumos para obter efeito positivo no sentido de prevenir inclusive diversas consequências como gravidez indesejada e DST, não basta conclamar que têm direito de acesso em serviços públicos de saúde como em UBS/ESF.

Ressalta-se que nem sempre dispõem de acesso devido à carência de manutenção nestes serviços, crescendo-se da insuficiência de orientação e de conhecimento. Neste sentido, também torna-se necessário fortalecer a importância de GES, pois a ausência de atividade educativa e de aconselhamento são aspectos justificados como condições que determinam as formas de atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção, especialmente a Enfermeira.

Destaca-se que o conjunto dos fragmentos que compõe esta categoria analítica está vinculado à percepção de diferenciação entre DS e os DR; alusão à liberdade sexual, em especial da mulher; a dimensão de que DSR é um conceito em construção remetendo à necessidade de expansão de saberes e informações; acesso aos recursos e serviços públicos de saúde pública, principalmente, em nível de AB em UBS/ESF; reiteração da necessidade de que usuários sejam informados sobre a significação e existência destes Direitos, que abarcam uma multiplicidade de aspectos, como os relacionados nas ponderações e reflexões apresentadas.

Esclarece-se que as evidências desta reflexão revelam sincronização de posicionamentos, que possibilita inferir sobre a existência de discurso similar focalizado em aspectos proeminentes como reprodução, métodos contraceptivos, PF, e entre estes aspectos é visualizada interrelação e a não redução ao biológico.

Também, reitera-se que a ênfase na liberdade sexual feminina corresponde às mudanças que ainda continua ocorrendo na sociedade, especialmente as preconizadas pelo movimento feminista. Atribui-se também dimensão à vivência da sexualidade sem constrangimentos, sem repressão, reiterando inclusive a necessidade de conhecimento sobre o corpo, envolvimento com a defesa destes Direitos. Reforça-se que sobre estes existem alusões às determinações constitucionais e as que se referem à vida, à sexualidade e à reprodução.

Diante dessas reflexões, evidencia-se que ao procurar conhecer as concepções das 20 entrevistadas foi identificado no conteúdo dos depoimentos prevalências de argumentações. Estas apresentam semelhanças e diferenças de posicionamentos, que correspondem à realização de ações educativas grupais voltadas para os DSR. Desta forma, apresenta-se nesta categoria analítica estratos de depoimentos que revelam percepções das Enfermeiras entrevistadas, que traduzem seus entendimentos sobre o processo de ES, prevalecendo ações grupais, considerando-se aspectos diversos que englobam a SM como seus

[...] ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, infertilidade, aleitamento, contracepção, gravidez, parto, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e de mama, [...] tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas à sua inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona de casa (LABRA, 1989, p.299).

Na interface entre o exercício da cidadania e dos DSR, principalmente para as mulheres, reitera-se a necessidade de defendê-los no plano da cidadania, em que pesem os esforços governamentais e do Estado. É necessário o rompimento com a hegemonia masculina a que a mulher foi submetida, que inclui o uso de seu corpo, pois parâmetros sobre a reprodução foram historicamente determinadas pela dominação da ideologia patriarcal (ÁVILA, 2003).

Com esta enunciação verifica-se que nos depoimentos das entrevistadas ao buscar o conhecimento de percepções sobre DSR, no sentido de desvelar suas concepções, identifica-se que prevalece o pensar saúde relacionada à conquista

destes Direitos o que na prática encontra dificuldade de se alcançar. Todavia, defende-se neste estudo a visão de que este pensar precisa estar atrelado à realização da ES como processo em que as etapas congreguem ações educativas, pressupondo-se a visão participante e dialógica, de alianças de saberes (popular e científico) em que usuários como sujeitos se reconheçam como detentores do seu saber-fazer e agir. Esta é que pode capacitar usuários de UBS/ESF para exercerem controle sobre sua saúde e o meio ambiente visando melhorias da qualidade de vida e não mudanças comportamentais conforme prescrito em Manuais Técnicos do MS.

Reforça-se então, o resgate da dimensão de totalidade destes Direitos, visto que integram o direito à saúde pelos cidadãos – homem e mulher. Ressalta-se que a conquista e exercício pleno deste direito está demandando mudanças das condições de vida dos usuários de UBS/ESF, que incluem reorganização ou inversão do modelo assistencial, na perspectiva pedagógica problematizadora ou da esperança (FREIRE, 1997) visando a promoção à saúde, pois

Contra a concepção hegemônica tradicional, busca-se reconhecer o processo de construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, ação intersetorial e crescente autonomia das populações em relação à sua própria saúde (FEUERWERKER, 2000, p.19).

Neste sentido, a Enfermeira como integrante da equipe de ESF, por trabalhar com população adscrita, precisa estar consciente que o desempenho profissional pressupõe priorizar ações de promoção da saúde de usuários e familiares, de maneira contínua a partir da conscientização formal dos seus problemas e de como superá-los. Reafirmando-se a importância de se conhecer este desempenho, enuncia-se particularizações selecionadas dos depoimentos que evidenciam aspectos pertinentes à atuação da Enfermeira em GES/DSR em UBS/ESF.

5.2.2 Enfermeira – Agente Educador

A atuação das 20 Enfermeiras no referidos Grupos se revela sob dimensões diferenciadas, visto que confirma o que ficou evidenciado na primeira categoria analítica: diversidade de posicionamentos que denotam intencionalidades também diferenciadas, cujas repercussões rebatem nas proposições e na atuação profissional, tomando-as como possibilidades em UBS/ESF.

As articulações estabelecidas estão incorporadas em indicadores que qualificam a atuação desta profissional nos GES, que correspondem: atuação educativa; facilidades e dificuldades.

5.2.2.1. Atuação Educativa

A especificação do interrelacionamento entre bases teóricas e a atuação educativa da Enfermeira tomando-se os depoimentos das 20 entrevistadas contribui para reiterar esta profissional como detentora de atribuições e competências legitimadas como agente educador, em ações grupais, que neste estudo se acercam da defesa e conquista dos DSR, em espaços interventivos de UBS/ESF.

Precisa ser lembrado que este reconhecimento se vincula às determinações constitucionais, que garante a vigência do SUS, a delimitação da saúde como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (art.196 da CF/88, BRASIL, 1988).

A estas conquistas constitucionais decorrentes também da participação de movimentos sociais, como o MR, somam-se as lutas das feministas; as mudanças no processo formativo e de capacitação de profissionais de saúde, especialmente da Enfermeira; a formulação e implementação de diretrizes governamentais no âmbito da SM e da AB, considerando-se a possibilidade de inversão e/ou reordenação do modelo assistencial por meio da ESF.

Esta Estratégia determina como princípios dos serviços e recursos públicos em UBS a integralidade, universalidade, equidade; ser organizados de maneira descentralizada, hierarquizada; demanda a participação ativa dos usuários na dimensão da promoção da saúde; expressa o paradigma da produção social em saúde, que congrega seus fatores determinantes (econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos) percebido em permanente construção, visto que tem como finalidade alcançar o conceito de saúde enquanto qualidade de vida.

Todavia, a efetividade desta inversão ao modelo hegemônico não tem sido conquistada na dimensão de se tornar “[...] capaz de transformar a prática sanitária brasileira de forma a garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos brasileiros”. Na prática, observa-se que “[...] distintas concepções ou projetos de SUS têm-se configurado na realidade brasileira” (PAIM, 2002, p. 281).

O modelo assistencial que mantém e conserva hegemonia centra-se na concepção do atendimento assistencial em nível individual e curativo, hospitalocêntrico, que valoriza o uso de tecnologia sofisticada (muitas vezes utilizada de forma acrítica), não correspondendo a efetividade na resolução dos problemas de saúde da população (PIANCASTELLI *et al.*, 2000).

Retomando a significação da ESF esclarece-se que ações educativas grupais inscrevem-se neste modelo e que se fundamentam em diretrizes anteriores como as que caracterizam o PAISM. Para tanto, foram realizados sob orientação do MS, treinamentos para profissionais de serviços, incluindo a distribuição de materiais educativos – fitas de vídeo, álbuns seriados, cartilhas, folhetos, com falta de avaliação dos resultados, pelo menos de forma sistemática.

Neste sentido, a expectativa foi a ocorrência do estímulo ao desenvolvimento de atividades de ES de natureza primordialmente informativas, configuradas como inovadoras, participativas, ilustrativas e atrativas. Estas na área da enfermagem foram incorporadas como atribuições e competências, principalmente devido às determinações governamentais para a rede assistencial, associando-se também ao processo de formação profissional. A sequência destas determinações verifica-se em manuais para gestores, coordenadores, profissionais referenciando-se inclusive aos DSR, mas fragmentando-os a diversos aspectos como o PF, menopausa, gestação e aos condicionantes sócio-econômicos e culturais.

Todavia, esta incorporação parece estar sofrendo descontinuidade mantendo-se restrita ao PF e como discurso de diretrizes governamentais, que precisam ser cumpridas, para se garantir inclusive recursos. Questiona-se então como tem sido possível pensar-fazer GES/DSR em UBS/ESF, assumidos pela Enfermeira?

Verifica-se que retomar aspectos do referencial teórico tem significação porque possibilita explicitar correspondências ou não dos depoimentos com os propósitos deste estudo. Reforça-se que a importância da atuação da Enfermeira defendida neste estudo, tem aspectos que se acercam da responsabilização e da competência atribuídas por diversas fontes (como manuais governamentais, legislações, programas como a ESF, processo formativo). Esta importância percebida nas 20 entrevistadas está associada à valorização da Enfermeira, inclusive, no papel de coordenador da ação educativa, indispensável nos GES, conforme depoimentos selecionados:

“[...] a coordenação [...] quem acaba captando pra poder colocar em ação? é o enfermeiro [...] sou coordenadora do grupo e as outras pessoas e profissionais são flutuantes. [...] se tô com as duas ACS trabalhando, tiro uma pra ir comigo no grupo. [...] já teve grupo que fiz sozinha porque não teve jeito.” (E 02).

“[...] o grupo só funciona porque tem enfermeiro [...] se num tivesse esta atuação pra ta botando o grupo de direitos pra frente e em prática nem existiria A nossa atuação é muito importante e válida, pois passamos orientação pra eles” (E 03).

“O enfermeiro na ação educativa é essencial [...] deveria estar só na ação educativa [...]” (E 04).

“O enfermeiro tem sua importância em qualquer ação educativa ou preventiva em grupos; não pode se desvincular disso [...]” (E 05).

“[...] o enfermeiro querendo ou não tem que fazer grupo [...] se sentindo preparado ou não; e às vezes vi alguns casos de pessoas que falam: nem sei como começar, por onde começar” (E 07).

“O enfermeiro [...] assume mesmo [...] às vezes nem é grupo dele e vai assistindo e interferindo. [...]” (E 14).

“Vejo como peça e figura muito importante [...] No grupo educativo o enfermeiro se coloca como [...] mais atuante, a referência mais motivada é a de participar desse tipo de ação [...]” (E 19).

Acrescenta-se que a reiteração da responsabilização da Enfermeira como principal agente do trabalho grupal fortalece o reconhecimento de que suas atribuições demandam competência e qualificação, para coordenar e realizar as ações destes Grupos. Os excertos de 08 depoimentos corroboram estas reflexões e ampliam o conhecimento sobre o significado desta responsabilização:

“Vejo o enfermeiro com papel fundamental, que educa usuários, famílias. É um papel de muita responsabilidade! Cria um vínculo maior porque durante o grupo a Enfermeira tem como expor o conhecimento que tem em relação aos direitos reprodutivos aquele que cabe à mulher, à saúde da mulher e também, colhendo do usuário qual a realidade da área. Então é um vínculo muito grande é necessário ter e ta envolvida, participando” (E 13).

“O enfermeiro tem que dominar o grupo porque fica na mão dele. Se o enfermeiro não tem a disponibilidade de fazer, não tem o grupo na UBS. O enfermeiro é que faz; tem que fazer tudo. É o enfermeiro que marca data [...] divulga; [...] fala pra todo mundo [...] faz reunião. Se o enfermeiro não vai ficam esperando [...]” (E 14).

A ampliação do reconhecimento desta atuação decorre de comparações com a **atuação de outros profissionais da equipe**, em particular com o assistente social, como sinalizado em depoimentos que valorizam a interação destes dois profissionais ou o destaque que atribui à atuação do assistente social em GES:

“[...] o serviço social e enfermagem juntos [...] temos coesão muito grande [...] tentamos trabalhar junto em ações educativas e preventivas. Dá muito certo, tem resultado muito bom [...]” (E 05).

“[...] a Enfermeira junto com o assistente social; que é um profissional que valoriza a prática educativa[...] mais que o enfermeiro [...] porque é sua função técnica [...] estes dois valorizam mais [...]” (E 09).

Outra identificação sobre atuação em GES foi encontrada em depoimentos que revelam a inserção de outros profissionais, além da Enfermeira, e ainda retratam a diferença que ocorre se acontece ou não a participação do médico:

“[...] Praticamente quem atua é o enfermeiro, assistente social, acadêmico e ACS. É muito difícil levar o médico pra atividade devido à demanda, por exemplo, trabalho com a médica que gosta muito de fazer atividade educativa, mas não consegue pela demanda, o sufoco da UBS”. (E 04).

“Eu acho que facilita. Por exemplo, se o médico vai prescrever um anticoncepcional [...] por exemplo, um método de barreira, hormonal. Às vezes na consulta ele tem um tempo reduzido pra poder ta orientando. [...] Porque ele sabe que durante o grupo ela vai ta mais orientada[...]. Mas acredito que pro médico é isso; pro serviço social a mulher busca o grupo por algum motivo” (E 17).

No entanto, a percepção de que outros profissionais têm **competências para atividades educativas** não exclui atribuições da Enfermeira, como foi mencionado:

“Na minha realidade o enfermeiro é primordial, mas não deveria ser, têm outros profissionais com competência pra fazer. [...] se o enfermeiro não fizer, não tem grupo [...]” (E 16).

A atividade educativa é competência comum aos profissionais de saúde e mesmo consciente da importância da atuação da Enfermeira uma entrevistada ressalta que além deste espaço constituir sua preferência e o primeiro cuidado básico a ser ofertado aos usuários, é preciso paciência.

“Todos os enfermeiros têm consciência de que é importante! Por mim só trabalharia em ações educativas, que é prevenção. É o primeiro cuidado básico [...]. A maioria dos enfermeiros trabalha com esta consciência, tem paciência de trabalhar.” (E 15).

A ampliação também da inserção de outros profissionais denota que em 07 depoimentos existem pontuações que revelam conteúdo das ações educativas realizadas em conjunto com outros profissionais. Entre os profissionais, o destaque é para a assistente social, que junto com a Enfermeira, têm sintonia que se expressa na articulação das ações e conjugação de esforços nas atividades grupais.

[...] no serviço social é abordada a questão de direitos sexuais [...] para nós, enfermeiros a questão do conhecimento do corpo, sobre o que cada um sabe de si, o que sabe de cada método, e DST No grupo onde participei falava da prevenção do câncer de colo de útero e de mama [...]”. (E05).

A explicitação de diferenciações de ocupação de espaço entre os profissionais que atuam em GES é reveladora da preocupação de se trabalhar em equipe, sabendo distinguir competências e atribuições que lhes especificam. Estas diferenciações revelam a distribuição do tempo entre os profissionais em que cada um se reconhece como detentor de conhecimentos que precisam ser abordados, assumindo que a transmissão de informações se processa como fundamental para que os usuários possam ampliar a sua possibilidade de exercício de DSR. Nota-se pelos depoimentos utilização de estratégias da pedagogia tradicional, pois os usuários como receptores de informações se colocam na posição de passividade e os profissionais na de transmissores das mesmas. Estas reflexões têm correspondência com as seguintes falas:

“A gente planeja três dias; normalmente no primeiro explica a razão do grupo; fala sobre direitos reprodutivos; [...] essa parte é mais do serviço social. A gente fala sobre corpo; é onde o enfermeiro entra coordenando. No segundo a gente continua falando um pouco sobre o corpo e de métodos de barreira e naturais. No terceiro a gente fica um pouco com métodos contraceptivos, os artificiais e DST; normalmente quem coordena mais é o enfermeiro“ (E 12).

“Tem alguns grupos que a assistente social participa; entra falando de direitos da mulher e a parte de métodos contraceptivos, o conhecimento do corpo, nós abordamos” (E 14).

Além disto, reconhece-se que na visão de algumas entrevistadas o planejamento, a coordenação das atividades se efetivam de maneira conjunta e que existe distribuição de papéis desempenhados de acordo com preferências dos profissionais, em especial sobre a utilização de recursos de dinâmica de grupo. Em depoimentos selecionados verifica-se que estas ponderações são reveladoras de possibilidades de realização de ações em GES, estendendo-se a sua importância na comunidade e a diferenciação frente aos parâmetros ministeriais:

“[...] todo mundo participa um pouquinho, cada um tem um dedinho de participação. Uns gostam de falar; outros de apresentar em teatro, fazer show. Pessoas são mais sérias como o médico; outras não; outras falam mais livremente com o pessoal no grupo” (E 06).

“[...] nesse grupo se tiver tempo e disposição, a gente pode levantar mil coisas. Saber do universo masculino e feminino [...] a proposta do Ministério é informar, distribuir o método sem discutir [...]” (E 08).

“[...] a comunidade ao ver os profissionais [...] na prática educativa, entende o quê é saúde da família. Quando fica só na Enfermeira é professora, educadora. Mas quando você puxa o médico prá fazer o gancho junto com você, começam a entender. [...] no grupo coloco muito sobre a competência de cada profissional” (E 18).

Também é destacado em outro depoimento que mesmo existindo a participação de outros profissionais ocorre limitação de não se poder introduzir mudança na organização e funcionamento dos GES, considerando-se que pode acarretar a redução da presença de usuários:

“[...] nós desempenhamos bem os grupos de direitos reprodutivos, [...] mas não dá muito pra mudar, porque quando a gente tenta fazer diferente, nem sempre vêm [...]” (E 06).

Acresce-se que estudantes de graduação, como os de enfermagem realizam estágio curricular, em 11 UBS/ESF. Entretanto esclarece-se que não foi mencionada a participação de acadêmicos por 14 das entrevistadas que oferecem campo de prática. Provavelmente esta situação decorre do fato de que não podem ocupar espaço de coordenação nas ações grupais e nem são envolvidos para assumirem a exposição de conteúdo de temáticas tratadas.

Todavia, os acadêmicos integrados às ações grupais além de acompanhar o a organização e execução destas são orientados para assumir a exposição de temáticas nas reuniões com usuários, como expresso em depoimentos:

“Tem 03 estagiários da enfermagem sendo 01 em cada equipe. Temos os do 7º período que vem com a Professora [...]. [...] fazem com a gente pelo menos um grupo durante o período que estão na UBS; E geralmente, somos os mesmos enfermeiros e médicos, monta direitinho o grupo, divide os conteúdos” (E 06).

“Entro com todos os alunos, tive grupo de 07 e depois menor – 04 alunos [...] O dia do grupo vamos pra sala pra fazer grupo; costume dividir: um grupo de 08, e no primeiro dia 04 falam e no segundo dia os outros” (E 07).

As significações da atuação da Enfermeira em ações educativas em GES têm importância revelada pelo desempenho de atribuições e de competências que lhe são atinentes (orientação, cuidado, repasse de conhecimentos) e que expressam também vinculações com a estruturação com a AB considerando-se que a ESF representa a possibilidade de inversão do modelo assistencial. Em depoimentos selecionados encontra-se a explicitação destas constatações que indicam aspectos presentes na essência da atuação desta profissional neste espaço interventivo:

“[...] no grupo cê tá lá pra cuidar de [...] direitos reprodutivos [...] o tempo todo orientando; a bagagem cê tá passando e dividindo porque em grupo você divide”. (E 04).

“[...] Na AB [...] a gente tenta sempre trabalhar com ações educativas e preventivas. [...]. Sempre fazemos ações educativas, em todos os momentos desde a recepção, consultório, na rua e quando a gente sai pra visita domiciliar.” (E 05).

“[...] vínculo a ação educativa ao PSF porque é o que conheço pois, inexistente em outro programa. [...] no PSF o enfermeiro é supervisor de equipe [...] e organização. Todas as ações partem do enfermeiro [...] Abro espaço pra todo mundo e tenho um grupo de ACS muito bons [...]. nunca trabalhei numa equipe que fluísse”. (E11).

