

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf

LINA KARINA BERNAL ORDOÑEZ

**Tecnologias na atenção primária à saúde: a atuação de
enfermeiras na perspectiva do empoderamento social**

SÃO CARLOS - SP
2019

LINA KARINA BERNAL ORDOÑEZ

Tecnologias na atenção primária à saúde: a atuação de enfermeiras na perspectiva do empoderamento social

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cássia Irene Spinelli Arantes.

SÃO CARLOS- SP

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Lina Karina Bernal Ordoñez, realizada em 25/07/2019.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes (UFSCar)

Profa. Dra. ~~Hélène Laperrière (uOttawa)~~

Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz (UFPB)

Profa. Dra. ~~Cinira Magali Fortuna (USP)~~

Profa. Dra. Adriana Fernandes Coimbra Marigo (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, doador de vida, meu pai, meu refúgio, minha fortaleza nos momentos em que senti “desmaiar”.

Ao meu amado esposo Cristian, meu grande motivador e desafiador, por me permitir sonhar e me acompanhar na realização dos meus sonhos. Por construir junto comigo nossa imperfeita e ao mesmo tempo, perfeita família. Por me escutar, me apoiar, me incentivar quando estive aflita e cansada. Sou eternamente agradecida por toda a cumplicidade e compreensão meu amor.

A minha amada e prezada filha Victoria, por quem me esforço a cada dia para me tornar a melhor mãe que ela poderia ter. Perdoe-me filha pelas inúmeras vezes que me ausentei, pelas longas horas de trabalho que passei sacrificando tempo contigo, pelas horas que não brincamos e pelas tantas noites que você me chamou para dormirmos juntas e eu tive que negar por trabalhar neste processo. Obrigada filha por ser o meu motor e minha vontade de sonhar grande.

Aos meus incondicionais pais Carlos y Sully, que mesmo tão distantes geograficamente, se fizeram sempre tão presentes, pelo apoio e as palavras de motivação, sempre dispostos a me ajudar, obrigada por ser os meus melhores fãs.

A minha irmã Yuly que esteve sempre presente com uma palavra de apoio, uma mensagem amorosa, sempre me ouvindo e me motivando.

A minha querida professora Cássia, por me aceitar e acolher como se fosse família, as palavras são poucas para agradecer tanta generosidade, tanta disponibilidade, tanta prontidão para me ajudar, para me apoiar, para ser suporte não somente na academia, mas, na vida. Obrigada por ter acreditado em mim, por ter me ensinado tantas coisas, por me permitir viver uma das melhores experiências da minha vida

fora do meu país. Quando eu for professora, vou levar o seu exemplo comigo sempre.

À professora Hélène, por me abrir as portas do Canadá (sonhava há vários anos com conhecer esse maravilhoso país), pela sua amabilidade, sua disponibilidade, pelos aprendizados, pelas conversas e discussões compartilhadas e pela paciência com o meu inglês.

Aos professores Silvia Matumoto e Pedro Cruz, pela colaboração e contribuições, pelas reflexões levantadas e aprendizados.

À Secretaria Municipal de Saúde do local da pesquisa, ao secretário de saúde, à coordenadora da atenção básica e às enfermeiras que aceitaram participar neste processo, por terem me recebido tão gentilmente nos seus espaços e rotinas de trabalho e por terem contribuído com a pesquisa.

Às minhas amigas Chris, Daianne, Jéssica, Soraya e Flávia, pela amizade que floresceu no mestrado e que permanece firme e forte através do tempo e as distâncias. Amizades que irão comigo onde eu for.

Aos meus amigos colombianos, com quem me diverti e passei momentos muito agradáveis nesta cidade, neste país, pela cumplicidade, pelas viagens juntos, os churrascos em casa, porque nos tornamos família sendo forasteiros em busca de nossos sonhos fora da nossa Colômbia.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSCar e todos seus docentes por me acolherem e fazerem com que me sentisse bem-vinda.

E, em geral, a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que pudesse realizar este processo de pesquisa, o qual finalizo com uma nova e melhor versão de mim.

Dedicatória

A Deus pela sua infinita misericórdia e pelo seu eterno amor. A minha família que me rodeia com tanto amor e motivação em todos os momentos.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

Arthur Schopenhauer

BERNAL-ORDOÑEZ, L. K. (2022). Tecnologias na atenção primária à saúde: a atuação de enfermeiras na perspectiva do empoderamento social. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa da Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos/SP, 2022.

RESUMO

Esta tese teve como objetivo geral, analisar o processo de trabalho de enfermeiras da APS, no planejamento e desenvolvimento de tecnologias para o empoderamento de usuários e equipes de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, na modalidade estudo de caso, realizada com enfermeiras de um município do estado de São Paulo. Para produção dos dados empíricos, foram utilizadas as seguintes estratégias: entrevista semiestruturada, observação sistemática e registro em diário de campo. Foram realizadas 09 entrevistas, sendo uma com a enfermeira responsável pela coordenação da APS do município e 08 com enfermeiras de unidades de saúde da família. Foi realizada observação sistemática do processo de trabalho de três enfermeiras selecionadas a partir das entrevistas. As informações obtidas na observação foram registradas em diário de campo e completaram a produção dos dados da pesquisa. Os dados foram analisados sob a luz dos princípios do Empoderamento Social ancorados na educação libertadora e de conceitos referentes à organização do Processo de Trabalho em Saúde. Para caracterização do processo de trabalho das enfermeiras da APS, utilizou-se como ferramenta a construção de fluxograma analisador. Para análise geral dos dados foi utilizado o referencial de análise de conteúdo, na modalidade temática. Os resultados mostraram superficialidade na compreensão de empoderamento pelas enfermeiras, ao conceituarem empoderamento como dar voz à equipe e usuários da APS. Os fluxogramas permitiram a descrição das atividades realizadas pelas enfermeiras na APS e mostraram dinamicidade do processo de trabalho e diferenças no processo produtivo de cada enfermeira: um em que o trabalho vivo é predominante e outros dois em que prevalece o trabalho morto. A análise de conteúdo deu origem a três categorias: tecnologias com potencial para o empoderamento de usuários; tecnologia com potencial para o empoderamento da equipe de saúde e tecnologia com potencial para o empoderamento das enfermeiras. Os resultados mostraram a

possibilidade de utilização de diversas tecnologias com potencial para o empoderamento social na APS, ainda que sua concretização esteja condicionada por determinantes políticos e sociais.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Empoderamento para a Saúde. Enfermagem em saúde pública. Processo de enfermagem. Trabalho.

SUMMARY

This thesis has as a general objective to analyze the work process of nurses in Primary Health Care (PHC) in the development of technologies for the empowerment of users and health teams. It is a qualitative and exploratory research, in a case study modality, carried out with nurses from a small municipality in the state of São Paulo. To produce two empirical data, the following strategies were used: semi-structured interview, systematic observation and field diary recording. Was conducted 09 interviews, one with a nurse responsible for the coordination of the PHC of the municipality and 08 with nurses from family health units. Systematic observation of the work process of three nurses selected from the interviews was carried out. The information obtained from the observation was recorded in the field diary and completed the production of two research data. The given forums are analyzed in light of two principles of Social Empowerment anchored in liberating education and concepts related to the organization of the Process of Work in Health. To characterize the work process of PHC nurses, it was used as a tool for the construction of an analyzing flowchart. For general analysis, two data were used as reference for content analysis, in thematic modality. The results show a superficiality in the understanding of empowerment by nurses, instead of conceiving empowerment as giving voice to the PHC team and users. The flowcharts will allow a description of the activities carried out by nurses in PHC and will show the dynamics of the work process and differences in the productive process of each nurse: one in which live work is predominant and others in which dead work prevails. An analysis of the content of its origin in three categories: technologies with potential for the empowerment of users; technology with the potential for the empowerment of the health team and technology with the potential for the empowerment of nurses. The results showed the possibility of using various technologies with potential for social empowerment in PHC, even if their realization is conditioned by political and social determinants.

Palavras-chave: Primary health care. Empowerment for Saúde. Nursing in public health. Sickness process. Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Organograma da Atenção Básica de Saúde no município investigado_____ 52

FIGURA 2- Fluxograma analisador do processo de trabalho da enfermeira Lírio_____ 82

FIGURA 3- Fluxograma analisador do processo de trabalho da enfermeira Gérbera_____ 83

FIGURA 4- Fluxograma analisador do processo de trabalho da enfermeira Magnólia
_____ 84

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Descrição dos estudos que compõem a amostra _____	29
QUADRO 2- Caracterização das enfermeiras que participaram no estudo _____	59
QUADRO 3- Matriz de significados e sentidos para enfermeiras da AB _____	71
QUADRO 4- Categorias de análise _____	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos de América

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção em Saúde

ST - Segmento de Texto

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos

USF - Unidade de Saúde da Família

EPS - Educação Permanente em Saúde

EP - Educação Permanente

SUMÁRIO

SITUANDO A PESQUISADORA E A PESQUISA.....	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Delineamento do problema de pesquisa	19
1.2 Justificativa do estudo	25
2 TECNOLOGIAS DE EMPODERAMENTO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA	27
3 OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 REFERENCIAL TEÓRICO	36
4.1 Trilhando o caminho das reflexões sobre o empoderamento social.....	36
4.2 Processo de trabalho em saúde e a micropolítica do trabalho vivo	44
4.3 Atenção Primária à Saúde, processo de trabalho e empoderamento social	49
5 PERCURSO METODOLÓGICO	55
5.1 Tipo de estudo	55
5.2 Cenário do estudo	56
5.3 Participantes do estudo	57
5.4 Trabalho de campo	60
5.5 Organização e análise dos dados	65
5.6 Aspectos éticos da pesquisa	69
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
6.1 Significados e sentidos sobre temas que permeiam o empoderamento	70
6.2 Caracterização do processo de trabalho das enfermeiras	80
6.3 Tecnologias de empoderamento utilizadas por enfermeiras na atenção primária à saúde	92
6.3.1 Tecnologias com potencial para o empoderamento de usuários	93
6.3.2 Tecnologia com potencial para o empoderamento das equipes.....	105
6.3.3 Tecnologia com potencial para o empoderamento das enfermeiras	110
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
8 REFERÊNCIAS	119

APÊNDICES 137

SITUANDO A PESQUISADORA E A PESQUISA

O interesse pela temática desse estudo surgiu a partir do meu primeiro contato com a atenção primária à saúde (APS) no ano de 2011, quando tive a oportunidade de realizar estágio no centro de saúde universitário, durante o último ano de minha graduação em enfermagem na Colômbia. Durante esse período, também desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso, que teve como tema central as percepções da população universitária sobre sexualidade e ações educativas para promoção da saúde sexual dos jovens. A partir dessa experiência, fui me aproximando e me apaixonando pela promoção da saúde e pela atenção primária, movida pelo questionamento de como eu poderia atuar como enfermeira, para contribuir com a adoção de comportamentos saudáveis e melhoria dos hábitos de vida das pessoas. Naquele momento, ainda que sem consciência, adotava o ideário biologicista na definição de saúde-doença e no desenvolvimento das práticas educativas em saúde.

Após finalizar o curso de graduação, com o desejo de continuar meus estudos e com a afinidade que estabeleci com a APS, passei a buscar cursos de pós-graduação fora do meu país. E foi no Brasil, na Universidade Federal de São Carlos, que ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sendo acolhida pela Prof^a. Dr^a. Cássia Arantes que, pela sua trajetória profissional e acadêmica, inspirou-me e incentivou-me a prosseguir minha formação em saúde e enfermagem com foco na atenção primária. Mudei-me para o Brasil, especificamente para a cidade de São Carlos, estado de São Paulo, com as malas, o coração e a alma repletos de expectativas, medos e preocupações. Tais inseguranças diziam respeito ao aprendizado de outra língua, ao conhecimento de um sistema de saúde diferente do meu país e à distância que teria de permanecer da minha família. Por outro lado, trouxe também muitas expectativas e vontade de aprender e qualificar meus conhecimentos profissionais e pessoais.

Na trajetória de 2 anos como estudante de mestrado, desenvolvi meu projeto de pesquisa sobre ações de saúde coletiva na atenção básica (AB). Foram entrevistados Articuladores da Atenção Básica da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 do estado de São Paulo, o que possibilitou que me aproximasse de diferentes municípios e seus contextos de atenção primária.

Durante o mestrado, também tive a oportunidade de participar da coleta de dados de outros dois projetos de pesquisa. Um de iniciação científica, cujo tema central foi a incorporação do diagnóstico de saúde como tecnologia para o cuidado coletivo na APS. E o outro projeto foi de Pós-Doutorado de minha orientadora, que abordou as práticas de identificação de necessidades coletivas de saúde e ações desenvolvidas por uma equipe de saúde da família.

Nesse período de formação do mestrado, fui aprendendo não somente conceitos e práticas referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), como também, as etapas do processo de pesquisar e os princípios da redação científica. Fruto da minha dissertação de mestrado, foi possível publicar um artigo em um periódico nacional, após inúmeras idas e vindas do manuscrito.

A experiência durante o mestrado foi tão rica e desafiadora, que me senti impulsionada a querer realizar o doutorado para aprofundar o estudo teórico-metodológico de temas envolvendo a atenção primária. Assim, a partir dos resultados provenientes da minha pesquisa de mestrado e da discussão de outras pesquisas com os participantes de nosso núcleo de pesquisadores na pós-graduação, enunciámos indagações, realizamos reflexões e identificamos lacunas teóricas sobre o empoderamento de sujeitos e coletivos no contexto da atenção primária.

Para ingresso no doutorado, algumas lacunas se tornaram objeto de aprofundamento, das quais elegemos as práticas e tecnologias de empoderamento desenvolvidas por enfermeiros na APS como objeto de investigação que resultou nesta pesquisa.

A realização do doutorado foi permeada por diversos desafios acadêmicos e pessoais. A experiência particularmente mais desafiadora e, ao mesmo tempo, mais emocionante que vivenciei foi a de ter me tornado mãe de uma menina no primeiro ano do curso de doutorado. Apesar de estar junto com meu esposo nesse processo, passei por vários momentos difíceis e de insegurança inerentes à primeira experiência de maternidade que potencializados pela falta de apoio da família, distante em outro país, significou para mim um processo tão importante e árduo quanto o trajeto percorrido no doutorado.

Com o desejo de realizar intercâmbio acadêmico internacional, tive a iniciativa de pleitear uma bolsa no Canadá para realização de estágio sanduíche naquele país. Obtive a bolsa e com a finalidade de aprofundar o conhecimento e a interpretação dos resultados desta pesquisa na perspectiva do referencial de empoderamento social de Paulo Freire, realizei o estágio sob a supervisão da Prof^a. Dr^a. Hélène Laperrière, que de forma muito empática e competente, recebeu-me no Laboratório de práticas sociais e educação popular em saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de Ottawa. Durante um período de 5 meses (de agosto de 2018 até janeiro de 2019), foi possível realizarmos em conjunto, discussões, leituras e reflexões sobre os achados deste estudo.

Neste relatório, apresento as etapas da pesquisa desenvolvida durante o doutorado que foram organizadas na sequência descrita a seguir.

O primeiro capítulo contextualiza o problema de estudo, os objetivos da investigação. Em seguida, apresenta-se o referencial teórico que sustentou o recorte do objeto e a análise.

Na parte seguinte, é apresentado o percurso metodológico que destaca o tipo de estudo, cenário, local e sujeitos da pesquisa e as etapas do trabalho de campo, que compreendeu: aproximação do campo de estudo, entrevistas semiestruturadas, observação sistemática e a forma de análise dos resultados.

Posteriormente, são apresentados os resultados e discussão envolvendo as três categorias que foram construídas a partir da análise realizada sob a luz do referencial teórico proposto.

E, por último, são trazidas as considerações e reflexões relacionadas aos resultados e questionamentos que a investigação levantou em relação ao objeto de estudo.

1 INTRODUÇÃO

1. 1 Delineamento do problema de pesquisa

O conceito de saúde tem sido amplamente discutido ao longo da história. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948), ampliou o conceito, referindo-se à saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou incapacidades”. Entretanto, embora esse conceito tenha trazido avanços importantes no seu momento histórico, admitindo outras dimensões além da biológica, ele não traz a ruptura com a compreensão de saúde como o inverso de doença (ALMEIDA FILHO, 1999).

De acordo com Molina (1997), o conceito de saúde não é estático, é um processo dinâmico o qual muda em consequência das ideias dominantes de cada sociedade. Dessa forma, em qualquer sociedade a definição de saúde não é estritamente biológica e sim, primariamente social. Ou seja, se reconhece que o homem não é um ser individual e exclusivamente biológico (QUINTERO, 2007).

Numa perspectiva de se avançar na conceituação de saúde, Minayo (1992) afirma que a saúde é determinada por diversas condições como são alimentação, trabalho, transporte, lazer, habitação, renda, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde e meio ambiente.

Nessa perspectiva, se amplia o estudo da saúde a partir das representações sociais que possuem os indivíduos e a sociedade em geral. Assim, se abre caminho a uma análise da saúde e da doença como o resultado de processos sociais, elaborações intelectuais e contínuos intercâmbios da coletividade (QUINTERO, 2007).

Sendo assim, entende-se que o processo saúde-doença é resultante de determinantes sociais, culturais, psicológicos, econômicos, comportamentais e raciais e estão ligados à incidência e prevalência das doenças, expressando-se nos índices de qualidade de vida das pessoas (COSTA et al., 2013).

Com o intuito de se romper com práticas de saúde hegemonicamente curativas na atenção primária à saúde (APS), pode se destacar as ações de promoção da

saúde, que trouxeram para a área várias discussões e reflexões (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

A construção do marco referencial para essas ações tem início com a Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, que aconteceu em Ottawa, Canadá, no ano 1986, na qual, se concebeu a promoção da saúde como a expressão de uma ação coordenada entre população civil e estado, no intuito de implementar políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (BUSS; PELLGRINI, 2007).

A OMS (1998), definiu como princípios da promoção da saúde: a concepção holística de saúde, equidade, intersetorialidade, empoderamento, participação social, ações multiestratégicas e sustentabilidade.

No contexto brasileiro, em 2006, foi institucionalizada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006), que foi redefinida por meio da Portaria Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014 (BRASIL, 2014). Essa política, define a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde nos âmbitos individual e coletivo, por meio da cooperação e articulação intra e intersetorial, com ampla participação e controle social. Adotou os mesmos princípios definidos pela OMS para a promoção da saúde, mencionados previamente, e acrescentou, os princípios de: autonomia, intrasetorialidade, integralidade e territorialidade (BRASIL, 2014).

O princípio de empoderamento, refere-se ao estímulo de sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequados às suas condições socioeconômicas e culturais, a aumentar a participação e o protagonismo dos mesmos no enfrentamento e transformação das suas condições de vida, como por exemplo: renda, emprego, lazer, cultura, educação e hábitos de vida (BRASIL, 2014).

O termo “empoderamento” é traduzido do inglês “empowerment”. Tem sido trabalhado amplamente por diversos pesquisadores, os quais têm dado diferentes significados e conotações de acordo com os interesses e saberes que o fundamentam. As diversas significações fazem referência ao desenvolvimento de potencialidades e aumento de informação possibilitando a participação real e

simbólica de indivíduos e coletivos no exercício da democracia (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

Para Gohn (2004), o empoderamento tem um impacto direto e positivo na expressão da cidadania, assim como na autoestima das pessoas. Pois, ao empoderar indivíduos e organizações comunitárias permite-se o afloramento de habilidades e capacidades de controle para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde e da vida. Assim, empoderamento significa a criação de condições e capacidades para superar as dificuldades que limitam a livre expressão dos indivíduos na procura de realização das suas próprias escolhas, por meio de um pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade (ROMANO, 2002).

Tais definições do termo empoderamento, encontram ressonância na ideia de libertação proposta por Paulo Freire (2003; 2004); libertação entendida como aquela que alcançam alguns cidadãos ao conquistarem sua inclusão social, libertando-se da exclusão e dominação por meio da educação.

Romano (2002) aponta que é necessário renovar constantemente o empoderamento nas pessoas para assim garantir, que não se reproduzam de novo as relações de dominação entre elas, e, para isso, o modelo pedagógico proposto por Freire, chamado de educação libertadora, é apontado como apropriado e eficaz para promover o empoderamento das pessoas e superar as persistentes iniquidades sociais. (GOHN, 2004; FREIRE, 2005).

No contexto brasileiro, existem diretrizes legais e políticas que contribuem para que o empoderamento de coletivos seja uma realidade, uma delas é a institucionalização da Lei Orgânica de Saúde N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Outra diretriz legal é a institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013, a qual tem a potencialidade de contribuir para o fortalecimento do poder técnico e político da população, pois começa desde as experiências locais e visa potencializar seu caráter de articulação e produção de conhecimento e intervenção na luta pela saúde (BRASIL, 2013).

A PNEPS propõe uma prática político-pedagógica das ações de saúde, partindo da valorização dos saberes populares e do incentivo da produção individual

e coletiva do conhecimento, assim como, a inserção destes no SUS. Para tal fim, objetiva promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS; fortalecer a gestão participativa aproximando os sujeitos das práticas de cuidado, dos serviços e instituições de saúde e da gestão; fortalecer o movimentos sociais populares; incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; contribuir com a implementação de estratégias de comunicação e informação em saúde acordes com a realidade, linguagens e culturas populares; apoiar ações de Educação Popular na APS, entre outros (BRASIL, 2013).

No entanto, apesar das diretrizes legais e políticas institucionalizadas, a consolidação do empoderamento de coletivos na prática da atenção à saúde, ainda enfrenta obstáculos quanto a sua natureza epistemológica e institucional. Sua abordagem não se constitui uma tarefa fácil, o que tende a levar os profissionais da saúde a continuar reproduzindo os paradigmas e práticas paternalistas convencionais na micropolítica do trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2013).

O termo “paternalismo” faz referência ao ato de tratar os outros conforme com o que se pensa ser o seu bem, submetendo esse bem às preferências da pessoa que assume a atitude paternalista (NILSTUN, 2003).

Um exemplo dessa lógica de “paternalismo”, é exercida com frequência pelo Estado sobre as equipes de saúde, quando, as equipes são dominadas e subordinadas de modo a não conseguirem realizar seu trabalho de forma autônoma, colocando o autogoverno das equipes à margem do produto final, sendo este definido previamente pelo estado (MERHY, 2007).

Da mesma forma, essa lógica paternalista tem sido evidenciada no modo de operar das equipes de saúde sobre os usuários, quando as equipes pensam que por serem detentoras do saber técnico-científico, esperam que os usuários respondam e cumpram com todas as indicações e ações impostas por eles (a equipe de saúde), em função das doenças e agravos à saúde, sem sequer considerar os saberes, as experiências, a história, os valores, as possibilidades, desejos, medos e dificuldades do ser que representa cada usuário, e que são aspectos fundamentais para as decisões de saúde a serem tomadas (FEUERWERKER, 2014).

Tentando transformar esse cenário paternalista exercido pelos serviços de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto brasileiro, tem como objetivo o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte não só na situação de saúde da população e nos seus determinantes, mas também, na autonomia da mesma, por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas (BRASIL, 2017).

Nessa direção, as equipes de saúde que atuam no contexto da APS possuem como principais atribuições em seu processo de trabalho: estimular e promover a mobilização e participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia individual e coletiva; a capacidade na construção do cuidado da sua própria saúde e das coletividades do território, nos âmbitos de enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde; a organização e orientação dos serviços de saúde, dentre outras (BRASIL, 2017).

É notório o papel que ocupa a APS como espaço favorável para o desenvolvimento de processos participativos que contribuam ao desenvolvimento de empoderamento de indivíduos e coletivos. Feuerwerker (2014), complementa que a APS é um cenário em que é possível potencializar a autonomia dos usuários e diminuir a autoridade impositiva dos trabalhadores. Mas, reconhece que esse é um processo complexo, que requer esforços e ações interdisciplinares, intersetoriais e de gestão compartilhada.

Promover o empoderamento de coletivos na AB, exige desenvolver tecnologias que possibilitem a criação de espaços de relação entre todos os atores envolvidos no processo de cuidar da saúde e melhorar a qualidade de vida dos coletivos. Para isso, é preciso redefinir a missão das unidades de saúde, ampliar os modos de produzir ações de saúde centrando-se nas necessidades dos usuários, onde estes sejam agentes ativos na produção de sua própria saúde (FEUERWERKER, 2014).

No cenário brasileiro, algumas das reflexões, discussões e tecnologias em saúde propulsoras de empoderamento social desenvolvidas na APS, situam-se no âmbito da participação social no intuito de conferir visibilidade aos usuários, quanto às suas possibilidades e dificuldades de acesso aos serviços ofertados; da educação popular em saúde e da educação permanente em saúde (OLIVEIRA, et al., 2014;

BARBOSA et al., 2015; LIMA; GALIMBERTTI, 2016; FERRETI et al., 2016; CATANANTE et al., 2017).

No presente estudo, adota-se a definição de tecnologias em saúde, dada por Merhy (2009), que as define, como ferramentas ou meios e materiais que os trabalhadores da saúde utilizam durante os encontros com os usuários, dependendo da finalidade e o sentido que cada um espera.

Com relação às práticas e tecnologias de empoderamento, consideramos que são todos os dispositivos, estratégias ou recursos utilizados para a mediação de processos que busquem o desenvolvimento de consciência crítica, autonomia, poder de decisão, controle sobre a própria vida e de transformação da realidade, a partir do enfrentamento das raízes e causas da iniquidade social, assim como, processos que procurem promover a participação social (RIGER, 1993; RISEL, 1994).

Pensando na organização do processo de trabalho dentro das unidades de saúde da AB, os profissionais da enfermagem constituem-se em trabalhadores chave, uma vez que, no seu cotidiano desenvolvem funções de assistência e de gestão, sendo que as duas funções se articulam e se complementam (XAVIER-GOMES et al., 2015), mesmo que, a gestão não seja uma função legalmente autorizada no exercício da enfermagem (SILVA, 2012).

Nessa perspectiva, destaca-se que na portaria nº 2488 de outubro de 2011 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), o papel de gestão e coordenação que exerce o enfermeiro no contexto da APS é suprimido, definindo como atribuições desse profissional: contribuir, participar e realizar ações de Educação Permanente (EP), de forma compartilhada com os outros membros da equipe. E quanto ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cabe ao enfermeiro: planejar, gerenciar e avaliar as ações por eles desenvolvidas.

Merhy (2002), define gestão como uma ação que objetiva a coordenação, articulação e interação de recursos materiais e humanos para alcançar determinadas metas ou objetivos. A gestão visa melhorar as condições de trabalho das equipes de saúde e melhorar a qualidade e eficácia da assistência à saúde (SANTOS et al., 2013).

Dentre as ações de gestão que vem sendo desenvolvidas por enfermeiros na AB, incluem-se: dimensionar a equipe de enfermagem, exercer liderança no

ambiente de trabalho, planejar as ações em saúde, educar e capacitar a equipe de saúde, gerenciar os recursos materiais, coordenar o processo de cuidar da saúde, exercer o cuidado, realizar procedimentos mais complexos e avaliar o resultado das ações em saúde (SANTOS et al., 2013).

Nesse panorama, de assistência e de gestão no qual se inserem os profissionais da enfermagem da AB, localiza-se o especial interesse de estudo nesta pesquisa, que tem a proposta de analisar questões que envolvem o processo de trabalho de enfermeiras na APS relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias e práticas de empoderamento de usuários e equipes de saúde.