“Vejo que ele é o carro chefe; faz funcionar o grupo educativo no PSF [...]. Tem tudo para ser um educador no PSF principalmente. Toda hora a gente faz grupo, acho que é importante.” (E 20).

Com estas reflexões reitera-se a importância reconhecida a atuação da Enfermeira em GES no espaço das UBS/ESF que legitimam esta profissional e que traduzem a ampliação do exercício de suas funções considerando-se atribuições e competências legitimadas, conforme foi apresentado no referencial teórico.

Também enfatiza-se que estas alusões se acercam da relação com o processo formativo em que ocorre a preparação gradativa de acadêmicos para assumirem a responsabilidade com GES. Informa-se então, que sobre este processo formativo existem pontuações que merecem ser apresentadas visto que correspondem às determinações dos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Superior (BRASIL, 2001b). Estes estão ancorados em diretrizes da educação superior dos Cursos de Graduação, da formação de profissionais de saúde; e as referenciadas pelas entidades e organismos da categoria. Encontra-se em 04 depoimentos a retomada do que foi a formação para aprendizagem em trabalho grupal na graduação; a inserção no Programa de Residência Multiprofissional da UFJF nos quais foram obtidos conhecimentos teóricos e práticos sobre GES:

“[...] nossa formação em enfermagem pelo menos de uns anos pra cá [...] foi muito voltada pra isso. No estágio a gente tinha que programar alguma ação grupal de educação em saúde [...] a gente já foi mais acostumada com isso na formação. Vejo que pessoas formadas há mais tempo, têm mais resistência, inclusive com saúde coletiva [...] No PSF ainda estão um pouco perdido, mas depende da formação. Na minha época era mais generalista, porque participava de tudo de grupo [...] a visão era diferente. (E 07).

“Na graduação o enfermeiro é agente educador, promove educação do usuário; é importante [...] passar o auto cuidado [...] é capacitado pra exercer a ação cuidadora pra tá promovendo o cuidado, explicar dúvidas e como funciona, dar orientações; mas há negligência e pouco conhecimento; [...] tá educando, explicando, porque dúvida gera ansiedade [...] se o

enfermeiro minimizar esses efeitos é sensacional pra recuperar, promover e reabilitar [...]. Essa é a parte que cabe ao enfermeiro e é riquíssima e muitas vezes por tarefas gerenciais acaba deixando de lado [...]" (E13).

"[...] na Residência se discute um pouco porque tem sempre aquele chavão de que o enfermeiro é educador; questiona. Nossa formação permite, mas é muito centrada em doença. [...] fiz faculdade aqui e uma das disciplinas me forneceu isso: foi Saúde da Mulher, em que vivenciei o grupo, com metodologia da problematização; ampliou meus horizontes como trabalhar com técnicas de grupo. Mas [...] a faculdade não tem como capacitar pra tudo; dá a base e depois você tem que procurar buscar, resolver dificuldades." (E 12).

O destaque a esses dois depoimentos que mencionam a Residência têm significação ímpar porque também como profissionais de enfermagem têm possibilidade de ampliação, qualificação e capacitação de conhecimentos teóricos e práticos que além do contributo individual, tem significação para a renovação e ampliação destes saberes em UBS/ESF, onde as residentes passam a integrar a equipe de recursos humanos na AB.

Ressalta-se que na graduação e na Residência mudanças de conteúdo programático e de espaços interventivos representam avanços e conquistas de lutas empreendidas por representações da categoria nos meios universitários e no profissional, evidenciado no quadro referencial. Todavia, foi destacado nos depoimentos que ainda existem carências e deficiências sobre a capacitação para ES, o que permite expressar que é necessária a continuidade da luta da categoria para que as conquistas legitimadas possam ser efetivamente implementadas.

Constata-se que estes depoimentos realçam a importância das universidades formadoras dos profissionais de saúde, pois esclarecem sobre a necessidade de que sejam capacitados para ES, valorizando-se a dimensão de continuidade e a sistematicidade, pois demandas reais postas pelo cotidiano do trabalho profissional requerem: "[...] profissionais capazes de atender às necessidades da população, de realizar trabalho em equipe, de comunicar-se" (FEUERWERKER *et al.*, 2000, p.27).

Assumindo-se que pelos depoimentos, a Enfermeira em GES/DSR coordenando ou compartilhando a coordenação, especialmente com a assistente social e com a colaboração de outros profissionais e estudantes de enfermagem, tem atuado junto aos usuários em saúde grupal, verifica-se que é ilustrativo referenciar o que simboliza ser a profissional imprescindível para a realização de ações grupais, pois *"[...] domina mesmo o grupo porque fica na mão dele"* (E 14). Esta constatação sinaliza a responsabilização assumida por essa profissional,

servindo para esclarecer que “[...] se ele não fizer (o grupo) não acontece” (E-17). A dimensão legitimada da necessidade deste profissional é reveladora de que “[...] é o mais atuante” (E 19). Estas assertivas associam-se à valorização de que recebem na capacitação para atuar em GES, mesmo que esclareçam sobre limitações ou dificuldades, conforme apontado neste estudo.

Além disto, destaca-se a disponibilidade da Enfermeira para efetivar ES/GES, pois procura alternativas para não faltar recursos a estas ações; e assumir sua responsabilidade mesmo com limitações físicas, como exposto em depoimentos:

“[...] o enfermeiro é um abnegado, um lutador; mas pra que isso seja implantado, não é fácil, se esforça. Não mede recurso financeiro, tira do bolso pra poder fazer! [...] O mais difícil não é criar, mas manter o grupo, o interesse, as dinâmicas [...]” (E 18).

“[...] Se naquele dia tiver intercorrência não tem outro profissional que fale: deixa que a reunião faço pra você[...] fiz a reunião afônica, foi a que fiz mais dinâmicas; peguei revista, recortei” (E 16).

A valorização e o reconhecimento da afinidade eletiva que o profissional da enfermagem conquista com o usuário através de ações grupais ficam evidenciados incluindo-se sua importância. Esta afinidade inclui ou não o relacionamento que estabelece com outros integrantes da equipe, o despertar para seus compromissos desde a graduação. Considera-se a importância desta constatação porque é necessária esta afinidade, mesmo que com carências, para que adquira capacitação e qualificação, que contribuem para a criação de laços de confiança, vínculo, troca de experiências, satisfação de expectativas, possibilidades de ampliação de atividades e interrelação com outras como o atendimento individual.

A permanência do profissional numa UBS em termos temporais também é fator contributivo para a ampliação da afinidade com o usuário, pois, o conhecimento que adquire da comunidade facilita e favorece a troca e expansão dos laços de confiança e de reconhecimento da importância da atuação do mesmo em GES. Esta importância revela-se como uma conquista e que expressa a singularidade da ação educativa deste profissional, ressalta em fragmentos de 04 depoimentos:

“[...] tá mais próximo do usuário do que outros membros da equipe; tem diálogo mais aberto; este sente menos vergonha. [...]” (E 01).

“[...] é importante, pois a gente ajuda a população esclarecer dúvidas e tomar decisões. [...] que tenham conhecimento ou atualizem para que decidam qual método usar ou como engravidar. O que vem buscar no grupo é ajuda e troca” (E 09).

“[...] pelos muitos anos que to na UBS vejo que a afinidade com a comunidade é muito boa, porque conheço todo mundo [...]. Neste grupo a atuação é boa porque mesmo a pessoa sem vontade de falar da dúvida ou esclarecer alguma coisa, tem confiança de me chamar após o grupo pra me confidenciar [...] é importante num ficar trocando de Posto, pois cria vínculo muito bom com a comunidade [...]”. (E10).

“A situação do enfermeiro não menosprezando outras categorias é diferente na informação, dúvida, sensibilizando o usuário, não é só no grupo. Tem envolvimento antes, durante e depois. Antes, porque conhece a usuária, que teve algum procedimento e contato. Durante o grupo tem relação mais forte. Depois faz atendimento individual importante: agendar preventivo; consulta se necessária marca pra vir todo mês, ou de 03 em 03 meses pra medicação ou outro método. Esse grupo não acaba; tem atendimentos posteriores.” (E 15).

Esses profissionais com recursos materiais para as ações grupais também se utilizam de estratégias como o vínculo e acolhimento, para identificar necessidades de saúde destes, motivando-os para se inserir, de maneira participativa como sujeitos na busca de soluções, o que contribui para ampliar a autonomia e o auto cuidado, na perspectiva da promoção da saúde, visando qualidade de vida.

Ao se pensar saúde como qualidade de vida destaca-se que as práticas necessárias precisam englobar a visão integral do indivíduo, família e comunidade; asseguradas na visão de que a promoção da saúde constitui “[...] a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (OMS,1986).

Neste sentido, reitera-se que a Enfermeira, em especial precisa assumir como essencial nas ações em GES a comunicação com usuários para que aconteça a identificação e a relação de confiança na necessidade e na busca de soluções. A reflexão e o debate crítico, entre integrantes da enfermagem e outros profissionais da equipe são essenciais para que aconteça a reformulação das ações de ES. Esta ponderação, neste estudo tem significado porque reafirma-se como substantivo que GES precisam estar centrados em DSR como totalidade o que demanda a (des) e (re) construção conceitual e diretrizes da pedagogia problematizadora, como apreensão e incorporação de novos saberes no processo de trabalho.

Trata-se mais de desmontar a educação do que estabelecer novos princípios normativos. Não importa apenas refletir sobre contradições que emergem das relações, mas revelar o próprio movimento dos sujeitos, de forma que cada situação possa ser percebida enquanto totalidade. Um processo educativo que pretende a “integralidade da saúde” deve estar, portanto, atento às flutuações entre corpo e mente, fisiologia e sintoma, energia e anomia, saúde e doença. Nessa perspectiva, tem ainda um lugar fundamental a relação que se dá entre “promotores” e “beneficiários da saúde”. Contém esses vários binômios e articula saber estruturado e

experiência vivida. Se, efetivamente, os sujeitos sociais “se educam entre si, mediatizados pelo mundo”, o encontro entre o profissional e usuário do SUS pode tornar-se um espaço “educativo”, desde que seus dispositivos sejam trabalhados coletivamente. Isso implica em repensar a própria instituição na perspectiva de torná-la um lugar de mudança e não mais de normatização (XAVIER *et al. apud* LABRA, 1989, p. 46).

5.2.2.2 Facilidades e Dificuldades

As ações educativas voltadas para os DSR, que têm sido efetivadas nos GES nas UBS/ESF apresentam-se também em aspectos denotadores de facilidades e de dificuldades, que possibilita ou não a continuidade desta análise crítico-reflexiva.

Atentando-se para facilidades em 18 depoimentos verifica-se prevalências nos depoimentos em recursos humanos, materiais e físicos. Sobre os recursos humanos assevera-se a predominância de referências sobre dedicação, empenho presença, de profissionais (especialmente da Enfermeira e assistente social) e estudantes (da graduação e Residência) que contribuem com a renovação de saberes e de parâmetros de organização e funcionamento destes Grupos.

“[...] a coesão entre profissionais de serviço social e enfermagem contribui pra organizar e planejar [...]” (E 05).

“[...] porque gosto muito e não vejo dificuldade em montar e fazer grupos [...] tem espaço físico, tem tudo, profissional [...] é muito tranqüilo de trabalhar com grupos” (E 07).

“[...] estagiárias de enfermagem trazem novidades e bagagem, pois estão tendo teoria; sempre ocorre troca, pois a participação delas vem enriquecer como o banner que fizeram e foi exposta em seminário na UFJF” (E 09).

“[...]tem colegas que sempre dão apoio. Ce corre atrás quando quer fazer. Num falo que consegui fazer 100%[...]consigo superar com boa relação; a equipe dá suporte, e a do PSF vale muito, tem sempre alguém [...]” (E 11).

“[...] quantidade de profissionais; residente e aluno que [...] tem vontade de fazer [...] O grupo nunca é simples, não tem só uma palestra; tem atividade diferente [...]por ser UBS/R[...] tem benefícios materiais, que outras [...] não têm[...]álbum seriado, boneca de borracha, tipos de próteses, pelve” (E 12).

“[...] profissionais trabalhando no grupo [...] atendimento com retorno, usuário volta e consegue vida saudável.” (E 15).

Também entre os profissionais o destaque recai em ACS que assumem, de maneira singular, mobilizar, motivar usuários e divulgar as ações grupais:

“É que tem os ACS pra poder tá chamando, convocando usuários. Às vezes comentam na hora da visita; chamam as mulheres, pois é diferente de uma UBS tradicional. [...] no PSF tem estes Agentes. O médico da equipe em algumas oportunidades vai no grupo; num tem sido muito fácil, porque como nesta UBS tá faltando médico, a agenda tá tumultuada. A idéia era essa

dele participar, porque se alguma mulher optasse pela pílula [...] ou injetável ele estaria no grupo e [...] prescrevia, resolvendo o problema [...]" (E 01).

"[...] no PSF a gente é um elo bom nessa parte para chamar usuários pro grupo; o material didático necessário [...]" (E 14).

Os recursos materiais (didático-pedagógicos, metodológicos, estrutura física) contribuem para operacionalizar estes Grupos sendo indispensáveis para garantir a inserção e permanência dos participantes, como foi exposto no depoimento a seguir:

"[...]ambiente: salão amplo, bem iluminado, mais fácil pra fazer grupo depois da reforma da UBS; antes era na garagem de uma casa alugada em que batia um solão e ninguém prestava atenção.[...]Os materiais são legais: álbum enviado pelo MS falando dos métodos; a boneca Gertrudes; [...] o cartão embora uma coisa meio autoritária; a imposição de: "só dou o método se tiver o cartão"; "só tem o cartão se tiver o grupo" acaba ajudando porque não teriam interesse em vir. Isto acontece com vários grupos que tento fazer e ninguém aparece porque não se exige nada" (E 03).

Esclarece-se que estas facilidades revelam posicionamentos assumidos e defendidos pela maioria das entrevistadas. Destaca-se esta ponderação, porque estes aspectos acarretam implicações para o desempenho da Enfermeira na atuação em GES, o que lhes possibilita conquistar reconhecimento da comunidade onde reside a população adscrita a cada UBS/ESF, dos integrantes dos GES; das usuárias, apoio de profissionais como os ACS; e que indicam a necessidade de ampliação de recursos para as ações grupais

"[...] aceitação e impacto da comunidade; boa vontade dos ACS; incentivos da equipe médica; benefícios pras usuárias é fundamental como redução da gravidez e DST". (E 18).

"[...] interesse da comunidade, desejo de fazer grupos que motiva a gente; disposição dos ACS; organizar [...] locais, material [...] Seria interessante arrumar mais coisas [...]" (E 19).

A participação dos usuários foi evidenciada em 05 depoimentos como indicador que facilita a realização do GES, considerando-se que a pertinência à área de adscrição da UBS/ESF, constitui um dos aspectos que possibilita o entrosamento, a liberdade de manifestação e de opiniões. Esta pertinência expressa que existem vínculos de parentesco e/ou vizinhança, que antecedem aos estabelecidos em ações grupais, elucidado pelo fragmento selecionado:

"[...] as mulheres que participam do grupo [...] se soltam nas dinâmicas, perguntam, entrosam[...]exprimem dúvidas e certezas. [...] mas se não se conhecem sendo difícil fazer o grupo [...] na dinâmica, a mulher responde "num sei não! [...] Nesse ponto é bom ter às vezes outro profissional junto pra não ficar tudo focado, às vezes, em cima de mim" (E 02).

As dificuldades apontadas subsidiam o pensar crítico e o propor mudanças, e inovações nas ações dos GES e podem até mesmo parecer contraditórias frente ao exposto no item anterior sobre atuação da Enfermeira. Todavia considera-se que a enumeração de limites, precisa ser percebida como indicador de que mudanças precisam ser introduzidas e que as Enfermeiras entrevistadas percebem possibilidades e potencialidades para a expansão dos GES em DSR nas UBS/ESF.

Merece ser explicitado que o registro sobre essas dificuldades se expressa na dimensão de que constituem limites e não fatores inviabilizadores dos GES, que incluiu recursos humanos, organizacionais, materiais e físicos visando entender a natureza e extensão das mesmas e implicações advindas nos GES. Esclarece-se que ocorreu manifestação de mais de uma dificuldade por informante.

A referência aos recursos humanos engloba a não inserção dos integrantes da equipe de saúde nos GES como igualdade de participação, presença, integração, envolvimento e disponibilidade. Verifica-se a predominância da recorrência ao médico (05 depoimentos), pois este profissional tem demandas que o absorve; não tem preparo para ações grupais; não se envolve para planejar ações grupais:

“[...] os médicos alegam que falta tempo porque atendem a demanda; os ACS têm que ser empurrados pra fazer sala de espera [...] os profissionais estão meio distantes!” (E 03).

“[...] estar com o médico na reunião é complicado devido à demanda [...] têm anos que fazemos grupos; poucas vezes esteve presente [...] trabalho com a médica que gosta muito de fazer atividade educativa, mas não consegue” (E 04).

“[...] O médico preocupa e reclama que só atende demanda, mas não encara e nem participa do grupo [...]” (E 08).

“[...] tempo de parar e realizar o grupo, com planejamento prévio pra inclusão do médico [...] liberar 03 tardes pra o grupo é difícil porque tem agenda lotada [...] ser 3 dias e 3 horas cada encontro dificulta [...] o ideal se fosse num dia, mas não conseguiria [...] tentou-se 2 dias e não deu certo” (E 12).

A demanda pela inserção de outros profissionais também é indicativa de que existe restrição de envolvimento, que para 06 entrevistadas, acarreta em especial para a Enfermeira sobrecarga de atividade. Esta situação contribui para a não presença e não integração efetiva dos profissionais da equipe nas ações de GES.

“[...] outras profissionais não participam e sem interesse; fica só a cargo do enfermeiro [...]” (E 03).

A dificuldade é ter equipe trabalhando; tem aluno de medicina que gostaria de participar [...] mas a gente gostaria que fosse toda equipe [...] pra tá participando dos grupos [...] é super importante” (E 05).

“[...] participei de grupos na graduação quando vi integração da psicologia e enfermagem [...] no Posto não vi trabalhando junto a equipe. [...] há trabalho pra equipe estruturar melhor o grupo” (E 13).

“[...] a equipe num tá todo dia no mesmo lugar [...] tem que montar o planejamento cronograma, dá mais trabalho.” (E 08).

“[...] tem que contar com disponibilidade dos profissionais; os ACS poucos participam [...] profissionais que participam de um encontro não conhecem as usuárias [...] só passam a ser conhecidas se vão nos 03 encontros [...] tinha que ter mais envolvimento.” (E 14).

“[...] não acredito que ACS chamam os usuários [...]” (E 17).

Cabe referenciar a identificação de limites e possibilidades das ações em GES nas UBS/ESF, que decorrem de diversos fatores como: sobrecarga de trabalho, por falta de equipe mínima e interdisciplinar; carência de diálogo entre os profissionais e com os usuários; dificuldade dos profissionais aceitar críticas partindo dos usuários; falta de motivação para o trabalho e equipe acomodada. A identificação destes fatores é apresentada no estudo realizado por Lodi Tagliari; Moretto (2003), que mencionam como possibilidade de superação a adoção de espaços de reflexão e de aprendizagem grupal, onde sejam estimulados debates que favoreçam a minimização destes fatores.

Os indicativos de organização dos serviços correlacionando-os às atribuições e competências da Enfermeira; horário de trabalho e disponibilidade dos participantes; duração das ações educativas; local para as ações de GES somam-se às dificuldades que contribuem para minimizar possibilidades de se efetivar estes Grupos, o que têm expressão nos excertos de depoimentos selecionados:

“[...] distância, horário de ônibus; este não vai ao local da reunião [...]” (E 02).

“[...] horário reduzido pra grupo [...] queria tá mais programada [...] tem hora que não tenho tempo pra nada! E esse grupo de DSR tem que ser na quinta feira de manhã [...] não tenho outro horário [...]” (E 04).

“[...] o horário noturno pois, nem todas usuárias podem e nem no horário do trabalho dos profissionais; outras não têm como participar [...] faltam recursos como camisinha” (E 05).

“[...] espaço físico, pois a gente fica na dependência de ter liberação de espaço na comunidade; na UBS é difícil” (E 09).

“[...] planejamento é feito, colocado em segundo plano, o que exige que tem que se policiar para seguir [...]” (E 15).

“[...] atender demandas da ESF porque atendo ao definido como a duração dos grupos que é incompatível com propostas do MS e cobranças da SMS [...] a Enfermeira não fica só na UBS tem projetos e estágio [...] a demanda dos ACS é grande; a Enfermeira” (E 18).

“[...] horário de trabalho dos profissionais que não corresponde às preferências das pessoas dos grupos” (E 19).

A carência de capacitação da maioria das Enfermeiras para o desempenho das suas atribuições no cotidiano, ou seja, na realidade do mundo do trabalho, constitui um fator que limita a realização das atividades grupais, referindo-se em especial o treinamento técnico, dinâmicas e recursos. Amplia-se esta identificação manifestando que os recursos precisam estar disponibilizados como os que se traduzem em métodos contraceptivos (pílula anticoncepcional, por exemplo) também têm sido escassos. Em 04 depoimentos são elucidadas estas pontuações:

“[...] mais algum outro recurso [...] não sei muito lidar bem com as dinâmicas [...] acabo não fazendo” (E 06).

“[...] no término do grupo não se pode prescrever os métodos e é difícil marcar consulta para usuárias pegar os remédios [...] as consultas deveriam ser reservadas pra facilitar” (E 07).

“[...] necessidade de treinamento técnico e dinâmicas [...] alguém pra dar sugestão[...]retorno do grupo[...]” (E 16).

“[...]poderia fazer mais e melhor minha frustração é mostrar uma coisa e não poder oferecer [...] dificuldade de acesso à rede que inclui encaminhar pro Instituto da Mulher [...] não saber se a providência foi tomada [...]” (E 11).

As elaborações de Vasconcelos (2000) corroboram essa identificação, pois ao pensar numa perspectiva da educação popular faz alusão à perspectiva de que as capacitações de profissionais precisam tomar como ponto de partida as angústias dos trabalhadores em saúde, sua experiência prévia e desejo de superar dificuldades. Cabe ao educador assumir o papel de colaborar com o grupo estimulando-o a refletir e não o contrário. A dimensão de educador de um grupo de profissionais corresponde a de um assessor que contribui para o crescimento destes visando ampliar a solidariedade, autonomia e consciência dos mesmos sobre o seu processo de trabalho. (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

As implicações advindas das usuárias refletem que GES passam a ser realizados não correspondendo ao que a Enfermeira preconiza como possibilidades. Esta ponderação é significativa porque expressa a dimensão de que não se pode garantir efetividade dos GES, que causam consequências até para o acesso aos recursos e serviços de saúde. Ressalta-se que precisam do “cartão” para que ocorra

prescrição do atendimento. As enunciações em 06 depoimentos elucidam essas implicações (acrescidas da carência de recursos; reduzido número de participantes; presença de crianças, não entendimento do GES):

“[...] não participação dos inscritos, pois nem sempre comparecem aos encontros ocorrendo perda do planejamento, quebra de expectativa, pois às vezes não vem ninguém [...] não existem recursos; as pessoas perdem um pouco de credibilidade [...]” (E 01).

“[...] presença de crianças no local das reuniões; salão muito quente e sem muita ventilação e muito pequeno” (E 13).

“[...] até o usuário vê ação educativa como atendimento individual; necessidade de sensibilização do usuário; valorizam este atendimento; o grupo fica à espera no salão” (E 15).

“[...] Esse último começamos com 04 inscritos; na segunda reunião, já vieram sete. Dois do primeiro não vieram. A dificuldade é essa a assiduidade [...] atrapalha inclusive entrega do cartão (E 20).

Visualiza-se que a população organizada ou não deve estar no ambiente das UBS buscando o que lhe é de direito: apreensão de informações para troca de saberes, para ampliar a responsabilização com sua autonomia e auto cuidado que podem resultar em estímulo para ampliar a participação no controle dos serviços, na destinação dos recursos e nas diretrizes organizativas dos serviços (SOUZA, 1999).

Os profissionais e acadêmicos integrados à comunidade podem contribuir para o (re)pensar com os gestores que os usuários precisam da defesa e conquista dos seus direitos, como os DSR. Esta contribuição demanda melhoria na qualidade dos recursos e serviços, visando estes Direitos, na dimensão dialógica (FREIRE, 2001) estabelecida entre usuários e profissionais inclusive no interior dos grupos.

As dimensões que compõem esta categoria apresentam aspectos para compreender o significado da atuação da Enfermeira em GES/DSR consubstanciam a consecução dos objetivos deste estudo, centrado em GES/UBS/ESF.

Acerca-se então de reflexões que ampliam esta significação, pois credita-se à Enfermeira a pertinência da atuação profissional nestes Grupos, reiterando-se suas atribuições e competências legitimadas. Esta profissional tem potencialidades para esta atuação, que podem contribuir para reorientar práticas e saberes junto com os usuários-sujeitos, visando conquistar melhorias na efetividade das ações grupais. Estas se traduzem como “[...] oportunidade singular de repor a saúde no espaço coletivo, aprofundar aprendizados, fortalecer vínculos [...]” (ASSIS, 2001, p. 37).

No entanto, reitera-se ponderações anteriores em que a hegemonia da

direcionalidade das ações educativas encontra-se na pedagogia tradicional ou em que estas ações verticalizadas têm proeminência, configurando-se como de transmissão de informações, prescritivas, individualistas, autoritárias e disciplinadoras (PEDROSA, 2003). Esta constatação não representa novidade, uma vez que confirma reflexões de Oshiro (VARGAS; SIQUEIRA, 1999, p.72) ao proceder à análise histórica das práticas de ES no Brasil:

[...] as práticas que compõem o conjunto de ações em saúde de caráter educativo, quando analisadas historicamente, revelam a presença do projeto hegemônico da medicina nas práticas de saúde. Constitui-se, portanto, como um conjunto de práticas autoritárias, normalizadoras e disciplinadoras de condutas, ficando o corpo, tomado como 'indivíduo biológico', subordinado às ações médicas [a exemplo das palestras, conhecido recurso técnico utilizado por profissionais de saúde como prática educativa do PSF.

Evidencia-se que parece não existir ainda correspondência entre o que tem sido efetivado nestes Grupos com o que preconizam os objetivos que correspondem o foco deste estudo – atuação da Enfermeira em GES em UBS/ESF na dimensão de ultrapassagem do modelo hegemônico. Reafirma-se que esta profissional precisa se assegurar no domínio do saber-fazer, englobando aspectos: técnico, político, ético da atuação, articulando liberdade, responsabilidade e compromisso com os usuários-sujeitos na dimensão dialógica visando à promoção da saúde.

Visualiza-se que estas reflexões se inscrevem no modelo de promoção da saúde que demanda reformulação administrativa, financeira e tecnológica, e reelaborar as relações entre instituições - UBS/ESF e as de ensino superior, envolvendo profissional-docente, visando mudanças especialmente nestes dois sujeitos das ações educativas bem como em usuários.

Esclarece-se também que com base na perspectiva ecológica, apresentada por Mcleroy *et al.* (1980) corroborada por Valla; Stotz (1993) para o campo da prevenção no âmbito da sexualidade e da reprodução, verifica-se que os indivíduos, em especial as mulheres, são “vítimas culpabilizadas” quando se trata de problemas de saúde. Neste estudo esta parece ser a tônica das ações grupais, pois compreende-se que problemas atinentes aos DSR têm sido percebidos e indicativos de responsabilizações às mulheres para que busquem mudanças individuais objetivando manter a saúde. Claro está que os determinantes sociais influem nos comportamentos individuais e, o que torna viável pensar no modelo ecológico como adequado para organizar GES/DSR onde a atuação da Enfermeira é indispensável.

Neste modelo, a promoção da saúde se traduz na direcionalidade do pensar - fazer saúde, percebendo e respeitando usuários no seu contexto cultural, mantendo sua autonomia. Reconhece-se os usuários como detentores de direitos de cidadania; sujeitos capazes de minimizar adversidades e se tornarem instituintes com autonomia para conquistar um modo de vida saudável (PEDROSA, 2003).

A autonomia é um dos princípios em que se ancora a definição das suas potencialidades, que demandam estratégias vinculadas ao fortalecimento da ação comunitária. Todavia, torna-se frágil quando se analisa estratégias para o desenvolvimento de hábitos, atitudes e estilos de vida favoráveis à saúde, que reiteram o caráter de vigilância de comportamentos, porque

[...] existe risco real de expropriação da saúde, devido a tendência de delegar ao profissional de saúde a definição dos problemas de saúde, a escolha das estratégias a seguir e as decisões a tomar, como se tratasse de decisões de valor puramente técnico. Há também o risco real presente nas medidas preventivas, que em grande parte é ocultado ou minimizado, o que interfere na decisão e escolha das pessoas, pois restringem seu acesso à informação, limitam seu poder de decisão sobre seu próprio corpo e vida. É importante referir que o campo das estratégias preventivas como o de promoção da saúde não são zonas francas em relação ao direito de escolha das pessoas, deveriam superar o caráter paternalista, transfigurando a compreensão de paciente para a de sujeito detentor de direitos e poder de decisão (VERDI, CAPOONI, 2004, p. 87).

Verifica-se que potencialidades de mudanças podem ocorrer tomando-se como espaços o formativo e o do exercício profissional da Enfermeira. Sobre a formação esclarece-se que é importante lembrar que as universidades precisam preparar esta profissional para enfrentar e superar determinações do modelo hegemônico. Este desvincula a saúde da promoção da vida, conforme reflexões anteriores. Esta profissional precisa se sentir qualificada para a ação educativa o que implica trabalhar com mudanças para que o significado de saúde na dimensão de totalidade do ser humano se concretize através de práticas fundadas na pedagogia problematizadora (FEUERWERKER, 2000).

Esclarece-se ser necessário ampliar a interação entre universidades e serviços de saúde, como estratégica para mudanças na formação do profissional. É preciso agir politicamente na questão desta formação, para que possa se inserir nas discussões e definição de diretrizes de gestores municipais, estaduais e federais. Também é preciso expandir incentivos à cooperação entre instituições formadoras e as de serviços de saúde para fortalecer o significado destes como UBS/ESF na formação dos novos profissionais. (FEUERWERKER, 2000).

Mesmo constatando a existência e vigência de Parâmetros Curriculares para a formação dos profissionais da saúde como os da enfermagem (BRASIL, 2001b) é preciso dimensionar a busca de mudanças, pois estes tratam da formação como:

Em relação à formação do egresso, a Resolução CNE/CES n3/ 01 recomenda que atenda necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção, qualidade e humanização do atendimento, para oferecer uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. [...] reforça o perfil de um profissional qualificado para o exercício da profissão com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos e que seja capaz de conhecer os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e neles intervenha, com ênfase a sua região de atuação e identificar dimensões bio-psico-sociais de seus determinantes. [...] destaca que o profissional atue com responsabilidade e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b).

Considerando-se estes Parâmetros, manifesta-se concordância com Feuerwerker; Almeida (2003) ao explicitarem que nestas diretrizes, existe espaço para que instituições universitárias exercitem sua autonomia, formulem e organizem seus PPP. Estes Projetos precisam escolher estratégias e modos de pensar-fazer articulados às demandas políticas nacionais e loco-regionais.

É necessário que estas instituições reordenem a formação dos recursos humanos em saúde visando criar outras possibilidades e definir um modelo de atenção que corresponda aos pressupostos da inversão ao que hegemônico. Este modelo de inversão contempla práticas sanitárias vinculadas ao conceito ampliado de saúde, ancorando-se na promoção da saúde. Neste sentido incluem-se os DSR, inerentes às práticas de GES em UBS/ESF, denotando particularidades como as que se inscrevem na formação e atuação da Enfermeira como agente educador, reconhecendo usuários como sujeitos de direitos de cidadania, como os DSR.

Defende-se que no processo formativo, restrito ou não à graduação é preciso que esta profissional apreenda que a finalidade do trabalho em saúde implica em assumir a responsabilidade com a produção do cuidado individual e/ou coletivo, tendo como fundamentos os saberes científicos e tecnológicos. Esta ponderação apontada por Merhy (2004) implica em conceber que quanto mais diversificadas forem as ferramentas utilizadas no ato do cuidar, maiores as possibilidades de se compreender necessidades de saúde de usuários de serviços públicos e de enfrentá-los. Mas, na realidade o que tem predominado é que nem sempre esse cuidado visa curar e promover a saúde, daí que é fundamental no processo dialógico de aprender a aprender a articulação do estudo ao trabalho.

5.2.3 Contribuições dos Grupos e Sugestões para o Trabalho Grupal

A análise crítico-interpretativa apresentada nos itens anteriores aborda aspectos da atuação da Enfermeira em GES desempenhada em UBS/ESF centrando-se nas implicações das duas perspectivas pedagógicas (conforme explicitações contextuais e teóricas) aplicadas em trabalhos em grupos. Estas perspectivas essenciais para as discussões propostas abarcam estes Grupos voltados para a defesa e a conquista dos DSR reforça-se que a problematizadora ou dialógica constitui o foco de interesse e de opção neste estudo considerando-a uma estratégia para a atuação da Enfermeira nestes Grupos. Reitera-se que ES que compete à Enfermeira amplia a compreensão de que o GES simboliza espaço para a inversão do modelo assistencial em UBS/ESF.

5.2.3.1 Contribuições

As contribuições sobre a atuação da Enfermeira nestes Grupos revelam-se em dimensões integrantes desta análise. Estas contribuições refletem a vigência de GES em UBS/ESF iniciados a partir de tentativas de resolução de necessidades de saúde (reprodutiva e sexual) de mulheres usuárias que demandam recursos e serviços, conforme determinações de programas governamentais. Esses Grupos representam estratégia adequada para a prestação da assistência pela Enfermeira considerando-se a possibilidade de promover interação com usuários, que implica troca de saber e experiências; cooperação recíproca, ancorando-se em conhecimentos que englobam os DSR, na sua totalidade. Neste sentido, o trabalho com grupos se revela devido aos caracteres de valorização da autonomia de decisão dos usuários, colocando-os e colocando-se como detentores de direitos de cidadania, que singulariza o posicionamento defendido neste estudo.

Entre as entrevistadas 10 Enfermeiras evidenciam que a atuação em GES tem contribuído para o crescimento profissional singularizado em mudanças de desempenho que ocorre na vivência grupal, como explicitado em depoimentos:

“[...] crescimento profissional porque a cada grupo a gente tá aprimorando essa capacidade e ação educativa; [...] no primeiro grupo a gente fica meio tímida, meio bolada pra falar [...] depois, à medida que a gente vai fazendo grupos, vai praticando vai tendo mais segurança de fazer grupo” (E 03).

Este crescimento também é percebido pelas entrevistadas como conquista porque gradativamente têm assumido que atuar também em GES requer a aprendizagem de habilidades, comportamentos e atitudes indispensáveis ao trabalho grupal, o que corresponde às falas:

“[...] adquire mais experiência é com a particularidade de cada um; quanto mais a gente faz mais aprende! A gente que é enfermeiro tem que trabalhar muito com a fala, saber fazer sala de espera, palestra, grupo. Quanto mais fazemos, mais aprendemos” (E 05).

“[...] a gente acaba ficando mais solta. Aprende a se soltar mais do que às vezes determinados grupos.[...]como a gente tem variedade grande de faixa etária no grupo de direitos reprodutivos cê acaba se soltando mais!” (E 09).

Outros aspectos refletem que a prática deste profissional em GES tem contribuído fundamentalmente para que usuários tenham acesso a informações sobre corpo, sexualidade, reprodução, métodos de anticoncepção, que subsidiam escolhas mais conscientes sobre sexualidade e reprodução; prevenção da gravidez não desejada; doenças e riscos à saúde e que lhes permitem receber recursos (pílula) e utilizar serviços (laqueadura e vasectomia). Reconhecem que neste espaço interventivo criam vínculos com usuários, esclarecem dúvidas e prestam orientações, o que é explicitado por 15 Enfermeiras, das quais menciona-se:

“[...] sensibilizar quanto ao uso de preservativo [...] não só como método mas pra evitar DST. Cê num consegue com as meninas que não querem saber na hora que cê tá explicando; o interesse é pouco mesmo[...] o que consigo é com pessoas mais velhas [...] mais a partir de 30 anos do que na faixa mais nova” (E10).

Importante porque a mulher tem que [...] prevenir a gravidez; direito de ter o filho quando estiver bem [...] através do grupo fica sabendo; tem essa instrução deste momento” (E14).

“[...] é de vital importância o papel do profissional para educar, divulgar os métodos, porque muitas mulheres não sabem. Tenho obrigação moral de passar esse conhecimento, pois a carência é total. [...] no contato com mulheres vejo que mal conhecem o corpo. Não sabem diferenciar de onde vem urina, onde é a vagina.” (E 16).

“[...] não sei se quem vem fazer grupos tem essa noção, porque muitos vêm só pra pegar pílula; ligar[...] no princípio reforço essa importância [...] porque a pessoa tem que saber o quê que quer e como que vai ser depende; porque muitas vezes opta por uma coisa, depois arrepende. Tem métodos definitivos e a pessoa precisa saber dos riscos pela opção que faz” (E20).

Também identifica-se que entrevistadas informam que para o aprimoramento desta prática através de estudo individual e cursos ofertados, que lhes possibilitam mudanças e ampliar a integração com outros profissionais; esta prática é

contribuidora porque tem sido possível a troca entre os saberes profissional e popular, o que tem significação expressa em depoimentos como:

“[...] os cursos ajudam sempre porque a gente esquece e porque preciso mudar [...] tem cursos de atualização pela Prefeitura. [...] É bom pra gente pra se integrar com outros profissionais!” (E 06).

“Desde a formação sempre trabalhei com educação, porque é a única forma de cê auxiliar realmente a família, dar completa noção de direitos e deveres. Sempre informei: esse direito de reproduzir é da pessoa, com impacto no social pros demais. Sempre tentava passar nas reuniões era isso e o impacto que ia trazer. Querer ser mãe todo mundo quer; poder ser mãe nem todos podem olhando a questão social. Sempre falo da implicação de cada decisão [...] nas primeiras reuniões sempre trouxe o quê que era o querer e as implicações de cada decisão [...]uma característica dos direitos reprodutivos: ‘vou participar da reunião pra ganhar anticoncepcional’” (E11).

Outra dimensão apontada sobre a prática da Enfermeira em GES (05 entrevistadas) acerca-se da importância da ação grupal - determinante para o exercício da função de educadora, que é uma face do perfil profissional - respaldada nesse estudo, que lhe serve de reconhecimento como mencionado em depoimentos:

“O grupo é como faço as ações educativas para um número maior de pessoas. [...] no cotidiano não tem muito jeito de fazer. [...]” (E 01).

“É o enfermeiro assumindo mesmo uma das funções[...]enxergo isso como um reconhecimento da minha função! não sou um número na equipe; tenho aquela demanda das pessoas, que vão pra tirar dúvidas[...]que vão lá pra perguntar o quê que eu penso! Porque acreditam no meu serviço[...]” (E 02).

“[...]o enfermeiro participando ativamente durante as reuniões, coloca em voga, em evidencia a ação educativa, porque ali ele tira dúvidas, pois ele vai explicar como funciona a laqueadura, a vasectomia. E aquilo ali direciona a cliente a tá vitalizando, podendo se identificar qual método, ta auxiliando, ta demonstrando pra ela [...]” (E 13).

“[...] é espaço que o enfermeiro não pode perder [...] é atividade que o enfermeiro domina” (E 12).

A ampliação de enunciações sobre a validação da prática grupal, que difere de outras formas de atendimento como o individual; e que inclui a interrelação com a comunidade, incluindo possibilidades de abordagem, sinalizados em depoimentos:

“É um grupo onde se faz orientação que chega à comunidade como proceder para engravidar ou não e os métodos pra utilizar” (E 03).

“[...] acho interessante a forma de abordar a comunidade e que aborda a gente também; porque muitas vezes na consulta não tem coragem de perguntar; fica com vergonha de perguntar, e no grupo se soltam! Adoro e acho muito interessante” (E 06).

“[...] este grupo é o mais freqüente na nossa prática; consegue trazer um pouco que a gente é educador para essa comunidade” (E 19).

Verifica-se que este conjunto de reflexões expressa necessidades de saúde sexual e reprodutiva das usuárias que precisam de soluções. Estas extrapolam o acesso aos serviços e aos recursos, pois demandam orientações, esclarecimentos, respostas às dúvidas e aos questionamentos de usuários devido a diversos aspectos como: carência de conhecimento sobre o corpo; contracepção; implicações de gravidez indesejada; importância de PF; valorização da responsabilidade com a paternidade e com a maternidade.