Para tanto, foi formulado o questionamento: no cotidiano de trabalho de gestão e produção do cuidado na APS, os profissionais de enfermagem têm desenvolvido práticas e utilizado tecnologias para o empoderamento de usuários e equipes de saúde? Como as tecnologias de empoderamento são construídas? Quais as possibilidades, limites e contradições se expressam nessa construção?

Parte-se da tese que, para se avançar no sentido do empoderamento social no contexto da saúde, este deve ser entendido, primeiramente, como um processo que deve ser construído conjuntamente entre as equipes de saúde e os usuários, de modo a potencializar as capacidades e o protagonismo deles. É preciso, por meio da escuta, do diálogo e do entendimento da realidade de vida dos diferentes sujeitos, construir coletivamente tecnologias que promovam processos e práticas de saúde que levem a modos de viver mais conscientes e crítico-reflexivos.

1.2 Justificativa do estudo

Conhecer e analisar as tecnologias desenvolvidas para promover o empoderamento no trabalho de profissionais da enfermagem na APS é oportuno e relevante na medida em que vai ao encontro dos desafios atuais no processo de mudança do modelo de atenção à saúde e de qualificação do SUS, pois possibilita ir para o campo aberto, mapeando como vão se tecendo os processos e se construindo as práticas, seus limites e possibilidades.

Tal relevância é ratificada na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que tem nos eixos 4, 8 e 9, a indicação da necessidade nacional de aumentar

e consolidar a produção de conhecimentos relacionados com iniciativas sobre o desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde para o aumento da resolubilidade da atenção primária, avaliação da implementação de estratégias de educação em saúde e do impacto da educação técnica em saúde na qualificação das competências profissionais (BRASIL, 2018).

2. TECNOLOGIAS DE EMPODERAMENTO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA

Com o objetivo de identificar na literatura científica, tecnologias desenvolvidas nas práticas da enfermagem que contribuam para o empoderamento de indivíduos e coletivos, foi realizado um levantamento bibliográfico em abril de 2017 e reformulado em abril de 2019.

O desenvolvimento da pesquisa partiu da seguinte questão: Quais tecnologias de empoderamento têm sido desenvolvidas por enfermeiros após a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil? A questão foi construída de acordo com a estratégia mnemônica PICO (STONE, 2002) sendo População: enfermeiros; Intervenção: tecnologias desenvolvidas; Resultado: empoderamento de indivíduos e coletivos. Uma vez que o objetivo do estudo não era comparar as tecnologias, o elemento C (comparação) não foi utilizado.

A seleção dos artigos se realizou nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e na biblioteca eletrônica Scielo. A escolha dessas bases de dados se deu pela sua ampla abrangência na publicação de estudos relacionados à área da saúde, incluindo publicações em revistas indexadas no âmbito nacional e internacional. A terminologia utilizada para a busca baseou-se no Medical Subject Headings (MESH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), usando o operador booleano AND para a realização do cruzamento dos termos, resultando no seguinte cruzamento: (Enfermagem) AND (Tecnologia) AND (Empoderamento); (Nursing) AND (Technology) AND (Empowerment).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos primários, idiomas português, inglês e espanhol, realizados no Brasil, publicados a partir de 2006 devido à instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) neste ano. Critérios de exclusão: editoriais, artigos de revisão, teses, dissertações, estudos duplicados nas bases e estudos que não atendessem à pergunta norteadora. Como resultado, 483 estudos. A seleção dos estudos se deu por meio da leitura dos títulos e resumos e, quando esta leitura não era esclarecedora, realizava-se a leitura dos textos na

íntegra. Assim, após leitura reflexiva, elegeram-se cinco artigos para compor a amostra.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um instrumento adaptado com o propósito de organizar e resumir os estudos, apresentado no quadro síntese. As variáveis foram: autor, ano, título, objetivo, tecnologia utilizada, principais conclusões. A análise dos estudos foi realizada com base nas referências teóricas do autor Paulo Freire. Os cinco artigos pertenciam a três bases de dados, sendo um da LILACS, um da PubMed e três da BDEF.

No Quadro 1, são apresentadas as informações relativas aos estudos quanto ao autor, ano de publicação, título, objetivo, tecnologia utilizada e conclusão. De acordo com o ano de publicação, foram: um em 2008, um em 2010, um em 2013, um em 2014 e um em 2017. Foram encontrados diferentes tipos de tecnologias que foram identificadas como contribuidoras para o empoderamento de indivíduos e coletivos: grupos educativos, palestras, orientações, acolhimento, acessibilidade à informação, respeito, vínculo, troca de experiência de vida, envio de mensagens e/ou questionários pelo celular, ligações, e discussões através de bate-papo *on-line*.

Quadro 1 - Descrição dos estudos que compõem a amostra

Título, autor, ano	Objetivo	Tecnologia utilizada	Conclusão
Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. Mouta et al. 2017.	Analisar como o plano de parto propiciou o empoderamento feminino durante o trabalho de parto e parto.	Grupo educativo.	O plano de parto permite ao profissional de saúde a chance de prestar um atendimento de qualidade personalizado para cada parturiente e, a partir disso, proporcionar vínculo favorecendo, assim, o trabalho de parto. O plano de parto serviu como estratégia de empoderamento, pois a sua construção estimulou as puérperas a se autoconhecerem e entenderem o que seria importante e necessário para que seus trabalhos de parto e parto ocorressem de forma humanizada e fisiológica.
Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. Berardinelli et al. 2014.	Desenvolver o trabalho em grupo a fim de conhecer o cotidiano e o processo saúde/adoecimento/cuidado das pessoas com enfermidades crônicas; e analisar se o trabalho de grupo potencializou o empoderamento e que tecnologia educacional é recomendada nas práticas educativas para essas pessoas.	Grupo educativo, palestras.	Durante todo o processo os participantes se envolveram no grupo, refletiram a partir da realidade do outro, aprenderam a ouvir, estimulando o raciocínio, a troca de ideias e o respeito mútuo. A estratégia do trabalho em grupo, embora seja antiga nas salas de aula, é vantajosa e atual para as instituições de saúde.
Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. Hammerschmi; Lenard, 2010.	Refletir sobre o empoderamento como tecnologia educacional inovativa para o cuidado de si junto a idosos com diabetes mellitus.	Acolhimento, acessibilidade à informação, respeito, vínculo, troca de experiência de vida.	O desenvolvimento pessoal e social pode ser conquistado por meio da informação, da educação para a saúde e da intensificação das competências, o que possibilita à população exercer maior controle sobre sua própria saúde
O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. Santos et al. 2013.	Descrever o processo de empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar.	Orientações, vínculo.	O processo de empoderamento de mães de RNPT iniciou-se e permaneceu na primeira etapa, no contato com a realidade concreta, pois seus discursos não revelaram reflexão crítica e nem o alcance do controle da situação e manutenção.
Estudos de casos clínicos em saúde mental por meio de discussão online. Silva; Furegato; Godoy, 2008.	descrever e analisar discussões de casos clínicos on-line na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica do Curso de Graduação em Enfermagem.	Discussões, através do bate-papo on-line.	Os resultados reforçam a riqueza da discussão para a aprendizagem do estudante e evidenciam a potencialidade do uso de recursos tecnológicos, como as ferramentas de comunicação em tempo real, para apoiar e incrementar as possibilidades educativas em enfermagem psiquiátrica.

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação aos sujeitos dos processos e práticas de empoderamento, podemos agrupá-los em dois grandes grupos: a) estudantes de graduação de enfermagem; b) usuários dos serviços de saúde. Este último, por sua vez, se subdivide em: pacientes com doenças crônicas; mulheres grávidas e mães de recém-nascidos prematuros.

Quanto ao contexto em que as tecnologias de empoderamento foram desenvolvidas, destacam-se que, dois estudos foram realizados no contexto universitário, dois no âmbito hospitalar, um não foi possível identificar o contexto específico e, apenas um estudo, ocorreu no contexto da atenção primária à saúde.

A partir da leitura e da análise dos estudos foi possível identificar as tecnologias de empoderamento desenvolvidas por enfermeiros. Os achados foram organizados tematicamente, de acordo com a natureza das práticas, as quais foram classificadas em tecnologias educativas e tecnologias relacionais.

As tecnologias educativas envolveram estratégias relacionadas com o desenvolvimento de grupos educativos, nos quais, foram promovidas palestras e orientações sobre o comportamento esperado frente a condição ou situação de saúde específica de cada grupo.

Já as tecnologias relacionais, envolveram estratégias tais como o acolhimento, a criação de vínculo e confiança entre enfermeiros e usuários, assim como, a criação de espaços para a troca e compartilhamento de experiências de vida.

No primeiro estudo (MOUTA et al., 2017), que teve como objetivo analisar como o plano de parto propiciou o empoderamento feminino, os autores defenderam o uso de tecnologias não invasivas de cuidados de enfermagem obstétrica, fazendo referência ao oferecimento de suporte emocional à mulher e sua família, e à disponibilização de métodos não farmacológicos para aliviar a dor, com a finalidade de valorizar o autoconhecimento e domínio do próprio corpo. Definiram o empoderamento feminino como a forma em que a mulher ganha poder interior de decisão sobre todas as dimensões da parturição, toma controle de todas as suas relações e defende seus direitos.

Os autores salientam ainda, que quando o enfermeiro estimula e orienta a gestante a realizar seu plano de parto e o utiliza na assistência ao parto, evidencia o seu papel como educadora e cuidadora, promovendo uma troca de saberes entre o

enfermeiro e a mulher, estimulando, também, uma discussão sobre a concepção e humanização do cuidado. Nesse sentido, apreendem o plano de parto como um instrumento de libertação e transformação, uma vez que, traz a possibilidade de reflexão e decisão sobre as formas de cuidado apropriadas para si mesmas (MOUTA et al., 2017).

O segundo estudo (BERARDINELLI et al., 2014) objetivou desenvolver um trabalho de grupo e analisar se potencializou o empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas e qual tecnologia educacional é recomendada nas práticas educativas para essas pessoas. As autoras definiram o termo tecnologia como processo concretizado a partir da experiência cotidiana do cuidar em saúde e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de ações produzidas e controladas pelos seres humanos, que, servem para produzir e aplicar conhecimentos e dominar processos e produtos.

As autoras do estudo complementam que as tecnologias detêm a função de potencializar as habilidades dos indivíduos e auxiliar na aquisição de novas atitudes na busca da transformação de si mesmo. Quanto à tecnologia educacional, destacam que esta representa o conjunto de conhecimentos científicos que envolve o processo educacional, e que, uma educação empoderadora é um modelo que se focaliza na ação grupal e no diálogo direto dos alvos comunitários, desejando aumentar a credibilidade das pessoas em sua capacidade de mudar suas próprias vidas (BERARDINELLI et al., 2014).

Discutem, também, que a dinâmica de trabalho em grupo envolve a todos os membros de uma equipe no planejamento e tomada de decisões, assim como, favorece a vivência do sentimento de acolhimento, pertencimento e compartilhamento das suas histórias de saúde, criando um movimento de intervenção e interação. No entanto, as autoras concluem apontando que um dos maiores desafios enfrentado por elas durante a realização do estudo, foi transformar o trabalho de grupo em um espaço crítico e problematizador (BERARDINELLI et al., 2014).

No terceiro estudo (Hammerschmidt; Lenardt, 2010), que objetivou refletir sobre o empoderamento como tecnologia educacional inovadora para o cuidado de si junto a idosos com diabetes *mellitus* em forma de relato de experiência, o empoderamento

é considerado uma tecnologia educacional inovadora que permite o desenvolvimento de potencialidades dos indivíduos, o aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma verdadeira participação dos mesmos de forma a possibilitar o exercício da democracia. Acrescentam que as intervenções dos enfermeiros, quando planejadas com envolvimento e respeito às decisões do idoso, podem propiciar melhores resultados na ação do cuidar.

O quarto estudo (SANTOS et al., 2013), cujo objetivo foi descrever o processo de empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar, por sua vez, definiu empoderamento como um processo social de utilização das competências pessoais para o reconhecimento das suas próprias necessidades, resolução dos seus próprios problemas e mobilização dos recursos necessários de modo a sentir controle em suas vidas.

As autoras concluem que a equipe de enfermagem no contexto hospitalar, conseguiu incentivar as mães de recém-nascidos prematuros a se aproximar da criança e a participar dos cuidados. Porém, não propiciaram processos de reflexão crítica sobre as situações concretas do cuidado, nem habilidades para a resolução de problemas. Portanto, o processo de empoderamento nesse sentido, limitou-se à primeira etapa, de contato com a realidade concreta, uma vez que, os discursos não revelaram processo de reflexão-ação e nem o alcance de controle e manutenção da situação (SANTOS et al., 2013).

De acordo com o quinto estudo (SILVA; FUREGATO; GODOY, 2008), foram utilizadas tecnologias de teleinformática no contexto do cuidado e ensino de enfermagem. O estudo apontou que o uso de tecnologias de teleinformática propiciou o aumento e melhora da comunicação e apoio entre os profissionais envolvidos, diagnóstico e intervenção precoce e melhor manejo das doenças. Também contribuíram para a aprendizagem de conhecimentos (saber), de procedimentos (saber fazer) e de atitudes e valores.

Ressaltam que as discussões virtuais são consideradas uma forma mais direta e “ao vivo” de se comunicar do que outras ferramentas de comunicação virtual, o que contribui para reduzir possíveis barreiras emocionais. Nesse sentido, indicam a mobilização de diferentes aspectos da pessoa, tais como: conhecimentos prévios,

dúvidas, vivências pessoais e sociais com o tema, sentimentos e angústias (SILVA; FUREGATO; GODOY, 2008).

As tecnologias desenvolvidas e identificadas nos estudos anteriores, permitiram aos enfermeiros várias possibilidades de interação entre eles e os usuários.

Os estudos analisados nesta revisão, trouxeram em suas conclusões que as tecnologias utilizadas, de alguma forma, promoveram e potencializaram o empoderamento de indivíduos e coletivos, pois facilitaram a mobilização de informações e orientações e a aproximação e interação entre a enfermagem e os usuários. Por outro lado, a análise realizada, no presente estudo, identificou que as tecnologias educativas utilizadas nas práticas de educação em saúde se aproximaram de recortes programáticos vigentes na prática de educação em saúde tradicional, baseando-se na transferência de instruções e orientações com foco na abordagem terapêutica centrada na doença, na qual a palestra foi a ferramenta mais utilizada.

Considerando-se que a conscientização como processo fundante do empoderamento, não é possível de ser alcançada com atividades educativas tradicionais que utilizam unicamente palestras como ferramenta para a transferência ou repasse de informações, pode-se pensar que as práticas educativas desenvolvidas pela enfermagem, de acordo com os estudos analisados, não alcançaram o propósito fundamental defendido por Freire, que consiste em facilitar e promover a conscientização dos sujeitos através da educação. Ao contrário, a metodologia e as ferramentas utilizadas pela enfermagem nas tecnologias educativas podem estar, em alguma medida, promovendo uma pedagogia do oprimido, por meio do que Freire chama de “educação bancária” (FREIRE, 2005).

Freire afirma que as práticas educativas devem de ser repensadas com uma visão mais crítica do mundo em que os sujeitos vivem e, assim, dar maior importância à educação dialógica ou conversacional, acima da educação curricular e tradicional (FREIRE, 2006).

Com relação às tecnologias relacionais, estas foram utilizadas com a finalidade de se aproximar e conhecer melhor o paciente e sua família, o que foi percebido pelos próprios participantes dos estudos analisados como uma ação positiva, pois,

encontraram no profissional da enfermagem o apoio e a segurança que necessitavam ao vivenciarem alguma situação de doença ou de cuidado consigo mesmo ou com o recém-nascido prematuro. Tais tecnologias também ajudaram na compreensão das realidades enfrentadas, por meio da interação entre os sujeitos.

Nos estudos não foi evidenciado a realização de processos de reflexão crítica sobre as realidades concretas para posterior resolução de problemas. Nesta perspectiva, as tecnologias relacionais não deveriam de ser desenvolvidas de forma isolada, mas sim, propiciar uma aproximação crítica da realidade, onde os sujeitos tivessem a possibilidade de refletir-agir-refletir, buscando criar consciência da sua realidade e assim se comprometer com a práxis para sua transformação (FREIRE, 2001; 2006).

O cenário da APS apareceu apenas em um estudo, possibilitando a identificação de possível lacuna para a compreensão de processos e utilização de tecnologias crítico-reflexivas que busquem o empoderamento social, particularmente por parte dos profissionais da enfermagem que operam na APS.

Assim, a revisão da literatura referendou a relevância da realização da presente pesquisa com um tema pouco estudado com vistas à descrição de como são vivenciadas as relações, os limites e as possibilidades no cotidiano de enfermeiras da APS sobre a produção de tecnologias de empoderamento, uma vez que, é na micropolítica do processo de trabalho destes sujeitos que poderiam ser encontradas respostas para as dificuldades de transformação das práticas em saúde.

Contudo, acredita-se que os resultados desta pesquisa podem trazer importantes contribuições para a organização e elaboração de novas tecnologias promotoras de saúde que visem ao empoderamento de coletivos no âmbito da APS para a concretização do princípio democrático do SUS. Este estudo também fornece subsídios para a reflexão e atualização do conhecimento sobre empoderamento na APS e ferramentas para sua concretização.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Considerando que o objeto desta pesquisa é o desenvolvimento de práticas e tecnologias que contribuam para o empoderamento de equipes de saúde e usuários da AB, no processo de trabalho de enfermeiras, delinear-se os seguintes objetivos:

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho de enfermeiras da APS, no planejamento e desenvolvimento de tecnologias para o empoderamento de usuários e equipes de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Apreender as significações atribuídas ao termo empoderamento por enfermeiras da APS.
- Caracterizar o processo de trabalho das enfermeiras na APS.
- Analisar as tecnologias utilizadas para a promoção do empoderamento na APS e os contextos em que são desenvolvidas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Trilhando o caminho das reflexões sobre empoderamento social

Não há clareza quanto à origem do termo empoderamento, pois, esse é um termo que vem sendo construído ao longo do tempo em diversos contextos históricos. Por um lado, encontra-se a posição dos estudiosos do campo dos Direitos Humanos que argumentam que o termo apareceu nas décadas de 1960 e 1970, durante os movimentos feminista e das pessoas negras, nos Estados Unidos da América - EUA (IORIO, 2002). Por outro lado, encontram-se os estudiosos do campo da psicologia que referem ser os autores do termo nos anos 1970 também nos EUA (MUSITU OCHOA et al., 2004).

No entanto, os que estudam no campo da Educação defendem que foi o filósofo brasileiro Paulo Freire quem adaptou o termo empoderamento ao seu caráter transformador, entre as décadas de 1970 e 1980 (VALOURA, 2006).

No que a literatura condiz, o termo empoderamento surgiu num contexto de simbólicas contestações, movimentos e lutas sociais e se mantém até o momento, como um termo polissêmico com múltiplas interpretações e usos (ROMANO, 2002).

Compreendemos que existem três influências teóricas para o termo empoderamento: da psicologia, da educação e do pós-estruturalismo. Cada uma delas possui sua própria concepção de sujeito, forma de ação e estratégias de trabalho.

No campo da psicologia, o termo foi introduzido pelo psicólogo americano Julián Rappaport nos anos 1970 num cenário onde a reforma econômica e a luta por uma melhor assistência à saúde mental nos EUA contribuíram para que o Rappaport criasse o conceito de empoderamento, definido por ele como “*o mecanismo pelo qual as pessoas, a organização e a comunidade ganham domínio sobre as suas vidas*” (MUSITU OCHOA et al., 2004, p.3).

O conceito de empoderamento psicológico refere-se a um processo que visa permitir que as pessoas tenham um maior controle sobre sua própria vida, ou seja, uma pessoa empoderada é aquela que é independente, autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada forma e influir sobre seu entorno, atuando

segundo os seus princípios. A partir deste significado de empoderamento, surgem estratégias que buscam fortalecer a autoestima das pessoas e a capacidade de adaptação ao entorno, assim como, desenvolver estratégias de autoajuda e de solidariedade (RIGER, 1993).

No entanto, é possível perceber na concepção do termo, uma preocupação centrada no sujeito, movimentando um estilo individualista, uma vez que, o objetivo principal é fortalecer indivíduos para adequar-se ao modelo hegemônico.

Segundo a perspectiva pós-estruturalista, a realidade é uma construção temporal, produzida na tensão entre os discursos dominantes e emergentes, que buscam manter o alterar determinados entendimentos e práticas sociais estabelecidas (GASTALDO; HOLMES, 1999; FOX, 1993). E, questiona a noção de sujeito autônomo, empoderado, e com possibilidade de livre escolha, quando as pessoas são constituídas interiormente pelos mesmos discursos que compõem o seu exterior, dificultando distinguir entre interioridade e exterioridade (ROSE, 1998).

Nesta perspectiva, Foucault (2004) preconiza uma concepção positiva do poder, afirmando que nas relações humanas, sejam elas amorosas, institucionais ou econômicas, o poder está sempre presente, isto é, o desejo de uma pessoa dirigir a conduta de outra. Então, como são relações que se encontram em diferentes níveis, sob diferentes formas, as relações de poder serão sempre móveis, poderão ser modificáveis, ou seja, não são dadas de uma vez por todas.

Desta forma, o poder é uma prática social e histórica e não uma “coisa” ou objeto natural de alguns poucos. Porém, não são todos os indivíduos que se posicionam para exercer o poder ou o fazem da mesma forma, mas, todos exercem poder e governança, assim como também, são governados por discursos dominantes compartilhados capazes de produzir desejos e necessidades que as pessoas assumem “naturalmente” como suas (FOUCAULT, 2004).

No entanto, Machado (1979) defende o lado positivo do poder, ao afirmar que as relações de poder têm a capacidade de construir novos discursos e de produzir novas subjetividades. A partir da perspectiva pós-estruturalista, o empoderamento baseia-se no autogoverno e no potencial de transformação de quem somos (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

No campo da educação, quando os debates sobre o termo empoderamento chegaram ao Brasil no final dos anos 1970, o Brasil passava por uma fase de movimentos sociais, da Educação Popular e do movimento pela Reforma Sanitária. Nesse período, Paulo Freire, pensador e teórico no campo da educação, provocou reflexões sobre o papel do homem no mundo e sobre suas relações com o mesmo. Afirmou que a posição normal do homem no mundo, não era apenas a de estar nele, mas, estar com ele, sem esgotar-se na mera passividade. Isto é, não se reduzir somente à dimensão natural de espectador e sim à dimensão cultural que detém o aspecto do poder criador e que, lhe permite ser um eminente interferidor do mundo (FREIRE, 2006).

Assim, o homem seria um possuidor de experiência adquirida, que cria e recria, integrando-se ao seu contexto e respondendo aos desafios por ele colocados. A integração da qual fala Freire, resulta de estar com o mundo e não a simples adaptação, acomodação ou ajustamento os quais são denominados como sintomas de sua desumanização (FREIRE, 2006).

Freire (2006), enfatizando a importância da integração como atividade da esfera puramente humana, refere que ela resulta da capacidade do homem de se ajustar à realidade junto com o desejo de transformá-la, e que seu componente fundamental é a criticidade. Refere, também, que quanto mais perde o homem a capacidade da criticidade, mais é submetido a prescrições e comandos alheios que o minimizam e que fazem com que suas decisões não sejam mais suas, tornando-o em um ser acomodado ou adaptado. Freire complementa que:

Este aspecto passivo se revela no fato de que não seria o homem capaz de alterar a realidade, pelo contrário, altera-se a si para adaptar-se. A adaptação daria margem apenas a uma débil ação defensiva. Para defender-se, o máximo que faz é adaptar-se. Por isso, toda vez que se suprime a liberdade, fica ele um ser meramente ajustado ou acomodado. E é por isso que, minimizado e cerceado, acomodado a ajustamentos que lhe sejam impostos, sem o direito de discuti-los, o homem sacrifica imediatamente a sua capacidade criadora (FREIRE, 2006, p. 42).

Portanto, o homem integrado é o homem sujeito, que deve enfrentar permanentemente a grande luta de superar os fatores que o fazem acomodado, de

alcançar a sua humanização em nome de sua própria libertação, frequentemente ameaçada pela opressão. A partir das relações do homem com o mundo, dos seus atos de criação, recriação e decisão é que ele vai dominando o mundo, vai humanizando-o, vai fazendo cultura, e que não permite a imobilidade nem das sociedades nem das culturas (FREIRE, 2006).

Com relação aos atos de criação, recriação e decisão que o ser humano realiza a partir das relações que tem com o mundo, Freire (1979), introduz o termo “práxis criadora” como o processo permanente de reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Considerando a reflexão e a ação como uma unidade indissolúvel e imprescindível. Desta forma, a negação de um desses elementos (reflexão ou ação), desvirtua a práxis, transformando-a em ativismo ou subjetivismo, sendo qualquer um dos dois, uma forma errônea de captar a realidade.

A práxis que Freire defende é aquela na qual os sujeitos elevam sua consciência sobre sua realidade e seu mundo, transitando de uma consciência ingênua, à possibilidade de uma consciência crítica e transcendental. É na práxis e pela práxis que os sujeitos enquanto seres sociais, transformam seu mundo e se autotransformam (FREIRE, 1987).

A partir dessa perspectiva e sem negar a importância do empoderamento psicológico, Freire julgou que ele por si só não era suficiente para contribuir ao desenvolvimento de práticas capazes de influir sobre a distribuição de poder e dos recursos na sociedade, e propôs uma abordagem diferente para o termo empoderamento, definido por ele como empoderamento social (FREIRE, 2003).

Empoderamento social consiste na libertação das pessoas a partir da conscientização da vida de opressão, portanto, Freire define libertação como aquela que alcança alguns cidadãos ao conquistarem sua inclusão social, libertando-se da exclusão e dominação (FREIRE, 2003; 2004).

Porém, Freire (2006) refere que, desafortunadamente, o que se vê no cotidiano e que cresce com mais força no mundo, é o homem diminuído e acomodado, convertido em simples espectador, dirigido pelo poder que forças sociais criam para ele. Poder que o destrói, e que fazem com que ele duvide de suas possibilidades de libertação.

Sobre o termo conscientização, Freire (2001) explica que a realidade num primeiro momento não se dá aos homens como objeto cognoscível por sua consciência crítica, ou seja, na aproximação espontânea que o homem faz com o mundo não é uma posição crítica, e sim, uma posição ingênua. Dado que, nesse nível espontâneo de aproximação da realidade, o homem cria simplesmente uma experiência da realidade na qual está imerso.

Essa posição ingênua de aproximação do mundo, é o que Freire chama de estar consciente. Porém, o estar consciente não é a mesma coisa do que estar conscientizado. Uma vez que, a conscientização é dada pelo processo do desenvolvimento crítico da tomada de consciência. Ou seja, a conscientização exige que o homem ultrapasse a esfera espontânea de reconhecimento da realidade, para chegar a uma esfera de análise crítica na qual, o homem assume uma posição epistemológica (FREIRE, 2001).

A conscientização é então a visão crítica e dinâmica do mundo, o que leva a desmascarar sua mitificação e chegar a uma plena realização do trabalho humano que, em suma, é transformar permanentemente a realidade para sua libertação (FREIRE, 2001).

Sendo assim, a conscientização não é algo estático, é um processo dinâmico e permanente no qual, o sujeito transcende a esfera espontânea da apreensão da realidade para chegar a uma esfera crítica, na qual, o homem assume uma posição epistemológica frente aos desafios a responder ao longo da sua história (FREIRE, 1972).

Dessa forma, quanto mais conscientizado está o homem, mais desvelamentos tem da sua realidade, mais se penetra na essência fenomenológica dela. Por esta razão, a conscientização permite aos homens esclarecer as dimensões obscuras que resultam de sua aproximação com o mundo e criar novas realidades, que por sua vez, serão objeto de novas reflexões críticas (FREIRE, 2001).

É precisamente essa inserção no processo de transformação, o que torna a conscientização um ato de libertação, pois, motiva a que as pessoas inseridas criticamente na sua própria história, assumam o seu papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Porém, Freire (2001) afirma que num mundo cheio de contradições dialéticas, algumas pessoas trabalham na mudança das estruturas e

outros em sua manutenção, dependendo da maneira como os homens vêem o mundo, podendo abordá-lo de modo fatalista-estático, ou crítico- dinâmico.

Contudo, para que a conscientização seja viável, Freire (2001) destaca que é necessária a prática constante de ação-reflexão-ação, sem essa prática a conscientização não existe e, conclui, que o empoderamento é em si mesmo uma prática de conscientização.

Partindo da premissa de que a conscientização é o processo de compreensão crítica da realidade, é preciso esclarecer que a consciência não se cria ou se gera a partir de intervenções ou práticas intelectuais e educativas unicamente, isso seria cair numa posição idealista. Ou seja, em uma perspectiva política, as pessoas educadoras têm a possibilidade de contribuir minimamente na mudança do modo de compreender a realidade (consciência) da pessoa educada, pois, de fato se muda a compreensão e a consciência de um indivíduo, na medida em que este está iluminado e confrontado a respeito dos conflitos reais da sua história e seu mundo (SHOR; FREIRE, 1986).

Nessa perspectiva, Shor; Freire (1986) complementam que a ação educadora pode contribuir para mudar a consciência ou a compreensão da realidade das pessoas, mas, não é suficiente para transformar a realidade ou o mundo. Só a ação política na sociedade pode lograr uma transformação social, isto é, a conscientização individual, na qual a pessoa se sente individualmente mais livre, mais autônomo, se não está acompanhada de um sentimento social, se não é capaz de usar essa liberdade individual para ajudar os outros a se libertarem por meio da transformação da sociedade, então, só está se exercitando uma atitude individualista no sentido do empoderamento.

Embora a conscientização individual não seja suficiente para a transformação da sociedade como um todo, é absolutamente necessária para tal fim, desta forma, a libertação se configura como um ato social (SHOR; FREIRE, 1986).

Nesse sentido, o empoderamento social é um processo que leva à legitimação de grupos e coletivos sociais, dando voz a eles, ao mesmo tempo em que elimina barreiras que obstaculizam a produção de uma vida saudável, indica processos que promovam a participação social e o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades. Como consequência do empoderamento social,

indivíduos e coletivos são capazes de analisar e atuar sobre seus próprios problemas por meio da construção de habilidades, para responder aos desafios colocados pela convivência em sociedade (MINKLER, 1989). Assim, as ações empoderadoras são aquelas que promovem uma maior integração e protagonismo dos grupos na sociedade.

Com a preocupação de Freire em libertar os sujeitos, defendeu e fortaleceu a proposta de uma Pedagogia Libertadora, a qual é possível por meio da educação, mas, neste caso, uma educação libertadora (FREIRE, 2003), pois, para Freire, uma ação de empoderamento que não compreenda a liberdade como um ato para a transformação social, estaria somente desenvolvendo uma atitude individualista (SHOR; FREIRE, 1986).

Para Freire o empoderamento social envolve a questão de como a classe trabalhadora, por meio das suas próprias experiências, se esforça para obter poder político, fazendo com que o empoderamento seja muito mais do que um invento individual ou psicológico pois *“Indica um processo político das classes dominadas que busca a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta”* (SHOR; FREIRE 1986, p. 72).

Nesse contexto, o empoderamento social se coloca como uma estratégia conceitual importante para refletir e pensar sobre práticas educativas em saúde que permitam que os coletivos deixem de ser vistos como vítimas passivas e exerçam seu direito de estar ativamente envolvidos no processo de administração dos seus próprios destinos e metas (MEIS, 2011), de forma a superar os processos educativos hierárquicos que são muito comuns entre profissionais de saúde e usuários.

Nessa vertente, acredita-se ser necessária, a construção de propostas educativas que tenham como elo central, o que Freire denomina de educação libertadora, o que consiste na mudança do exercício do poder sobre-o-outro (*power-over*), por meio da geração de espaços de diálogo e de cogestão exercitando o poder-com-o-outro (*power-with*) (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988).

Essa noção de educação libertadora, proporciona uma maior interação do homem com o seu contexto, desenvolvendo um raciocínio crítico ou conscientização e, que torna o homem uma pessoa motivada, desinibida e capaz de criar (FREIRE, 2005).

Ressalta-se no pensamento de Freire (2001), a importância de oferecer uma educação libertadora que contribua para formar a consciência crítica e estimular a participação responsável do homem nos processos culturais, sociais, políticos e econômicos, processo definido por Freire como “práxis criadora”.

Para Freire, a educação libertadora tem como princípio, a pessoa e a realidade em que ela vive (seu contexto), utiliza a escuta e o diálogo visando a construir uma relação de confiança entre educador e educando e assim, a partir do diálogo, produzir condições para transformar sua realidade e a si mesma, mas, a dita transformação é realizada a partir da conscientização das pessoas, que faz com que ela saia da opressão para a libertação e, desta forma, sem conscientização não há libertação. Portanto, uma educação libertadora e humanizada:

É o caminho pelo qual homens e mulheres podem se tornar conscientes da sua presença no mundo. A maneira como atuam e pensam quando desenvolvem todas as suas capacidades, tomando em consideração as suas necessidades, mas também, as necessidades e aspirações dos outros (FREIRE; BETTO, 1985, p.14).

Também, a educação libertadora exige respeito pelos saberes e conhecimentos das pessoas que se pretende educar, especialmente, os conhecimentos das pessoas das classes populares, pois, estes possuem saberes que são construídos socialmente na prática comunitária, o que torna oportuno e indispensável o fato de estabelecer uma relação íntima entre os saberes técnicos e os saberes procedentes das experiências sociais das pessoas (FREIRE, 1979).

Educar de forma libertadora, exige também, a exemplificação das palavras. Nessa perspectiva, Freire salienta que, o educador que realmente educa com rigorosidade e consciência, toma como falsa a expressão: “faça o que mando e não o que eu faço”, uma vez que, sabe que as palavras que não têm exemplo e corporificação, não valem nada (FREIRE, 1979). Dessa forma, se quisermos empoderar a outros, primeiramente teremos de estar empoderados nós mesmo.

Cabe ressaltar que, para ser válida, toda ação educativa deve necessariamente estar precedida de uma reflexão sobre o homem e sobre o contexto concreto do homem a quem se pretende ajudar a educar-se. Sem essa reflexão prévia, corre-se

o risco de prezar por métodos educativos que reduzem o homem à condição de objeto (FREIRE, 1979).

A educação libertadora tem como grande tarefa a prática de inteligir, desafiar e produzir compreensão e reflexão crítica sobre os fatos e as ações, e não a mera transferência ou doação de informações; dado que, “*é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática*” (FREIRE, 1996 p. 43). E é precisamente esse processo de reflexão sobre sua situação e ambiente concreto o que torna o homem em um ser sujeito e não mais objeto (FREIRE, 1996).

Contudo, para Freire (1979), o caminho da conscientização através da educação libertadora é a única maneira que tem o homem de começar a agir de forma diferente frente à realidade, uma vez que esta deixa de ser um “beco sem saída” e toma o seu verdadeiro significado: um desafio a que os homens devem responder para alcançar a sua liberdade.

Esse desafio de responder à realidade, implica, que os homens enquanto “seres-em-situação” estejam imersos em condições de espaço e tempo que influem neles e que por sua vez, os homens influem nelas. Quanto mais os homens refletirem criticamente sobre a sua realidade e mais atuarem sobre ela, serão mais homens (FREIRE, 1979).

O processo de atuar na transformação do mundo a partir da reflexão, o qual foi definido por Freire (1979) como “práxis criadora”, encontra ressonância no referencial teórico do processo de trabalho discutido por Marx, no qual o homem a partir do pensamento e da reflexão, transforma a natureza ou seu mundo com um propósito e um fim determinado (MARX, 1987).

4.2 Processo de trabalho em saúde e a micropolítica do trabalho vivo

O homem ao longo da sua existência esteve ligado a atos produtivos mudando a natureza, esse processo foi estudado por Marx (1987) que o definiu como *trabalho*, descrito pelo autor como um processo que o homem realiza conscientemente para transformar a natureza em elementos úteis para sua vida.

Para Marx (1987), o processo de trabalho está composto por três elementos: matéria prima, instrumentos de trabalho e a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho (MARX, 1987).

O conceito de processo de trabalho é a ação norteada por um fim, que, não é mais do que a satisfação das necessidades humanas. Ou seja, há uma necessidade social que move o homem à ação, o que representa uma intencionalidade, uma ideia de trabalho pensada logo no início da ação (MERHY, 1997)

No contexto da saúde, Mendes Gonçalves (1979; 1992) foi o primeiro autor a criar o conceito de “*processo de trabalho em saúde*”, propondo uma análise a partir dos seguintes elementos: objeto de trabalho, instrumentos, finalidades e agentes e, sugere que estes sejam vistos sempre de forma articulada, uma vez que, um processo de trabalho específico só é dado pela relação recíproca entre esses elementos.

Sobre o objeto, este representa aquilo que vai ser transformado, que pode ser matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior, na saúde especificamente, o objeto são as necessidades humanas de saúde. Porém, o objeto de trabalho não existe por si só, ele deve ser enxergado por um olhar que contenha uma intenção de transformação com uma finalidade (MENDES GONÇALVES, 1994).

Em relação aos instrumentos, estes são constituídos historicamente pelo homem que amplia as possibilidades de intervenção sobre o objeto. Desse modo, os instrumentos de trabalho são um conjunto de coisas que o trabalhador incorpora entre ele e o objeto de trabalho (MARX, 1994).

No processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1994), discute a presença de instrumentos materiais e não materiais, sendo que os primeiros fazem referência aos equipamentos, material de consumo, medicamentos, infraestrutura, entre outros. Já os segundos, referem-se aos saberes específicos dos sujeitos. O autor complementa analisando que, os instrumentos não materiais constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual.

Quanto à finalidade, é a intencionalidade do processo de trabalho, relacionada ao projeto pensado para alcançar o produto desejado. Ressalta que a finalidade é dada pelo trabalhador, considerando que o trabalhador está sujeito a ação do trabalho, transformando e sendo transformado (MENDES GONÇALVES, 1994).

Antunes (2005), ratifica essa análise, ao afirmar que o trabalho é uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, num movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação.

Em relação aos agentes, é o sujeito ou conjunto de sujeitos que executam as ações, estabelecem os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos (MENDES GONÇALVES, 1994).

Nos processos de trabalho, existem atividades coletivas, conjuntas ou complementares de vários indivíduos, em tal caso, fala-se em trabalho de grupo ou de equipe. Além disso, deve-se considerar que, todos os agentes sejam individuais ou de equipe, são formados e desenvolvem suas atividades em uma sociedade determinada, assim, os objetivos, a adequação dos materiais e as finalidades são estabelecidas e realizadas nos níveis social, institucional, de equipe e individual (FARIA et al., 2009).

O conceito *processo de trabalho em saúde* refere-se à dimensão microscópica do cotidiano de trabalho em saúde, isto é, as práticas do dia a dia dos trabalhadores e equipes de saúde na produção e consumo dos serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, s/d).

Essa dimensão microscópica é retomada por Merhy (1997; 2007) que, buscando dar continuidade aos estudos sobre processo de trabalho em saúde, insere o termo de “micropolítica”, o qual, refere-se ao plano molecular em que se desenvolvem os processos de subjetivação, durante os quais, se realizam ações que transformam coisas e produzem outras novas (FEUERWERKER, 2014).

No processo de trabalho em saúde, sempre haverá um agente produtor de atos de cuidado (profissional de saúde) possuidor de conhecimentos, equipamentos, ferramentas e concepções, e um agente consumidor (usuário) com suas concepções, intenções, necessidades e conhecimentos também. Assim, o usuário, como agente consumidor de atos de cuidado, é objeto do agente produtor, mas, também é um agente ativo que afeta o processo de produção (FEUERWERKER, 2014).

Na micropolítica do processo de trabalho em saúde, segundo Merhy (2007), destacam-se os conceitos de “trabalho vivo” e de “trabalho morto”. O primeiro refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; e o segundo, refere-se aos meios e

produtos finais do trabalho humano (ferramentas, instrumentos, materiais e a organização do processo de trabalho).

Se diz que, quando o homem não consegue ser autônomo para realizar as suas próprias ações, o “trabalho vivo” se torna “trabalho morto”. Um exemplo disso é quando, o dono de uma empresa controla a tal ponto o autogoverno do trabalhador, que já estrutura e define o trabalho e o produto final previamente, criando uma linha de montagem, domesticando o trabalho vivo (MERHY, 1997a).

Na saúde, o trabalho é considerado “trabalho vivo”, pois acontece por meio de encontros entre trabalhadores da saúde e usuários, sendo esse o momento de criação. Porém, o modelo assistencial que predomina é aquele onde o encontro entre trabalhador da saúde e usuário é invadido pela “voz” do trabalhador da saúde e, conseqüentemente pela “mudez” do usuário, tornando esse encontro em um momento de autoritarismo e de trabalho morto, ao invés de ser um momento intercessor e portador de forças “instituintes” onde aconteçam interações (MERHY, 1997).

A dimensão processual e transformadora do trabalho vivo em ato na saúde é atribuída à sua essência na ação, e que é fonte de tecnologias, na medida em que o trabalho em ato pode possibilitar caminhos de saída do já instituído (PEDUZZI; SCHRAIBER, s/d).

A partir dessa perspectiva, Merhy (2009), dividiu em três grupos de ferramentas tecnológicas os meios e materiais que os trabalhadores da saúde utilizam durante os encontros com os usuários, dependendo da finalidade e o sentido que cada um espera. Tais grupos são: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves.

O grupo de tecnologias duras refere-se aos equipamentos, instrumentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos; esse grupo de tecnologias representam o trabalho morto. O grupo de tecnologias leve-duras, refere-se aos saberes técnico-científicos definidos, como por exemplo, a clínica e, a epidemiologia; esse grupo representa trabalho morto por serem conhecimentos definidos previamente, mas que, se torna vivo quando o trabalhador age mediante seu trabalho vivo em ato no seu encontro com o usuário. O grupo de tecnologias leves, vincula-se às relações e encontros entre trabalhadores e usuários, são as tecnologias que possibilitam a

produção de vínculos a partir da escuta, do acolhimento e da confiança, fazendo com que o raciocínio clínico do trabalhador da saúde seja mais amplo e rico (MERHY, 2009).

É justamente nesse momento de encontro e interseção entre equipe e usuários que as tecnologias leves e leve-duras ganham importância, evidenciando o valor e o significado do trabalho vivo em ato, pois, é a partir dele que o usuário tem maiores possibilidades de interagir, de afetar, de atuar e de ganhar autonomia (MERHY, 2009).

Merhy (1998a), define interseção como aquele encontro entre trabalhador e usuário em que o usuário é visto como um sujeito ativo e não alheio do processo de trabalho em saúde e, como corresponsável pelo seu próprio projeto terapêutico. Nesse encontro intercessor, ambos, trabalhador e usuário se afetam mutuamente possibilitando a criação de negociações e na produção do cuidado a partir da potencialização do protagonismo do usuário (GALAVOTE et al., 2013).

No cotidiano do trabalho em saúde, é possível operar o processo de trabalho usando os três grupos de tecnologias, dependendo do que os trabalhadores considerem como apropriado para determinado encontro-momento. Entretanto, são os grupos de tecnologias duras e leve-duras que predominam na organização do processo de trabalho em saúde. Há uma supervalorização do saber médico específico, dos equipamentos, dos insumos, em detrimento e desvalorização das tecnologias leves, o que tem tornado o trabalho em saúde, um processo de mera reprodução de procedimentos e um descompromisso com os resultados e efeitos nos usuários (FEUERWERKER, 2014).

Como consequência dessa situação, os usuários têm manifestado sentimento de insegurança, desamparo, desrespeito, desprezo e desinformação por parte dos trabalhadores da saúde (MERHY, 1998b). Nessa ordem de ideias, se o usuário não se sente sujeito ativo no seu processo terapêutico, ele perderá interesse e resultará na sua desresponsabilização pelo objetivo final de tal processo.

Contudo, questiona-se o que torna o trabalho, quando realizado baseado nas tecnologias leves, mais produtivo e interessante para os usuários e os trabalhadores da saúde? (BRASIL, 2005).

Para ajudar nessa discussão, Merhy (1997; 2002) faz uma elucidação sobre o trabalho vivo, apontando que quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande possibilidade de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, famílias e coletivos, interagir, inserindo-os no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-os protagonistas de seu processo saúde-doença.

Essa relação estabelecida no trabalho vivo em saúde buscando o protagonismo dos usuários, famílias e coletividades nos seus processos de saúde e doença, pode ser remetida ao processo de empoderamento social, amplamente discutido por Freire, dado que, pode contribuir de alguma maneira, na legitimação e integração das pessoas na sociedade, na medida em que, nos encontros em saúde onde se desenvolve o trabalho vivo em ato, se dá voz à população e se promove a participação social, sendo este um princípio que também precisa ser concretizado na APS.

4. 3 Atenção Primária à Saúde, processo de trabalho e empoderamento social

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, é um “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990, Título II) que visa assegurar o direito constitucional e inalienável de todos os brasileiros à saúde.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera equivalentes os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica e a define como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida

à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 2).

A APS tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde. Possui como principais características: ser a principal porta de entrada dos usuários à rede de saúde, ser coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços oferecidos na rede, sendo estes, disponibilizados de acordo com as necessidades e demandas próprias de cada território e considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com Cunha (2005), a APS deve ser acessível (relacionada ao tempo, lugar, financiamento e cultura), integrada (curativa, reabilitadora, promotora de saúde, preventiva de doenças), geral (não é restrita a faixas etárias, condições ou tipos de problemas), continuada, utilizar o trabalho em equipe, holística (perspectivas físicas, psicológicas e sociais de indivíduos e coletivos), pessoal (atenção centrada na pessoa), orientada para a família e a comunidade, coordenadora, confidencial, e defensora dos usuários em relação aos outros provedores de atenção à saúde.

A PNAB considera que a APS é um espaço potencial para a educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção em Saúde (RAS). Essa Política também prevê que as ações na APS devem possuir alto grau de capilaridade, estando o mais próxima possível de onde a vida das pessoas ocorre (BRASIL, 2017).

Uma RAS é uma alternativa de enfrentamento à hegemonia de fragmentação das ações em saúde e é definida como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela AB, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada-, com responsabilidade sanitária e econômica, e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

A APS tem como diretrizes a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. E para cumprir com tais diretrizes, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de organização das práticas, investimentos e gerenciamento da APS (BRASIL, 2017).

Criada em 1994 com o nome de Programa Saúde da Família (PSF), que mais tarde, no ano 1997 passou a denominar-se como estratégia, a ESF propõe constituir uma equipe multiprofissional mínima para se atuar na APS. Tal equipe compreende por um enfermeiro, um médico, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo ser acrescentados a esta composição, outros profissionais como um cirurgião dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS que comporão uma equipe é definido de acordo com a base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos do território local (BRASIL, 2017).

A ESF foi criada como uma proposta para superar o modelo de atenção médico hegemônico até então predominante nas práticas de saúde, que tinha como características o desenvolvimento de ações individuais, com foco biológico, medicalização das necessidades de saúde, ênfase na prática curativa e participação passiva dos usuários que eram tratados como meros consumidores (PAIM, 2012).

Segundo Paim (2012), um modelo de atenção à saúde é definido como o grupo de tecnologias estruturadas e estabelecidas para resolver os problemas de saúde de uma população e para atender necessidades individuais e coletivas.

A ESF tem como principais características: o cadastramento e acompanhamento da população que reside na sua área de abrangência, a criação de vínculos entre equipe e população, o processo de trabalho da equipe de saúde da família opera sob os princípios de diagnóstico e planejamento local, abordagem multiprofissional, educação permanente, referência e contrarreferência, atuação intersetorial e controle e participação social (BRASIL, 1997).

De forma a facilitar a discussão sobre o processo de trabalho na APS, Faria e colaboradores (2009) fazem a identificação dos elementos que compõem o processo de trabalho neste ponto da rede assistencial.

Primeiramente, identificam como agentes: a) o sistema público de saúde brasileiro que por sua vez está estruturado em três esferas administrativas do estado nacional: união, estados e municípios, sendo todos esses elementos, agentes institucionais dos processos de trabalho pois estabelecem os objetivos para as atividades das equipes de saúde; b) as equipes de saúde como agentes grupais imediatos; c) os profissionais e trabalhadores que compõem as equipes de saúde como agentes individuais também imediatos dos processos de trabalho realizados na AB; d) cada usuário da APS é potencialmente demandante de seus serviços e, também, como objeto e sujeito imediato em sua atuação; e) a sociedade em geral, também é agente, sob o aspecto de que os conhecimentos, técnicas e valores que se desenvolvem na prática das equipes da APS são produzidos socialmente (FARIA et al., 2009).

Como objetivos e finalidades do processo de trabalho na APS (FARIA, et al., 2009), descrevem que são distintos e por vezes contraditórios devido à pluralidade dos agentes anteriormente referidos. Por um lado, os usuários dos serviços da APS têm como objetivo principal a resposta e solução às suas necessidades e problemas de saúde, considerando que, uma característica fundamental da demanda dos usuários na APS, é que grande parte das demandas não se limitam às condições e sofrimentos biológicos, e sim, se relacionam com condições psicossociais.

Por outro lado, o objetivo geral do SUS, como de todo sistema público nacional e universal de saúde, é a melhoria do nível de saúde da população do país, de acordo com os limites éticos e econômicos estabelecidos socialmente. Sem embargo, é preciso lembrar que, o sistema público de saúde é parte do estado nacional e, como tal, tem uma organização política respondendo também, aos objetivos políticos que se apresentam em cada nível do estado. E, por a APS ter uma forte inserção comunitária, os interesses e objetivos políticos locais e municipais exercem forte influência sobre a sua atuação (FARIA et al., 2009).

Com relação aos meios e instrumentos, os equipamentos, suplementos técnicos, infraestrutura e outros equipamentos sociais utilizados na APS são determinantes que permitem ou não que alguns dos objetivos do trabalho na APS sejam atingidos. Além deles, também se incluem os conhecimentos e habilidades dos trabalhadores e os meios constituídos pela interação dos trabalhadores entre si

e destes com os usuários como condições para a realização do trabalho (FARIA, et al., 2009).

Desde sua implantação, a ESF tem favorecido a expansão do acesso das pessoas aos serviços de saúde na APS, alcançando uma cobertura de 95% dos municípios brasileiros para o ano 2012 (RASELLA et al., 2014). Para o ano 2014, a ESF atendia 120 milhões de pessoas, correspondendo ao 62% da população brasileira (MACINKO; HARRIS, 2015).

Tem se demonstrado que a expansão da ESF trouxe melhoras na atenção à saúde da criança, redução da mortalidade infantil (ROCHA; SOARES, 2010), redução nas hospitalizações por condições sensíveis à APS e diminuição nas taxas de complicações de doenças crônicas (RASELLA et al., 2014).

No entanto, apesar dos avanços que tem trazido a ESF para a saúde brasileira, alguns estudos discutem a persistência de diversas dificuldades que perpassam às práticas na APS e na ação efetiva da PNAB, no que se refere à alta complexidade do perfil das necessidades da população e dos territórios, a fragmentação das ações em saúde, diversidade de interpretações e experiências na implantação da ESF, aspecto que dificulta a gestão, coordenação, avaliação e planejamento das ações no âmbito nacional (ANDRADE et al., 2012).

Nessa vertente, autores têm analisado que o processo de trabalho na APS é influenciado pela lógica da tecnologia e pela produção mecanizada das ações em saúde, pautada na estrutura funcionalista derivada de uma interpretação em que os problemas que emergem no processo de saúde-doença possuem causas preponderantemente biomédicas (PIRES, 1996; ABRAHÃO, 2007).

A organização do processo de trabalho na APS que busque romper com essa lógica requer mudanças na micropolítica do processo de trabalho das equipes de saúde. Merhy (2002), defende que tais mudanças devem estar fundamentadas em ações localizadas sobre o trabalho vivo em ato, como componente instituinte, nas quais, a escuta qualificada, a criação de espaços de acolhimento e o estabelecimento de vínculos possibilitem a afirmação de processos de trabalho com potência de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas na APS (ABRAHÃO, 2007).

E é no trabalho vivo que há a possibilidade de que trabalhadores da saúde e usuários da APS desenvolvam uma práxis que, por meio de tecnologias leves e leve-duras, promovam o diálogo, a criticidade, curiosidade e criatividade, referidas por Freire (2006) que poderão resultar na transformação da realidade de vida e saúde dessas pessoas, contribuindo na concretização do conceito de empoderamento social.

Compreender o empoderamento como um ato social, implica reconhecer no diálogo, uma tecnologia leve muito necessária, na medida em que os seres humanos se transformam cada vez mais em seres criticamente comunicativos. No trabalho vivo em ato na APS, o diálogo é um encontro criativo em que trabalhadores da saúde e usuários, famílias e coletividades se encontram para refletir e analisar sobre sua realidade de uma forma crítica. A práxis do diálogo é precisamente a conexão e a relação entre esses dois sujeitos, o que requer uma aproximação dinâmica na direção da compreensão da realidade para sua posterior transformação (SHOR; FREIRE, 1986).

É relevante garantir que a participação social se efetive como princípio organizativo do SUS e como um dos atributos essenciais da APS, podendo contribuir na concretização do conceito de empoderamento social, ao acolher e vincular a população para o cuidado da saúde e da vida, por meio da organização social.

Contudo, estabelece-se o desafio de pensar e organizar modelos organizacionais e perfis de trabalhadores da APS, que possibilitem atuar sobre os microprocessos no interior do sistema de saúde, especificamente, no âmbito da gestão do trabalho em saúde, na produção do cuidado, como lugares onde há espaço para a resolubilidade das ações em saúde (ABRAHÃO, 2007) e para o empoderamento social das equipes e populações.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

A natureza desta pesquisa está ancorada na abordagem qualitativa, de caráter exploratória, na modalidade de estudo de caso, referente às tecnologias de empoderamento social utilizadas por enfermeiras da APS.

A construção deste projeto de pesquisa aproximou-se da problematização do cenário de estudo, no qual são vivenciadas situações do cotidiano, afastando-se da perspectiva positivista, que busca uma neutralidade do pesquisador e o controle da situação estudada. Minayo (2013) assevera que, na abordagem qualitativa, o conhecimento produzido está relacionado aos aspectos do universo dos sentidos, aspirações, valores, crenças, hábitos e atitudes dos indivíduos, e o pesquisador, por sua vez, fica comprometido com as mudanças sociais.

Turato (2005) complementa que, na pesquisa qualitativa o investigador tem a possibilidade de conhecer os significados dos fenômenos do processo saúde-doença, concedendo um entendimento mais profundo dos sentimentos, ideias e comportamentos dos indivíduos-usuários-pacientes, família e da equipe de saúde.