Mesmo reconhecendo-se estas necessidades e o compromisso com a busca de soluções, entre as entrevistadas constata-se que reconhecem que precisam de aprimoramento profissional, pois aprofundar e ampliar de conhecimentos teóricos e práticos pode lhes proporcionar superar lacunas da graduação, referenciando-se a temáticas como: ES, Grupos, DSR, pedagogia problematizadora e estruturação de recursos e serviços em AB/ESF. Este aprimoramento é citado por entrevistadas nas sugestões, apresentadas posteriormente, como indispensável, pois é facilitador de mudanças na atuação das mesmas, visando a promoção da saúde.

Também merecem destaque explicitações de 12 entrevistadas que identificam contribuições dos GES para **integrantes da equipe de saúde**. Pode-se inferir como significativos: reciclagem de profissionais, que serve para outras modalidades de atendimento; mudanças após a experiência em GES para solucionar necessidades quanto sexualidade e reprodução, procurando legitimar os DSR; interação e vínculo com usuários; melhoria na organização da demanda; como expressam depoimentos:

“[...] pro ACS e auxiliar é uma reciclagem; também podem passar informações ou quando surge dúvida estando na casa do usuário; ou quando o auxiliar fornece o método mensalmente [...]” (E 02).

“[...] interação da equipe; melhoria no funcionamento da assistência, conhecimento, domínio [...] entrosamento e vínculo com o usuário. [...] melhoria da comunicação e da rotina interna do enfermeiro e do médico [...] consigo organizar um pouco nossa demanda” (E 19).

As 08 entrevistadas que **não apresentaram contribuições** dos GES para outros profissionais não identificam benefícios que pudessem ser elencados, o que pode corresponder ao reduzido conhecimento sobre a determinação ministerial que os inclui como detentores desta função (BRASIL, 2002a). Também pode-se inferir que parece haver vinculação entre esses posicionamentos e a ausência quase total, na maioria dos GES, da participação de outros profissionais, que para as Enfermeiras poderiam, em muito, contribuir para o trabalho grupal. Esta reflexão foi

exposta anteriormente, o que comprova a relevância que entrevistadas atribuem à carência ou ausência de inserção de outros profissionais em GES nas UBS/ESF.

Os depoimentos de 05 informantes sobre **contribuições** destes Grupos **para usuários** participantes das ações educativas explicitam aspectos essenciais, visto que esclarecem sobre a conquista de melhoria do auto cuidado; ampliação da consciência; aprendizagem e crescimento; troca de experiências; aproximação com profissionais; expansão de conhecimentos, conforme identificado em depoimentos:

“[...]É abrir a mente; saber que mesmo as pessoas que você julga que são da roça sempre tem alguma coisa para passar, [...], ampliar a sua mente, para diminuir esse preconceito; essas coisas que tem de achar que profissional precisa manter distância; deixa o profissional mais aberto [...]. Às vezes um retorno indireto de ter uma população mais conscientizada e que usa mais seu direito.” (E 16).

“Crescimento e aprendizado. Porque como não tiveram vivência, em grupo muita coisa muda na conduta profissional. [...] principalmente médico que é formado com distância muito grande do usuário; com esse grupo parece que fica mais íntimo [...] muda de postura e até a forma de perceber a comunidade e o usuário!” (E 12).

“[...] há contribuição porque você forma cidadãos mais conscientes do método que quer e do corpo [...] pro profissional isso já ajuda muito! [...] outros profissionais têm isso de que acaba esclarecendo muita coisa pros usuários; formam uma opinião mais consciente do que querem e fica mais fácil de se cuidar [...]” (E 19).

Além disso, são apontadas outras contribuições para os usuários que se referem: criação de vínculo destes com os profissionais, pois, constatam que usuários precisam de informações e de esclarecimentos, o que pode representar menos consumo de recursos oferecidos (como medicamentos), que estão expressos em 10 depoimentos, dos quais foram selecionados:

“[...] vínculo da equipe de saúde com o usuário [...]” (E 13).

“[...] não precisa tanto de medicamento, precisa mais é de conversa, de informação, mesmo sendo pobres as pessoas são inteligentes, não tiveram oportunidade do conhecimento” (E 18).

O vínculo estabelecido entre Enfermeiras e usuários acarreta benefícios essenciais, referindo-se a aspectos e conotações como: elo; confiança; ser paciente; aproximação; participação da usuária no atendimento fortalecendo-a; e troca de experiências. Estes podem ser indicativos para facilitar a promoção da saúde e permitem atender necessidades da usuária, conforme selecionado de depoimentos:

“[...] a coisa vai funcionando; cê vai levando [...] Além do elo que cria com a pessoa e a confiança [...]” (E 04).

“[...] quebrar romper um pouco esse poder do enfermeiro achar que tem que saber que é o mais importante, que as pessoas não trazem nada da vida delas. Aproximar mais da pessoa que tá ali, mas se o enfermeiro também tiver aberto [...]” (E 08).

“De cada grupo que faço aprendo alguma coisa, nem que seja ser mais paciente com os outros. [...] conforme a participação cê dá uma força e ajuda a pessoa, que sente mais forte [...]” (E 20).

As identificações apresentadas que refletem o vínculo com usuários encontra correspondência com elaborações de Vasconcelos (2001) e Valla (1998) que têm reconhecido que na área da saúde esta é uma necessidade real. Consideram que para tanto o profissional reconhece a dimensão do seu trabalho no que concerne à expressão de se constituir como labor educativo.

Neste sentido, reitera-se que a área da educação vem contribuindo para a luta visando conquistar a mudança de paradigma na saúde. Esta mudança preconiza também humanização das relações, acolhimento dos usuários; envolvimento e responsabilização dos profissionais.

Acresce-se que na visão de 10 entrevistadas, outros benefícios para usuárias englobam o acesso aos métodos contraceptivos. Entende-se que esse acesso não se restringe à resposta da demanda trazida, na maioria das vezes, por usuárias(os) que sabem da disponibilidade de recursos em UBS.

Também associa-se esse acesso, nas informações, esclarecimentos, orientações sobre escolha e usos dos mesmos, incluindo-se a diversidade existente o que não traduz que UBS tenham quantidade suficiente para atender à necessidade posta por usuárias e nem dispõem de vagas que correspondam à demanda por encaminhamentos para procedimentos cirúrgicos (laqueadura; vasectomia). Estes representam ainda a conquista de segurança e de confiança que os usuários passam a ter, principalmente os homens. Além disto, esta modalidade de acesso inclui os métodos naturais e de barreira, que envolvem conhecimentos, informação e treinamento sobre o uso; efeitos e autoconhecimento do corpo. Os excertos de depoimentos reiteram a explicitação destas contribuições:

“[...] conseguem ter uma visão; dos grupos que fiz aproveitaram tudo que passei. [...] a maioria tem aquele intuito de obter [...] acesso ao que quer; ser encaminhado pra vasectomia e nem ouve o restante que cê fala [...] a visão dela é pequena que vem com pré concepção do que quer, ganhar e fica satisfeito” (E 11).

“[...] muitas vezes vêm com idéia preconcebida de pegar o cartão ou anticoncepcional. [...] Depois que participam e ficam conhecendo muitas possibilidades de direitos que têm. [...] muitas vezes mudam o método. [...] o que é facilitado é para pegar uma pílula. [...] às vezes resolvem colocar diafragma, num é tão fácil [...] tem que marcar e ir no Instituto da Mulher e com DIU é a mesma coisa! [...]” (E 12).

“Principalmente a cirurgia [...] controle da natalidade. A participação dos homens para conseguir a vasectomia. [...] quando conseguem ter sucesso [...] funcionou o grupo pra chegar no processo de método cirúrgico com segurança e confiança.” (E 18).

“[...] vão tomar as decisões conscientes dos riscos de cirurgia, facilidade que é o diafragma. A gente mostra as opções!” (E 20).

Estes benefícios que se relacionam com o conhecimento e a discussão dos usuários em GES sobre os diversos métodos contraceptivos proporcionam aos usuários ampliar as reflexões para escolha do que lhe parece mais adequado. Esta escolha passa a ocorrer com mais consciência, e expandem sua responsabilidade com sua sexualidade e sua reprodução que inclui a prevenção de gravidez não desejada, doenças e riscos à saúde, PF, DST.

As reflexões e ponderações sobre **resultados significativos** da atuação da Enfermeira em GES referem-se a posicionamentos de 08 entrevistadas. Incluem aspectos da **relação de gênero** que se traduz como um processo ainda em construção que demanda inserção do homem e da mulher tomando-se em situação de igualdade e que tem vínculos com DSR, visando à cidadania. Para tanto, torna-se necessária a expansão de conhecimentos e de consciência, que é destacada pela participação de usuários nestes Grupos, como evidenciam depoimentos:

“[...] é ampliar um pouquinho a cabecinha deles [...] estão ampliando muito os horizontes [...] não é só a mulher que tem que se precaver; num é só pra evitar a gravidez, DST que podem ser feitas “n” combinações de métodos. [...] [...] a gente vê que não é por causa do cartão e sim da informação [...] Ninguém larga casa, filho, almoço, pra fazer grupo pra poder ir a uma ou às duas reuniões [...]” (E 02).

“O final de todo grupo fazemos avaliação geral. Mesmo aqueles que são obrigados; que chegaram com a cara de quem tá obrigado tem satisfação de ter participado, ter orientações [...] a gente consegue mudar pouco a vivência grupal é interessante. Os homens saem encantados. [...] à medida que vai acontecendo ficam mais á vontade e a participação é mais deles que das mulheres, às vezes a presença deles inibe as mulheres.” (E 04).

Reitera-se a valorização da ES nestes grupos como fundamento das ações educativas, que contribui para dividir conhecimentos, superar medos e mitos, obter orientações; esclarecimentos; ampliar capacidade de entendimento, que tem importância para a conquista dos DSR, conforme excertos selecionados:

“De aprender dividir conhecimento, romper algumas coisas porque nos direitos reprodutivos acaba surgindo assuntos que têm medo de falar de certos assuntos para outras pessoas. Da vida sexual, vida em comum, medos da convivência com o companheiro, o que passam e vivem [...] podem falar, dividir com alguém.” (E 08).

“[...] orientação; às vezes tem dúvidas, fica falho em alguns assuntos. Mas durante os encontros a gente pode tá orientando essas dúvidas, com relação à vida sexual, o método fornecido [...]” (E 13).

“Além do método, tem a educação; adquirem conhecimento. E as que já sabem alguma coisa vão começar a entender.” (E 14).

“[...] escolha consciente dum método reprodutivo [...] a questão da sexualidade a gente tem que trabalhar muito, não só pra questão do anticoncepcional Em várias coisas que vou tá assistindo os usuários, acaba refletindo [...] consciência sexualidade, corpo, métodos traz enriquecimento que não tem explicação [...] ‘busca de conhecimento, troca de experiência, tem que ser busca natural ’ (E 19).

Também esclarece-se que os resultados extrapolam os participantes dos GES, visto que entrevistadas se acercam do reconhecimento do que é assimilado nas ações educativas e que é repassado para familiares e vizinhos. Esta constatação é interessante uma vez que demonstra a disponibilidade e interesse de participantes em contribuir para que outras pessoas possam ampliar a sua visão sobre DSR, como sinalizado neste depoimento:

“[...] informação! Muitas das coisas eles conversam [...] às vezes têm pessoas que têm primos, sobrinhos, parentes, passam informação do grupo pra família. [...] relato deles mesmos! [...] no próximo, a gente fala: Ah fulano de tal me falou [...] Não só pros parentes, mas pros vizinhos; acho isso aí muito legal!” (E 15).

Verifica-se assim que as contribuições elencadas singularizam a relação entre educação e saúde. Em Arroyo (2001) encontra-se a sustentação desta defesa, pois é preciso criar condições múltiplas de interação entre as pessoas e que proporciona a recuperação da “humanidade roubada”. Essa recuperação pressupõe que educadores precisam ser humanos em suas relações, como também os educandos, pois o grande ofício do mestre é revelar-se em sua condição humana. O trabalhador da saúde que quiser ser efetivo em suas orientações precisa reconhecer a essência da atuação como educador, pois as atividades educativas integram o seu trabalho em diferenciados espaços, como nos GES.

5.2.3.2 Sugestões

As argumentações incluídas nos depoimentos das entrevistadas que retratam sugestões apontadas pelas entrevistadas constata-se estar associado à limitação das profissionais para analisarem suas ações criticamente. Era de se esperar, dada as dificuldades apontadas por essas profissionais, que sugestões substantivas fossem lançadas. Todavia, não parecem demonstrar em seus depoimentos vazios de sugestões de maior vulto, entendimento de suas atuações como irretocáveis ou mesmo acabadas, sem acréscimo a fazer o que poderia parecer contradição: contribuem realizando o que está disposto nas propostas do governo, mas não levantam a partir da base, a pedagogia problematizadora como a que resulta na autonomia dos usuários, detentores de direitos de cidadania como os DSR.

Cabe questionar se esse fato, não se justifica apenas por limitações que dificultam as entrevistadas a encontrar caminhos pertinentes e coerentes com a prática emancipadora. Prática esta que corresponda às necessidades percebidas por usuários-sujeitos menos ignorantes e mais educados no sentido libertário da palavra educação, como no entender do Freire, defendido em sua vasta obra.

Com estas explicitações acredita-se que apurar **sugestões** das entrevistadas para a melhoria da sua atuação nos GES/DSR, o que apresenta-se em instâncias: **capacitação profissional; aspectos técnicos e operativos dos GES**. Reitera-se que o conjunto das reflexões serve de subsídios para o entendimento de que existem disponibilidades para mudanças na atuação existente que precisam ser cada vez mais incorporadas à defesa dos DSR na sua totalidade.

Sobre a **capacitação profissional** informa-se que predomina a percepção das entrevistadas de que os cursos oferecidos correspondem a propostas acríticas, que não apresentam conteúdo programático que lhes estimulem a refletir sobre o que vivenciam na ES/GES, e buscar e implantar mudanças e inovações.

Estas e os demais profissionais têm participado de curso até os de pós-graduação (que os tornam especialistas em ESF) mas argumentam que precisariam ter acesso a conhecimentos que lhes ofertasse preparação qualificada para a atuação em GES/DSR. Reclamam uma capacitação que tenha aderência com a realidade que vivenciam em UBS/ESF. Decorre desta constatação, o questionamento: os profissionais se vêm carentes de que tipo de capacitação?

Contraditoriamente, em seus depoimentos, pode ser constatado que a capacitação pressupõe preparo do profissional para a realização de GES que não se restringisse às diretrizes de Manuais do MS, pois mencionam a capacitação e sensibilização do técnico como indispensáveis, favorecendo a diversidade de intenções e de vínculos com perspectivas pedagógicas diferentes. Ressalta-se que a equipe envolvida em ES, em trabalho grupal de DSR demanda formação específica. Esta implica em metodologias participativas, conhecimentos teóricos e práticos como: ES, ESF, UBS, dinâmica grupal, SM, DSR, pedagogia problematizadora.

“[...] você ir adequando, ter os instrumentos na mão [...] podem surgir dúvidas e você pensa: meu Deus será que é isso mesmo que vou falar? aquilo te dá uma base muito boa [...] porque não adianta livro, manual técnico, saber tudo e num saber explicar.” (E 02).

“[...] entra a questão do profissional de tá melhor instrumentalizado para poder trabalhar esses grupos; usar criatividade e outras formas de motivar o grupo! falta de material educativo não é desculpa; tá faltando mesmo algo a mais no profissional.” (E 08).

Identifica-se que esta capacitação precisa ser continuada, envolvendo atualização e aprimoramento constantes que proporcionem aos profissionais ampliar as determinações governamentais inseridas especialmente em Manuais, que se traduzem como *modus operandi*. Compreende-se que a capacitação necessária implica em melhoria dessa modalidade de GES e sendo permanente pode assegurar subsídios teóricos e metodológicos aos profissionais, estudantes de diversos níveis educacionais, vinculados às UBS/ESF. Estas constituem a porta de entrada de usuários com demandas postas que se revelam como necessidades de saúde, que na esfera dos DSR apresentam particularidades para os mencionados Grupos.

Essa modalidade de educação permanente, talvez, sustentaria a oferta sistemática também de espaços coletivos de ES inclusive voltados para a integralidade dos DSR de homens e mulheres (foco da linha de pesquisa na qual se insere esta tese). Estes usuários de UBS/ESF precisam em GES deixar de ser prioritariamente demandantes de métodos contraceptivos indicando-se como proposição vitalizar a dimensão de sujeitos-parceiros na luta pela dignificação da qualidade da saúde e de vida de ambos, que se vincula ao exercício destes Direitos na perspectiva da promoção da saúde.

Assim, os serviços de AB constituiriam verdadeiros atrativos de usuários de UBS/ESF que no cotidiano da prática profissional, independente de sua faixa etária

de processos vitais e inserção social, portam necessidades de serviços de saúde em busca de auto promoção e autonomia do pensar-fazer e agir. Esta busca se inscreve na perspectiva da promoção da vida, inspirados pela necessidade de troca, produção e reprodução de saberes, de fala e escuta proativa entre familiares, vizinhos e profissionais de ESF e da comunidade. Nesta forma, estariam qualificados para atuação também proativa, integrada e harmônica com essas UBS que se responsabilizam por serviços e recursos de AB junto à população adscrita que tem direito à saúde, conforme determinação constitucional (BRASIL, 1988).

Como podem Enfermeiras expressar tão timidamente seus anseios em sugestões para sua atuação nos GES/DSR, se a um só tempo expressam, através de linguagem verbal e não verbal satisfação com o trabalho que gera mudanças contribuidoras para que cidadãos se tornem autônomos e satisfeitos em suas necessidades, como a sexual e a reprodutiva, para uma vida de qualidade, centrada na promoção da saúde, quando tratam de contribuições dos GES para usuários?

Nessa direção são cotejadas sugestões, através de estratos de depoimentos com amplas explicitações, porém, não menos densas de significações, ainda que subliminares. Estas referem-se à capacitação profissional para as ações educativas que defendem DSR, identificadas nos seguintes depoimentos:

“[...] talvez capacitação, principalmente pros médicos[...]o introdutório na época que existia, a gente achava meio chato, pra quem já sabe, mas dá uma visão pra quem ta chegando no PSF, na parte de educação, acho que é válido, principalmente pra técnico [...]”. (E 11).

“Primeira sugestão é a divulgação, sensibilização dos profissionais e comunidade. A questão do material educativo; tem alguma coisa que separa nós dos grupos na saúde” (E 15).

“Que a equipe participe efetivamente; falta capacitar o técnico de enfermagem e sensibilizar sobre importância dele na equipe” (E 18).

Reitera-se que embora a Enfermeira tenha entre as suas atribuições e competências profissionais, a coordenação dos GES, e que não constituem uma exclusividade desta profissional, inclusive em AB, parece que ainda persiste a reduzida capacitação para utilizar pressupostos teórico-técnicos sobre ação grupal. Esta ponderação tem correspondência com o que explicitam Munari; Furegato (2003, p.13) visto que: [...] “trabalhos publicados pela enfermagem brasileira na sua grande maioria não se referem à questão do preparo do enfermeiro para o desenvolvimento dessa tarefa como requisito para a sua realização”. Com esta

identificação esclarecem que falta a referida capacitação, pois o que persiste é o cumprimento de diretrizes de programas governamentais.

Sobre os **aspectos técnicos e operativos dos GES** identifica-se que as sugestões enumeradas por 17 entrevistadas incluem aspectos determinantes como rever a organização destes Grupos; replanejar serviços de AB, em especial os GES que envolvem horário flexível dos profissionais e dos Grupos; apoio institucional; participação dos profissionais da equipe e dos usuários, acesso ao método, incluindo conhecimentos e recursos. Ilumina-se com estratos dos 08 depoimentos indicativos de sugestões que podem oferecer aos responsáveis pela organização dos serviços proposições para reformular a prática educativa em DSR em UBS/ESF.

Através do exercício profissional que se faz mais abrangente, além das fronteiras da prática grupal, a Enfermeira também se investe de atribuições comuns a outros profissionais. Através de reuniões coordenadas pelos supervisores da UBS os profissionais discutem a organização da AB e podem ser espaços de socialização para se revelar como uma das formas de ampliação da participação em GES, incluindo profissionais, residentes e alunos, na área de adscrição de UBS/ESF.