Nos estudos exploratórios são pesquisados fenômenos de forma a alcançar a maior familiaridade entre o pesquisador e o objeto de pesquisa, se descrevem e relacionam as variáveis na busca de informações precisas sobre as características dos sujeitos do estudo, instituições ou situações (GIL, 2008). Este estudo se delinea como um estudo de caso, por se tratar de uma pesquisa empírica que busca investigar em profundidade e de forma exaustiva um objeto dentro do seu contexto real de forma a conhecê-lo detalhadamente (Gil, 2008; YIN, 2010).

Para Polit e Beck (2011), o estudo de caso tem como ponto central o caso em si. Refere-se a investigações detalhadas de uma entidade, a qual pode ser um indivíduo, uma família, uma instituição, uma comunidade ou qualquer outra unidade social, cuja riqueza de informações e dados explorados permitam destacar as relações entre diferentes fenômenos ao longo do tempo.

O conhecimento gerado a partir de um estudo de caso, segundo André (2008), é diferenciado do conhecimento gerado em outras pesquisas, pois, no estudo de

caso, o conhecimento adquirido é mais concreto e contextualizado, baseando-se em populações de referência. O estudo de caso qualitativo atende a quatro características fundamentais, a saber: particularidade, descrição, heurística e indução.

A particularidade, faz referência ao fato de que o estudo de caso focaliza uma situação ou fenômeno particular e específico, fazendo com que seja um tipo de estudo apropriado para pesquisar problemas práticos do cotidiano. A descrição, refere-se ao detalhamento completo e literal do fenômeno pesquisado. A heurística diz respeito à ideia de que o estudo de caso auxilia a compreensão do leitor sobre a situação investigada, possibilitando a descoberta de novos significados, expandir a experiência do leitor ou confirmar as hipóteses prévias e, a indução, significa que os estudos de caso de forma geral, baseiam-se no raciocínio indutivo (ANDRÉ, 2008).

O rigor e a validade dos resultados do estudo de caso podem ser alcançados com a utilização de diversas técnicas e fontes de evidências, como por exemplo, documentos, entrevistas e observações, que possibilitam a realização de triangulação de fontes de dados, entre avaliadores de diferentes teorias e métodos (YIN, 2010).

5.2 Cenário do estudo

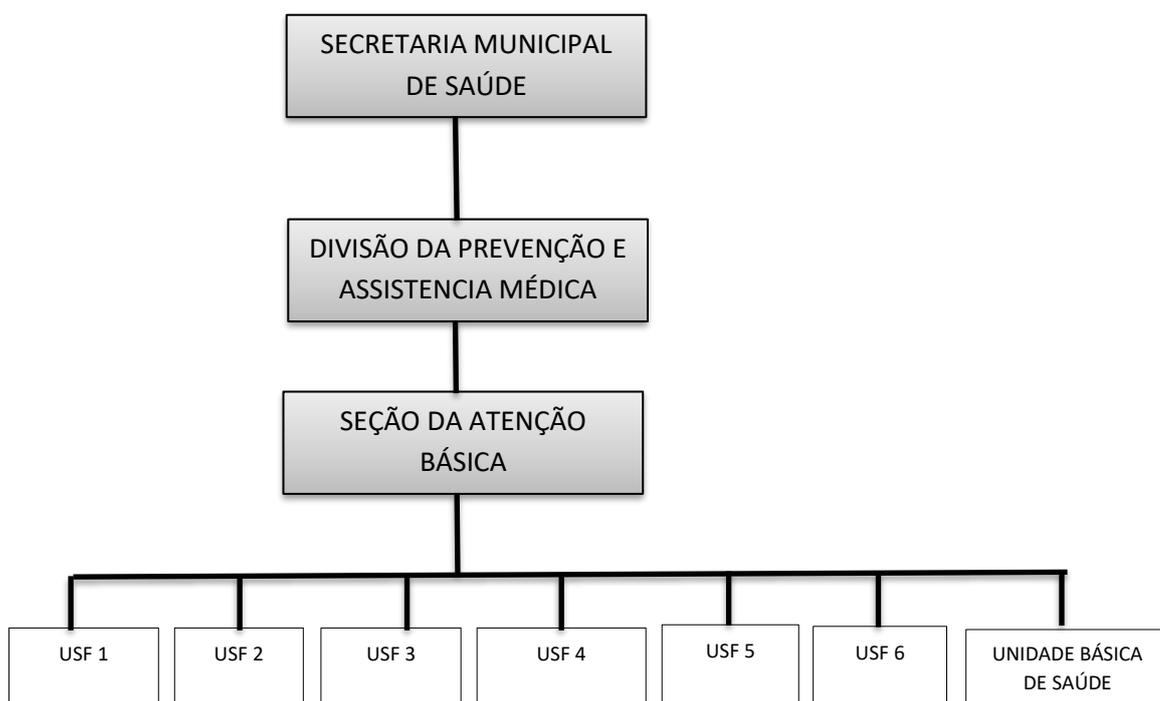
O cenário desta pesquisa centra-se na rede de AB à saúde de um município brasileiro localizado na Região Centro-Leste do estado de São Paulo. Com uma população estimada em 2016 de 33.165 habitantes, segundo último censo populacional realizado em 2016 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Possui uma área de 755,226 km².

A escolha desse município se deu, principalmente, por ser considerado no meio técnico da saúde pública da região, como um dos que apresentam propostas inovadoras no que se refere às práticas de saúde na APS e, também, pela facilidade de acesso aos serviços e trabalhadores da saúde nesse município.

Vale ressaltar uma particularidade da política de saúde municipal para a APS, que é a reorganização da AB à saúde municipal por meio da Estratégia Saúde da Família, substituindo completamente o modelo tradicional representado pelas

Unidades Básicas de Saúde. Além disso, a definição do papel da gestão como sendo uma das atribuições da enfermeira das unidades de saúde da família, diferente da gestão compartilhada que ocorre em grande parte dos municípios, foi considerada um contexto peculiar para estudo da atuação desse profissional, com possibilidade de produzir resultados relevantes acerca do objeto do estudo.

Figura 1- Organograma da APS no município estudado



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019.

5.3 Participantes do estudo

As participantes desta pesquisa foram selecionadas de forma intencional visando atender aos objetivos propostos. Assim, participaram desta pesquisa, nove enfermeiras que atuam na APS do município, distribuídas assim: uma enfermeira responsável pela coordenação da APS do município e oito enfermeiras responsáveis pela gestão local das suas unidades de saúde da família. Sendo esse número, o total de enfermeiras em atividade no período de realização da presente pesquisa.

Cabe ressaltar que uma das USF integrava duas equipes de saúde e, portanto, contava com duas enfermeiras.

A escolha destes sujeitos se deu pelo fato de que, no município escolhido como cenário da pesquisa, as enfermeiras desenvolvem o papel de cuidado e de gestão dos serviços de saúde da APS, papéis que as colocam em constantes tensões e relações intercessoras com os usuários, coletivos, outros membros da equipe de saúde e da gestão de saúde municipal.

5.3.1 Caracterização das participantes do estudo

Quadro 2- Caracterização das enfermeiras que participaram no estudo.

Identificação	Idade (anos)	Especialização	Tempo de trabalho no cargo atual	Tempo de trabalho na APS	Tempo de trabalho no município (anos)
Girassol	55	Saúde da família, Gestão do cuidado	3 anos	18 anos	8
Rosa	41	Não possui	3 anos	17 anos	17
Crisântemo	35	Não possui	4 anos	9 anos	17
Dália	29	Enfermagem do trabalho	3 meses	3 meses	5
Orquídea	46	Saúde da família, Saúde do trabalhador	10 anos	12 anos	12
Tulipa	34	Não possui	6 anos	6 anos	6
Lírio	37	Não possui	1 anos	13 anos	13
Magnólia	40	Preceptor de saúde para o SUS, Gestão da atenção à saúde da família	5 anos	11 anos	11
Gérbera	32	Saúde do trabalhador, Enfermagem obstétrica	5 meses	8 anos	10

Fonte: Elaboração da autora, 2019.

Das nove enfermeiras, oito são gestoras de USF e uma é a atual coordenadora da rede de APS do município, que também atuou como enfermeira-gestora de uma das USF do município antes de assumir o atual cargo.

Três enfermeiras, antes de assumir o cargo de enfermeira da sua USF, exerceram outras funções como a de ACS ou de técnica de enfermagem na mesma unidade, durante muitos anos, o que as coloca num estreito vínculo com a equipe e com o território que abrange aquela unidade de saúde.

Todas as enfermeiras são do sexo feminino, com idades entre 32 e 55 anos. Duas enfermeiras não tinham experiência prévia na APS e quatro delas não possuem estudos de Pós-graduação.

5.4 Trabalho de campo

No intuito de ampliar as possibilidades de compreensão do objeto de estudo proposto nesta pesquisa, foram utilizadas diferentes estratégias de coleta de dados: entrevista semiestruturada, observação e registro em diário de campo.

Segundo Triviños (2008), o uso de várias estratégias metodológicas visa apreender a maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do fenômeno estudado. Complementando nesse sentido, “A confiabilidade de um Estudo de Caso poderá ser garantida pela utilização de várias fontes de evidências, sendo que a significância dos achados terá mais qualidade ainda se as técnicas forem distintas” (MARTINS, 2008, p. 80).

A escolha pela entrevista, observação sistemática e registro em diário de campo como técnicas de pesquisa, está dada pela natureza do objeto do presente estudo, pois requer acompanhar o cotidiano de trabalho das enfermeiras, as ações que realizam, seus contextos, as interfaces e interações entre as enfermeiras com os demais membros da equipe de saúde e com os usuários da AB.

5.4.1 Aproximação do cenário do estudo

Primeiramente houve um contato da pesquisadora com a Secretaria Municipal de Saúde, no qual, foi apresentada a proposta da pesquisa e solicitada a autorização para sua realização. Posteriormente, foi realizado encontro com as enfermeiras durante uma reunião delas com a coordenadora da APS, momento em que foram

apresentadas as diretrizes do projeto e foi feito o convite para participação na pesquisa.

Durante a reunião com as enfermeiras, foram esclarecidas dúvidas e especificamente elas quiseram saber se a pesquisadora poderia atuar junto com as enfermeiras, ajudando nas rotinas da unidade, na etapa de observação. Foi explicado que a pesquisadora não participaria da rotina de trabalho nas unidades, mas restringir-se-ia à observação sistemática das práticas para fim da pesquisa.

5.4.2 Entrevistas

Para o alcance do objetivo “Conhecer as significações atribuídas ao termo empoderamento por enfermeiras da AB”. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove enfermeiras da rede de APS do município.

Para Chizzotti (2006), a entrevista exige que o entrevistador tenha uma atitude disponível à comunicação, propicie o diálogo e transmita confiança, permitindo que o entrevistado se sinta livre para expor suas opiniões, atos e atitudes.

Segundo Minayo (2013), na entrevista como técnica de coleta de dados pode-se obter informações que representam a realidade do sujeito estudado quanto às suas crenças, ideias, sentimentos, maneiras de agir, de pensar dentre outras.

Ainda sobre a entrevista, Triviños (1987) afirma que o entrevistado participa da elaboração do conteúdo da pesquisa na medida em que expõe sua forma de pensar e suas experiências.

As entrevistas foram realizadas individualmente entre os meses de outubro e novembro do ano 2017, seguindo um roteiro com questões norteadoras (ANEXO A) que abordaram temas como significados sobre empoderamento, promoção da saúde, educação popular e educação permanente. Foram agendadas previamente com cada uma das participantes da pesquisa de acordo com a disponibilidade delas. As entrevistas foram realizadas em cada uma das unidades de saúde onde cada enfermeira atua, em horário sugerido por elas dentro da jornada de trabalho, e gravadas em áudio para sua posterior transcrição e análise. O tempo de duração das entrevistas variou de 45 minutos a 60 minutos.

No início de cada entrevista, foi retomado junto à entrevistada, o objetivo da pesquisa no intuito de buscar maior aproximação com a pesquisadora. As entrevistas possibilitaram a obtenção das informações e diferentes olhares sobre o objeto de estudo por meio da interação com os participantes da pesquisa.

A transcrição das entrevistas foi feita pela própria investigadora, criando um documento em WORD do pacote de Office 2017. Cada entrevista foi transcrita no mesmo dia em que foi realizada.

No intuito de preservar a identidade pessoal das participantes do estudo, foi designado um código a cada uma, o qual faz referência ao nome de uma flor.

5.4.3 Observação sistemática

Para alcançar os objetivos “caracterizar o processo de trabalho das enfermeiras na APS” e “analisar as tecnologias utilizadas para a promoção do empoderamento e os contextos em que são desenvolvidas”, realizou-se observação sistemática como técnica de coleta de dados, utilizando-se para direcionamento um roteiro básico (ANEXO B). A observação foi iniciada no mês de dezembro de 2017 e concluída no mês de abril de 2018, totalizando 324 horas.

A partir das entrevistas foram selecionadas três enfermeiras cujos relatos a pesquisadora analisou como relevantes, na medida em que relataram o desenvolvimento de práticas cotidianas que integram tecnologias, identificadas por elas, como empoderadoras de equipes de saúde e usuários da APS, para a realização do acompanhamento por meio da observação do cotidiano de trabalho, no intuito de apreender o processo de planejamento e desenvolvimento de tais tecnologias. Foram observados os processos de trabalho de duas enfermeiras que atuam em Unidades de Saúde da Família (USF) e de uma enfermeira que coordena a gestão da APS no município.

As enfermeiras foram acompanhadas e observadas em suas atividades dentro dos seus diversos contextos de trabalho durante uma jornada normal de trabalho. As observações foram realizadas com um “olhar” e “ouvir” disciplinados pelo conjunto de ideias abordadas no referencial teórico, por meio das quais se buscou descrever e interpretar/compreender o processo de trabalho dos sujeitos (OLIVEIRA, 1996).

A observação como técnica de coleta de dados, consiste na exploração e aquisição de conhecimento sobre um fenômeno específico por meio do uso dos sentidos, apresentando como principal vantagem, que os fatos são percebidos diretamente, sem intermediação, o que reduz a subjetividade que permeia o processo de pesquisa. No entanto, apresenta também como desvantagem que, a presença do pesquisador no campo, pode provocar alterações no comportamento dos sujeitos observados, comprometendo a espontaneidade dos mesmos o que poderia prejudicar a confiabilidade dos resultados (GIL, 1999).

Mendes Gonçalves (1994) complementa que a observação é uma técnica que permite reconhecer a lógica interna dos processos de trabalho na sua operação. A observação na pesquisa qualitativa possibilita a comparação entre o que é observado e o que é dito em entrevistas, permite também, uma melhor compreensão do contexto em que comportamentos e concepções são desenvolvidos.

Gil (2008), descreve três tipos de observação: a) observação simples; b) observação participante e; c) observação sistemática. Nós utilizaremos neste estudo a observação sistemática. A observação sistemática é muito utilizada em pesquisas que objetivam descrever detalhadamente um fenômeno determinado e testar hipóteses ou pressupostos.

Na observação sistemática, o pesquisador tem claro quais aspectos quer observar para atingir os objetivos propostos, por tanto, é seletiva, já que o pesquisador observa uma faceta da realidade natural e social a partir do que se propôs a esclarecer (PÁDUA, 2009).

A observação foi realizada por meio de agendamento prévio com cada enfermeira, sendo que, foi realizada visita entre duas ou três vezes por semana com cada enfermeira. Os dias foram escolhidos aleatoriamente com exceção do dia em que é realizada a reunião de equipe, pois, sempre tentei observar o trabalho da enfermeira no dia em que acontecia a reunião de equipe para observar essa atividade. Foram observados outros contextos em que as enfermeiras estiveram imersas, como por exemplo: reuniões de trabalho com foco na gestão, atividades cotidianas das enfermeiras e suas interações com os usuários e outros membros da equipe, entre outros aspectos que contribuíram para a compreensão do objeto de estudo.

A duração do processo de observação foi determinada com base no critério de saturação (HALLOWAY, 2005), que consiste no julgamento do pesquisador de que, o prolongamento da sua permanência no campo de pesquisa não proporcionará um entendimento mais específico do objeto de estudo. Dessa forma, o planejamento e a realização criteriosa da coleta de dados e da adoção da saturação, permitiu definir o momento de conclusão da fase de observação de uma forma fundamentada.

5.4.4 Diário de campo

Os dados oriundos da observação foram registrados em diário de campo da pesquisadora, que incluiu observações de gestos, expressões, falas, comportamentos, hábitos, costumes e crenças, uma vez que devem ser registradas informações que não foram obtidas nas entrevistas (MINAYO, 2012).

As anotações no diário de campo foram feitas no mesmo momento em que se realizou a observação, ou seja, foi um processo simultâneo, enquanto a pesquisadora observava o cotidiano do trabalho de cada enfermeira, também fazia as anotações no diário de campo, isto no intuito de não perder impressões produzidas e/ou sentidas durante a observação que fossem relevantes para a pesquisa, como propõe Gil (2008).

Dando sustentação teórica ao uso do diário de campo, Triviños (2008), define tal procedimento como o registro de anotações que contém a descrição escrita das diferentes manifestações sejam elas verbais ou não verbais dos fenômenos que surgem no contexto estudado no período determinado.

Barros e Kastrup (2010, p.70) complementam que o diário de campo está constituído por “*anotações que colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modo de fazer*”.

A finalidade do diário “é guardar uma memória, para si mesmo ou para os outros, de um pensamento que se forma ao cotidiano na sucessão das observações e das reflexões” (HESS, 2006, p. 7).

5.5 Organização e análise dos dados

5.5.1 Fluxograma Analisador

Para caracterização do processo de trabalho das enfermeiras da APS foi construído um fluxograma analisador inspirado no modelo proposto por Merhy (2007), a partir dos dados empíricos obtidos durante a observação sistemática do cotidiano de trabalho das três enfermeiras selecionadas pela pesquisadora.

O fluxograma analisador é uma ferramenta de análise que sugere a realização de um desenho sobre a organização do processo de trabalho, em torno de uma cadeia de produção específica (CHIESA; FRACOLLI; BARBOZA, 2008; FREIRE et al. 2008), geralmente construído de forma participativa pelos diferentes agentes envolvidos no processo. Consiste numa representação gráfica de um processo de trabalho com vistas a captar os aspectos da micropolítica e da lógica predominante no processo de trabalho na visão dos seus agentes (MERHY, 1997).

Neste estudo, o fluxograma analisador foi elaborado a partir dos dados provenientes do olhar da pesquisadora sobre o processo de trabalho das enfermeiras da APS, buscando apreender na lógica de produção dos seus serviços, as ações e tecnologias promotoras de empoderamento e os contextos em que são desenvolvidas.

O desenho do fluxograma analisador consiste na descrição de cinco ações inerentes ao processo de trabalho (MERHY, 2007), a saber:

- Elipse: representa a entrada ou saída do processo de produção de serviços.
- Losango: indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do processo.
- Retângulo: diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.
- Quadrado: refere-se às possíveis opções de ações ou tecnologias proporcionadas pelo serviço ou profissional.
- Eclipse: representa a saída do usuário/membro da equipe de saúde do serviço/processo.

5.5.2 Análise de conteúdo

A análise geral dos dados produzidos por meio das entrevistas, da observação sistemática e do diário de campo foi realizada conforme o referencial de análise de conteúdo proposto por Bardin, que se define como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

Martins (2006) complementa apontando que, a análise de conteúdo é definida como uma técnica para estudar e analisar a comunicação de forma objetiva e sistemática. Através desta técnica, buscam-se inferências confiáveis de dados e informações em relação a determinado contexto, a partir das falas escritas ou orais de seus sujeitos.

Para atingir os significados manifestos e latentes do material qualitativo há várias técnicas, nesta pesquisa, para melhor exploração dos dados utilizamos a técnica de Análise Temática.

Para Minayo (2012), a análise de conteúdo em modalidade temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação e que tornem valores de referência presentes no discurso; esses núcleos se conhecem como categorias e não são mais do que um conjunto de elementos ou aspectos com características comuns que se inter-relacionam. Então, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões num conceito que integre tudo isso.

A técnica de análise que organiza os dados em temas, está relacionada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um conjunto de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo (MINAYO, 2013).

Segundo Bardin (2011), para a realização da análise de conteúdo são

necessários os seguintes procedimentos: Descrição analítica: faz referência ao tratamento da informação contida no texto. inferência: “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”. interpretação: significação concedida às características do texto.

Dessa forma, é preciso que o pesquisador, após o trabalho de campo, se impregne das informações e observações do campo (MINAYO, 2012).

Na busca pelo rigor e a confiança da análise dos dados da presente pesquisa, algumas regras da análise de conteúdo são observadas:

Exaustividade, o corpus – faz referência ao conteúdo das entrevistas e à escolha de todos os textos que sejam passíveis de se incluir nos critérios estabelecidos anteriormente pelo objetivo, pelo tema e pelos limites. As entrevistas devem ser lidas integralmente várias vezes até que seus elementos se esgotem;

Representatividade – pretende demarcar o que é significativo e representativo do universo inicial. As unidades de registro eleitas devem representar o universo no qual estão inseridas;

Homogeneidade – equivale à escolha de textos baseada na correspondência exata entre o tema geral e os textos. Os textos não devem ser selecionados fora dos critérios de escolha, sob implicação de não se estabelecer um universo exato e homogêneo relacionado ao objetivo da análise de conteúdo. A escolha dos trechos deve obedecer a critérios exclusivos.

Pertinência – deve haver coerência entre as categorias, os objetivos e o conteúdo da pesquisa (BARDIN, 2011).

De acordo com o proposto por Bardin (2011), para a análise dos dados desta pesquisa foram percorridas as seguintes etapas:

- Pre-análise: realizou-se, inicialmente, a transcrição das entrevistas e a organização dos dados, seguido pela leitura flutuante para identificar o sentido geral das informações obtidas e refletir de forma ampla e geral sobre o conteúdo dos dados.
- Exploração do material: procedeu-se a leitura exaustiva de cada entrevista, fazendo um detalhamento da análise inicial. Foi feita a codificação aberta dos discursos, e a seleção das unidades de análise, entendendo codificação como

o processo de transformação dos dados brutos do texto por procedimentos de recorte e agregação do texto.

- Tratamento e interpretação dos dados: nessa etapa, para uma melhor análise dos resultados, realizou-se a categorização temática a partir dos dados oriundos das entrevistas e levando em consideração o referencial teórico desenvolvido na presente pesquisa. Nesse sentido, as unidades de análise selecionadas foram classificadas e agrupadas por sua convergência.

Para a validação dos resultados, foi feita uma oficina de socialização e devolução dos dados em maio de 2018, de duração de uma hora e trinta minutos. Participaram sete, das nove enfermeiras entrevistadas. Das duas que não estiveram presentes, uma se encontrava em período de férias e a outra estava em licença maternidade.

O processo de validação se deu por meio da apresentação inicial dos dados e as interpretações da pesquisadora, seguida de discussão onde as participantes expressaram concordância ou discordância com as interpretações e dados apresentados.

De forma geral, as enfermeiras participantes expressaram que gostaram muito do momento de devolução dos dados desta pesquisa, já que puderam olhar criticamente para o trabalho que elas faziam, não de maneira individual só, mas um olhar do trabalho coletivo, e refletir sobre como que ele estava acontecendo. Por esse motivo, todas elas estiveram dispostas e abertas a escutar e analisar o trabalho capturado pela pesquisadora através das entrevistas e da observação.

Contudo, de forma geral, todas as enfermeiras participantes na oficina de socialização dos resultados, consentiram e autorizaram a pesquisadora para a divulgação dos resultados. O consentimento e a autorização foram realizados de maneira verbal, ficando a gravação para os fins pertinentes.

Enfim, inferências e interpretações dos dados foram feitas juntamente com as discussões à luz dos princípios de Empoderamento Social ancorado no referencial teórico da educação libertadora do autor Paulo Freire e de conceitos referentes à organização do Processo de Trabalho em Saúde.

5.6. Aspectos éticos da pesquisa

Inicialmente, estabelecemos contato com a coordenadora da APS do município solicitando o agendamento de um encontro entre ela e a pesquisadora. Durante o encontro, foi discutido o projeto de pesquisa e foi formalizada uma solicitação à Secretaria de Saúde do município, quem recebe o pedido de autorização para desenvolvimento de pesquisa na rede de saúde municipal. Após resposta oficial positiva da Secretaria de Saúde, agendamos com a coordenadora da AB, um encontro de aproximação da pesquisadora com as enfermeiras. Aproveitando o espaço e o momento em que acontecia a reunião mensal entre a coordenação da atenção básica e as nove enfermeiras da APS, nas instalações da Prefeitura municipal, apresentamos o projeto de pesquisa e esclarecemos as dúvidas. Todas as enfermeiras expressaram verbalmente que aceitariam participar da pesquisa

Posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos/ UFSCAR, cumprindo, portanto, a Resolução CNS 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012). O projeto foi aprovado sob parecer de número: 2.184.789. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE, (ANEXO C), foi explicado para as enfermeiras, que aceitaram e o assinaram concordando em participar da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Significados e sentidos sobre temas que permeiam o empoderamento na saúde

Para atingir uma melhor visualização e exploração dos dados, desenhou-se uma matriz ilustrativa (Quadro 3) que contém os significados e sentidos relatados pelas enfermeiras entrevistadas, sobre os seguintes temas: promoção da saúde, empoderamento, educação permanente e educação popular.

Quadro 3- Matriz de significados e sentidos para enfermeiras da AB (continua)

Tema	Promoção da saúde	Empoderamento	Educação permanente	Educação popular
Enfermeira				
Girassol	Fazer com que eles tenham uma qualidade de vida melhor, de uma maneira mais fácil diante das suas realidades. Dependendo da necessidade de cada um, a gente produz algum tipo de atividade.	Fazer com que eles entendam um pouco da sua situação, é conversar com o usuário e tentar ver o que ele precisa, é dar condição, dar caminhos para ele conseguir aquilo que ele quer.	A partir dos problemas que existem, como de hipertensão, de alimentação, a gente tenta com que seja feito uma coisa mais teórica para tentar sanar as dúvidas que tem ao respeito.	É entender como é a situação de vida deles e diante dessa realidade trabalhar a necessidade dele.
Rosa	É tudo que você pode evitar que chegue ao curativo, então eu vejo assim, são grupos educativos, são palestras, é tudo aquilo que você pode informar, orientar, trabalhar o antes.	É incentivar que os outros profissionais que atuam comigo acreditem nisso, que vistam a mesma camisa, é fazer com que a equipe trabalhe com o mesmo objetivo.	Aquele momento mesmo que a equipe precisa que venha alguém que é da educação permanente para dar outra direção, uma outra visão.	Eu acho que o educar tem que ser desde o início, em uma criança é bem mais fácil, se ele faz o percurso correto, ele vai entender, ele vai saber quais são os trâmites que ele deve seguir.
Crisântemo	São ações ou atividades que você planeja e executa junto com o usuário a partir das queixas de um paciente ou uma comunidade, para que todos tenham uma melhor qualidade de vida.	É a forma com que eu entendo que aquilo é minha função ou minha obrigação.	É uma roda de conversa permanente, de construir o atendimento à saúde a partir das ações ocorridas, das falhas, das dificuldades e promover novas ações melhorando o atendimento à população.	São formas de educar a população sobre um determinado tema ou situação, que pode ser feito na boca a boca no dia a dia, ou podem ser feitas palestras, panfletos, vídeos, orientações.