Não é possível nesse contexto de saúde pública, excluir que cabe à SMS também ser depositária das reivindicações citadas nas sugestões apresentadas, referindo-se à esfera pedagógica e organizacional. Nesta esfera têm identificações quanto ao horário flexível dos profissionais para contribuir e ampliar a participação destes e, de usuários, como identificados em 04 depoimentos selecionados:

“[...] haver horário flexível pra que pudéssemos planejar o grupo à noite [...] de tarde você faria outros serviços [...]” (E 03).

“[...] ter mais tempo pra trabalhar grupos; e vejo necessidade de ter um médico [...] pra ouvir o que a gente escuta [...]” (E 04).

“[...] por causa do horário outros profissionais, só vão para um encontro [...] tinha que ter mais envolvimento”. (E 12).

“[...] a demanda é organizar os homens; que querem estar nos grupos, mas não têm disponibilidade de horário [...]; vai depender de negociação da Secretaria de liberar [...] o horário; porque vira hora extra que poderia ser trocada como folga” (E 18).

Em 02 UBS/ESF observou-se que o horário noturno, não é usado para atender aos usuários nas diversas demandas individuais e grupais. Assim, não existem possibilidades de envolvimento dos profissionais, caso sejam pensadas alternativas de reorganização para que GES sejam ofertados à noite.

Os serviços de AB precisam ser adequados ao que se verifica no contexto contemporâneo quanto às mudanças no mundo do trabalho que reflete no modo de vida cotidiana. Com a flexibilização advinda também dos avanços científicos e tecnológicos tem ocorrido mudanças que afetam o funcionamento dos serviços de saúde, que passam a ter também horários flexíveis, que podem ou não corresponder ao que é vivido pelos profissionais e pelos usuários.

Esta ponderação se acerca da referenciação de que estes serviços funcionam segundo as determinações das instâncias municipais como a Secretaria Municipal de Saúde o que não traduz o cumprimento das mesmas em UBS/ESF, tratando-se de configurar os profissionais que integram a equipe de saúde. A ampliação desta constatação se faz, ao mencionar que a diversidade de cumprimento de horário dos profissionais afeta as necessidades de interação entre estes, o que contribui para que não tenham disponibilidades que favoreçam inclusive a efetivação também de GES/UBS/ESF. O que ficou claro nesta análise é que alguns profissionais, em especial a Enfermeira e assistente social, se disponibilizam enquanto que o médico tem como demanda principal o atendimento individual, em consultas agendadas.

Estas elucidações servem para apontar que os GES, tomando-se a programação de atividades dos profissionais da equipe de cada UBS, não se encaixa como exigência aos integrantes desta. Os que efetivamente assumem a estruturação e o funcionamento de GES (Enfermeira e assistente social, contando ou não com estagiários e/ou residentes destas duas áreas) se responsabilizam e chegam até mesmo a interagir sendo que outros como o médico tende a se disponibilizar de acordo com seu interesse e envolvimento.

Acresce-se ainda que aspectos abordados neste estudo que se relacionam com a perspectiva pedagógica problematizadora (reitera-se que esta é a que está sendo defendida), preparação profissional para se trabalhar com GES, compreensão e importância atribuídas às ações grupais como indispensáveis para a continuidade da luta pela inversão do modelo assistencial, que se assegure na promoção à saúde ainda carecem de discussão e de introjeção nos espaços de trabalhos da equipe de saúde em UBS/ESF. Estas reflexões indicam ainda que a defesa dos DSR, que também neste estudo são defendidos na sua totalidade demanda expansão de conhecimentos e de apreensão de estratégias práticas para que GES se tornem espaços efetivos de possibilidades reais e potenciais de efetivação, visando a cidadania dos usuários (homens e mulheres).

Ressalta-se em um depoimento a importância atribuída ao trabalho articulado em equipe em GES/DSR:

“[...] tô vendo que trabalhamos muito bem sozinhos! [...] só sabe funcionar é ‘equipe’ [...] tô tentando fazer um grupo de gestantes que a gente não consegue sentar e definir o quê e quem vai falar e quem que não vai. E quando é cada um: vou fazer hoje o meu, o meu sai perfeita e bem, porque planejo, mas não consigo colocar em ação, em relação à demanda.” (E 17).

Valoriza-se também 01 depoimento em que foi mencionado sugestões operacionais para os GES, como: espaço adequado; apoio institucional; acesso ao método; organização dos grupos por faixa etária; trabalho articulado da equipe; reconhecimento da cobertura dos grupos; inserção de dinâmicas de grupos; desvinculação entre participação do usuário e acesso aos insumos. Destaca-se a importância do espaço adequado, que pode contribuir para facilitar, na maioria das UBS/ESF, melhoria no desempenho dos profissionais no desenvolvimento do GES:

“[...] podia melhorar essa parte da consciência corporal, mas a gente precisaria ter espaço físico melhor, onde usuárias pudessem tá tendo conhecimento melhor do corpo e se tocando. [...] o grupo funciona; é um dos poucos que funciona aqui, porque há uma busca do usuário; que vê importância nem que seja pra conseguir depois o método! A gente tem o material para o trabalho educativo” (E 09).

Reforça-se que ao se referir ao espaço é preciso o entendimento de que este se traduz no ambiente onde ocorre a realização das ações grupais incluindo-se a adequação física. Este precisa oferecer privacidade, ser amplo e ventilado, com acomodações para os participantes, para que possam preferencialmente se colocar em círculo onde o contato visual é privilegiado (LOOMIS, 1979; MUNARI, 1995).

O apoio institucional para desenvolver ações educativas em GES, conforme defendido neste estudo tem concordância com sugestões de 02 entrevistadas:

“[...] que se fizesse um espaço pra isso! Falta vontade política pra fazer, aí não só teria grupo de direitos reprodutivos poderia oferecer todos os outros grupos educativos propostos pelo PSF. A agente sabe fazer, mas não tem espaço físico!” (E 10).

“[...] tinha que ser um objetivo da gestão! [...] falam muito de controle da natalidade, mas não é um objetivo; não é meta! não investem há dificuldade de se fazer laqueadura. [...] encaminho prá ficar na sala de espera! Tem mulheres que há dois anos e meio estão esperando [...] em Juiz de Fora tem pouco empenho. [...]” (E 16).

Esclarece-se também que o acesso ao método como apresentado nas dificuldades dos profissionais aparece entre as sugestões implicando em

necessidade de disponibilizá-lo sem interrupções. O que constitui outra atribuição da gestão pública da saúde na esfera municipal, revelado no depoimento:

“[...] tem o método, mas a gente não tem acessibilidade ao método. O usuário também não tem acessibilidade.” (E 15).

A intenção contida na sugestão de outra Enfermeira refere-se à separação por faixa etária na organização dos grupos, que se fundamenta na necessidade de não se fazer restrição etária, mas adequar a inserção de participantes de acordo com demandas em cada GES, como evidencia este estrato:

“Tentar o local onde fazer o grupo, o que fica difícil quando vou fazer na UBS programar de acordo com o público maior que você tem. É adolescente? ou são pessoas mais velhas? [...] fica mais fácil a linguagem e aceitação deles! Quando não é assim, tem certo preconceito com algumas partes. E inibe até outras pessoas de tá participando [...] é interessante focar mais os grupos.” (E 19).

A referência à estruturação de um grupo, em especial a homogeneidade tem sido preocupação de autores como Castilho (1998); Munari (1995); Zimerman (2000), que enfatizam como caracteres comuns os relacionados com a idade, sexo ou tipo de problemas de saúde. Estas referências têm contribuído para a estruturação de GES, possibilitando efetivar ações educativas, considerando-se que facilitam a seleção, ordenação e execução destas. Nesta dimensão pode-se reiterar que é significativa esta ponderação, posto que em se tratando de usuários que buscam atendimento às demandas que se traduzem como integrantes dos DSR acredita-se que a Enfermeira tem como se ocupar de especificidades, como as relacionadas ao início da prática da sexualidade, que configuram a adolescência.

Cabe realce para a adolescência e encontra-se em Mcleroy *et al.* (1980, p. 10) elaborações que denotam a constatação de influências interpessoais no risco de gravidez na adolescência, sugerindo que:

[...] do ponto de vista da perspectiva ecológica a abordagem interpessoal deve ser feita a fim de mudar a natureza dos relacionamentos sociais existentes. Especificamente devem ser feitos para modificar influências sociais e interpessoais que servem para encorajar, apoiar e manter comportamentos indesejáveis.

Os autores defendem que as mudanças organizacionais para a promoção de saúde são necessárias para apoiar mudanças no comportamento de longo prazo entre os indivíduos (MACLEROY, *et al.*, 1980).

A importância atribuída a grupos de adolescentes, conforme Osório (2003, p.

115), inclui validar que constitui estratégia ideal para se obter resultados efetivos, considerando-se que a busca dos objetivos que se mostram “[...] iguais uma caixa de ressonância ou continente para suas ansiedades existenciais”. E acrescenta-se ao que Souza *et al.* (2004) mencionam sobre as atividades grupais, que em geral, visam o desenvolvimento saudável do adolescente, que demanda orientação sexual, realçando-se como aspectos contemporâneos a prevenção de DSTs e AIDS. Estas ponderações, no entendimento deste estudo, têm validade para outras faixas etárias relacionado-as com etapas do ciclo vital da mulher, pois a estruturação de GES precisa atender necessidades de usuárias grávidas e/ou as que desejam cuidar do PF ou que vivenciam a menopausa, o envelhecimento.

No âmbito da reorganização do serviço, cumpre ressaltar que encontra-se explicitada a necessidade de se reconhecer a cobertura dos GES para o incremento da ação educativa em DSR. Para tanto, inclui o incentivo das mulheres que ainda não participaram ou as que consideram indispensável, que após participação, se mostrem susceptíveis à continuidade desta inserção visando ampliar sua percepção de aspectos desconhecidos ou duvidosos quanto à totalidade destes Direitos:

“[...] é ir tentando através dos ACS mesmo; ir tentando incentivar as mulheres; tenho idéia de fazer arquivo das mulheres, que é saber se já participou de grupo [...] Tem que vê a questão do preventivo, se a mulher veio pra fazer, se fez, há quantos anos[...]cada área ter seu arquivinho com as mulheres que é uma coisa possível[...] Mesmo se for adolescente já começou a vida sexual [...]”. (E 01).

A ampliação dos **recursos e técnicas de dinâmica de grupo** na atividade educativa também integra as sugestões para os GES, conforme o depoimento:

“[...] dinâmicas que a gente não faz e que seria legal fazer!” (E 06).

Esta indicação também exposta em itens anteriores desta análise é de essencial importância, pois o profissional, e em particular o da enfermagem, ao assumir utilizar técnicas e recursos, precisa apreender habilidades, conhecimentos indispensáveis na sua utilização visando favorecer a exploração das inúmeras possibilidades que o trabalho em GES lhe oferece, pois [...] “é amplo o leque de aplicações da dinâmica e vasta a possibilidade de fazer arranjos combinatórios criativos entre recursos técnicos e táticos” (ZIMERMAN, *et al.* 1997 p. 75).

Ampliando-se estas reflexões esclarece-se que utilizar estes recursos e técnicas implica de acordo com Osório (2003) superar a visão de que objetivam

atender necessidades grupais restritas à motivação, apresentação, discussão e reflexão. Inserir-los na dinâmica em GES pressupõe que os integrantes da equipe assumam que o desempenho do coordenador precisa ser discutido e delegado a um dos profissionais, e as possibilidades de troca entre eles. O coordenador precisa ter definição clara de objetivos, conhecer possibilidades e limites do grupo e ter afinidade eletiva como asseveram Munari; Furegato (2003).

Outro indicador sugerido de forma implícita refere-se à desvinculação entre participação do usuário no GES e acesso aos insumos, apontado no estrato:

“O que mais me angustia é saber que pelo menos no início, eles vêm por causa do cartão! [...] não tem como mudar, porque vêm no 1º, gostam, participam e voltam no 2º e no 3º também. Mas a grande dificuldade é que venham no primeiro encontro.” (E 07).

Também esta Enfermeira informa sobre a duração e estruturação do GES em três encontros, sendo exigida a participação integral do usuário, para adquirir o cartão, que constitui critério de elegibilidade para acesso ao insumo escolhido:

“Isso falo no princípio que devem participar dos três encontros. É de ter grupo agendado para comparecerem.” (E 20).

A enumeração destas sugestões contribui para ressaltar aspectos apontados em estudos sobre a atuação da Enfermeira em ações educativas grupais, cuidando de especificar a formação profissional, como Rocha; Munari (2002) que evidenciam que na graduação ainda persiste reduzida formação, sendo necessário que o discente adquira conhecimento teórico-prático sobre coordenação incluído nas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2001b). Além desta constatação verifica-se que:

[...] a tendência das políticas de saúde cada vez mais privilegia o atendimento da clientela mediante a utilização de grupos. O uso desse recurso nas pesquisas e como estratégias no processo de formação dos profissionais sinalizam a necessidade de avançarmos na discussão e desenvolvimento desse conhecimento no âmbito da enfermagem (GODOY, 2004, p.75).

Retoma-se a significação desta função de coordenador de GES, que de acordo com Andaló (2001) se revela na capacitação para estimular e motivar os integrantes a construir seu autocrescimento e autodomínio. O coordenador instiga-os a pensar e buscar respostas para problemas, o que amplia a compreensão inclusive sobre DSR. Esta enunciação, todavia, não corresponde ao que representa o desempenho das entrevistadas. Com esta assertiva reitera-se a dimensão defendida que corresponde à significação teórica de Andaló (2001) associada à

perspectiva problematizadora - opção pedagógica deste estudo. É relevante retomar que Enfermeiras entrevistadas têm assumido atuar em GES, cujos integrantes, em especial mulheres buscam atendimentos, como já indicado: acesso a informações, insumos, orientações e encaminhamentos que prevalecem na dimensão de resolutividade de problemas individuais postos nas ações de GES.

A referência sobre o predomínio de mulheres reflete a tendência da política de saúde pública que se dedica à SM, como uma área que, a partir de 1980, vem ocupando espaços através de diretrizes programáticas, que incluem manuais de procedimentos e com ações em GES essenciais para prestar serviços saúde como na AB. Exemplifica-se que no PAISM em atividades de GES/UBS/ESF, predomina mulheres em período fértil, em especial na gestação e aleitamento, relatadas em estudos diversos como os de Zagonel *et al.* (2003) e Spíndola (2002).

A inserção de homens além de ser iniciativa recente representa possibilidade de desenvolvimento das relações de gênero, que constitui fundamento para a defesa e exercício de DSR. Esta constatação tem respaldo em Godoy (2004, p. 46) “[...] na literatura da qual dispomos, existem poucas referências sobre o trabalho com grupos que atendam as especificidades dos clientes atendidos pelos enfermeiros nos diversos níveis de agravos à saúde”. Acresce-se outra contribuição “[...] na maioria é difícil para quem trabalha com grupos na assistência encontrar respostas para solucionar dificuldades encontradas para cada grupo” (OSÓRIO, 2003, p.59).

Além desta ponderação insere-se com significativas elaborações de Godoy (2004, p. 55) que podem parecer contraditórias, pois reconhece avanços de produção teórica que trata de grupos na enfermagem, em especial nos anos de 1990, “[...] caracterizando todas as situações em que o grupo tem sido utilizado pela enfermagem e comprovando o uso de tecnologias grupais como ferramenta de trabalho em inúmeras áreas”. Além destas contribuições apresenta-se que Osório (2003, p. 59) traduz a importância da inserção de seres humanos em grupos:

[...]quando nos encontramos em um grupo para a realização de determinada tarefa, ocorre uma série de fenômenos relacionais, desencadeados pelas motivações inconscientes dos atos humanos que merecem nossa atenção para que possamos melhor entender o funcionamento grupal e nos capacitar ao trabalho em e com grupos.

No entanto, é preciso referenciar que o profissional que assume coordenar GES nem sempre apreendeu conhecimento teórico-prático para o desenvolvimento de ações inerentes ao cotidiano. Reitera-se que a capacitação continuada e

permanente pode contribuir para que o profissional apreenda que o grupo constitui espaço privilegiado para a equipe de saúde, em especial a Enfermeira e para os usuários, em particular os de UBS/ESF, que representa requisito demandado como indispensável. (MEIRY, 2003; MUNARI; MERJANE; CRUZ, 2003).

A referência posta em demandas que integram diretrizes programáticas de instâncias governativas, como as da saúde, conduzem à reflexão de que torna-se necessário repensar a importância atribuída a estas diretrizes. Reconhece avanços têm sido conquistados e reconhece-se ser preciso repensá-las como substantivas para contribuir na promoção da saúde de usuários, incluindo-se as UBS/ESF, GSR como está sendo defendido neste estudo.

É nesta direção que em Zimmerman; Osório (1997) existem ponderações que correspondem aos objetivos deste estudo, pois reconhecem que existe amplitude de espaços em que a dinâmica grupal tem sido utilizada enfocando arranjos no trabalho da Enfermeira. Reforça-se que mesmo com o uso desse recurso, ainda existem dificuldades para a sua operacionalização, incluindo-se que o desempenho da Enfermeira tem se guiado principalmente por orientações técnicas governamentais condensadas em Manuais de Orientação.

CAPÍTULO 06 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação da enfermeira na ES/GDSR nas 13 UBS/ESF pesquisadas foi configurada nos aspectos delineados como essenciais que abarcaram as três categorias analíticas que expressam as intencionalidades apontadas nos objetivos e nas questões norteadoras. Retomando então, estas categorias reitera-se que as Enfermeiras têm no seu espaço de trabalho como uma de suas atividades, estes Grupos, cuja direcionalidade assenta-se na defesa destes Direitos.

Ao apresentar esta constatação é necessário esclarecer que a correspondência com as bases contextuais e teóricas não se efetiva na sua integralidade e totalidade, conforme foi analisado e interpretado no capítulo cinco desta tese. Retomando-se o que singularizou os propósitos investigativos reafirma-se a dimensão defendida: a Educação em Saúde sob o parâmetro da promoção da saúde, assegurando-se na perspectiva pedagógica problematizadora ou dialógica. Sobre os DSR o posicionamento assumido refere-se à concepção de que estes englobam uma diferenciada gama de aspectos interrelacionando sexualidade e reprodução que correspondem ao que tem sido preconizado também como exercício da cidadania, considerando-se as conquistas do movimento feminino, dos eventos internacionais e nacionais, dos avanços científicos e tecnológicos.

Os aspectos essenciais desta análise evidenciaram que existiam GES/DSR nas 13 UBS/ESF/JF pesquisadas. Estes aspectos que singularizaram esta atuação se interrelacionavam com experiências vivenciadas por estas profissionais em GES, considerando-se a caracterização apresentada sobre as mesmas, que expressam vivências em grupos de natureza diversa, associando-se à capacitação que adquiriram para trabalhos grupais, desde a graduação.

Reconhecendo-se a atuação das enfermeiras como um dos seus espaços ocupacionais GES/DSR em UBS/ESF, evidencia-se que configuraram esta atuação com indicadores de semelhança com os defendidos neste estudo; e os indicadores de diferenciação. A defesa recaiu em direcionar esta atuação para proporcionar a troca de saber entre profissionais e usuários visando alcançar de maneira conjunta a efetividade do pensar-fazer tendo como suporte pedagógico a dimensão dialógica ou problematizadora. Com esta concepção assegurou-se que profissional e usuário se assumissem e se disponibilizassem vivenciar relacionamento de reciprocidade e

intercâmbio de saberes. Pode-se evidenciar que uma minoria de enfermeiras manifestou posicionamentos semelhantes a esta defesa, percebendo como necessária a construção de conhecimento decorrente da articulação entre a dimensão de que a Enfermeira como portadora de saber demanda apreender o dos usuários, considerando-se como orientadora e agente de mudanças, valorizando-se o compartilhamento de novos saberes; inserção de outros profissionais; a discussão sobre aspectos sócio-culturais da comunidade onde vivem usuários de UBS/ESF.