Quadro 3- Matriz de significados e sentidos para enfermeiras da AB (continuação)

Tema	Promoção da saúde	Empoderamento	Educação permanente	Educação popular
Enfermeira				
Dália	Promover a saúde é dar condições de a pessoa fazer desde uma investigação quanto a algum problema físico ou psicológico que ela esteja passando, quanto à prevenção mesmo de doenças.	Para mim seria como se fosse a pirâmide de gestão, seria as pessoas que têm a qualificação, que tem o poder de dar ou não ordens a outros.	Eu acho que é você estar em constante atualização.	Eu entendo como alguma forma de você levar um conhecimento ou uma prevenção, uma educação de como deve ser feito.
Orquídea	É quando você pega a saúde da criança, você pega puericultura, acompanha com a pediatra, vacina, crescimento e desenvolvimento...	É a gente dar voz para a pessoa, dar poder de participação às pessoas. Que eu possa empoderar as meninas, que se tem ideias novas que tragam na reunião, eu acho que troca é empoderamento.	É pegar um protocolo rever esse protocolo, avaliar uma ação, discutir caso.	-----
Tulipa	É tudo aquilo que a gente pode levar para o paciente para justamente promover a saúde dele, tudo aquilo que é benéfico a ele, que faz bem, evitar complicações, então é levar educação em saúde, é levar conhecimento.	É você saber aquilo que você está fazendo e ter segurança naquilo, eu vou fazer porque eu sei fazer.	Levar conhecimento, não só eu para eles, mas eles para mim também.	É a gente educar a população com relação a saúde dela, mostrar o que é bom, mostrar o que não é, mostrar que não é só consulta médica, que a gente tem vários grupos, RAS DIA, tem o grupo de nutrição, grupo de caminhada e exercícios, então é isso.

Quadro 3- Matriz de significados e sentidos para enfermeiras da AB (continuação)

Tema	Promoção da saúde	Empoderamento	Educação permanente	Educação popular
Enfermeira				
Lírio	<p>Promover saúde é você conseguir fazer com que o bem-estar físico, psíquico, emocional dessa população seja atendida, então assim, você trabalha de uma maneira na qual consiga chegar a um objetivo que é dar aquilo que a pessoa realmente necessita para que ela tenha uma qualidade de vida melhor.</p>	<p>Uma pessoa empoderada é uma pessoa segura do que está fazendo, do que está falando.</p>	<p>É você estar sempre se reciclando, estar sempre fazendo algo novo, sempre na questão de melhorar.</p>	<p>Você trabalha não fazendo por ele, você o instrui a fazer por ele mesmo, então, o objetivo é a participação dele, que aí você consegue um progresso maior.</p>
Magnólia	<p>Eu acho que o culto é à educação, à saúde, ao bem-estar, à alimentação saudável, ao exercício físico.</p>	<p>... todos os integrantes da equipe têm que ter voz, tem que ter pauta, tem que conversar. Então a gente acredita que com isso a gente possa empoderar a equipe. Dentro da comunidade, a gente tenta orientar de quais são as formas deles terem saúde, mesmo quando a pessoa já tem alguma patologia a gente faz muita questão de ensinar aos familiares a cuidar dessa patologia, eu acho que dando orientações a gente empodera.</p>	<p>Muito do que a gente tenta melhorar com a capacitação é educação permanente, então eu vou lá eu te capacito tecnicamente para você ir melhorando naquilo que a gente faz.</p>	<p>-----</p>

Quadro 3- Matriz de significados e sentidos para enfermeiras da AB (conclusão)

Tema	Promoção da saúde	Empoderamento	Educação permanente	Educação popular
Enfermeira				
Gérbera	Eu acho que promoção da saúde envolve prevenção de doenças, também a área de tratamento, reabilitação, vacinação, acho que tudo que envolve a área da saúde principalmente na prevenção, que a gente foca muita na questão da prevenção porque esse que é o foco do nosso trabalho na atenção primária.	Empoderamento é você dar uma confiança, poder dar autonomia, que é também para o trabalho sair melhor, não pode centralizar tudo em você, só se elas precisarem de mim, eu vou.	É você nunca parar de estudar, sempre tem alguma ação, alguma coisa para aprender, algum curso, se atualizar, se reciclar.	São as orientações que a gente passa.

Fonte: Elaboração da autora, 2019.

No Quadro 3, é possível visualizar que existem divergências nos significados atribuídos pelas enfermeiras aos termos explorados nas entrevistas que permeiam o empoderamento.

Com relação aos significados sobre os termos que permeiam o empoderamento, a maioria das enfermeiras aceitaram não ter clareza sobre alguns dos termos, especificamente, promoção da saúde e empoderamento, e manifestaram a necessidade de capacitação nessa direção.

Por um lado, com relação às tecnologias com potencial para o empoderamento dos usuários, as enfermeiras concordaram com o dado de que no trabalho cotidiano, desenvolvem diversas tecnologias com potencial para empoderar os sujeitos e coletivos que atendem nas unidades de saúde, sendo as tecnologias educativas as que se destacam, na tipologia de grupos educativos.

As nove enfermeiras, concordaram com a interpretação da pesquisadora, de que os grupos educativos se desenvolviam predominantemente sob uma lógica

preventivista e com pouca participação dos sujeitos no planejamento das temáticas. Quanto às estratégias escolhidas, expressaram se sentir preocupadas com a pouca resposta de participação dos sujeitos nos grupos educativos.

Também, as participantes concordaram com o fato de apresentar as visitas domiciliares como tecnologias potentes para o empoderamento dos usuários, pois nas visitas, as enfermeiras fazem uso de tecnologias leves como o acolhimento e a geração de vínculo, no relacionamento com a população.

Por outro lado, foi apresentada a reunião de equipe como a principal tecnologia com potencial para empoderar as equipes de saúde, identificada tanto nas entrevistas quanto no período de observação. A maioria das participantes demonstraram satisfação e reafirmaram ser na reunião de equipe onde tudo de bom acontece, onde vivenciam momentos de aprendizado, reflexão, descontração, discussão, construção, planejamento e avaliação coletiva do trabalho realizado durante a semana.

Por último, o resultado que mais chamou a atenção nas participantes e gerou divergência de opiniões, foi o fato de a pesquisadora apresentar o “Café com resultados” como uma tecnologia com ideais prometedores para promover o empoderamento das enfermeiras, porém, a forma como se organizava e acontecia, prejudicava a real intenção de análise do trabalho em saúde, na medida em que o espaço e o tempo se utilizava predominantemente para mostrar resultados numéricos e fotográficos das metas alcançadas durante o último mês em cada unidade de saúde, sem uma verdadeira disposição para o aprofundamento na análise e discussão coletiva das situações específicas do trabalho em cada uma das unidades.

Frente a isso, a maioria das enfermeiras concordaram com a interpretação da pesquisadora, duas enfermeiras discordaram, argumentando que a falta de tempo se configurava como a grande limitante para a análise de todos os casos, obrigando a ter que escolher as situações problemáticas de uma ou duas unidades de saúde para a reflexão e análise coletivo.

Após a discussão sobre a tecnologia “café com resultados”, a reestruturação da forma como se desenvolve, foi justificada por parte da maioria das participantes, pela falta de tempo e grande fluxo de informações apresentadas por todas as

enfermeiras gestoras, que as impedia de dialogar, refletir e discutir com maior profundidade sobre os temas problematizados em cada um dos pontos da rede de APS municipal.

Sobre promoção da saúde, as respostas das enfermeiras se delinearam em três vertentes. A primeira vertente e a que mais se destacou, está relacionada com a noção de prevenção da doença, mostrando uma confusão nos termos promoção da saúde e prevenção da doença. Rosa, Dália, Tulipa, Magnólia e Gérbera, cinco enfermeiras das nove entrevistadas, referem-se à promoção da saúde como todas aquelas ações e intervenções destinadas à prevenção de doenças ou suas complicações, por meio do uso de tecnologias educativas tradicionais, referindo-se ao repasse de informações e orientações, com foco no âmbito biológico, expressando nas suas falas a valorização da doença.

A concepção de promoção da saúde na AB como ações preventivas, divergem da definição da AB como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, que tem por finalidade organizar o modelo assistencial com uma atenção centrada na pessoa e não na doença (Brasil, 2012).

A valorização que Rosa, Dália, Tulipa, Magnólia e Gérbera atribuem às tecnologias educativas na prevenção de doenças, possui uma perspectiva instrutiva, coerente com a “educação bancária”, a qual consiste em modelar os comportamentos dos indivíduos pela transferência de informações, ao invés de estimular a criticidade (FREIRE, 1979; FREIRE, 1981).

A segunda vertente captada nos discursos das enfermeiras, relaciona o conceito de promoção da saúde com o objetivo de dar ou entregar aos usuários dos serviços de saúde as respostas ou soluções já prontas para resolver seus problemas de saúde, não aparecendo o envolvimento dos usuários nessa construção de resolução das suas necessidades. Nesse sentido, Lírio e Girassol podem estar entendendo a promoção da saúde como a responsabilidade de “fazer pelo outro”. Ao planejar e produzir as intervenções sem participação ativa dos usuários, atuam em uma linha de pensamento que encontra ressonância no que Freire (1981) chama de “cultura do silêncio”, pois nesta, a população é proibida de tomar parte ativa e criativa na transformação da sua realidade e da sociedade.

Freire complementa salientando que o papel da integração da pessoa com sua própria realidade e a possibilidade da sua participação na construção crítica das alternativas de ação para transformá-la, é importante para tornar-se sujeito ao invés de objeto. E, defende o fomento de uma atitude crítica, por meio da qual a pessoa pode escolher e decidir seus próprios caminhos, libertar-se (FREIRE, 1981; 2001). E não é esse o pensamento expresso nessa vertente analisada nos discursos das enfermeiras.

Na terceira vertente, apenas a enfermeira Crisântemo definiu promoção da saúde, como o conjunto de ações voltadas ao planejamento e execução conjunta entre enfermeira e usuário, de estratégias a partir da análise das reais necessidades de saúde para promover uma melhor qualidade de vida. Essa compreensão de promoção da saúde, pode denotar que a essência do trabalho da enfermagem consiste em trabalhar com o outro e não pelo outro, o que remete à valorização da capacidade criadora do usuário, por meio de um relacionamento pautado na cooperação, onde enfermeira e usuário têm o mesmo nível de protagonismo (FREIRE, 2001).

Sobre o significado do termo empoderamento, os discursos das enfermeiras convergiram para duas perspectivas.

Na primeira perspectiva, Tulipa, Lírio e Dália relacionam o empoderamento ao nível de conhecimento e qualificação técnica adquiridos pela pessoa, sendo assim, quanto maior conhecimento e qualificação a pessoa tiver, maior será o seu empoderamento e refletirá na segurança das ações desenvolvidas por ela.

No entanto, chama a atenção o significado apreendido na resposta de Dália, que complementa expressando que, a pessoa com maior qualificação terá maior poder de dar ordens para as outras pessoas, entendendo-se que Dália compreende o empoderamento como sinônimo de poder exercido sobre os outros. Nessa perspectiva, o comando cabe aos intelectuais, valorizando o nível de conhecimento formal e referendando as relações verticais de poder atribuídas pelo grau de instrução das pessoas.

Esse resultado converge com outro estudo realizado sobre Empoderamento e satisfação profissional em Enfermagem, no qual, os autores encontraram que na percepção de enfermeiros que atuam em serviços de cuidados intensivos, o

empoderamento está diretamente relacionado com o nível educacional. O estudo conclui que, do acesso a estruturas de suporte, informação, oportunidades e recursos, emergem dos enfermeiros, percepções de maiores níveis de empoderamento; identificando-se níveis mais elevados de empoderamento em enfermeiros de Prática Avançada (CARDOSO-TEIXEIRA; BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015).

Com relação ao significado relatado por Dália sobre o poder outorgado pelo conhecimento técnico, Freire e Faundez (1985) defendem a importância de entender que o verdadeiro papel do intelectual é o de se colocar a serviço dos interesses dos coletivos, e não o de submetê-los, por meio das competências técnicas ou científicas.

Na segunda perspectiva, Girassol e Orquídea vinculam ao significado de empoderamento, as ações de escuta, diálogo, troca e promoção da participação do outro nos processos de tomada de decisões.

De acordo com os significados que Girassol e Orquídea atribuem ao termo empoderamento, entende-se, que possuem uma perspectiva aproximada com a definição proposta por Moacir (1996), na qual ressalta que o diálogo consiste em uma relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas no processo de empoderamento. Assim, o empoderamento é essencialmente um processo de construção compartilhada entre enfermeira e usuário e entre enfermeira e equipe de saúde.

Chama a atenção no discurso da enfermeira Magnólia, a divergência no significado do empoderamento em relação ao sujeito. Pois, quando se trata de empoderar as equipes de saúde, defende as ações de escuta e diálogo; porém, quando se trata dos usuários, o empoderar é entendido como a ação de orientar e ensinar os cuidados relacionados com a doença, valorizando na sua perspectiva, o âmbito biológico da pessoa e o fato de informar ou repassar informações.

O empoderamento para Magnólia, no que se refere aos usuários, parece não contemplar a participação deles na construção das ações e intervenções para resolver os seus próprios problemas de saúde, o que pode limitar sua liberdade, capacidade de criação e de crítica, assim como, a possibilidade de protagonismo na análise das suas necessidades de saúde e possíveis soluções.

Diante da coexistência dessas contradições no discurso da enfermeira Magnólia, no que se refere ao significado do termo empoderamento, pode-se perceber um possível desacordo na compreensão do significado, o que poderia tornar sua aplicabilidade, um processo desafiador nas práticas cotidianas. Nesse sentido, Kleba e Wendhausen (2010) afirmam que as práticas de saúde onde os processos de empoderamento ocorrem, são arenas e espaços de contradições, que expressam relações de poder, as quais devem ser encaradas não como algo determinado, mas, como algo flexível, modificável pela ação-reflexão-ação das pessoas envolvidas.

No que se refere à educação popular, predominou a compreensão como sendo as ações, principalmente relacionadas com fornecimento de orientações e informações, ligadas à prevenção de doenças e ações programáticas, que as enfermeiras julgam necessárias e importantes para a saúde, de modo a adestrar as condutas e atitudes dos indivíduos (Rosa, Gérbera, Crisântemo, Dália e Tulipa).

Portanto, os conceitos referidos pelas enfermeiras Rosa, Gérbera, Crisântemo, Dália e Tulipa, de certa forma, convergem com a afirmação de Vasconcelos (2003) de que, os profissionais da saúde tendem a ter uma cultura terapêutica marcante que focaliza o papel do profissional no processo curativo, em detrimento de atitudes mais horizontalizadas, direcionadas pela perspectiva do empoderamento.

Sob outra perspectiva, Lírio define educação popular como o meio para promover e possibilitar a participação ativa das pessoas nos seus próprios processos e, assim, potencializar os resultados das intervenções, na vida e na saúde delas. Porém, defende também, a noção de educação popular, como a ação de instruir à pessoa, para que ela possa realizar as ações por si só.

Embora o discurso de Lírio, com relação à educação popular, contemple a importância da participação da pessoa, ainda se identifica um conflito na sua compreensão, dado que é preciso estimular uma atitude crítica no sujeito de modo a propiciar a reflexão sobre sua realidade. Pois, quanto mais reflexão sobre a realidade o sujeito faz, mais consciente e participativo se torna (FREIRE, 2001). A conversa e a participação de todos os envolvidos nas práticas em saúde são tecnologias

necessárias para o processo de empoderamento, mas não são suficientes para empoderar as pessoas.

Com inspiração em Freire (2001), podemos dizer que, apesar de não ser suficiente, a garantia do direito de voz e da participação das pessoas, deve fomentar um juízo crítico dos caminhos propostos pelos profissionais da saúde em suas práticas e proporcionar às pessoas envolvidas a escolha de caminhos próprios.

Finalmente, quanto ao termo de educação permanente, Dália, Gerbera, Lírio e Magnólia entendem que é uma constante atualização e capacitação, especificamente no aspecto do conhecimento técnico da profissão. Considerar a necessidade de se atualizar e trabalhar o domínio técnico é importante e necessário, mas, desconsiderar o plano social, relacional e cultural que permeiam o tema de educação permanente, poderia refletir em limitações para o desenvolvimento efetivo e eficaz do processo educativo.

Outra perspectiva que se destaca, na fala de Crisântemo, com relação ao significado de educação permanente, é a noção de realização permanente de autoanálise, autoavaliação e discussão do processo de trabalho como principal ferramenta para promover melhoras nas práticas de saúde.

Resultado semelhante se encontrou no estudo intitulado “Educação permanente em unidade neonatal a partir de círculos de cultura”, no qual os autores concluíram que as atividades cotidianas da prática profissional, quando privilegiadas nas ações de educação permanente, propiciam a reflexão compartilhada e sistemática no interior das equipes de saúde. E complementam que as ações de educação permanente implicam no exercício de reflexão coletiva sobre as dificuldades e demandas do trabalho cotidiano e é com base nessa reflexão que se planejam as intervenções necessárias (SILVA et al., 2018).

6.2 Caracterização do processo de trabalho das enfermeiras

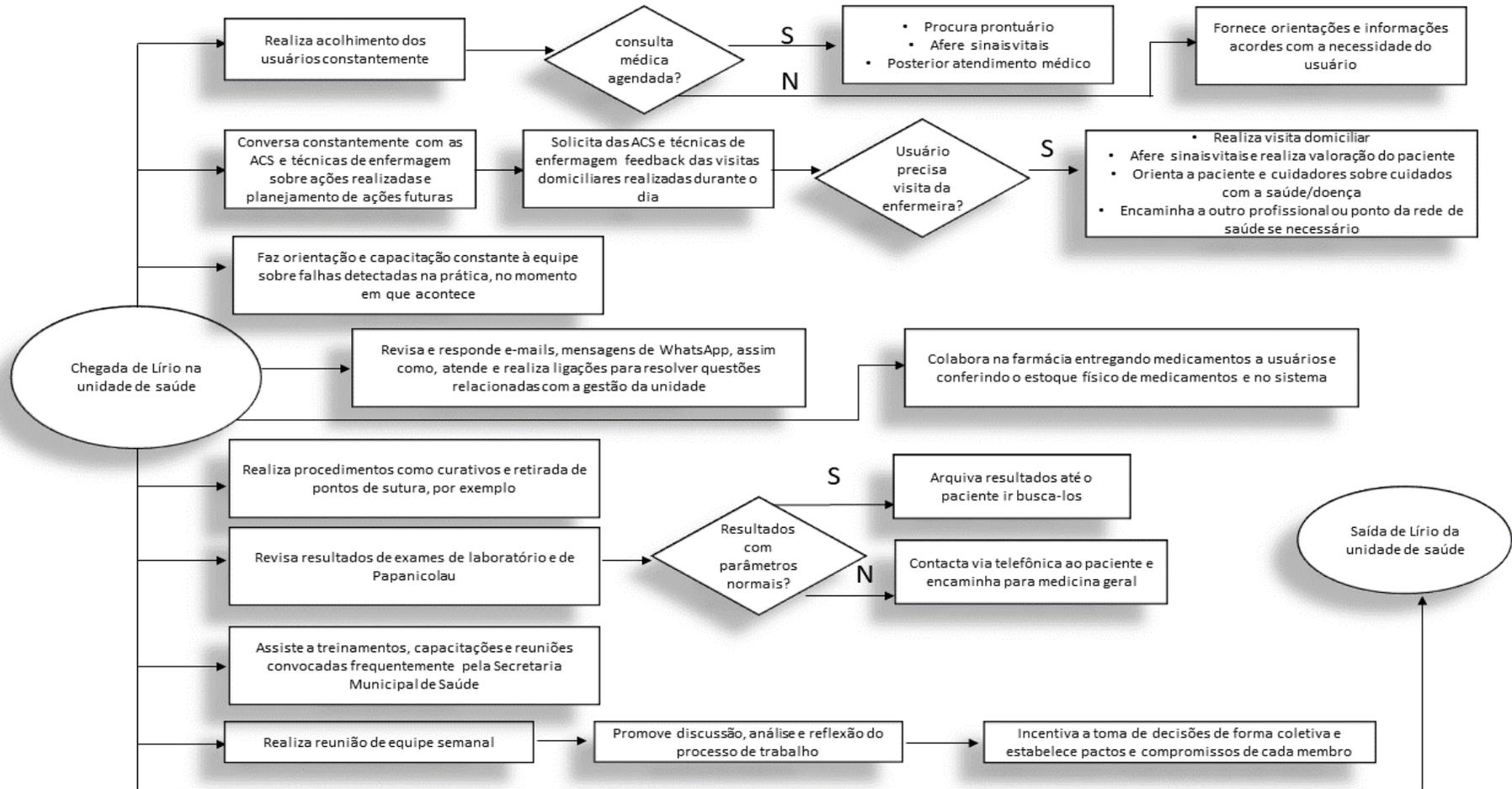
Para caracterização do processo de trabalho das enfermeiras, foram produzidos pela pesquisadora fluxogramas analisadores a partir da observação sistemática realizada no cotidiano de trabalho de três enfermeiras que atuam na APS no município de estudo.

Com os fluxogramas, pretende-se revelar, a partir da composição da trajetória da enfermeira no serviço, um desenho que caracteriza as relações estabelecidas entre ela e equipe de saúde, e entre ela e usuários (FRANCO, 2003).

Assim, procede-se a descrever os pontos de entrada e saída da cadeia produtiva do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras, cardápio de ofertas, o consumo de recursos e produção de bens e os momentos de decisão do processo de produção. Este momento é importante para compreender inicialmente, como é a organização do trabalho das enfermeiras na APS.

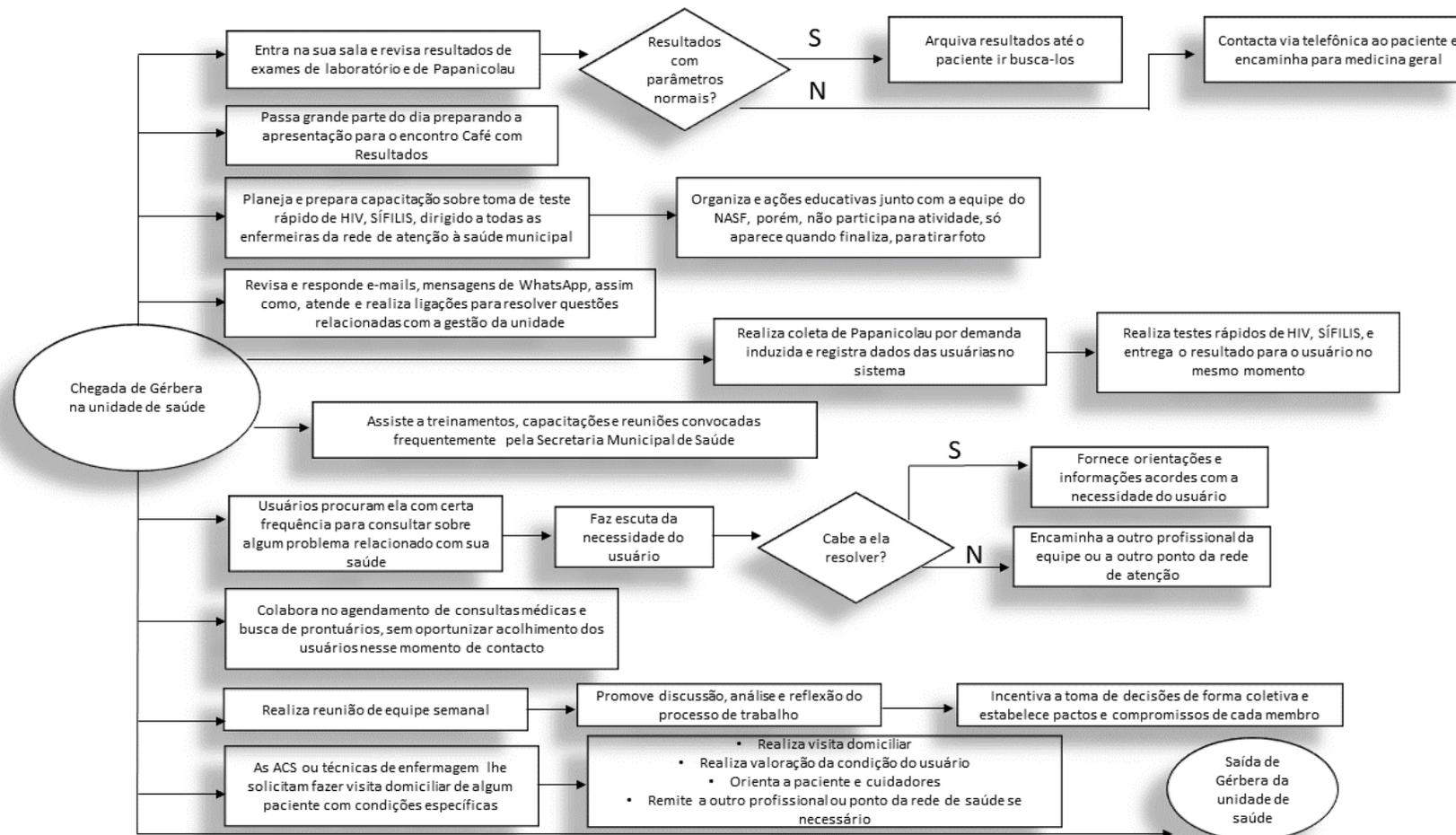
Cada fluxograma foi construído de forma descendente de acordo com as atividades que a enfermeira realiza, iniciando no extremo superior, com aquelas que desenvolve com maior frequência durante o dia a dia do trabalho.

Figura 2- Fluxograma analisador do processo de trabalho da enfermeira Lírio.



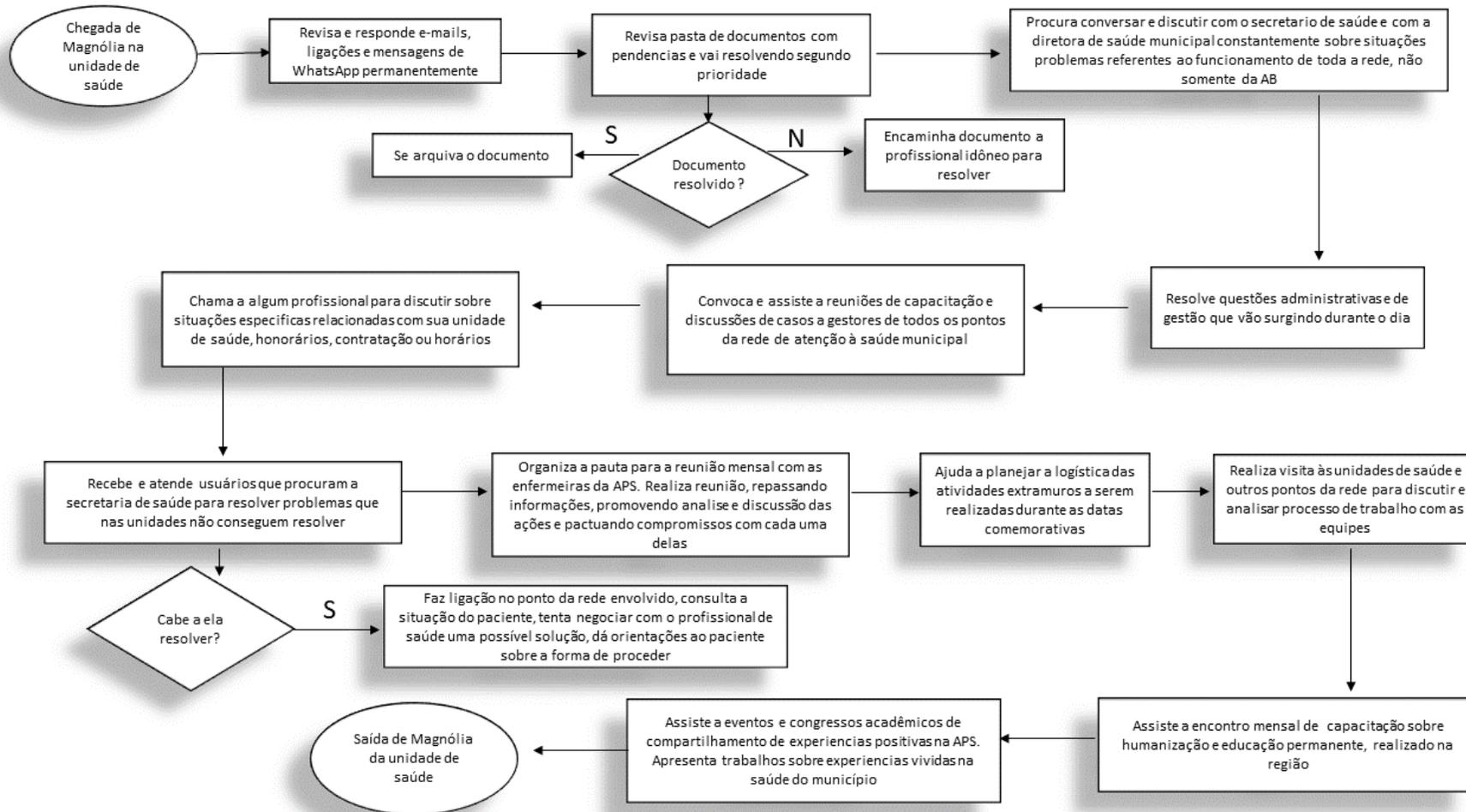
Fonte: elaborado pela autora, 2019

Figura 3- Fluxograma analisador do processo de trabalho da enfermeira Gérbera.



Fonte: elaborado pela autora, 2019

Figura 4- Fluxograma analisador do processo de trabalho da enfermeira Magnólia.



Fonte: elaborado pela autora, 2019

Os fluxogramas apresentados acima evidenciam a dinamicidade do processo de trabalho de enfermeiras. Por um lado, estão as atividades gerenciais e burocráticas que são comuns nas atividades das três enfermeiras (Lírio, Magnólia e Gérbera), como por exemplo, revisar e responder a *E-mails*, ligações de telefone e mensagens do aplicativo *WhatsApp*. Cabe ressaltar que esse aplicativo é utilizado no dia a dia como a principal ferramenta de comunicação entre as enfermeiras, denotando a incorporação dessa tecnologia no processo de trabalho delas.

O *WhatsApp* é uma ferramenta de comunicação informal que garante às enfermeiras, facilidade de acesso e agilidade no recebimento e envio de informações. Os depoimentos delas durante o processo de observação foram unânimes em reconhecer que preferem se comunicar entre elas, por meio do aplicativo, em vez de utilizar outras ferramentas tradicionais como o e-mail ou telefone fixo.

Participar de reuniões e capacitações é outra das atividades frequentes no cotidiano das enfermeiras. Tais reuniões são convocadas pela Secretaria Municipal de Saúde, em função de alguma necessidade da gestão dos serviços, sendo que alguns dos temas tratados nas reuniões que a pesquisadora acompanhou, foram: violência e abuso infantil, incluindo a descrição da rota a seguir nesse tipo de caso; capacitação na coleta de amostras para testes rápidos de VIH e Sífilis, incluindo a explicação da leitura e entrega do resultado; capacitação sobre o uso de um novo *software* que foi introduzido para a alimentação do sistema de informação e capacitação sobre como fazer corretamente o pedido de material e insumos no sistema.

As reuniões e capacitações são programadas no horário de serviço das enfermeiras, geralmente no período da tarde, pelo qual, elas saem das suas unidades para o prédio da secretaria municipal, onde acontecem a maioria das reuniões. Cabe destacar, que nesses momentos, as equipes de saúde continuam trabalhando normalmente nas unidades, realizando suas atividades.

Durante as reuniões são passadas informações relevantes sobre indicadores ou resultados de avaliações e seguimentos dos atendimentos ou situações-problema, se suscitam reflexões sobre tais situações e se promove a discussão coletiva com planejamentos de possíveis soluções e pactuação de compromissos,

fazendo com que as reuniões sejam encontros participativos, dinâmicos e que propiciam a discussão/reflexão de situações reais e sua articulação com a criação de caminhos para enfrentar e resolver os problemas levantados. Esses encontros, em vários momentos, são participativos e denotam a construção coletiva entre as enfermeiras da APS participantes

Também aparece com destaque nos fluxogramas da Lírio e da Gérbera, a execução de atividades tais como: revisão de resultados de exames de laboratório, os quais elas analisam e os que estiverem alterados são separados, para depois ligar para o usuário, informando a necessidade e importância de buscar o resultado, e marcar consulta com o profissional indicado. Os resultados que estão normais, segundo os valores de referência, são entregues na recepção para arquivar e entregar quando o usuário for buscá-lo.

Outra atividade realizada, é o exercício das funções de outros trabalhadores, no momento que estão sobrecarregados, especialmente, na recepção procurando prontuários, agendando consultas com os médicos e fornecendo informações solicitadas pelos usuários; e na farmácia, ajudando a entregar medicamentos, revisando estoque de medicamentos e preenchendo requisições para repor o estoque.

Chama a atenção que, a participante Gérbera quando ajuda na recepção de usuários que estão na fila para consulta médica ou outros atendimentos, geralmente restringe esse encontro com o usuário ao pedido do documento de identificação da pessoa e à procura do seu prontuário, ou, simplesmente, ao procedimento de agendamento da consulta médica. Foi difícil observar que Gérbera se interessasse por perguntar o motivo de consulta da pessoa, ou lançar um olhar para a pessoa, acolher sua necessidade ou oferecer informações. De fato, as situações em que se observou Gérbera junto com pessoas usuárias, foi somente no momento da coleta do exame Papanicolau, na realização dos testes rápidos e em atendimentos a usuários que a procuravam em sua sala para perguntar sobre situações de saúde específicas, frente às quais, Gérbera dava respostas pontuais e esclarecia as dúvidas apresentadas. Esses foram os momentos de encontro e interação entre Gérbera e usuários, se consideram encontros superficiais, no sentido que não se propicia por parte da enfermeira uma interação maior com os usuários.

Já Lírio, quando se oferece a ajudar na recepção dos usuários que se encontram na fila, aproveita o momento para perguntar com mais detalhe o motivo da pessoa estar ali, como tem se sentido com relação a alguma situação, ou como está a evolução da doença ou tratamento quando é o caso. Mostra que possui vínculo com os usuários, que os conhece, sabe sobre suas famílias e suas necessidades, faz acolhimento e faz orientações quando é preciso. E os usuários atendidos demonstram satisfação e agradecimento com atendimento o acolhedor e qualificado prestado por Lírio.

Com relação à realização semanal da reunião de equipe, elas são feitas toda terça feira no período da tarde, na sala de espera da unidade, participa a equipe toda, incluindo a equipe de odontologia, exceto o pessoal médico. A enfermeira realiza uma pauta prévia dos temas que precisa tratar com a equipe durante a reunião. Geralmente, é sobre informações que ela precisa repassar para a equipe, sobre as capacitações que participou durante as reuniões na Secretaria de Saúde do município. Também, abre o espaço para discussões sobre algum caso especial com algum usuário da unidade ou sobre alguma situação específica relacionada com as relações entre a equipe: conflitos, sentimentos e emoções, ou situações do processo de trabalho a ser analisadas e melhoradas.

As reuniões de equipe acontecem de forma participativa, pois a enfermeira coordena a reunião, mas há liberdade para que qualquer membro da equipe se posicione sobre o assunto que está sendo tratado ou para inserir um outro assunto na pauta, se for necessário. As discussões parecem ocorrer de forma livre, nas quais são expressos diferentes pontos de vista, sentimentos e emoções e são gerados momentos de autorreflexão e autoanálise do processo de cada um e da equipe em geral.

Nas reuniões de equipe que foram observadas nas unidades de atuação da Gérbera e da Lírio, ocorrem discussões coletivas sobre situações e problemas que podem estar afetando o bom funcionamento da unidade de saúde e dos serviços ofertados. Há participação e envolvimento de toda a equipe na formulação de propostas e possíveis caminhos na tentativa de resolver ou melhorar os nós críticos do processo de trabalho.

As reuniões também foram espaços que, em algumas oportunidades, a enfermeira Lírio aproveitou para realizar atividades de relaxamento, reflexão e integração entre os membros da equipe. Nesse caso, a enfermeira levou músicas de relaxamento, colocou colchonetes no chão, pediu para que os trabalhadores se deitassem nos colchonetes, fechassem os olhos, buscando que relaxassem ou pensassem em si mesmos. Esta atividade foi finalizada com uma confraternização e deixou a equipe descontraída.

Quanto à atividade de visita domiciliar, a Lírio e a Gérbera fizeram somente uma visita cada uma, durante o período de observação realizado pela pesquisadora. Em ambos os casos, as enfermeiras foram até o domicílio do usuário porque foi requisitada ou pelo próprio usuário, no caso da Gérbera, ou pelas ACS no caso da Lírio.

Na visita domiciliar, ambas enfermeiras cumprimentam amavelmente o usuário e sua família, perguntaram sobre a saúde dele e após isso, elas conferiram os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura), fizeram avaliação e atendimento das necessidades da pessoa pela qual foram chamadas. No caso da Gérbera, foi para fazer um curativo complexo no pé de uma pessoa diabética e, no caso da Lírio foi para valorar um idoso acamado que se encontrava desanimado e sem querer comer.

As duas enfermeiras se mostraram empáticas com os pacientes e suas famílias, conversaram, indagaram e analisaram junto com eles sobre a situação, passaram indicações e esclareceram as dúvidas apresentadas. Após isso, as enfermeiras voltaram às suas unidades e conversaram com as ACS e técnicas de enfermagem, explicitando os detalhes sobre os usuários visitados, as análises feitas por elas e as ações e intervenções a serem realizadas com eles. O planejamento das ações e cuidados foi discutido entre enfermeiras, ACS e técnicas de enfermagem.

Observou-se, que Gérbera ficava a maior parte do dia (tanto de manhã, quanto no período da tarde) na sua sala, preparando a apresentação que ia mostrar no encontro denominado “café com resultados” na Secretaria Municipal de Saúde. Ela perguntava para as técnicas de enfermagem os dados numéricos de todos os atendimentos médicos realizados na unidade durante o último mês, sentava-se na

sua sala com a porta fechada e se dedicava a elaborar a apresentação. Em outra observação, permanecia na mesma situação para preparar outra apresentação, agora para uma capacitação sobre testes rápidos, na qual era ela uma das palestrantes.

No que se refere à Magnólia, suas atividades não envolvem interações diretas com a população usuária dos serviços de saúde. Em seu cotidiano de trabalho, realiza atividades predominantemente gerenciais e administrativas. Uma dessas atividades, é as reuniões e conversas com o secretário municipal de saúde, sempre que Magnólia precisa resolver alguma questão que não cabe somente a ela resolver e decidir. Durante o dia, ela procura em vários momentos, o secretário de saúde para consultar e discutir assuntos relacionados com o funcionamento das unidades de saúde e situações específicas com alguns funcionários da rede de saúde.

Foi possível observar o fácil acesso que Magnólia tem ao secretário de saúde, ela é sempre muito bem recebida por ele. Ela apresenta a situação a ser discutida, ele escuta atentamente e debatem abertamente sobre o assunto em questão. Magnólia parece ter total liberdade para expressar suas opiniões e sempre se posiciona em relação ao assunto, compartilhando a tomada de decisões com o secretário de saúde.

A enfermeira Magnólia fica a maior parte do tempo na Secretaria de Saúde. Quando sai para fazer visita às unidades de saúde (o que aconteceu em duas ocasiões enquanto se realizou o processo de observação), ela chega procurando a enfermeira gestora da unidade, pergunta sobre como tem sido o processo de trabalho nos últimos dias, se há dificuldades com algum determinado processo e pergunta sobre algumas atividades pontuais, como por exemplo, as atividades extramuros que estão sendo planejadas para a temporada do carnaval.

Durante as visitas, Magnólia escuta e vai respondendo ou dando indicações à enfermeira da unidade sobre o que fazer de acordo com cada caso. Pode-se observar, na forma de se comunicar e se relacionar, que Magnólia exerce uma relação de poder com a enfermeira visitada, ainda que seja uma comunicação respeitosa, amável e assertiva entre ambas as partes.

Outro ponto a ressaltar no fluxograma da Magnólia é que em dois momentos ela recebeu usuários que procuravam ajuda para resolver necessidades de saúde

específicas, que não tinham sido resolvidas nas unidades de saúde. Frente a isso, Magnólia os recebeu com respeito, deu abertura para a pessoa expor sua necessidade, escutou atentamente e quando a pessoa terminou de falar, ela ligou para a unidade de saúde envolvida, perguntou para o funcionário indicado sobre a situação daquela pessoa, definiu junto com o funcionário algumas possibilidades de resolução daquela situação, chegando no final a uma decisão conjunta com o funcionário da unidade sobre como poderiam ajudar a pessoa. Finalizado esse processo de negociação com o funcionário na unidade de saúde, a enfermeira Magnólia desligou, explicou à pessoa sobre a alternativa de atendimento que tinha definido e deu orientações para a pessoa sobre o que devia fazer para poder resolver sua necessidade.

Também foram observadas as atividades relacionais, presentes com maior frequência no cotidiano de trabalho da enfermeira Lírio. Observou-se que o processo de trabalho dela está fundamentado, principalmente, no uso de tecnologias leves, ora na interação com os usuários, ora na interação com sua equipe.

A principal ação que Lírio desenvolve com maior frequência no dia a dia é o acolhimento dos usuários e das famílias; ela acolhe na recepção quando estão fazendo a fila para serem atendidos, ela acolhe na sala de espera quando encontra com alguém que tem alguma situação especial e quer saber sobre ela com maior detalhe, ela acolhe nos corredores da unidade quando alguém a procura para fazer perguntas, ela acolhe na sua sala de enfermagem quando alguém precisa de um atendimento com mais privacidade.

A enfermeira Lírio conhece o nome dos usuários e seus familiares, ela sabe sobre a situação de saúde deles, ela pergunta a eles como estão indo, pergunta se o tratamento está funcionando, pergunta se a intervenção feita deu resultado, se a doença ou a situação desfavorável do paciente melhorou, pergunta como está se sentindo, como está lidando com tal situação, a escuta com atenção, fornece orientações, resolve as dúvidas e trata as pessoas com respeito e simpatia.

O resultado desses encontros de acolhimento entre Lírio e os pacientes, é quase sempre a fisionomia de satisfação, a expressão de alívio no rosto deles, um “muito obrigado” e até alguns abraços. Pode-se perceber pelas palavras e

expressões dos pacientes e das famílias que saem satisfeitos com o cuidado que recebem.

A segunda ação desenvolvida pela Lírio com muita frequência no seu cotidiano, é o constante diálogo que mantém com as três ACS sobre as visitas domiciliares feitas por elas a cada dia, sobre o planejamento das ações a serem realizadas tanto dentro da unidade quanto no espaço extramuros, como por exemplo, nas datas comemorativas ou campanhas específicas: dengue, coleta de Papanicolau, entre outras. Também conversam após a execução das ações para avaliá-las.

A enfermeira Lírio planeja as ações junto com as ACS e a comunicação entre elas caracteriza-se por ser assertiva, aberta para o diálogo, sem imposição, sem restrição, com total liberdade para se expressar. O diálogo entre enfermeira e ACS é iniciado ora pela Lírio quando quer saber sobre as visitas domiciliares ou as ações que as ACS fizeram durante o dia, ora pelas ACS quando precisam da ajuda da Lírio para resolver alguma situação ou para dar-lhe um *feedback* das atividades realizadas.

As ações do tipo gerenciais e administrativas são as que as enfermeiras Magnólia e Gérbera realizam com maior frequência no seu dia a dia. E as de tipo relacionais, comunicacionais e de vínculo são as que a enfermeira Lírio desenvolve predominantemente.

Lembrando que o trabalho em saúde possui algumas particularidades, pois se trata de uma arena complexa, dinâmica e criativa, poder-se-ia dizer que, os processos de trabalho da Magnólia e da Gérbera estão centrados no uso de tecnologias leve-duras. Já o processo de trabalho da Lírio, centra-se no uso de tecnologias leves, que se materializam no trabalho vivo, no momento de encontro e interação entre ela e o usuário (MERHY, 2002). Para Merhy (2002), o reconhecimento do processo de trabalho capaz de produzir cuidado, se dá no espaço relacional e no encontro.

A ordem de frequência em que são desenvolvidas as atividades apontadas nos fluxogramas da Magnólia, Gérbera e Lírio, permite observar as contradições e tensões entre o que Merhy conceitua como trabalho vivo em ato e trabalho morto. Sendo que o trabalho vivo é:

Um encontro entre pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual, opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitações (Merhy, 1999, p. 308).

Já o trabalho morto é um conjunto de elementos já existentes que exercem sobre a produção do cuidado de uma forma rígida. Isto é, por exemplo, as exigências, normas, a organização de uma linha de produção etc. (MERHY, 2002).

A análise do fluxograma do processo de trabalho da Lírio poderia fazer pensar que é um processo produtivo no qual a dimensão do trabalho vivo é predominante. Pelo fluxograma da Gérbera analisa-se que há uma expressão menor da dimensão do trabalho vivo, ou seja, os momentos de trabalho vivo da Gérbera são capturados pelo trabalho morto.

6.3 Tecnologias de empoderamento utilizadas por enfermeiras na atenção primária à saúde

Sob a luz do referencial de Empoderamento Social e de Processo de Trabalho em Saúde foram identificadas tecnologias e práticas nos discursos e nos processos de trabalho das enfermeiras na APS, que foram analisadas por meio de categorias e subcategorias temáticas que são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 4- Categorias de análise.

Categoria	Subcategoria
Tecnologias com potencial para o empoderamento de usuários	Grupos educativos com enfoque preventivo e pedagogia tradicional Acolhimento e visita domiciliar como tecnologias leves, dialógicas e libertadoras
Tecnologia com potencial para o empoderamento da equipe de saúde	Reunião de equipe como espaço para a reflexão-ação
Tecnologia com potencial para o empoderamento das enfermeiras	“Café com resultados” como espaço e processo de empoderamento

Fonte: Elaboração da autora, 2019.

6.3.1 Tecnologias com potencial para o empoderamento de usuários

Para a identificação das tecnologias de empoderamento que são produzidas no cotidiano de trabalho no micro espaço das enfermeiras sujeitos deste estudo, faz-se necessário analisar o seu processo de trabalho, o qual diz respeito à forma como elas pensam, se organizam, se relacionam e ofertam o cuidado de enfermagem na APS.

Assim, a presente categoria apresenta e descreve as tecnologias com potencial para o empoderamento dos usuários, identificadas nos discursos das enfermeiras e acompanhadas pela pesquisadora durante o processo de observação. São trazidos alguns elementos para discussão que remetem à forma como tais tecnologias são desenvolvidas, como são permeadas por processos de subjetivação e por relações de poder, marcadas por relações de saberes, interesses e desejos.

Grupos educativos com enfoque preventivo e pedagogia tradicional

As tecnologias reconhecidas pelas enfermeiras como de empoderamento de usuários são aquelas relacionadas com tecnologias educativas, como por exemplo,

as que faz referência à educação popular, especificamente à realização de grupos educativos, palestras em sala de espera e campanhas alusivas a datas especiais, como outubro rosa, novembro azul e carnaval.

Sobressaem os grupos educativos de nutrição e alimentação saudável, de atividade física para hipertensos e diabéticos, de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e contracepção, de gestantes e famílias grávidas, como podem ser visualizados nos seguintes relatos:

Eu acho que a única coisa que a gente em alguns momentos faz de educação popular é alguns grupos de orientação para uma alimentação ideal, saudável; encontro com pais e crianças até os dois anos, que aconteceu até janeiro, porque a menina (*se refere à profissional responsável pelo grupo*) saiu. **Girassol**

Minha equipe no momento está fazendo educação com os usuários diabéticos, todos os que vêm para pegar a seringa de insulina para que eles realmente a depositem numa garrafa pet e nos traga, que não pode ser jogada na rua, sobre os riscos que isso pode trazer, isso eu considero uma educação popular. **Crisântemo**

A gente tem um grupo de gestante, geralmente não vem muitas, se tem umas 10 ou 15 gestantes vem umas 5 ou 6 gestantes, então são ações meio que pontuais, programadas mesmo. **Orquídea**

Eu estou com um grupo para hipertenso e diabético uma vez por mês, é um grupo mais direcionado, são aquelas pessoas com diabetes descompensado, o foco principal é a nutricionista que trabalha algumas questões de alimentação saudável. A cada 6 meses eu faço um grupo de famílias grávidas, que nós vamos iniciar um agora em novembro. **Tulipa**

Era um grupo que eu queria fazer todo mês, falar de como usar a camisinha, como prevenir doenças. **Gérbera**

Sendo a tecnologia de grupos educativos a que mais se destaca nos relatos das enfermeiras, tais grupos são dirigidos especificamente a pessoas com características e necessidades semelhantes, ou seja, são grupos “homogêneos” quanto a características fisiopatológicas e têm como finalidade difundir informações e orientar os usuários sobre os cuidados e comportamentos ideais esperados de acordo com a sua condição fisiopatológica.

É interessante ressaltar as várias propostas de tecnologias educativas grupais, que embora, sejam tecnologias desenvolvidas a partir de ideais com grande potencial para o empoderamento dos usuários, a finalidade destas tecnologias é vista, segundo os relatos, sob o aspecto da prevenção e do acesso a informações técnicas sobre questões bio-fisio-patológicas. Isto, pode dizer respeito ao planejamento e criação de grupos educativos fundamentados em ideologias que supervalorizam o uso de tecnologias leve-duras e duras relacionadas com o aspecto biológico da atenção à saúde, em detrimento do uso de tecnologias leves, relacionadas com aspectos sociais e culturais dos seres humanos.

Essa diretriz parece se distanciar do que preconiza a PNAB, a qual propõe como uma das características principais da APS, a abordagem da pessoa em sua singularidade, considerando a sua inserção sociocultural, no intuito de produzir uma atenção à saúde integral (BRASIL, 2017).

Considerando a inserção sociocultural do ser humano, Juaréz (2008), afirma que a educação em saúde deve atender não só a transferência de conteúdo do saber técnico, mas, especialmente, a formação social dos usuários dos serviços de saúde, a conformação de sentimentos, da moral, questões que são imprescindíveis para que a pessoa saiba como atuar, quais decisões tomar quando se lhe apresentem conflitos interiores, de tal forma que a conciliação entre as tecnologias educacionais e as atividades sociais seja a que promova uma participação propositiva, criativa e dinâmica dos coletivos.

Para alcançar esse objetivo, é necessário reconstruir uma educação em saúde que se nutra da realidade atual para fundar concepções e métodos que promovam e apoiem o processo de vida das pessoas na sociedade (JUARÉZ, 2008).

De acordo com os relatos das enfermeiras, a metodologia utilizada para o planejamento e desenvolvimento das tecnologias de educação popular, apresenta

uma dinâmica comum desenvolvida pela equipe multiprofissional, na qual cada um possui o seu núcleo de saber e atuação:

A gente realiza mensalmente uma reunião com médico que dá uma palestra sobre algum tema relevante, cada mês ele traz um tema diferente. É uma forma de estar conscientizando-os também de alguma situação. **Dália**

O grupo é multiprofissional, tem palestra com enfermeira, com dentista, com o pessoal do NASF, cada profissional fala do seu tema, já traz a sua palestra do que acha que é importante falar. É um profissional para cada encontro, eles nunca viram esse negócio da população trazer a demanda do tema. **Orquídea**

Como pode-se perceber nos depoimentos anteriores e corroborado também com situações presenciadas durante o processo de observação realizado pela pesquisadora, os temas desenvolvidos durante os grupos educativos, são definidos previamente pela equipe de saúde, especialmente, pela enfermeira e a equipe do NASF, de acordo com a data ou evento comemorativo do momento.

Os grupos educativos, de forma geral, possuem características similares inspiradas principalmente no modelo tradicional da relação pedagógica, onde o profissional da saúde acredita saber o que a população precisa, o que é bom para ela e quais as informações de que necessita saber.

Esse cenário encontrado nas práticas educativas das enfermeiras, estabelece sintonia com os discursos sobre as significações dos temas que permeiam o empoderamento discutidos anteriormente. Assim, é possível enxergar a predominância da perspectiva verticalizada na identificação das necessidades de educação em saúde da população. Parece haver uma desconsideração da palavra e da vontade do usuário dos serviços de saúde sobre o que ele identifica como sua própria necessidade. Também não foi possível identificar nos discursos, a valorização dos conhecimentos populares adquiridos por meio da cultura e da experiência de vida.

A fala apresentada a seguir mostra e confirma a perspectiva já analisada anteriormente no presente estudo, com relação aos significados dos temas que permeiam o empoderamento. Trata-se do objetivo que se atribui ao desenvolvimento de práticas educativas, relacionando-o com a orientação sobre as condutas “adequadas” que se espera que sejam realizadas pelos usuários:

De nada adianta ele chegar aqui (o paciente), ser orientado, se em casa ele não realizar o que deve, se ele não fizer dieta, não tomar a medicação, não fizer o exercício. Só que a nossa função é orientar, nós não podemos fazer por eles. **Crisântemo**

A gente tinha com o médico anterior essa roda de conversa que fazia sobre um tema que ele achava importante. Fazer com que o paciente tenha uma visão diferente, que não é o que ele quer, é o que precisa ser resolvido na questão da saúde dele. **Lírio**

De acordo com os discursos acima, pode-se compreender que a relação pedagógica entre profissionais da saúde e usuários, na prática, parece basear-se num caminho unidirecional, no sentido em que, o planejamento das ações educativas não é feito de forma compartilhada com os usuários. No que foi observado pela pesquisadora, os usuários não foram chamados a co-constituir e avaliar as ações educativas implementadas. Além disso, e como já apontado anteriormente, o interesse do profissional de saúde parece ser o de modelar os comportamentos por meio da transposição de informações e orientações, como se as pessoas que se pretende educar fossem uma lata vazia para ser enchida por nós (FREIRE, 1979).

Para o planejamento das tecnologias de educação popular, segundo Vasconcelos (2003), seria importante o rompimento das barreiras do cientificismo, da especialização e dos mandatos profissionais, mediante a democratização do saber, o desenvolvimento de tecnologias de cogestão e autogestão, e a articulação entre o conhecimento técnico e os saberes populares.

Pensando a partir dessa concepção, os grupos educativos não deveriam ter uma programação feita a priori, a programação dos temas a serem debatidos

poderiam partir de uma consulta aos participantes de cada grupo. Cabe aos profissionais da saúde como educadores, tratar as temáticas propostas pelo grupo, sendo possível, acrescentar outros temas que se insiram como fundamentais no corpo inteiro da temática, com a finalidade de dar melhores esclarecimentos à temática sugerida pelo grupo (FREIRE, 2005).