Ressalta-se que a maioria das entrevistadas apontou indicadores diferenciados desta defesa, revelando-se nas concepções de ações educativas como: transmissão de conhecimentos; e instrumentos operativos para o trabalho grupal. Estas duas concepções precisam ser superadas, pois além de se sustentarem na dimensão pedagógica tradicional ou verticalizada; normatização de comportamentos, atitudes; supremacia do saber científico e técnico; valorização do referencial biologicista do processo saúde-doença, em que a focalização recai na doença e na intervenção curativa, cabendo ao usuário a assimilação e introjeção do que lhe prescrito e não o seu reconhecimento como sujeito, portador de direitos também dos DSR. Também identifica-se que como instrumento operativo, estas ações na AB se restringem à busca de serviços e recursos em UBS/ESF como soluções previamente determinadas.

Assevera-se que as Enfermeiras defenderam concepções de DSR diferentes da que foi delineada neste estudo, expressando-se na parcialização e fragmentação entre aspectos relacionados ao corpo, sexualidade e reprodução; planejamento familiar e métodos contraceptivos. Constatou-se a explicitação de responsabilização e de escolha individual sobre o exercício da sexualidade e da reprodução, não demandando conhecimento prévio, assimilação de comprometimento com o PF; uso de contraceptivos, desempenho do papel feminino e do masculino. Percebeu-se a valorização dos direitos dos usuários, sem questionamento sobre a condição de exercê-los e de lutar por recursos e serviços indispensáveis à vivência da sexualidade e da reprodução humana, sem vinculação com questões populacionais, demográficas; implicações das relações de gênero; e defesa da visão de saúde articulada à sexualidade e reprodução na qual se destacam os DSR.

Retoma-se então, a defesa da visão de totalidade destes Direitos que precisam ser conquistados e exercidos para garantir à mulher e ao homem – os usuários - o (des)empenho de papéis conforme a natureza diferenciada do ser

feminino e do ser masculino. As alusões a estes usuários se sustentam na configuração de que têm carências e precariedades também sobre sexualidade e reprodução, pois se restringem a um acesso a informações, vivências, experiências, que não lhes garantem tornarem-se sujeitos de DSR. Mesmo refletindo sobre referências acerca da totalidade dos DSR, defendida neste estudo, ressalta-se a percepção fragmentada de entrevistadas que restringem estes Direitos à contracepção e esta como direito da mulher, responsabilizando-a pela escolha de métodos, focada em conhecimentos específicos sobre planejar a família, vinculando-se à contracepção, reprodução, relação conjugal, aspectos que se correlacionam como significantes da totalidade de DSR. Ressalta-se que nem sempre os usuários dispõem de acesso aos recursos e que na interface entre o exercício da cidadania e DSR, principalmente para as mulheres, existe a necessidade de defendê-los no plano da cidadania, em que pesem os esforços governamentais e do Estado.

Verificou-se que nos depoimentos das entrevistadas as percepções sobre DSR expressam a necessidade de se pensar saúde relacionada à conquista destes Direitos, o que na prática encontra dificuldade de se alcançar. Reitera-se que neste estudo a defesa recai na ES como processo em que as etapas congreguem ações educativas, pressupondo-se a visão participante e dialógica, de alianças de saberes (popular e científico) em que usuários como sujeitos se reconheçam como detentores do seu saber-fazer e agir. Esta é que pode capacitar usuários de UBS/ESF para exercerem controle sobre sua saúde e o meio ambiente visando melhorias da qualidade de vida e não mudanças comportamentais conforme prescrito em Manuais Técnicos do MS.

Nesta direção, aponta-se aspectos significativos sobre segunda categoria analítica: atuação da Enfermeira em GES/DSR, incluindo facilidades e dificuldades, que neste estudo, contribuiu para elucidar implicações sobre sua posição como integrante da equipe de ESF, que por trabalhar com população adscrita, precisa estar consciente sobre seu desempenho profissional. Este pressupõe priorizar ações de promoção da saúde de usuários e familiares, sedimentada na conscientização de problemas e possíveis estratégias de superação, o que não foi identificado.

Ressalta-se como aspectos caracterizadores dos GES/DSR onde se efetiva a atuação da Enfermeira, que esta profissional é a integrante da equipe que mais assume as ações educativas. Esta constatação, no entanto, não corresponde ao pensar que é a única responsável pelo trabalho na AB, pois outros profissionais

também estão incumbidos desta atribuição, mesmo sendo revelada a reduzida participação do médico e a articulação que predomina na atuação com a assistente social como parceira indispensável nos GES/DSR.

A valorização da Enfermeira como coordenadora destes grupos foi destacada considerando-se que é o principal agente do trabalho grupal, visto que tem consciência das suas atribuições que demandam competência e qualificação, incluindo-se as relacionadas às ações essenciais de coordenação e funcionamento destes Grupos. O desempenho desta profissional se acerca da necessidade de intervir, contando ou não com a colaboração de todos ou de alguns integrantes da equipe de saúdes, percebendo-se como importante também a inserção de estagiários e de residentes de diversas áreas.

Esta profissional foi identificada como imprescindível para a realização de ações grupais, desde a organização e estruturação dos GES, que estavam funcionando de maneira diferenciada (quanto ao tamanho, periodicidade de encontros, conteúdos e atividades planejadas), sendo destacada sua disponibilidade e compromisso com a efetivação da ES. Mesmo enfrentando dificuldades, limitações carências ou ausências de recursos procuravam alternativas para sua atuação, reconhecendo-se falhas de capacitação e de qualificação.

Reiterando as concepções predominantes de ações educativas e de DSR, a mencionada profissional nos GES/DSR se dispunha defender estes Direitos nas UBS/ESF, mas através de ações fragmentadas. Estas predominantemente de cunho operativo limitavam suas possibilidades de avanços, devido aos procedimentos que envolviam a liberação e a elegibilidade de usuários para que pudessem ter acesso a recursos (métodos contraceptivos, vasectomia, ligadura). Reforça-se então, que ações educativas ainda não estavam direcionadas para a promoção da saúde, focalizando aspectos destes Direitos predominando o controle da reprodução, o que os restringia à informação sobre métodos mais difundidos e à sua distribuição.

Verificou-se assim a predominância de limites nas ações educativas que decorreu principalmente de diversos fatores como: sobrecarga de trabalho, por falta de equipe mínima e interdisciplinar; carência de diálogo entre os profissionais e com os usuários; dificuldade dos profissionais aceitar críticas partindo dos usuários; falta de motivação para o trabalho e equipe acomodada.

Considerando-se a intensa demanda de trabalhos em UBS/ESF, a Enfermeira se sentia limitada à intervenção grupal, tendo que redimensionar prioridades de

atendimento para que os GES não sofressem descontinuidade. Associar então, possibilidades de atuação grupal com limites postos pelo cotidiano do trabalho constituía um dos desafios marcantes, que interferia na sua intencionalidade de manter em funcionamento as ações grupais.

As facilidades desta atuação elucidadas em decorrência dos encontros com usuários nestes Grupos se efetivavam também devido a conhecimentos que dispunham decorrentes de outras atividades (como consulta de enfermagem, atendimentos individuais), que contribuíam para o relacionamento interpessoal e dimensionar necessidades reais. Reitera-se que a predominância de mulheres nos GES/DSR foi revelador de que demandas estavam sendo atendidas principalmente nos aspectos reprodutivos; na responsabilidade com o exercício da sexualidade, tomando-se como fundamental a liberdade de usar seu corpo.

Com esta explicitação ficou evidenciado que atuar em GES/DSR não se revelava para a Enfermeira, somente na necessidade dos grupos, pois esta mesmo identificada não se efetivava devido a dificuldades que se interpunham no cotidiano do seu desempenho. O fazer o possível foi a estratégia adotada, reconhecendo-se possibilidades de mudanças, visto que perceberam limites à autonomia dos usuários, sobre a importância de serem trabalhados nos grupos todos os aspectos concernentes aos DSR e sobre a necessidade de se criar condições favoráveis ao desenvolvimento do protagonismo das mulheres nos seus direitos de cidadania.

A atuação da Enfermeira se revelou insuficiente tomando-se as referências contextuais e teóricas deste estudo, mesmo reconhecendo-se que a oferta de ES/DSR nas UBS/ESF estava se efetivando sob variadas e diversas modalidades. Considera-se que esta variação poderia não constituir fonte de questionamentos desde que estivesse ancorada em princípios e estratégias de operacionalização dos GES que correspondessem ao que foi preconizado neste estudo como necessário para a efetivação da ES sob a ótica da dimensão dialógica, tendo como fundamento a promoção da saúde.

Acresce-se que limitações e carências de espaço físico; de recursos didáticos e pedagógicos para as ações em ES; descompasso de comprometimento entre profissionais da equipe de saúde; fragilidade de conhecimentos de usuários e dos profissionais sobre grupos, DSR, avanços científicos e tecnológicos que abarcam também a sexualidade e a reprodução humana configuraram-se como aspectos relevantes que interferiram na atuação também da Enfermeira. Esta profissional,

mesmo percebendo facilidades e dificuldades para a realização do trabalho em GES nas UBS/ESF ainda carecia de capacitação sobre temáticas correlatas como ES; relações de gênero; DS na dimensão de totalidade; determinações governamentais sobre ESF, SM; pedagogia problematizadora, dinâmica de grupos;

As contribuições e sugestões relevantes que foram destacadas pela Enfermeira sobre o trabalho grupal, que configuraram a terceira categoria analítica deste estudo se mostraram contributivas para o (re)pensar estratégias profissionais. Entre as contribuições identificou-se conquistas com a atuação da Enfermeira nos GES/DSR relacionadas com a defesa de direitos de cidadania, pois os usuários estavam tendo acesso a recursos e a serviços de AB, proporcionadores de soluções para problemas relacionados à sexualidade e à reprodução. Este acesso implicava em obtenção de conhecimentos que ampliariam a responsabilização dos usuários com a sexualidade e a reprodução, tomado como aspectos centrais dos DSR.

A utilização de procedimentos educativos para a efetivação do trabalho grupal mesmo com as variações encontradas favoreceu a Enfermeira a assumir sua atribuição como agente educador. Nesta direção, teve condições de se mostrar comprometida com os usuários, buscando nas ações educativas evidenciar conforme possibilidades institucionais, que recursos e serviços em ESF também visam minimizar consequências e implicações de problemas advindos da prática da sexualidade e da reprodução.

As atividades grupais percebidas como essência da ES foram também contributivas para emanar a defesa dos DSR, vistos na singularização que os configura no contexto contemporâneo, repleto de avanços e conquistas científicas e tecnológicas. Neste contexto, pode-se dimensionar a atuação da Enfermeira, que integrante da equipe de saúde em ESF, que mesmo tendo limites, apontou para a significação da sua inserção imprescindível em tempos de mudanças de padrões de conjugalidade considerando-se as relações de gênero.

A riqueza e a potencialidade de mudanças que poderão ser buscadas para a atuação da Enfermeira, tendo-se como parâmetro a pedagogia problematizadora, visando efetivar a dimensão da promoção da saúde, tomando-se os DSR na sua totalidade, se mostram essenciais referenciando-se às sugestões apresentadas pelas entrevistadas, que se relacionaram a diversos aspectos como: ampliar o reconhecimento dos GES/DSR em UBS/ESF através de discussões com os dirigentes municipais da política de saúde, visando reformular diretrizes orientadoras

da ES; expandir as ofertas de capacitação continuada nos níveis técnico, político e pedagógico dos profissionais integrantes da equipe de saúde, para que possam sedimentar conhecimentos que lhes possibilitarão ir além do processo formativo; buscar a atuação conjunta destes profissionais nos GES, considerando-se particularidades de atribuições e de competências que se traduzem em responsabilizações éticas com os usuários; ampliar a disponibilização e alocação de recursos pedagógicos e os vinculados ao exercício da sexualidade e da reprodução humana para que os usuários possam satisfazer necessidades e se comprometerem com o uso do seus corpos; mobilizar recursos físicos das comunidades onde estão alocadas UBS/ESF para que os grupos funcionem em condições adequadas e necessárias; estabelecer padrões mínimos de estruturação e de funcionamentos dos GES em UBS/ESF que sirvam como orientadores para a atuação dos profissionais da equipe de saúde e que proporcionem a troca de experiências; definir estratégias de mobilização e de sensibilização dos homens, como usuários de UBS/ESF, que necessitam se integrar aos GES/DSR, considerando-se as particularidades dos seus direitos e seus compromissos com o PF e as relações de gênero.

As sugestões também se vincularam a inserção de setores universitários em UBS/ESF, visto que através de estagiários e de residentes se fez presente a participação também de docentes como preceptores e supervisores. Neste sentido, as indicações se relacionaram à busca por melhoria das relações destes setores com os profissionais da equipe de saúde, pois percebeu-se que podem ser redimensionados os compromissos com a formação de recursos humanos, que incluem a troca de conhecimentos e de experiências; a ampliação de pesquisas e produção de material didático e documental sobre GES/DSR, bem como publicações científicas; e a implantação de experiências piloto utilizando-se dos grupos focais.

Este conjunto de sugestões sedimenta e possibilita reiterar também que faz-se necessário, reforçar que o exercício do direito à escolha livre e informada no âmbito da sexualidade e dos direitos reprodutivos, requer não só a oferta de insumos que contemplem a diversidade de métodos e em quantidade adequada, mas também as metodologias adequadas e propiciadoras do direito aos métodos existentes para controle da reprodução de forma natural e que depende do auto-conhecimento corporal/psíquico/existencial/cultural. E embora com exceções, ainda não se verificam propostas metodológicas, coerentes com o desenvolvimento do protagonismo das mulheres para a efetivação do direito à liberdade sexual e

individual, livre de violência e submissão às forças e domínio masculino/institucional resultando em alto índice de violência, morbidades e mortalidade que a angustia.

Espera-se que as Enfermeiras pautadas pelas reflexões contidas neste estudo possam reconhecer a postura necessária para que também defendam seus direitos profissionais para exercerem suas funções, como protagonistas, rumo à construção de um sistema de saúde mais humano e compatível com necessárias transformações na qualidade da saúde e vida, especialmente das mulheres.

Também considera-se relevante que as Enfermeiras precisam se posicionar junto da população usuária de UBS/ESF, estando atentas a todas as faixas etárias, incluindo os homens, mas principalmente com foco nas mulheres por serem essas as mais vulneráveis. Há que se considerar e repensar os aspectos que evidenciam a culpabilização das mulheres quando se trata de questões relativas à sexualidade e reprodução. E assim, introduzir a perspectiva ecológica para reorganização dos GES voltados aos DSR potencializando a atuação dos profissionais, em especial das enfermeiras que representam elementos chave no cuidado à saúde grupal.

Ressalta-se que as estratégias baseadas num modelo ecológico tendem a minimizar a probabilidade de culpa das vítimas e para evitar medidas coercitivas e/ou paternalistas propõe o envolvimento da população na definição do problema, seleção de metas para mudanças, intervenções apropriadas, implementação e avaliação destas estratégias.

Assim, as Enfermeiras precisam pensar nas várias influências que sofrem usuários de UBS/ESF para planejarem sua atuação considerando o leque de variáveis que permeiam a vida dos mesmos, que simbolizam o foco da sua atenção. Nesta perspectiva podem se disponibilizar a organizar serviços de ES que atendam aos anseios dos usuários, em especial a feminina nas diversas fases da vida. Revela-se como possível pensar em trabalho educativo que valorize o saber popular e que a ele se alie em busca da continuidade da construção processo dinâmico que não se esgota na fase reprodutiva. Ao contrário se dá por toda a existência humana.

Acresce-se que instituições formadoras têm papel de fundamental importância pois, podem contribuir através da articulação do ensino da pesquisa e da extensão para incrementar as ações, estimular e motivar os profissionais através de treinamentos cursos e formação específicas. Estas alusões se acercam da relação com o processo formativo em que ocorre a preparação gradativa de acadêmicos para assumirem a responsabilidade com GES.

Informa-se então, que sobre este processo formativo o destaque recai na graduação e na Residência em que é possível introduzir mudanças de conteúdo programático e de espaços interventivos visando avanços e conquistas de lutas empreendidas por representações da categoria, nos meios universitários e no profissional, evidenciado no quadro referencial deste estudo.

Destaca-se que a Residência que tem significação ímpar porque também como profissionais de enfermagem têm possibilidade de ampliação, qualificação e capacitação de conhecimentos teóricos e práticos que além do contributo individual, tem significação para a renovação e ampliação destes saberes em UBS/ESF, onde as residentes passam a integrar a equipe de recursos humanos na AB.

Reitera-se que ainda existem carências e deficiências sobre a capacitação para ES, o que permite expressar que é necessária a continuidade da luta da categoria para que conquistas legitimadas possam ser efetivamente implementadas. A reflexão e o debate crítico, entre integrantes da enfermagem e outros profissionais da equipe de saúde e os do meio universitário são essenciais para que aconteça a reformulação das ações em ES. Esta ponderação, neste estudo tem significado porque reafirma-se como substantivo que GES precisam estar centrados em DSR como totalidade o que demanda a (des) e (re) construção conceitual e diretrizes da pedagogia problematizadora, como apreensão e incorporação de novos saberes no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABDUCH, C., Grupos operativos com adolescentes. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, v.1, p. 289-300, 1999.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na Atenção Básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p. 259-74, mar/ago 2009.
- ALMEIDA, M. I. **Programa Saúde da Família: significados e imagens**. Fortaleza: UFCe, 2001.
- ALVES, J. E. D. **Direito Reprodutivo: filho caçula dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.
- 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, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.
- AMANTÉA, M. L. **Transitando entre o velho e novo: um estudo da influência do sistema de valores e crenças do docente na implementação de um novo currículo na Escola de Enfermagem da UFMG**. (Dissertação). Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- ANDALÓ, C. S. O papel de coordenador de grupos. **Psicología USP**, São Paulo, v.12, n. 1, p. 135-52, 2001.
- ANDREW, C. *et al.* Femmes, État, Sociétés. **Recherches Féministes**, Canadá: Quebec, v. 12, no. 1, 1999.
- ARTICULAÇÃO NACIONAL DE MOVIMENTOS E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. ANEPS. **Relatório da oficina nacional**. Brasília, 2002 e 2006.
- ARROYO, M. **Ofício de Mestre: imagens e auto-imagens**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- ASSIS, M. Nova Sensibilidade nas Práticas de Saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (org). **A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.37.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres reconcebendo a cidadania. **Mandrágora**. São Paulo, ano 4, n. 4, p. 11-16, 1997.
- _____. O movimento de saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- _____. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.465-469, 2003.
- BANDURA, Albert. **Social learning theory**. New Jersey: Prentice-Hall, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V.. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.
- BLEGER, J. **Temas de Psicologia: grupos**. São Paulo: Martins, Fontes, 1993.

BOFF, L. *et al.*. A mística do animador popular. **Cadernos de Religião e Cidadania**. São Paulo: Ática, 1996.

BRANDÃO, C. R. **Em campo aberto**: escritos sobre a educação e a cultura popular. São Paulo: Cortez, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Materno Infantil – PNSMI**. Brasília, 1974 – 1979.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Médica. Coordenação Materno - Infantil. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM**. Brasília, 1984

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 10 - 13.10. 1986. **Relatório Final**. Brasília, 1986a.

_____. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Brasília: DOU, 1986a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Assistência ao Planejamento Familiar**. Brasília, 1987b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Manual do coordenador de grupos de Planejamento Familiar**. PAISM. Brasília, 1987c.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. Brasília, 1989.

_____. **LEI 8080/90**. Brasília: Diário Oficial da União. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU, Brasília. Seção 1. 20.09. 1990.

_____. **Lei do Planejamento Familiar**. Lei nº 9.263. 12.01.1996. Brasília/DF: DOU, 15.01.1996a.

_____. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. DOU, Brasília, 10.10. 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n.4, CNE/ CES/ 07.11.2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação na área da saúde. DOU. Brasília, 09.11. 2001b; Seção 1, p. 38. Disponível em: www.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04. Acesso em: 25.10. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência Saúde- NOAS/SUS 01/01-29.01.2001**. Brasília, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria MS/GM n 95 - 26.01.2001**. Brasília, 2001d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher Assistência. **Planejamento Familiar: Manual Técnico**. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher **Planejamento Familiar: Manual para Gestor**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**, Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 2004b.

_____. Secretaria de Políticas Públicas da Mulher **I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres – CNPM**, Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Pesquisa realizada pela Agência Criterium – Assessoria em Pesquisas**. Brasília, 2005b.