Em uma das falas anteriores, a enfermeira Dália afirmou que promovem o processo de conscientização da população, a partir das informações transmitidas durante as palestras realizadas pelos profissionais da saúde. Com base nessa percepção, é possível enunciar o seguinte questionamento: qual será o entendimento que as enfermeiras possuem sobre conscientização?

A questão da conscientização é um elemento especialmente relevante no interior das discussões sobre empoderamento, pois consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência e implica ultrapassar a simples ação de apreensão da realidade, para chegar-se ao ponto onde o ser humano possa desvelar a realidade por meio do olhar mais crítico possível (FREIRE, 2001).

Entretanto, o ato de conscientizar compreendido por Dália parece consistir no fato de fornecer informações e orientações a respeito de alguma situação concreta que acomete ou poderia acometer a saúde e a vida das pessoas. Refletindo um pouco mais sobre essa ideia, não é incomum no cotidiano do trabalho em saúde o pensamento de que, quando um “desvio” no comportamento do usuário aparece, basta educar as pessoas. Nesse sentido, a inteligência, a ciência e a razão seriam suficientes para consertar esses desvios. Ou, dito em outras palavras, quando o problema é o desconhecimento ou um conhecimento errado, a saúde teria o tratamento que consiste no conteúdo, nas técnicas e nos métodos educativos persuasivos necessários para corrigir a conduta (MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Porém, estudos tem apontado que não basta só conhecer e eleger mecanismos para o controle, pois, a APS lida com temas complexos e singulares, como são a saúde e a vida, que estão intimamente ligados com o contexto social, cultural e subjetivo dos coletivos, cujas magnitudes, o conhecimento científico parece ainda não alcançar (MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Diante dessa realidade, para que exista uma verdadeira conscientização, Freire (2006) defende que é imprescindível que a pessoa, partindo da análise crítica da sua situação, busque a superação das dificuldades. Adverte, ainda, que os caminhos para que esse processo ocorra, não devem ser impostos e sim deixados à capacidade criadora da consciência livre do sujeito.

Analisando os relatos e o processo de trabalho das enfermeiras, foi visualizado um aspecto relevante para essa discussão que é a dificuldade em conseguir e manter a participação presencial dos usuários nas atividades educativas convocadas pelas equipes de saúde, como pode se confirmar nos seguintes depoimentos:

Eu fiz duas vezes e não estava vindo ninguém, eu não consegui manter o grupo, sempre tinha que chamar a sala de esperar para poder fazer o grupo. Então, a gente acaba desanimando das ações que a gente faz. **Gérbera**

A gente faz, mas às vezes a população não adere. **Rosa**

A falta de interesse de vir e nos escutar mesmo que tenha sorteio de brindes, mesmo que tenha alguma coisa a oferecer nos grupos que fazemos, não tem interesse deles de vir mesmo. Para mim o que está sendo a maior dificuldade aqui é a população. **Dália**

Também pode se observar no seguinte recorte do diário de campo da pesquisadora:

“Chegou a hora de fazer a palestra e a enfermeira foi pedir para a técnica de enfermagem, convocar as pessoas que se encontravam na sala de espera para participar. Foi difícil contar com a participação das pessoas, só um idoso foi voluntariamente, ninguém mais quis participar, então, a enfermeira começou a oferecer em troca, um brinde e só assim conseguiram que outras três pessoas participaram”. **Diário de campo**

Pelos depoimentos acima pode-se enxergar o quão desafiador está sendo para as enfermeiras e equipes de saúde, a realização de grupos educativos, ao ponto de desmotivá-las na continuação do esforço por realizá-los.

Vale ressaltar que a tecnologia de grupo educativo é uma estratégia que pode contribuir no processo de empoderamento de coletivos, por serem estratégias propulsoras de integração, diálogo, conscientização, libertação e transformação de realidades, quando planejadas e executadas como processos nos quais, os usuários se sintam identificados, e possam construir sentidos de apropriação daquilo que estão recebendo.

No entanto, nos grupos educativos identificados nos relatos e naqueles acompanhados pela pesquisadora por meio da observação, parece isso não estar acontecendo. Refletindo sobre esse cenário, poder-se-ia pensar que possíveis motivos que causam essa dificuldade de baixo interesse de participação da população nas atividades educativas, são: o fato de pensar os temas educativos a partir da experiência e percepção unicamente dos profissionais da saúde, focalizar na prevenção de doenças e normalização dos comportamentos das pessoas, aspectos já identificados nos depoimentos de enfermeiras e discutidos previamente neste estudo.

Uma outra questão que chamou a atenção da pesquisadora durante o processo de observação, e que cabe ressaltar nesta discussão, é a necessidade que as equipes têm de registrar toda atividade realizada nas unidades de saúde por meio de fotografia. A enfermeira participa do grupo educativo só quando é a sua vez de falar sobre algum tema. Nos outros encontros com os usuários, cada profissional é quem dá sua palestra, acompanhado, às vezes, por um ACS. Mas, no final, quando a palestra acaba, entra na sala a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os outros ACS para tirar foto de toda a equipe com os participantes do grupo educativo. Parece haver preocupação de obter registro fotográfico onde apareça a equipe toda e ter a evidência para apresentar em relatórios e outros eventos exigidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nessa perspectiva, foi percebida a necessidade da equipe em tirar fotografias para comprovar a realização da atividade educativa. Por outro lado, não foi identificado um cuidado maior em torno de suas formas de planejamento e de

desenvolvimento. Também não foi observada solicitação de consentimento das pessoas que participam do grupo para o registro fotográfico. Isso pode prejudicar o objetivo e o resultado das atividades educativas e se constituir em um potencial obstáculo no processo de interesse das pessoas em participar das atividades educativas realizadas nas unidades de saúde.

Nesse cenário, os usuários dos serviços de saúde que participam das atividades educativas, podem estar sendo vistos e tratados como objetos de intervenção por parte dos profissionais da saúde, mesmo sem querer, desconsiderando a possibilidade de que eles possam decidir, até discordar das “boas intenções” dos trabalhadores da saúde (MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Contudo, reconhece-se que a diversidade de formatos, experiências, iniciativas, estratégias e tecnologias que se aproximam da educação popular sendo levada a cabo nas práticas cotidianas das equipes de saúde na APS no município estudado, podem abrir espaços e construir experiências que auxiliem na potencialização de processos de empoderamento e transformação e, de alguma forma, vincular educação popular à necessidade de construção de autonomia dos sujeitos, à participação e a constantes movimentos instituintes.

Acolhimento e visita domiciliar como tecnologias leves, dialógicas e libertadoras

Outras tecnologias que podem estar contribuindo para o empoderamento dos usuários, identificadas pelas enfermeiras na sua rotina de trabalho, são o acolhimento dos usuários e suas necessidades de saúde, a realização de visitas domiciliares, e o vínculo construído entre enfermeira/equipe e usuário:

Eu acredito na visita domiciliar como uma coisa que dá bastante condição para a gente melhorar o vínculo. *Girassol*

Na visita domiciliar, a gente costuma ir com um ACS junto para já ter esse conhecimento da família. As visitas domiciliares eu acho que é a

mais efetiva porque você consegue pegar a família toda e discutir juntos as ações. *Dália*

A finalidade das visitas domiciliares é vista, segundo os relatos acima, sob o aspecto do conhecimento situacional das famílias e a criação de vínculo entre equipe de saúde e população. As enfermeiras acreditam que a visita domiciliar é um canal que permite o fortalecimento do vínculo, e esse processo é dado mediante a dialogicidade no relacionamento entre as duas partes.

Essa é uma visão coerente com a PNAB que define como atribuição do enfermeiro, a realização do acolhimento com escuta qualificada e a atenção à saúde de indivíduos e famílias na unidade de saúde, no domicílio ou nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2017).

Assim, a visita domiciliar é um recurso que equipes de saúde utilizam na APS que possibilita o seguimento do cuidado à saúde de determinada população e cuja relevância está dada no potencial para promover a criação de vínculo, confiança e empoderamento, pois permite aos profissionais da saúde conhecer as realidades específicas de cada família, discutir e co-construir intervenções para a resolução de problemas relacionados com a saúde.

Uma das características destacadas da visita domiciliar é a que se configura em momento oportuno para que o profissional da enfermagem, valendo-se do uso de tecnologias leves, pratique a escuta qualificada, acolhimento e diálogo. Um diálogo respeitoso, solidário e democrático é o caminho que permite a aproximação real das famílias às respostas a questões que ela suscita, assim como, fortalece os sujeitos enquanto coletivo, para o enfrentamento dos obstáculos (PAULA; MELLO, 2018).

Durante as visitas domiciliares observadas, a pesquisadora conseguiu perceber que as pessoas/famílias visitadas pareciam reconhecer a necessidade do atendimento realizado pela profissional da enfermagem no momento e na situação específica em que se realizava a visita, expressando a importância de terem suas dúvidas sanadas em relação ao autocuidado e/ou ao cuidado da saúde do familiar.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo desenvolvido em João Pessoa com mães de recém-nascidos que receberam visita domiciliar no período neonatal

por profissionais que atuam na APS, o qual revelou que as mães que recebiam visita domiciliar mostraram maior satisfação com a interação da equipe de saúde e o fortalecimento da confiança entre equipe de saúde e mães (REICHERT et al., 2016a).

Quanto ao acolhimento, enfermeiras participantes do estudo acreditam que é possível fomentar processos de empoderamento dos usuários e famílias utilizando como canal, o diálogo. Além de que, por meio dele, é possível obter uma compreensão mais ampla sobre a vida das pessoas - sujeitos do cuidado, o que, conseqüentemente, produz de certa forma, uma maior sensação de empoderamento da própria enfermeira, como apreende-se nas seguintes falas:

Eu penso que é esse vínculo que é o importante, porque a partir do momento que você vincula, você confia, a partir que você confia, você anda, você consegue empoderar, no diálogo. **Rosa**

O acolhimento, quando você conhece os pacientes, eu acho que tudo isso empodera e você cada vez se empodera mais da situação. **Crisântemo**

De acordo com o depoimento da Rosa, vincular-se aos usuários e famílias significa ter um olhar integral, longitudinal e humanizado perante as singularidades de cada um (REICHERT et al., 2016b).

Assim, de acordo com a abordagem de Paulo Freire, acredita-se na dialogicidade entre vidas, experiências e conhecimentos, como alternativa de relacionamento, que possa promover o empoderamento de todos, acredita-se no crescimento que se faz através da comunicação, acredita-se na transformação de pessoas e, conseqüentemente, dos seus contextos (PAULA; MELLO, 2018).

Complementando nesse sentido, Freire (2004) adverte que o diálogo requer humildade e tolerância por parte dos dois lados, profissional da saúde e usuário, a fim de que se possa conviver com o diferente para poder lutar juntos contra a desigualdade e a opressão.

Humildade e tolerância no sentido de crer e investir nas capacidades do outro, impulsionando-o a ser protagonista da sua realidade. Essa crença incondicional, torna as relações humanas decisivamente importantes para a construção de caminhos pessoais e profissionais mais libertadores (FREIRE; HORTON, 2005).

Durante as observações realizadas, a pesquisadora conseguiu constatar que as duas enfermeiras gestoras de unidade de saúde, tiveram um olhar ampliado durante a realização da visita domiciliar, assim como, abertura para o acolhimento e diálogo com os usuários e famílias.

Dessa forma, o acolhimento e a visita domiciliar são tecnologias potencialmente transformadoras, pois oportunizam a inserção do profissional no espaço de vida das famílias para a realização do encontro de cuidado, tendo a possibilidade de conhecer a história de vida dos sujeitos, do ambiente em que vivem, dos costumes e hábitos que potencializarão as ações profissionais para promover o empoderamento.

Essas características relacionadas ao acolhimento, vínculo, olhar ampliado das necessidades de saúde, têm sido especialmente relevantes para mostrar que no cuidado à saúde, o acolhimento, o diálogo e o vínculo são muito mais importantes do que a dimensão racional e objetiva dos projetos terapêuticos. A palavra tem uma maior repercussão quando expressa sentimentos e valores, do que como ferramenta de transmissão de conhecimentos e orientações. Esse agir intuitivo e emocionado, muitas vezes, provoca transformações de grande impacto na saúde das pessoas que, medidas tecnicistas e biologicistas não conseguem (VASCONCELOS, 2009).

Na fala a seguir, a enfermeira faz menção a um aspecto positivo que possui a realização de visitas domiciliares, e é a oportunidade de conhecer a realidade de determinada família:

A visita serve para conhecer e trazer a problemática para a unidade, vamos supor, a ACS vai para determinada casa, vê que ali tem um quadro que precisa que a enfermeira vá lá, então eu vou lá e tento resgatar. *Orquídea*

É a partir do conhecimento dos problemas e necessidades de determinada população, na qual a equipe está inserida, dos aspectos humanos, sociais e culturais

que permeiam as relações e o processo de viver, que soluções vão sendo delineadas. Nessa perspectiva, a visita domiciliar e o acolhimento têm significado não como uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas como estratégia que reorienta as práticas ali produzidas e que contribui para superar o biologicismo, o autoritarismo e a imposição de soluções técnicas restritas (VASCONCELOS, 2017).

6.3.2 Tecnologia com potencial para o empoderamento das equipes de saúde

Nesta categoria, é apresentada a tecnologia que na perspectiva das enfermeiras, contribui para o empoderamento das equipes de saúde.

Reunião de equipe como espaço para a reflexão-ação

O posicionamento das enfermeiras foi unânime ao afirmarem que a reunião de equipe é a principal tecnologia de empoderamento das mesmas, por ser o espaço onde se realizam as ações de autoanálise e reflexão do processo de trabalho da equipe, como mostram os seguintes relatos:

Nessa reunião de equipe a gente põe o que acontece na semana para a gente discutir e entender o que aconteceu. ***Girassol***

A gente discute bastante, ah tal coisa não está dando certo vamos rever. E isso serve também para a gente organizar o processo de trabalho, justamente para planejar as ações totalmente em equipe. ***Tulipa***

Nas reuniões de equipe, a gente conversa bastante não só sobre situações técnicas, reflete como foi o nosso dia a dia durante a semana, situações ocorridas, as falhas, as dificuldades, o que a gente pode fazer para melhorar, eu acho que essa é uma forma de empoderar. ***Crisântemo***

Essas falas das enfermeiras apontam que a reunião de equipe é o momento de oportunidade que as equipes possuem para refletir e analisar acerca do lugar de cada um no seu contexto de trabalho, das tensões, dos conflitos e das ações de cuidado ofertadas em resposta às necessidades de saúde dos usuários.

Resultado semelhante foi discutido em um estudo desenvolvido por Ferreira et al. (2019), no qual, referem que na visão dos profissionais da APS, os espaços coletivos como a reunião de equipe, são importantes para a produção de saberes por meio da reflexão e autoavaliação, tornando o cotidiano de trabalho um dispositivo para a estruturação, organização, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada coletiva de decisões.

Esse processo que as enfermeiras manifestam fazer durante as reuniões de equipe, de discussão e reflexão coletiva para a compreensão da realidade do seu processo de trabalho, é o que possibilita à equipe de saúde o levantamento de hipóteses sobre os desafios impostos pelo cotidiano de trabalho e a procura por soluções para transformá-las, recriando a si mesmas e as suas circunstâncias. Nesse movimento constante, os trabalhadores da saúde, como seres humanos, constroem a cultura nos espaços geográficos e históricos em que atuam, desenvolvendo consciência sobre os resultados de suas relações e ações (FREIRE, 2001).

O processo de análise e reflexão das práticas para reorganizá-las e melhorá-las, como mostram as falas da Tulipa e Crisântemo, reflete o que Freire (2001), define como descodificar e recodificar a realidade na procura de novos significados sobre ela. Por meio deste processo, as equipes podem comportar-se diferentemente frente à realidade objetiva, uma vez que, ela deixa de se apresentar como um beco sem saída e toma seu verdadeiro aspecto: um desafio a que devem responder. Em relação à codificação, Freire aponta que esta representa um significado dado à realidade de acordo com a experiência vivida pelo sujeito.

Acrescentando nessa direção, Mendes; Fernandez; Sacardo, (2016) advertem que a tarefa de analisar permanentemente os processos de trabalho, cabe a todos os membros das equipes e não o fazer propicia a manter as coisas como elas estão, já que as instituições tendem a se autoconservar para garantir certo grau de

previsibilidade para a ação humana. Sem essa análise, todos os envolvidos ficam sem saber se estão fazendo escolhas e podem apenas reproduzir permanentemente aquilo que está instituído, perdendo a capacidade de transformar.

Por outro lado, os seguintes relatos destacam a potencialidade que tem o espaço da reunião de equipe para o compartilhamento e exteriorização de sentimentos e emoções sentidas e vividas pelos membros das equipes com relação ao processo de trabalho:

Temos reuniões de equipe semanalmente onde é aberto a eles colocar opiniões, colocar frustrações, reclamações e diante disso, a gente vai tentando se organizar. **Dália**

Problemas pessoais e dificuldades que a gente está encontrando no processo de trabalho, então a gente deixa aberto e falamos sobre tudo mesmo, do que está incomodando. **Lírio**

Os depoimentos acima explicitam que além dos movimentos de análise e reflexão sobre as práticas técnicas do trabalho em saúde, as reuniões de equipe também permitem a mobilização de emoções e sentimentos. Tais características da funcionalidade da reunião de equipe, encontram-se em harmonia com o trabalho vivo em ato, no sentido em que possibilita a manifestação de emoções e sentimentos, produz processos de escuta e acolhimento deles, troca de informações, e reconhecimento de cada um dos membros da equipe, elementos estes, que são muito importantes no processo de tomada de decisões e que possibilitam as intervenções.

De acordo com Merhy (2005), o trabalho vivo em ato é aquele que ocorre no momento singular dos sujeitos, sendo um momento de criação, exercido de forma autônoma, e que não se reduz à sua dimensão meramente tecnológica.

O autor complementa ainda que, no encontro dos sujeitos, como o propiciado na reunião de equipe, criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre duas ou mais pessoas, o qual é um momento especial portador de forças instituintes. Para o agir em saúde, em sua micropolítica, é importante entender que é no uso das

tecnologias leves, expressadas nas relações intercessoras no encontro entre sujeitos, que se constrói o território de reestruturação produtiva em saúde (MERHY, 1997).

Em outro estudo, discute-se essa perspectiva e revela-se que profissionais da APS consideram as reuniões de equipe como importante estratégia para o estreitamento das relações entre os membros da equipe e para melhor desempenho e planejamento das mesmas e das ações de saúde. Aponta-se também que, as discussões levantadas nas reuniões possibilitam o conhecimento do trabalho de cada membro da equipe com maior propriedade, de modo que todos podem conhecer as dificuldades que o outro encontra a partir de suas responsabilidades diárias (PERUZZO et al., 2018).

As enfermeiras deste estudo apontam a distribuição de poder e autonomia para todos os membros da equipe durante a realização das reuniões, distanciando-se das linhas de autoridade, geralmente imbuídas nas estruturas hierárquicas que compõem a organização e relacionamento do trabalho entre enfermeira e equipe:

Não só eu que falo, todo mundo tem abertura para falar, a dentista fala da parte da saúde bucal, a faxineira fala, a recepcionista. **Gérbera**

Na reunião de equipe, que a gente leva os casos que as meninas (ACS) trazem, discutimos, às vezes até a opinião delas é melhor que a minha em algum caso. **Orquídea**

Tais perspectivas apontadas pelas enfermeiras sobre as potencialidades que a reunião de equipe tem para emponderá-las, relacionadas com discussões, reflexões e análises coletivas das práticas, mobilização e acolhimento de emoções e sentimentos, autonomia e horizontalidade nas relações e comunicação, também foram identificadas pela pesquisadora durante o processo de observação, como pode-se visualizar na seguinte captura do diário de campo da pesquisa:

“Se abriu um espaço onde todas começaram a expor suas angustias relacionadas com o trabalho, as dificuldades, também falaram dos

mecanismos que usavam para descontrair e relaxar. Foram aproximadamente 40 minutos de diálogo, desabafaram, riram. Aproveitaram o momento e o espaço para discutir alguns casos de pacientes. Foi gostoso de presenciar, ver como todas as pessoas da equipe sabiam sobre os pacientes, as trocas de informação. Penso que foi um bom exercício para ajudar a equipe para compartilhar e expor emoções, e fortalecer vínculos”. ***Diário de campo***

Observou-se que, nas reuniões de equipe, o processo de comunicação enfermeiro/equipe é eficiente. As enfermeiras têm desenvolvido habilidades em comunicação, compatíveis com o trabalho em equipe, identificando e superando os possíveis obstáculos que possam limitar e tornar ineficiente este processo, uma vez que, uma comunicação efetiva é o ponto de partida para a eficácia das relações interpessoais e, conseqüentemente, do processo de trabalho em saúde.

É importante salientar que durante o processo de observação, foi possível perceber que o processo de trabalho na APS sinaliza algumas mudanças que são pactuadas durante as reuniões de equipe, como por exemplo, a flexibilidade na operacionalização das ações, permitindo que todos colaborem em todas as funções, preservando as fronteiras de cada um. Há um trabalho complementar e articulado, pois quando falta algum membro da equipe ou este se encontra ocupado, outro membro assume sua função, no sentido de dar apoio e continuidade aos processos.

De acordo com os depoimentos da Gérbera e Orquídea e com as observações registradas pela pesquisadora, foi identificado que o planejamento das ações de saúde, geralmente, parte de propostas discutidas e decididas pela equipe toda e o processo de decisão não é centralizado somente na enfermeira. Isso é compatível com a prática de gestão participativa estabelecida e legitimada pela própria equipe embora, a enfermeira seja a pessoa reconhecida pela Secretaria Municipal de Saúde como a gestora da USF.

Com relação à gestão participativa, Jonas; Rodrigues; Resch (2011) afirmam que consiste em uma organização que promove a descentralização e a participação de todos os membros envolvidos, nas pactuações e decisões do trabalho em saúde.

Pensando a partir dessa perspectiva e conforme os achados nas entrevistas e na observação, entende-se que as equipes de saúde que atuam na APS do município estudado, apresentam tendências claras de movimentos instituintes, de mudanças e renovação dos processos de trabalho, promovendo a transformação nas práticas, no sentido em que, com a realização das reuniões de equipe, vão se assumindo gradativamente como equipe sujeito e vão superando as tendências a perpetuarem-se como equipe assujeitada pela permanente reprodução do já instituído (VASCONCELOS, 2003).

Com os achados desta pesquisa, é possível inferir que as reuniões de equipe, nos serviços de saúde do município estudado, têm representado espaços com relevante potencial para a promoção de processos de conscientização das equipes de saúde, na medida em que possibilitam e mobilizam uma atitude crítica e reflexiva do processo de trabalho que compromete à ação e transformação das práticas e da realidade (FREIRE, 2001).

6.3.3 Tecnologia com potencial para o empoderamento das enfermeiras

Nesta categoria, apresenta-se tecnologia que contribui para o empoderamento das enfermeiras quanto cuidadoras e gestoras de unidades de saúde, e se discute em que medida, tal tecnologia acena como agenciadora na promoção de empoderamento das mesmas.

A análise identificou a tecnologia “Café com resultados” de caráter leve e leve-dura que se destacou por contribuir na construção de autonomia, conhecimento e empoderamento das enfermeiras.

“Café com resultados” como espaço e processo de empoderamento

“Café com resultados” é um projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, projetado para estimular a apresentação, discussão e análise dos resultados de cada ponto da rede de atenção à saúde do município.

São encontros que acontecem mensalmente, dos quais participam todas as enfermeiras da APS, assim como, os gestores dos outros pontos da rede de saúde

do município. A pesquisadora conseguiu acompanhar dois encontros durante o período de observação.

O Café com resultados é como se fosse um debate de todas as unidades onde se colocam números de atendimentos, números de todos. E a gente tem a oportunidade de debater algumas dificuldades que a gente está enfrentando. Eu acho que é muito produtivo, porque com esses números, a gente consegue uma visão mais ampla do que realmente está acontecendo no município. **Dália**

É um encontro onde a gente mostra resultados de tudo aquilo que a gente fez no mês, por isso que é café com resultados. **Lírio**

Durante o período de observação, foi possível perceber que a elaboração da apresentação para mostrar no encontro “Café com resultados”, é realizada, em grande parte, durante o período de serviço das enfermeiras. Uma das enfermeiras reconheceu que essa tarefa é uma atividade que demanda muito tempo, tempo este que poderia ser utilizado na prestação de serviços de cuidado ou de gestão da sua unidade, afirmando que, muitas vezes, as ações de cuidado e acolhimento desenvolvidas por ela, ficavam prejudicadas por falta de tempo.

A apresentação, no que se observou, é elaborada pela enfermeira, não havendo uma construção compartilhada dos dados a serem apresentados. Não se observou a realização de uma avaliação ou discussão prévia, no âmbito interno de cada equipe, sobre os resultados da ação específica que a enfermeira mostrou na apresentação.

Outro aspecto observado e já mencionado anteriormente, é a preocupação que as enfermeiras mostraram com a visibilidade das ações desenvolvidas, exemplificada na expressão da necessidade de tirar fotografia das ações realizadas dentro e fora da unidade de saúde. Durante a observação, foi registrado no diário de campo a seguinte afirmação realizada por uma enfermeira em uma reunião de equipe:

“Tem que mostrar, porque se não mostram fica parecendo que não fizeram nada”. *Diário de campo*

Destaca-se, nesse registro, a notada preocupação com a visibilidade, na ênfase da importância de se mostrar o que se faz. Essa situação leva à reflexão de que se por um lado, fotografar a ação realizada é importante para comprovar um resultado, por outro, isso não pode significar um fim em si mesmo, não pode ser mais importante do que a finalidade da própria ação educativa.

Durante o encontro “Café com resultados”, se apresentam vários resultados em números e em fotos, porém, não se observam aspectos sobre o contexto em que foram produzidos aqueles dados. O objetivo e a ideia central do projeto “Café com resultados” são muito relevantes para a gestão em saúde, pois propiciam ambientes e espaços de discussão coletiva e práticas de reflexão participativas sobre as ações de saúde realizadas no município. Por outro lado, é preciso refletir sobre uma possível e excessiva preocupação com o registro fotográfico e com a necessidade de se mostrar algum resultado que poderiam levar a distorções e prejudicar os reais objetivos e finalidades das ações educativas.

É possível que a importância dada pela gestão da saúde à apresentação de resultados, leve a contradições entre a potencialidade das práticas educativas para o empoderamento e a superficialidade com a qual podem ser realizadas na busca de se mostrar tais resultados e, dentro de uma perspectiva produtivista, venha a capturar as equipes de saúde para um modo de operar capitalista, onde o conhecimento, o desejo e as necessidades são fortemente absorvidos pelo regime de produção (MERHY 2002).

Por outro lado, o espaço “Café com resultados” propicia a troca de experiências e o aprendizado mútuo entre as enfermeiras gestoras das unidades. Elas aprendem umas com as outras e por meio do compartilhamento das experiências, avaliam-se os aspectos positivos e os negativos. Há a oportunidade de que cada enfermeira possa adaptar a experiência positiva apresentada por uma outra colega, de acordo com as necessidades singulares do território em que atua, com a equipe de saúde e população usuária de sua unidade de saúde.