_____. Secretaria de Políticas Públicas da Mulher. **I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CONAPIR**, Brasília, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Pacto de indicadores da Atenção Básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social - MDS. **Programa de Fortalecimento Institucional para Igualdade de Gênero e Raça, Erradicação da Pobreza e Geração de Emprego – GRPE**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Temática Saúde da Mulher**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Cesárea: uma opção?** Martha Oliveira Gerente da Agência Nacional de Saúde – ANS, 2008.

_____. **Informações sobre Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: <http://www.ms.gov>. Acesso em: 12.12. 2009.

_____. Ministério do Planejamento. **PNUDS**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2010.

BROMBERGER, S. M. A estratégia de saúde da família numa perspectiva ambiental para a promoção da saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 15-24, jul./dez. 2003.

BUSS, M. P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 01, n. 05, p. 22-30, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em Saúde da Família: uma estratégia para o apoio à extensão da Atenção Básica nas grandes cidades. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 8, p. 38-46. out./dez. 2005.

CANDEIAS, N. M. F.. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31 n. 2., 1989.

CARVALHO, Vilma de. **Sobre Enfermagem**: ensino e perfil profissional. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

CASTILHO, A. **Dinâmica do trabalho de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

CIA. Central Intelligence Agency (CIA). **The World Factbook**. 2008. Disponível em: www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook. Acesso em: 21.09. 2008

CHAUI, M. O que é ser educador hoje? Da arte à ciência: a morte do educador. In BRANDÃO, C. R. **O educador**: vida e morte: escritos sobre uma espécie de perigo. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. Educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**, 2003. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem. Acesso em: 17.10.2010.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 45, p.19-22, 1995..

CIANCIARRULLO, T. I. (org.). **Instrumento Básico para o Cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

COELHO, E. B. S. **A enfermagem e o planejamento familiar**: as interfaces da contracepção. Florianópolis: UFSC, 2000.

COELHO, M. R. S. **Atenção Básica à Saúde da Mulher**: subsídios para a elaboração do Manual do Gestor Municipal. Salvador: UFBA, 2003.

COLLET, N.; ROSSO, C. F. W. Os enfermeiros e a prática de Educação em Saúde em municípios do interior paranaense. Curitiba: UFP, 1999.

CONFERÊNCIA DE DIREITOS HUMANOS – **CDH**, Viena, 1993.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – **APS ALMA ATA**, 1978.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POPULACIÓN Y EL DESARROLLO III.. El Cairo. **Informe de la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo**. El Cairo: Naciones Unidas, 1994.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE AS MULHERES: AÇÃO PARA IGUALDADE, DESENVOLVIMENTO E PAZ. **IV Conferência Mundial sobre as Mulheres**. IV CIM, Beijing, 1995.

COOK, Rebeca *et al.* **Saúde reprodutiva e direitos humanos**: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORRÊA, R; SEM, V.. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; HAWKER, Sarah (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003.

COSTA, V. V. A. **Participação e interdisciplinaridade**: movimentos de ruptura/construção. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

COSTA, A. M. **Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP, 2002.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Pesquisa Qualitativa**. São Paulo: EDUSP, 2006.

DIAS, R. B.; CASTRO, F. M. **Grupos Operativos**: grupo de estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R.. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DOBASCHI, S. F.; SILVA, B. F. Um Novo Pacto no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 9-17, jun. 2006.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O Sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.2, p.52-69, mai/ago. 1992.

FAUSTINO, R. L. H. **Desafios e possibilidades da mudança curricular na Escola de Enfermagem da UFMG**: a percepção discente. (Dissertação), Belo Horizonte: UFMG, 1999.

FEUEWERKER, L. C. M.; ALMEIDA, Márcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo. N 32, p. 23-35, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22., p.18-24, dez. 2000.

FORTES, A. F. A. **Há falhas por parte de todos atores**: visão do enfermeiro assistencial sobre o estágio curricular supervisionado. (Dissertação). Belo Horizonte: UFMG, 2001.

FONTENELLA, B. J. B., RICAS, J.,TURATO, E .R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no PSF: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: o PAISM. In: GALVÃO, L. DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio Janeiro: Paz e terra, 1997.

_____. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

GIFFIN, K. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: considerações de uma perspectiva de gênero transversal. In: SEMINÁRIO SAÚDE E DESIGUALDADES: INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS NO SÉCULO XXI. São Paulo. **Anais**, São Paulo: ENSP/OPAS, 2001.

GODOY, M. T. H. Análise da produção científica sobre o uso de atividades grupais no trabalho da enfermeira no Brasil: 1980-2003. Goiania: UFG, 2004.

GOIS, J. A. **Parto normal**: desafios. São Paulo: Hucitec, 2009.

GONÇALVES, E. P. Difícil arte de olhar para si e para o outro: desafios da pesquisa em educação. In: ANPED, 24., 2001, Caxambu-MG. **Anais**. Caxambu: MG: ANPED, 2002. CD-ROM

GUEDES, D. D.. Considerações da mulher emancipada na sociedade ocidental moderna. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 17 n. 1/2, v. 18 ,n. 1/2, p. 58-64, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 1989**. Juiz de Fora, 1989.

_____. Prefeitura Municipal Secretaria de Saúde. **Relatório de Territorialização das Unidade Básicas de Saúde** (pesquisadas). Juiz de Fora, 1994a 1996, 2000.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2000-2003**. Juiz de Fora, 2002.

_____. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. **Protocolo das Ações do Enfermeiro Desenvolvidas nos Serviços de Atenção Primária e Secundária**. Juiz de Fora, 2003.

_____. Prefeitura Municipal Secretaria de Saúde. **Relatório de Estimativa Rápida das UBS de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2004.

_____. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, Gerência de Promoção da Vida. Departamento de Atenção Primária. **Programa de Expansão da Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2005.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Relatório do Comitê Mortalidade Materna**, Juiz de Fora, 2006^a 2009.

_____. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. Comitê Municipal de Prevenção Mortalidade Materna. **A Morte Materna no Município de Juiz de Fora: propostas para a construção de Pacto Municipal de Redução da Mortalidade Materna**. Juiz de Fora, 2006b.

KAWAMOTO, E. E.. Educação em Saúde. In, KAWAMOTO, E. E. (org.) **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1993.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

LABRA, E. (org.) Carta de Itapecirica. In: LABRA, E. **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

L'ABBATE, S. **Educação em Saúde: uma nova abordagem**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.481-90, 1994.

LALONDE, M.. El concepto de Campo de la Salud: una perspectiva canadiense. In: OPS. **Promoción de la Salud**. Washington: OPS, 1974. (Publ. Cient. 557).

_____. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare, 1974.

LAMÊGO, B. L. **Relação ensino/serviço na formação do enfermeiro**. (Dissertação). Belo Horizonte: UFMG, 2000.

LEVY, S. **Programa Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: SJR, 2000.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2003.

LODI, D.; TAGLIARI; M. MORETTO; E.. Limites e possibilidades do trabalho em equipe no PSF. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v 17, n. 2, jul-dez 2003.

LOOMIS, M. E. **Group process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company, 1979.

LOPES, Jaime Ferreira. Frente contrária ao aborto leva vantagem. **Brasil sem aborto**, 2009. Disponível em: www.brasilsemaborto.com.br/destaques.asp?op=1&. Acesso em: 31.08. 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1988.

LUIZ, O. L.; CITELLI, M.T.. **Esterilização cirúrgica voluntária: região metropolitana de São Paulo - organização e oferta de serviços**, 2000. Disponível em: www.redesaudeorg.br/jornal/html/bodyjr21-olinda.html. Acesso em: 12.11. 2010.

MACLEROY, *et al.* An ecological perspective on health promotion programs. **Health Education Quarterly**, New York, v. 15, n. 4, p. 351-377, 1980.

MAHAMOUD, R.S.; FATHALLA, M.F. **Mobilization of resources for a second contraceptive technology revolution**. Oxford: University Press, 1993.

MARCONI M. A, LAKATOS E. M. **Técnicas em pesquisas**. São Paulo: Atlas, 2008.

MATTOS, J. V. Atenção à Saúde da Mulher. **PÓLIS Desenvolvimento Social**, n. 176, 2001. Disponível em: www.polis.org.br/publicações. Acesso em: 06.06. 2010.

MEIRHY, E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n 65, p. 316-23, set-dez 2003.

MELLES, A. M; ZAGO, M. M. F. Análise da educação de clientes / pacientes na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latinoamericana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, 1999.

MELLO, D. A., *et.al.*. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.583-95.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In. CECÍLIO, L. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In.: MERHY E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. Cecília de Souza. O desafio que a educação permanente tem em si. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174. set/fev. 2005.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.

MORIN. E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2000.

MUNARI, D. B. **Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites**. (Tese) Ribeirão Preto: USP, 1995.

MUNARI. D. B.; FUREGATO, R. F. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia: AB, 2003.

MUNARI, D. B. ; MERJANE, I. V. B.; CRUZ, R. M. M. **A educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro para o desempenho do papel de gestor**. Trabalho de Conclusão de Curso. Goiânia: PUC Goiania, 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.547-549, out. 2009.

OLIVEIRA, M. V. A.. O uso do teatro de rua e de bonecos no controle da dengue: mais um caminho pra um novo pensar, sentir e fazer educação em saúde. **Cad. Educ. em Saúde**, Recife, p.51-60, 1998.

_____. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 13 (especial), p. 171-180, 2000.

OLIVEIRA, M. H..**Corpo a corpo com a mulher** : transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: SENAC, 2000.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. **A promoção da saúde: conceitos e princípios**. Copenhagen, 1984.

_____. **Carta de Ottawa**, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986. Disponível em: [www.saude.gov.br/programas /promoção alma](http://www.saude.gov.br/programas/promoção%20alma). Acesso em: 27.06.2010.

_____. Declaração de Sundsvall. In: **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC: Brasília, 1991. p. 31-40.

OPAS. **IV Reunião Especial de Ministros de Salud de las Américas**, Washington, D.C., 1977: informe final y documento de referencia. Washington, D.C., 1978.

_____. Discussões Técnicas da Organização Pan-Americana da Saúde. In: REUNIÃO DO CONSELHO DIRETOR, 17, 1980, **Resumos**. Genebra: OPAS, 1980.

_____. **Relatório das Ações de Saúde na América Latina**. Genebra, 1993

_____. **Promoción de la Salud Sexual**. Recomendaciones para la acción. Asociación Mundial de Sexología. Guatemala: Antigua Gualtema, 2000.

OSÓRIO, L. C. **Grupos: teorias e práticas: acessando a era da grupalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____. **Psicologia Grupal**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e práticas contra hegemônicas? In: PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, 2002. p.361-5.

_____. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.) **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-86.

PEDROSA, J. I. É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação popular. **RADIS Comunicação em Saúde**, n 13. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da Enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. Ribeirão Preto: USP, 2001.

PIANCASTELLI, C. H. *et al.* Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos, **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n 21, p. 44-48, dez. 2000.

PINOTTI, J. A. Planejamento Familiar: **Revista Femina**, Rio de Janeiro, p. 447-457 jun. 1981.

POPE, C.; MAYS, N.. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORFÍRIO, P.. **Sem medo de falar do aborto e da paternidade responsável**. Rio de Janeiro: Autores e Leitores Associados, 2002.

QUEIROZ, M. I. P. de. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: USP, 1983

RAMOS, C. L. *et al.* **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS – REDIR
Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiê. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.

RIBEIRO, K. S. Q. S. Redes sociais e educação popular: aproximação teórica e prática de educação popular em saúde. In: COLOQUIO INTERNACIONAL PAULO-FREIRE, 5, 2006, Recife. **Anais**...Recife: Editora/Universidade, 2006.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da Educação em Saúde: projeto pioneiro. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 347-353, 1989.

RICHARDSON, Roberto Jarry *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

RIVIÈRE, E. P. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SAMPIERI, R. *et al.* **Metodología de la investigación**. México: McGraw-Hill, 2006.

SANT'ANNA, Sônia C.; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. O trabalho de grupo: reflexões do cotidiano, relato de uma experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n 3, p. 97-101, 2000.

SARTI, C. Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 264, maio-ago. 2004.

_____. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 31-48, 2001.

SAUTHIER, M., **O compromisso profissional na integração do homem no PF**: abordagem ética de enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunic. Saúde e Educ.**, Botucatu, v. 5, n 8, p. 47-60, 1999.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil para uma análise histórica. Recife: SOS Corpo. Gênero e Cidadania, 1991.

SPINDOLA, T. **Trabalho Feminino**: muitos papéis...uma só mulher! Ambivalência do cotidiano. (Tese). Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2002.

SILVA, D. de P. M. (org) **Sexualidade em diferentes enfoques**: uma experiência de capacitação no campo da saúde reprodutiva. Niterói: PEG, 2001.

SILVA, A. L. C.; LIMA, F. V.; SILVA, W. O. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 18-24, 2003.

SILVA, D. G. V. . S *et al.* Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto de Enferm.**, Florianópolis, v12, n1, p. 97-103, jan/mar, 2006.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.

SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. **Tema, RADIS**, Rio de Janeiro, n 21, nov - dez, p.4-5, 2001.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOUZA, M. D. **O Enfermeiro e os Conselhos Locais de Saúde no município de Juiz de Fora Minas Gerais**: incentivo à participação popular em saúde. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 1999.

SOUZA, L. *et al.* Qualidade de vida e bem estar da população. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n 3. jun. 1991.

SOUZA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUZA, K. K. B.; et al.. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na atenção à saúde mental. **Cogitare**, Curitiba, v. 9, n 2, p. 14-22. jul./dez. 2004.

STOTZ, E. N. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.123-42.

_____. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SUÁREZ, M. Gênero: uma Palavra para Desconstruir Idéias e um Conceito Empírico e Analítico . Gênero no Mundo do Trabalho. In: Encontro de Intercâmbio de Experiências do Fundo de Gênero no Brasil, 2000, Campinas. **Anais...** Campinas, 2000. p.16-30.

TYRRELL, M. A. R. ; CARVALHO, V.. **Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil**: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro : UFRJ/EEAN, 1995.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M.. Educação em Saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.16 n 2, Florianópolis abril/jun 2007.

TORRES, H. C. *et al.*. Experiência de jogos na Educação em Saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n 4, p.1039-1047, jul./ago. 2003.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Medicina Social - IMS. **Discussão sobre o aborto**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2005.

UNICOVSKY, M. A.R.; LAUTERT, L.. A formação profissional do enfermeiro: ação, reflexão e estratégias. In: SUAPE, Rosita. (org.) **Educação em Enfermagem**: da realidade construída a possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.. Apresentação. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (org.) **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p.7-8.

VALLA , V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala dos populares. In: COSTA, M. V. *et al.* **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 14, sup. 2, Rio de Janeiro, 1999.

VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V. H. F. Art. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 15, sup. 2, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999, p. 69-83.

- VASCONCELOS, E. M.. Educação Popular em Tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M. *et al.* (org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998.
- _____. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
- _____. O projeto de profissão e a prática na área da saúde. In: **Praxis. Jornal do CRESS – 7ª. região**. Rio de Janeiro: CRESS, 06.06.2000.
- _____. Redefinindo práticas de saúde a partir de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, p. 121-126. fev. 2001.
- _____. **Pensamento sistêmico**: novo paradigma da ciência. Campinas: Papyrus, 2003.
- _____. Educação Popular: de prática alternativa à estratégia participativa das políticas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2004.
- VENTURA, M. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Advocacia, 2003.
- VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde: perspectiva bioética. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n 1, p.82-88, jan./mar. 2004.
- XAVIER, D., *et al.* Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M.E. (org). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.
- WESTRUPP, M.H. *et al.* A pesquisa na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n 1, p. 128-136, jan./jun. 1994.
- ZAGONEL, I.P.S. *et al.* O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São José do Rio Preto, v.5, n 2, p.24-32, 2003.
- ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. Fundamentos Teóricos. in: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997. Capítulo 1, p. 23-32.
- ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1 AUTORIZAÇÃO DA SMS/PJF

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

Solicitação de Autorização para Pesquisa

Ao Exmo. Dr. José Geraldo Teixeira de Oliveira
Sub-Secretário de Saúde em Atenção Básica à Saúde

Juiz de Fora, 13 de agosto de 2008.

Prezado Senhor,

Solicitamos ao Sub-Secretário de Saúde em Atenção Básica à Saúde, autorização para realização da pesquisa cujo título provisório é: "Grupos de direitos reprodutivos: conquistas e contradições na área da enfermagem - UBS do SUS de Juiz de Fora, Minas Gerais", a ser desenvolvida pela pesquisadora, **Maria das Dores de Souza, sob orientação da Prof. Dra^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - EEAN/UFRJ.**

O estudo tem como objetivos: caracterizar os grupos de direitos sexuais e reprodutivos nas UBS do município de Juiz de Fora - MG; discutir critérios e estratégias destes grupos, considerando as recentes determinações legais, orientações do Ministério da Saúde e concepções de direitos sexuais e reprodutivos; discutir a atuação das enfermeiras responsáveis pelos grupos de direitos sexuais e reprodutivos, bem como a participação dos integrantes destes grupos; propor critérios e estratégias para a prática educativa em grupos de direitos sexuais e reprodutivos nas UBS do município de Juiz de Fora - MG.

A pesquisa está inscrita no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher - NUPESM e na Linha de Pesquisa "Políticas de Saúde da Mulher: estilos de ensinar e assistir" liderado pela Orientadora deste estudo.

Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora visando à obtenção do título de Doutora em Enfermagem na EFAN/UFRJ.

Deixamos claro que será mantido o anonimato dos participantes desta pesquisa e que estes receberão as devidas informações através de um Termo de consentimento Pós-Informado sobre os objetivos da pesquisa, baseado nas determinações do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de enfermagem Anna Nery/UFRJ, coordenado pela Prof. Dra^a Aparecida Vasconcelos Moura. Rua Afonso Cavalcante 275/Cidade Nova Rio de Janeiro Tel.: 22938148 R: 228

Os resultados desta pesquisa só serão divulgados e publicados em meio científico. Não será feita nenhuma intervenção com os participantes da pesquisa. E esta não acarretará danos pessoais ou profissionais aos mesmos.

Aguardamos sua resposta, por termos necessidade desta para iniciarmos nossa coleta de dados.

Contamos com a vossa atenção e colocamos a disposição para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, e informamos que tão logo a mesma esteja concluída divulgaremos os resultados.

Atenciosamente,

Maria das Dores de Souza
Maria das Dores de Souza
ENFERMEIRA
CBOEM 3140
Maria das Dores de Souza Tel.: 91958032 32293821 32 91958032

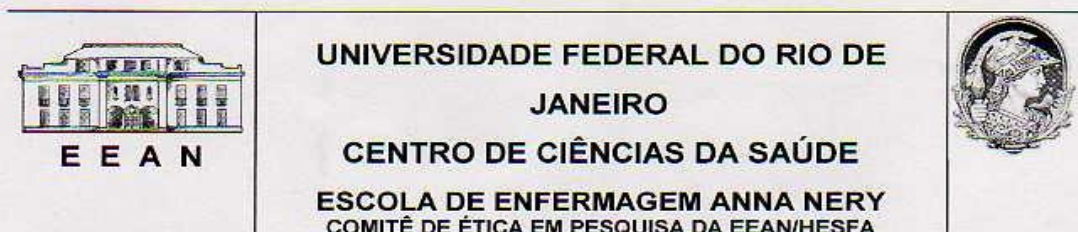
AUTORIZADO EM

ASSINATURA

13/08/08
José Geraldo de Oliveira
Subsecretário de Saúde
Atenção Básica/Secundária

*Recebi uma via
em 25/09/08
M. Paiva*

ANEXO 2 APROVAÇÃO NO CEP/UFJF



Protocolo nº 71/08

Título do Projeto: Grupos de direitos reprodutivos: conquistas e contradições na área de enfermagem unidades de saúde do SUS em Juiz de Fora – MG

Pesquisadora Responsável: Maria das Dores de Souza

Instituição onde a pesquisa será realizada: Prefeitura de Juiz de Fora

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 15/08/08

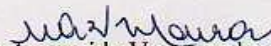
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada em 26 de agosto de 2008.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2008


 Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora CEP-EEAN/HESFA

Profª Drª Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora do CEP / EEAN e HESFA
 SIAPE 0301706

ANEXO 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRAS DOS GES/DSR – UBS/PJF)

Resolução nº. 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **Grupos de educação em saúde em direitos sexuais e reprodutivos: conquistas e contradições na área da enfermagem unidades de saúde do SUS DE Juiz de Fora - Minas Gerais**, que tem como objetivos: **1- Caracterizar os grupos de educação em saúde em direitos sexuais reprodutivos nas UBS de Juiz de Fora; 2- Discutir a fundamentação, critérios e estratégias adotadas por estes grupos, considerando determinações e orientações do MS; 3- Analisar a atuação das Enfermeiras responsáveis por grupos de direitos sexuais e reprodutivos; e participação dos seus integrantes.** Este é um estudo baseado em uma abordagem **quantitativa/qualitativa**.

A pesquisa terá duração de **01 (um) ano e 09 (nove) meses**, com início em setembro de 2008 e o término previsto para junho de **2010**.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de **entrevista e disponibilizar-se em ser observada(o) em atividades grupais**. As entrevistas e as **atividades grupais serão gravadas em MP3 ou pendrive, sendo o grupo filmado com câmera ou filmadora digital**. Posteriormente será feita a transcrição e – que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionados à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em saúde da mulher.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Orientadora EEAN/UFRJ
Rua Aureliano Pimentel 571, J Guanabara,
Ilha do Governador, RJ - CEP 20930 300.
cel.:21 88362688
e-mail: direcao@eean.ufrj.br

Maria das Dores de Souza
Doutoranda EEAN/UFRJ
Rua Nelson G. de Carvalho, 53 /302,
Vale do Ipê, JF – MG – CEP 36035410.
cel.: 32 91958032
e-mail mdores.souza@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2008.

Consentimento da Participação das Enfermeiras e dos Integrantes dos Grupos Educação em Saúde em Direitos Sexuais e Reprodutivos como Sujeitos da Pesquisa – UBS/PJF

Eu, _____, portador do documento de identidade nº. _____, residente à _____, telefone _____, abaixo assinado, declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo como sujeito, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora acima mencionada sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____

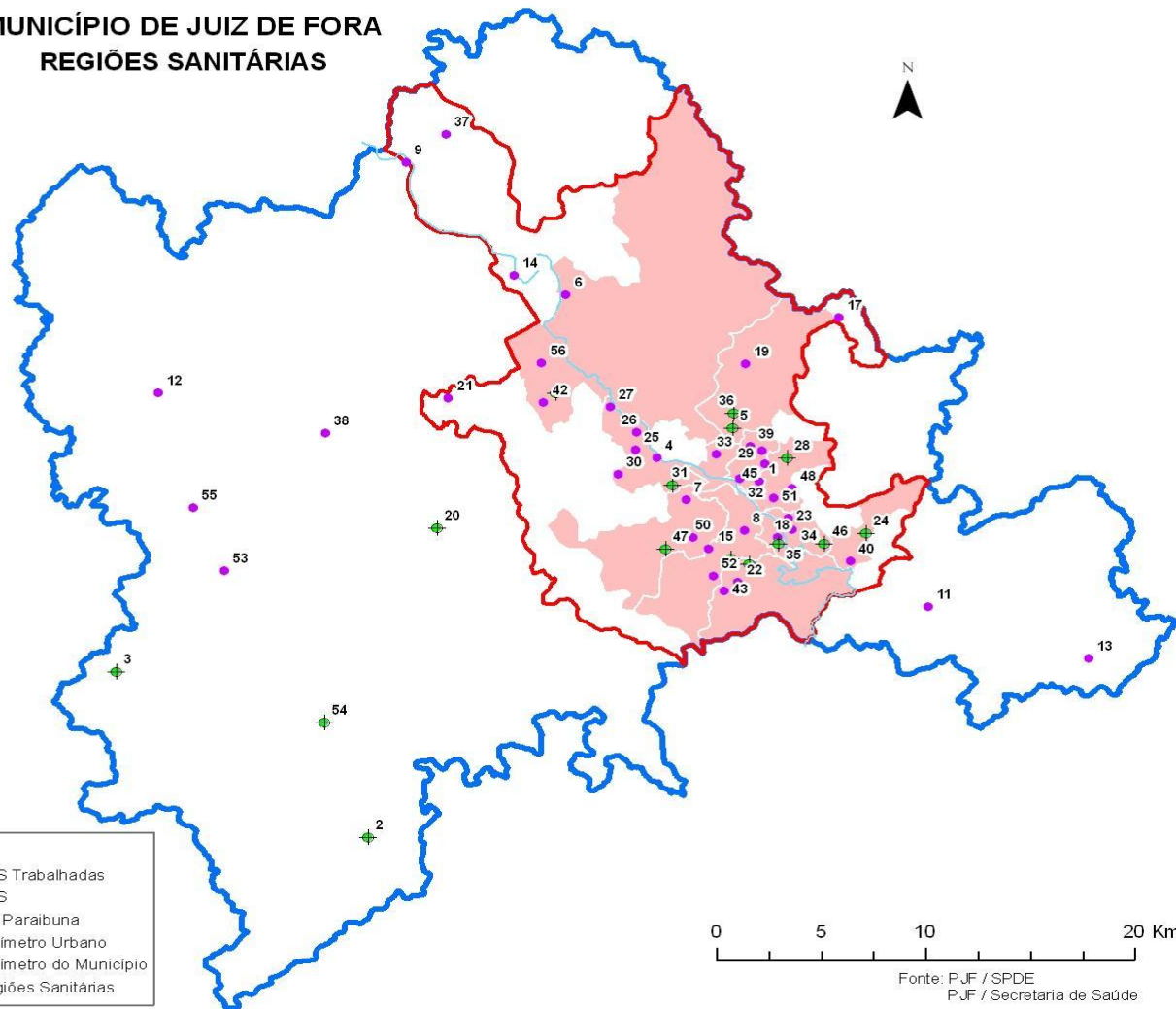
ANEXO 4 MAPA DE JUIZ DE FORA

MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA REGIÕES SANITÁRIAS

- 1 - UBS ALTO GRAJAU
- 2 - UBS APOIO MONTE VERDE
- 3 - UBS APOIO PIRAPETINGA
- 4 - UBS BAIRRO INDUSTRIAL
- 5 - UBS BANDEIRANTES
- 6 - UBS BARREIRA DO TRIUNFO
- 7 - UBS BORBOLETA
- 8 - UBS CENTRO SUL
- 9 - UBS CHAPEU D'UVAS
- 10 - UBS CRUZEIRO DO SUL
- 11 - UBS DE CAETÉ
- 12 - UBS DE ROSÁRIO DE MINAS
- 13 - UBS DE SARANDIRA
- 14 - UBS DIAS TAVARES
- 15 - UBS DOM BOSCO
- 16 - UBS ESPLANADA
- 17 - UBS FILGUEIRAS
- 18 - UBS FURTADO DE MENEZES
- 19 - UBS GRAMA
- 20 - UBS HUMAITÁ
- 21 - UBS IGREJINHA
- 22 - UBS IPIRANGA
- 23 - UBS JARDIM DA LUJA
- 24 - UBS JARDIM ESPERANÇA
- 25 - UBS JARDIM NATAL
- 26 - UBS JOQUEI CLUBE I
- 27 - UBS JOQUEI CLUBE II
- 28 - UBS LINHARES
- 29 - UBS MARUMBI
- 30 - UBS MILHO BRANCO
- 31 - UBS MONTE CASTELO
- 32 - UBS NOSSA SENHORA APARECIDA
- 33 - UBS NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
- 34 - UBS NOSSA SENHORA DE LOURDES
- 35 - UBS OLAVO COSTA
- 36 - UBS PARQUE GUARANI
- 37 - UBS PAULA LIMA
- 38 - UBS PENIDO
- 39 - UBS PROGRESSO
- 40 - UBS RETIRO
- 41 - UBS SANTA CECILIA
- 42 - UBS SANTA CRUZ
- 43 - UBS SANTA EFIGENIA
- 44 - UBS SANTA LUZIA
- 45 - UBS SANTA RITA
- 46 - UBS SANTO ANTONIO
- 47 - UBS SANTOS DUMONT
- 48 - UBS SAO BENEDITO
- 49 - UBS SAO JUDAS TADEU
- 50 - UBS SAO PEDRO
- 51 - UBS SAO SEBASTIAO
- 52 - UBS TEIXEIRAS
- 53 - UBS TOLEDOS
- 54 - UBS TORREÕES
- 55 - UBS VALADARES
- 56 - UBS VILA ESPERANÇA

Legenda

-  UBS Trabalhadas
-  UBS
-  Rio Paraibuna
-  Perímetro Urbano
-  Perímetro do Município
-  Regiões Sanitárias



0 5 10 20 Km

Fonte: P.J.F / SPDE
P.J.F / Secretaria de Saúde

APÊNDICE 1 – QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

Nº	UBS	Região Administrativa	RS	Nº Bairros na RS	Nº UBS na RS	Ano de Fundação da UBS	Nº Bairros abrangidos pela UBS	População Adscrita a UBS	Famílias cadastradas	Nº Equipe ESF na UBS	Nº de Profissionais	Nº de GES	Horário de Funcionamento	Instituição Ensino conveniadas
01	J. Esperança	Sudeste	01	06	02	1995	02	5.158	1.447	02	20	1/mês	7-11 13-17	UFJF/ FACENF
02	S. Antônio	Sudeste	02	07	03	1982	01	8.914	2.677	03	28	1/mês	7 às 20:30h	UFJF/ FACENF
03	Linhares	Leste	03	13	03	1975	03	13.469	3.844	05	48	3/mês	7-11 13-17	UFJF/ FACENF
04	Marumbi	Leste	04	13	05	1982	02	9.100	2.877	03	33	1mês	7-11 13-17	UFJF/ FACENF
05	Bandeirantes	Nordeste	05	11	02	2000	01	9.024	2.712	03	29	1/2mes	7-11 13-17	FAC. ENF. UNIPAC
06	P. Guarani	Nordeste	06	12	03	1986?	02	6.876	1.975	02	18	1/4mes	7-11 13-17	UFJF/ FACENF
07	M. Castelo	Norte	07	22	07	2000	03	8.307	2.427	03	31	1/2-3 meses	7-11 13-17	UFJF/ FACENF
08	S. J. Tadeu	Norte	08	19	04	1982	03	5.578	1.560	02	22	1-2mes	7-11 13-17	UFJF/ FACENF
09	S. Dumont	Oeste	09	22	03	1991	01	2.044	528	PACS	08	1/mês	7-11 13-17	UFJF/ FACENF
10	S. Luzia	Sul	11	18	05	2000	04	13.915	4.133	04	47	1-2mês	7 -20 3º turno	SUPREMA
11	V. O. Costa	Sudeste	12	08	02	1980	03	10.208	2.742	03	31	1/ mês	7-11 13-17	UFJF/ FACENF SUPREMA
12	Humaitá	Campo	ZR	14	14	1978	02	2.048	613	01	9	demanda	7-15	UFJF
13	Torreões						03	2.507	765			1/3-6 m		

Fonte: Primária: Levantamento Preliminar com Profissionais

APÊNDICE 2 – QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Nº	Entrevista	Função na UBS	Idad	UBS	Equipe PSF	Tempo UBS	Tempo PJF	Tempo Graduação	Instituição Graduação	Pós Graduação	Tempo Pós Grad	Instituição	Escolaridade
01	E 01	Enfermeira	44	Linhares	061	8m	10a	21 ^a	UFJF	S FAMILIA	6a	UFMA	Especial.
02	E 02	Enfermeira	36	Torreões	Torr ZR	5a	10a	13a	UFJF	S FAMILIA	7a	UFJF	Especial.
03	E 03	Enfermeira	33	J. Esperança	010	4a6m	6a	9a	UFJF	SF/ T INTEN	3a/6a	UFJF	Especial.
04	E 04	Enfermeira	48	Sto. Antônio	011	8a	9a	26a	UFJF	S FAMILIA	8a	UFJF	Especial.
05	E 05	Residente Enf SFC	26	Parque Guarani	069	1m	1a	1a	UFJF	S FAMILIA	-	UFJF	E PG
06	E 06	Enfermeira	24	Monte Castelo	074	8m	8m	1a 2m	UFJF	-	-	-	Graduada
07	E07	Profes/Enfermeira	31	Bandeirantes	Todas	2a	2a	8a	UFJF	S Mulher/E Ob	7a/6a	UFJF	Especial.
08	E 08	Enfermeira	45	Humaitá	Hum.ZR	5 ^o 6m	23a	23a	UFJF	S FAMILIA	13a	UFJF	Especial.
09	E 09	Enfermeira	40	São J Tadeu	022	8a	15a	21a	UFJF	S FAMILIA	13a	UFJF	Especial.
10	E 10	Enfermeira	48	São J Tadeu	024	19a	21a	23a	UFJF	-	-	-	Graduada
11	E 11	Enfermeira	37	Linhares	058	2a 8m	2a 8m	8a	UFJF	SP/PNE/SF	6/5/2	ENSP/HF/SU	Especial.
12	E 12	Enfermeira	31	Parque Guarani	068	5a	6a	7a	UFJF	SF/SC/FPE	6/3/5	UFJF	Especial.
13	E 13	Residente Enf SA	25	Stos. Dumont	084	1sem	1semana	3m	SUPR	S do Adulto	-	UFJF	E PG
14	E 14	Enfermeira	39	Sta Luzia	044	1a6m	6a	10a	UFJF	E Obs/SF/FPE	8/6/4	UFJF	Especial.
15	E 15	Enfermeira	45	Marumbi	019	18a	18a	22a	UFJF	S FAMILIA	13a	UFJF	Especial.
16	E 16	Enfermeira	35	Linhares	059	3a	3a	11a	UFJF	S FAMILIA	-	SUPREMA	E PG
17	E 17	Enfermeira	36	Marumbi	020	3a	6a 6m	10a	UFJF	T INTENS	4a	UFJF	Especial.
18	E 18	Enfermeira	52	Vila Olavo Costa	012	4a6m	4a 6m	16a	UFJF	S FAMILIA	-	SUPREMA	E PG
19	E 19	Enfermeira	28	Vila Olavo Costa	005	9m	9m	3a	UFJF	S FAM	1a 1m	UFJF	Especial.
20	E 20	Enfermeira	56	Monte Castelo	075	3a	6a	26a	UFJF	S Pub/S Fam.	7a/3a	UFJF/UFMG	Especial.

E - Enfermeira; SF – Saúde da Família; SA – Saúde do Adulto ; E OBS – Enfermagem Obstétrica; SC – Saúde Coletiva; UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora; HF – Hélio Fraga; SUPREMA; FPE – Formação Pedagógica em Enfermagem; E PG – Estudante de Pós Graduação; PNE – Pneumologia; TI - Terapia Intensiva –
 Fonte: Primária: Entrevista com Enfermeiras.

APÊNDICE 3 LEVANTAMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS GES/DSR – UBS/PJF

Data da visita: ___/___/___ Nº. _____
 Enfermeiro (a): _____ Função: _____
 Unidade de Saúde: _____ Bairro: _____ Tel.: _____
 Horário de Funcionamento da UBS: _____

Ano de fundação: _____
 Tem PSF? () Sim Nº de equipes _____ () Não
 Oferece grupos de educação em saúde em direitos sexuais e reprodutivos () Sim () Não
 Caso ofereça este grupo:

- Periodicidade: _____
- Nº de encontros (reuniões): _____
- Intervalo entre os encontros _____
- Duração dos encontros: _____
- Horário: _____
- Local: _____
- Profissional (is): _____
- Explique sobre a iniciativa de criação deste grupo _____

Caso não ofereça:

- Já ofereceu. () Sim () Não.
- Se ofereceu, porque parou de oferecer?
- Se a resposta for não justifique _____

Comentários adicionais:

APÊNDICE 4 – GES/DSR EM UBS/PJF – ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Data da visita: ___/___/___

Nº. ____.

Horário de: _____ h às _____ h

Local da entrevista: _____

1. Identificação

1.1. RS ___ UBS: _____ PSF: ___ Nº. de Equipes: ___ Nº. de grupos: ___ PACS: _

1.2. Profissional: _____ Idade ___ Função: _____.

1.3. Tempo na UBS: _____ Tempo na PJF: _____

1.4. T. de formado: _____ Instituição onde se formou: _____

1.5. Pós-graduação: _____ Instituição onde se pós-graduou: _____

Tempo de pós graduação: _____.

2. Significado do GDSR

2.1. Qual é a sua concepção de direitos sexuais e reprodutivos?

2.2. Qual é a sua concepção da ação educativa?

2.3. Qual é a sua concepção sobre a atuação dos profissionais em GES em DSR?

2.4. Qual a sua concepção sobre a atuação do enfermeiro em GES em DSR?

2.5. Como você vê os profissionais frente à ação educativa?

2.6. Como você vê o enfermeiro frente à ação educativa?

3. GES em DSR

3.1. Planejamento do Grupo

3.1.1. Descreva o histórico dos GES em DSR em sua unidade (como surgiu o grupo na l demandas, orientações recebidas, data, profissional responsável, inserção de outros profissio composição, local de funcionamento, atividades planejadas, participação de usuários)

3.2. Funcionamento atual dos GES em DSR

3.2.1 Explique como é realizado o GES em DSR (Mudanças desde a sua inserção, data, profissio responsável, inserção de outros profissionais, composição, local de funcionamento, atividades planejadas, participação de usuários)

3.3. Avaliação do GES em DSR

3.3.1. Faça uma avaliação dos grupos em termos de facilidades, dificuldades e sugestões.

3.3.2. Quais são as contribuições deste grupo para a ação educativa assumida pelo enfermeiro?

3.3.3. Quais são as contribuições deste grupo para outros profissionais?

3.3.4. Quais as contribuições deste grupo para os usuários?

4. Informações complementares

4.1. O que você conhece sobre os registros e ou documentos do GES em DSR (livro de atas presença, planejamento de atividades e relatórios de reuniões, registros fotográficos e filmagens)

5. Observações adicionais

5.1. Você gostaria de fazer algum acréscimo? (Depoimentos e informações)

APÊNDICE 5 – QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS GES DSR

Nº	UBS	NºEquipe ESF/UBS	Horário Func	Nº Profis	Inst. Ensino Conveniadas	Nº GES	Nº Encontros	Intervalos entre Grupos	Duração Encontros	Local Encontros	Profissional Coordenação	Registro GDSR
01	J. Esperança	02	7-11 13-17	20	UFJF/FACENF	1/mês	2	dias seguidos	3,5h	UBS	E/ EENF	2 livro
02	S. Antônio	03	7 às 20:30h	28	UFJF/FACENF	1/mês	3	1 semana	3h	UBS	E/AS/ACS/AENF	2 cadernos
03	Linhares	05	7-11 13-17	48	UFJF/FACENF	3/mês	1	-	2h	UBS/Igr/SC	E/ EENF	1livro/+ pasta
04	Marumbi	03	7-11 13-17	33	UFJF/FACENF	1mês	3	dias seguidos	2,5h	UBS/SC	E/ EENF/AS	1 livro
05	Bandeirantes	03	7-11 13-17	29	UNIPAC/ FACENF	1/2mês	3	1 semana	2h	UBS	E/ EENF	1 livro+ pasta
06	P. Guarani	02	7-11 13-17	18	UFJF/FACENF	1 /4mês	3	dias seguidos	3h	UBS/SC	RENF	2 livros
07	M. Castelo	03	7-11 13-17	31	UFJF/FACENF	1/2-3mês	3	1 semana	1h	UBS/SC	E/ EENF	1livro
08	São J. Tadeu	02	7-11 13-17	22	UFJF/FACENF	1-2 mês	2	dias seguidos	2h	UBS	E/ EENF	1 livro
09	Stos Dumont	PACS	7-11 13-17	08	UFJF/FACENF	1/mês	2	1 semana	1,5h	UBS	RENF/AS/EENF	1 livro
10	Sta. Luzia	04	7 -20 3º turno	47	SUPREMA	1-2/mês	2	dias seguidos	1h	UBS	E/ EENF	1 livro +pasta
11	V. O. Costa	03	7-11 13-17	31	UFJF/FACENF SUPREMA	1/ mês	3	dias seguidos	2h	UBS/Igreja	E/EENF/AS/AENF	2 livros
12	Humaitá	01	7-15	9	-	demanda	variável	variável	3h	Igreja	E/ACS	1 livro
13	Tor/MV/Pirap	01				1/3-6 mês	2	dias seguidos	3,5h	UBS/Igreja	E/ACS	1 livro

Fonte: Primária: Entrevista com Enfermeiras.