As falas seguintes denotam a importância do projeto “Café com resultados” como espaço de fala e de troca de experiências na gestão da saúde:

A gente sempre teve as reuniões com os gestores só que a gente tinha um olhar negativo dessas reuniões, porque eram meio impositivas. O novo secretário de saúde me chamou e falou assim, vamos fazer uma coisa diferente? E a gente pensando junto, criamos esse projeto que chama café com resultado como se fosse um momento de a gente tomar um café juntos e antes de eu falar, eu quero ouvir de cada um, mais do que só os dados, para dar abertura deles falarem, compartilhar suas experiências e suas preocupações. **Magnólia**

Cada um tem uma ação diferente né, aí alguém teve uma ideia de fazer algo na unidade para pode atingir um público-alvo, aí o outro pega o modelinho. **Crisântemo**

O encontro realizado entre as enfermeiras, no “Café com resultados” possui potencial para se configurar como espaço e processo de empoderamento pessoal, grupal e estrutural, pois novas discussões e reflexões podem fomentar propostas de mudança social, subsidiando pessoas, grupos e sociedades em sua atuação.

Vale descrever a dinâmica de como os encontros ocorrem. Primeiramente, há a apresentação dos resultados pelas enfermeiras. Em média, se apresentam seis pessoas, a cada encontro. Durante cada apresentação, os participantes podem realizar perguntas ou emitir alguma opinião relacionada aos dados. Algumas apresentações são mais participativas e dinâmicas e outras menos. Quando se finaliza uma apresentação, imediatamente começa a seguinte e só quando terminam todas as apresentações do dia, a coordenadora da APS ou o secretário municipal de saúde definem em qual das apresentações irão focar as discussões. Pela restrição de tempo, os participantes não discutem os resultados de todas as apresentações, mas somente das que parecem ter maior relevância de acordo com os dados apresentados.

Essa situação tem suscitado insatisfação em algumas enfermeiras, por sentirem certa desvalorização das problemáticas e experiências apresentadas por

elas e que como o preparo da apresentação demanda tempo de dedicação, ficam, de certa forma, frustradas quando seus dados não são selecionados para a discussão. Algumas enfermeiras manifestaram, durante o momento de observação, que o ideal seria que se realizasse a discussão de todas as apresentações, na sequência imediata ao término de cada uma, para não perder o fio condutor e de forma a valorizar os resultados apresentados por todas.

“olha, a gente fica muito desmotivado, porque a gente se esforça muito para fazer as coisas, eu gasto um tempão fazendo a apresentação para o café com resultados, e quando chega lá, tudo mundo apresenta, porém, não são os dados de todo mundo que são discutidos e analisados, e isso faz falta, porque é muito rico quando se discute e se analisa os dados entre todos. Acho que o certo seria discutir e analisar os dados de cada um dos que apresentamos (Gérbera)”. *Diário de campo*

De modo geral, quando as discussões são abertas, o grupo é bastante participativo, há levantamento e mobilização de diversas reflexões e análises, assim como, são propostas inúmeras alternativas de solução, são pactuadas condutas e rotas de atuação. É um encontro muito dinâmico e produtivo.

Nesse contexto, a tecnologia do projeto “Café com resultados” constitui-se em espaço de empoderamento, à medida que fortalece a capacidade das pessoas em tomar decisões; propicia a distribuição e o compartilhamento de responsabilidades; promove a troca de informações e recursos e a aquisição de novas habilidades; favorece a comunicação e o respeito às diferenças; e possibilita a articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde do município.

Freire (1996) argumenta que o empoderamento se fundamenta no desenvolvimento de uma consciência crítica enquanto etapa prévia a uma ação transformadora e emancipadora. Dessa forma, decidir e definir, coletivamente, os pactos e as condições necessárias para que se realize um processo, faz parte da organização que tem como perspectiva o trabalho vivo e democrático. Consequentemente, é uma possibilidade para fortalecer o grupo de profissionais da

saúde, no enfrentamento de problemas, conflitos e contradições (BERARDINELLI, et al., 2014).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar a forma como enfermeiras que atuam na rede de APS desenvolvem e produzem tecnologias que contribuem para o empoderamento de usuários, equipes de saúde e delas mesmas.

Foram identificados polos de tensão apreendidos nas significações que as enfermeiras apresentaram acerca dos temas que permeiam o empoderamento e quais as tecnologias que utilizam para promovê-lo no trabalho em saúde.

Nessa perspectiva, pode ser observado que embora as enfermeiras compreendam o empoderamento como a capacidade de promover autoconfiança, conceder autonomia e poder de participação nos processos relacionados à produção da saúde e da própria vida; ao ressaltarem o uso de tecnologias educativas para tal fim, ainda enfrentam dificuldades para atuar nessa lógica. Porque, de forma geral, destacam a finalidade de modelamento de comportamentos e responsabilização, quando se trata do empoderamento de usuários, ou de se apropriar e adquirir maior conhecimento técnico para desenvolver o trabalho, no que se refere ao empoderamento das equipes de saúde. Isso mostra que o trabalho das enfermeiras pode estar sendo capturado ainda, pelo modelo tecnicista, reducionista e biologicista vigente.

No entanto, os resultados evidenciam importantes brechas para que o empoderamento possa ser consolidado nas práticas da atenção em saúde no contexto da APS. Dado que, são desenvolvidas pelas enfermeiras e equipes, diversas tecnologias com grande potencial para empoderar indivíduos e coletivos. Dentre elas, tecnologias leves, como o vínculo e acolhimento, e tecnologias leveduras, nas quais se destacam as tecnologias educacionais, na forma de grupos educativos.

A tecnologia educativa, por meio da realização de grupos, destaca-se como a prática de empoderamento mais comum relatada pelas enfermeiras, porém, mostra-se ainda uma tendência pouco expressiva para provocar rupturas na cultura tradicional, vertical e hierarquizada de poder entre profissionais da saúde e usuários. Pois a abordagem mais empregada para desenvolver as práticas educativas com a

população usuária da APS, refere-se ao modelo preventivo com foco no processo de decisão individual em adotar comportamentos “adequados” à saúde.

Contudo, as tecnologias de educação utilizadas pelas enfermeiras assentam-se, de forma geral, sobre o conjunto de tecnologias leve-duras relacionadas ao conhecimento e habilidades da prática clínica, intervindo sobre o indivíduo-corpo doente. Assim, pensar em práticas e tecnologias que promovam o empoderamento na APS, significa transformar não apenas a macroestrutura de organização das práticas educativas em saúde, mas principalmente, o modo de pensar empoderamento no interior das unidades de saúde.

Por outro lado, quanto às tecnologias que contribuem para o empoderamento das equipes de saúde, foi observado certo movimento que busca ultrapassar essa linha hierarquizada de poder entre enfermeira e equipe, na tentativa de promover o exercício de análise e organização coletiva, através de tecnologia como a reunião de equipe. Assim, as reuniões de equipe envolvem caminhos tanto para organização do trabalho como para a tomada de decisões, favorecem a vivência de acolhimento dos sentimentos e singularidades de cada membro da equipe e a discussão do trabalho cotidiano.

Outra tecnologia destacada é a realização do projeto “Café com resultados”, capaz de fecundar e viabilizar movimentos de reflexão-ação sobre as dificuldades e realidades específicas na gestão de cada unidade de saúde realizada pela enfermeira, propiciando processos de conscientização e empoderamento.

Os fluxogramas analisadores permitiram a identificação das atividades realizadas cotidianamente pelas enfermeiras acompanhadas mediante observação. Pode-se observar uma predominância na execução de atividades relacionadas com a gestão e administração das unidades de saúde.

Enfim, observou-se que as enfermeiras participantes do estudo apresentam possibilidades e limites nas suas concepções e práticas relacionadas ao empoderamento, enquanto seres históricos e inacabados, que sofrem condicionamentos provocados pelo contexto social e cultural ao qual pertencem, ao mesmo tempo em que podem desenvolver forte potencial para a mudança deste mesmo contexto.

Há uma necessidade recorrente de criação, planejamento e desenvolvimento de novas tecnologias que valorizem mais o vínculo, a dialogicidade, a horizontalidade das relações, a confiança, o pensamento crítico e a mobilização de sentimentos e emoções.

Como limitações do presente estudo, coloca-se o fato de ter acompanhado por meio da observação, o processo de trabalho somente de três enfermeiras, das nove existentes na rede de APS do município, restringindo a oportunidade de apreender as possibilidades de efetivação do empoderamento no processo de trabalho das outras enfermeiras.

Outra limitação que pode ser apontada, faz referência aos participantes do estudo, dado que, se focou somente em enfermeiras, não indagando sobre a percepção, significados e realidades vividas pelos outros componentes da equipe de saúde e pelos usuários dos serviços.

A partir das limitações mencionadas anteriormente e das inquietações e reflexões suscitadas no presente estudo, seria interessante abordar, em pesquisas futuras, a perspectiva dos usuários dos serviços de saúde, a partir das realidades e contextos vividos por eles com relação ao tema empoderamento social no contexto da APS.

Aponta-se, também, como relevante o desenvolvimento de futuras pesquisas com desenhos metodológicos que permitam que os sujeitos do estudo participem ativamente na construção coletiva do fluxograma analisador dos seus próprios processos, abrindo para discussão, reflexão e proposição de caminhos que contribuam para uma maior e real efetivação do empoderamento nas práticas de saúde na APS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde, v. 3, n. 1, p. 1-3, jan.-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>.

ALVES, T.C.; OLIVEIRA, W.F. de; VASCONCELOS, E.M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.

ALMEIDA FILHO N. The complex object: health. En: Sayers B, editor. Health assessment: complexity, trends and opportunities. Geneva: WHO Global Advisory Committee for Health Research; 1999.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C.; SILVA, R.M. Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org). Tratado de saúde coletiva. 2ª edição rev. e aum. São Paulo:Hucitec, 2012, p. 845-902.

ANDRÉ, M.E.D.A. Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional. 3ª edição. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

ANTUNES, R. Os sentidos do Trabalho. São Paulo: Boitempo. 2005.

BARBIANI, R.; NORA, C.R.D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2721, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abril 2019.

BARBIERI, M.C.; BERCINI, L.O.; BRONDANI, K.J.M.; FERRARI, R.A.P.; GRUBISICH, M.T.M.T.; SANT'ANNA, F.L. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*; 36(1):17-24; 2015.

BARBOSA, M. G.; MÜHL, E. H. Educação, empoderamento e lutas pelo reconhecimento: a questão dos direitos de cidadania. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 789-802, jul./set. 2016.

BARBOSA, A.M; SILVA, J.N.F; ARAÚJO, E.K.G; PEREIRA, J.C; LACERDA, D.A.L; ALVARENGA, J.P.O. Fórum permanente de educação popular em saúde: construindo estratégias de diálogos e participação popular. *Rev APS*. 2015;18(4):554-9.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulinas, 2010. (p. 52-75).

BERARDI, R. Paternalismo. *Op. cit.* 2006. v. 9. p. 8.386-7.

BERARDINELLI, L.M.M.; GUEDES, N.A.C.; RAMOS, J.P.; SILVA, M.G.N. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro; 22(5):603-9; 2014.

BORGES, M.C.; BRANDÃO, C.R. Educar: ousar utopias – da educação cidadã à educação que a pessoa cidadã cria. Universidade Federal de Uberlândia. 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica. 2008.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília - DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS): Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf

BUSS, P.M.; PELLGRINI, FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais *Physis*. 2007;17(1):77-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

BUSANA, J.M; HEIDEMANN, I.T.S.B; WENDHAUSEN, A.L.P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto & Contexto Enferm*. 2015;24(2):442-9.

BYDLOWSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc [Internet]*. 2004;13(1):14-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>.

CAMPOS, G.W.S. A reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W.S. A saúde pública em defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2017 ago; 2(4):1-10.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia*. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 13-37, 1996.

CARDOSO, M.L.; COSTA, P.P.; COSTA, D.M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(5):1489-1500.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2008; 13(Suppl 2): 2029-2040. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en.

CATANANTE, G.V. et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12):3965-3974, 2017.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R. A educação em saúde na prática do PSF. In: IDS, USP, MS, organizadores. *Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 34-42. Disponível em: http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; BARBOZA, T.A.V. A complexidade tecnológica da Atenção Básica: um estudo de caso a assistência às pessoas portadoras de lesões de pele crônicas. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A. (Org.). *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo; Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2008, p. 13-29.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*, 8. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006. 164 p.

COSTA, B.V.L.; MENDOÇA, R.D.; SANTOS, L.C. et al. *Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):95-102.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 212 pp.

DA SILVA, E.C.; FUREGATO, A.R.F.; GODOY, S. Estudos de casos clínicos em saúde mental por meio de discussão on-line. Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(3) .

DE ANTONI, C.; MARTINS, C.; FERRONATO, M. Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Brasília, vol. 2, n.53, 2001.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, mar. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio de 2019.

FERRETI, F. et al. Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(3), 51-67, set, 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1ª Edição. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174p.

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para a análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG) In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.H.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec. 2003. p. 161-198.

FOUCAULT M. A ética do cuidado de si como praticada liberdade. In: Motta MB, organizador. Ética, sexualidade, política: Michel Foucault. Rio de Janeiro/São Paulo: Forense Universitária; 2004. p. 265-287.

FOX, N. Postmodernism, sociology, and health. Buckingham: Open University Press; 1993.

FREIRE, P. Ação cultural para a liberdade. 5ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra; 1981. 149 p.

FREIRE, P. Educação e mudança. São Paulo: Paz e Terra; 1979. P.45.

FREIRE, P.; BETTO, F. Essa escola chamada vida. São Paulo: Ática; 1985. 96p.

FREIRE, P.; FAUNDEZ, A. Por uma Pedagogia da Pergunta. 3ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Coleção educação e comunicação). Vol. 15. 2005.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996. (Coleção Leitura). 46.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro. 2001.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148p.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 213p.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2006.

FREIRE, M. et al. A utilização do “Fluxograma Analisador” para avaliação do processo de trabalho dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica no município do Rio de Janeiro. In: XV Pesquisando em enfermagem; XI Jornada nacional da história de enfermagem; XIII Encontro nacional de fundamentos do cuidado de enfermagem, s/n., 2008, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

GALAVOTE, H.S.; FRANCO, T.B.; LIMA, R.C.D.; BELIZARIO, A.M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho da gente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17 (46): 575-586.

GASTALDO D, HOLMES D. Foucault and Nursing: A history of the present. *Nursing Inquiry* 1999; 6(4):231-240.

GIL, A.C. Métodos e técnicas da pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde Soc.* [Internet]. 2004; 13 (2): 20-31. [Acesso 5 mar 2017]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200003&script=sci_arttext
39

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 abril 2019.

HESS, R.; WEIGAND, G. A escrita implicada. *Cadernos de Educação – Revista Reflexões e Debates*, São Paulo, n. 11, p. 14-25, 2006.

HOLLOWAY, I. Observed method: recognizing the significance of belief, discipline, position and documentation in observational studies. In: Holloway, I. (editor)

Qualitative research on health care. Berkshire, England: Open University Press; 2005. Cap. 5, p. 71-85.

IBG. "Censo Populacional 2010". Censo Populacional 2016. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Consultado em 11 de abril de 2017.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONE, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Revista Escola Enfermagem USP, vol. 35, n.2, p.115-21, jun.,2001.

IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. In: ROMANO, J. & ANTUNES, M. (Orgs.). Empoderamento e direitos no combate à pobreza. Rio de Janeiro: Action Aid Brasil, 2002. p.: 21-44.

JUÁREZ R. G. Los círculos de cultura: una posibilidad para dialogar y construir saberes docentes. En publicación: Paulo Freire. Contribuciones para la pedagogía. Moacir Godotti, Margarita Victoria Gomez, Jason Mafra, Anderson Fernandes de Alencar (compiladores). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Enero 2008. ISBN 978-987-1183-81-4. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/freire/17Jua.pdf>

LIMA, F.A.; GALIMBERTTI, P.A. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. Physis (Rio de J). 2016;26(1):157-75.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2016; 21(3):913-922. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 maio de 2019.

MACHADO R. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p.VIII-XXIII

MACINKO, J.; HARRIS, M.J. Brazils Family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*. 372(23), p. 2177-2181, 2015.

MARTINS, G.A. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARX, K. O Capital, crítica da economia política. Livro 1, volumes I e II. São Paulo: Bertrand Brasil/DIFEL, 1987.

MEIS, C. De. Cultura e empowerment: promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas no Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1437-1444, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: 2ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES GONÇALVES, R.B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudara gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. Saúde e democracia: aluta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 125-141.

MERHY, E.E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. *Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira*. Campinas, 1998a.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E.E. et al (Orgs.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã. p. 103-120. 1998b.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2005. 189 p.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Org.) Agir em Saúde: um desafio para o público. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. P. 71-112.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Agir em saúde: Um desafio para o público, 2nd Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. P. 113-150.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. organizadores. Agir em saúde: Um desafio para o público, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-167.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In MANDARINO, A.C.S e GOMBERG, E. (Org.) Novas tecnologias e saúde. Salvador: EdUFBA, 2009.

MINAYO, M.C.S. Saúde em estado de choque. 3ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1992.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.621-6, 2012.

MINKLER, M. Health education, health promotion and the open society: An historical perspective. *Health Education Quarterly*, 16, 17-30. 1989.

MOLINA, G. *Introducción a la Salud Pública*. Medellín: Ediciones Universidad de Antioquia; 1997.

MOUTA, R.J.O.; SILVA, T.M.A.; MELO, P.T.S. et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev. baiana enferm*; 31 (4) 2017.

MUSITO OCHOA, G.; HERRERO, O.J.; CANTERA, E.L. et al. *Introducción a la psicología comunitaria*. Ed. UCO. 2004. Barcelona. España.

NILSTUN, T. Paternalismo. In: Hottois G, Missa JN, (Org.) *Nova enciclopédia da bioética*. Lisboa: Piaget; 2003. p. 518-20.

OLIVEIRA, L.C. DE; ÁVILA, M.M.M.; GOMES, A.M.A.; SAMPAIO, M.H.L.M. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2014.

ORNAGHI, L. Paternalismo. *Enciclopédia filosófica*. Milano: Bompiani; 2006. v. 9. p. 8.385-7.

PÁDUA, E. M. M. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. 15. Ed. Campinas: Papyrus, 2009.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., et al. (Ed.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 459-491.

PEDROSA, J.I.S. Promoção da saúde nos territórios: Construindo sentidos para a emancipação. In: Landim, F.L.P.; Catrib, A.M.F.; Collares, P.M.C., (Org.) Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos. Campinas: Saberes Editora; 2012. p. 25-48.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. Gênese do conceito. s/d. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> Acesso em: 20 outubro 2018.

PERUZZO, H.E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2019.

PESSOA, Eudes Andre. A Constituição Federal e os Direitos Sociais Básicos ao Cidadão Brasileiro. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 89, jun 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623.

PIRES, Denise. Processo de trabalho em saúde, no brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho. Estudo em instituições Escolhidas. Tese de Doutorado em Sociologia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. 1996.

PIRES, D.; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 311-325, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. Organizadores. 3 ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.

QUINTERO, M.C.V. Tres concepciones históricas del proceso salud- enfermedad. Hacia la promoción de la salud. V. 12. 2007. 41-50.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis of longitudinal data. BMJ. p. 349-4014, Jul. 2014.

REICHERT, A.P.S.; GUEDES, A.T.A.; PEREIRA, V.E. et al. Primeira Semana Saúde Integral: ações dos profissionais de saúde na visita domiciliar ao binômio mãe-bebê. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro; 24(5):e27955. 2016a.

REICHERT, A.P.S.; RODRIGUES, P.F.; ALBUQUERQUE, T.M.; COLLET, N.; MINAYO, M.C.S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. Ciên saúde coletiva; 21(8):2375-82. 2016b.

RIGER, S. What's wrong with empowerment. Am J Community Psychol. 21:279-92. 1993.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? Health Promot Int. 9:39-47. 1994.

ROCHA, R.; SOARES, R.R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. Health Economics. 19(S1), p. 126-158, 2010.

ROMANO, J.O. Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza. In: Romano JO, Antunes M, organizadores. Empoderamento e direitos no combate à pobreza. Rio de Janeiro: Action Aid Brasil; 2002. 40.

ROSE N. Inventing ourselves: Psychology, power and personhood. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

SANTOS, J.L.G. dos. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, Apr. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 04 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>.

SHOR, I.; FREIRE, P. A pedagogy for liberation: Dialogues on transforming education with Ira Shor and Paulo Freire. New York: Bergin and Garvey. 1987.

SILVA, E.C.; FUREGATO, A.R.F.; GODOY, S. Estudos de casos clínicos em saúde mental por meio de discussão on-line. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 425-431, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300015&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013; 18(1):221-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf> Acesso em: 15 maio 2019.

SILVA, F.H.C. A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde. Ver Gestão Sistem Saúde [Internet]. 2012. 1(1):67-82. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/5>. Acesso em: 27 abril 2019.

STONE, P.W. Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. *Appl Nurs Res* 2002 August;15(3):197-8

TADDEO, P.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, Nov. 2012.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n. 3, p.14-507, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>.

VALOURA, L.C. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador. 2006. Disponível em: <http://www.paulofreire.org/pub/CrpfAcervo000120/Paulo_Freire_e_o_conceito_de_empoderamento.pdf>. Acesso em: 20 abril 2019. 2006.

VASCONCELOS, E.M. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e a atenção à saúde da família. 3ra ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad. Cedes*, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.

VASCONCELOS, E.M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, Oct. 2013.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: PRADO, E.V. et al (organizadores). *Caderno de extensão popular: textos de referência para a extensão universitária. Projeto de pesquisa e extensão VEPOP-SUS Vivências de extensão em Educação Popular e saúde no SUS*. João Pessoa: Editora do CCTA, 2017. 500 p.

WALLERSTEIN, N; BERNSTEIN, E. Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. In: *Health education quarterly* 15(4):379-94. 1988.

WENDHAUSEN, Á.L.P.; BARBOSA, T.M.; BORBA, M.C.de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saude soc.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 abril de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19 June - 22 July 1946. *Official Records of the World Health Organization*. 1948; 2:100.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Working Group on Health Promotion Evaluation. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers*. Copenhagen, 1998. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf>.

XAVIER-GOMES, L.M. et al. PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3,

p. 695-707, dez. 2015. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300695&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 maio 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00067>.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

YIN, R.K. Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevistado:

Código da entrevista: _____ Data da entrevista: _____

Unidade de Saúde: _____

Início: _____ Final: _____ Duração: _____

Idade: _____ E- _____ mail: _____

Pós-graduação:

Tempo no atual cargo: _____

Tempo na rede de saúde do município: _____

Tempo de atuação na AB: _____

Sobre as concepções de empoderamento:

1. Para você o que significa “promoção da saúde”?
2. Para você o que significa o termo “empoderamento”?; como seria uma pessoa empoderada?
3. Conte-me sobre seu cotidiano de trabalho como enfermeira na unidade e como gestora, quais atividades você desenvolve?

Sobre o empoderamento da equipe de saúde:

4. Pensando no conceito de empoderamento, o que seria empoderar as equipes? você acha que sua equipe de saúde está empoderada do seu trabalho? Por que sim ou por que não?
5. Na sua função como enfermeira-gestora poderia contribuir para o empoderamento de sua equipe de saúde? De que forma poderia contribuir?
6. Você consegue identificar na sua prática, ações que promovam o empoderamento da equipe? Me conte mais sobre essas ações?

7. O que você entende por “educação permanente”?
8. No seu cotidiano, você consegue identificar ações de educação permanente? Em que momentos são realizadas as ações educativas? de que forma ou como são realizadas?
9. Quais situações você encontra no dia a dia que dificultem o seu processo de empoderar a equipe? O que você acha que poderia ser feito para tentar superar essas dificuldades?
10. Quais situações você encontra no dia a dia que possibilitam ou favorecem o seu processo de empoderar a equipe?

Sobre o empoderamento de usuários e coletivos:

11. E pensando nos usuários da unidade de saúde, o que seria empoderar os usuários? você acha que eles estão empoderados da sua saúde e das suas vidas? Por que sim ou por que não?
12. Você acha que a equipe de saúde poderia contribuir ao empoderamento dos usuários? De que forma poderia contribuir?
13. Consegue identificar nas práticas cotidianas da equipe, ações que contribuam ao empoderamento dos usuários? Me conte mais sobre essas ações?
14. O que você entende por “educação popular”?
15. Você consegue identificar nas práticas cotidianas da equipe de saúde, ações de educação popular? Em que momentos são realizadas as ações educativas? de que forma ou como são realizadas?
16. Quais situações você encontra no dia a dia que dificultem o processo da equipe de empoderar os usuários? O que você acha que poderia ser feito para tentar superar essas dificuldades?
17. Quais situações você encontra no dia a dia que possibilitam ou favorecem o processo da equipe de empoderar os usuários?

Sobre o empoderamento das próprias enfermeiras-gestoras:

18. E sobre você, você se sente empoderada da sua função como enfermeira-gestora? Por que?

19. O que contribuiu para você se empoderar do seu trabalho?

20. Gostaria de complementar com alguma ideia, experiência ou sentimento sobre este tema

Nota: as perguntas expostas nortearão a entrevista, mas, poderão ser adaptadas ao sujeito entrevistado, conforme pertinência e momento da entrevista.

APÊNDICE B- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

(Anotar em diário de campo)

Sugestões para nortear a observação:

- Como é a interação entre enfermeira e equipe de saúde
- Como é a interação entre enfermeira e usuários do serviço
- Como é a interação entre equipe de saúde e usuários
- Como é a interação entre profissionais da gestão municipal e a enfermeira/equipe de saúde
- Quais as atividades desenvolvidas pela enfermeira na unidade de saúde?
- Como é a abordagem das necessidades dos usuários e da equipe por parte da enfermeira?
- Que aspectos das necessidades apresentadas por usuários e equipe são priorizadas pela enfermeira?
- Quais são as ações ou serviços ofertados pela enfermeira frente às necessidades apresentadas?
- O foco das atividades realizadas na unidade
- Quais tecnologias de empoderamento da equipe são utilizadas pela enfermeira?
- Quais tecnologias de empoderamento dos usuários são utilizadas pela enfermeira?
- O contexto em que são desenvolvidas tais tecnologias. Como a enfermeira organiza e estrutura o processo de trabalho para o desenvolvimento dessas tecnologias de empoderamento?
- Quais as intenções ou objetivos da enfermeira para o uso dessas tecnologias de empoderamento?
- Autonomia da equipe para exercer o seu trabalho, tomada de decisão (ocorre de forma centralizada ou compartilhada entre diferentes profissionais)

- Autonomia dos usuários sobre sua saúde e vida (ocorre de forma centralizada ou compartilhada)
- Descrever as reuniões de equipe, quais os profissionais que participam
- Conhecimento das competências próprias de cada profissional
- Acesso dos membros da equipe e da enfermeira a educação permanente e continuada

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a Sr/a. _____

1. Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **“TECNOLOGIAS DE EMPODERAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DAS PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS”**. Com o objetivo geral de compreender e analisar o processo de trabalho de enfermeiras-gestoras da atenção básica, no planejamento e desenvolvimento de tecnologias que contribuam para o empoderamento/libertação de usuários e equipes de saúde, de um município no interior do estado de São Paulo. Trata-se de pesquisa de Doutorado inserida no Programa de Pós-graduação de Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob a orientação da Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes do Departamento de Enfermagem da UFSCar.
2. Você foi selecionado/a por atuar como profissional de enfermagem no município escolhido como cenário dessa pesquisa. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto financeiro.
3. Sinta-se à vontade de participar ou não da presente pesquisa. Será garantido o seu direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, caso queira, sem que isso implique em prejuízos para si. Você poderá ter acesso às informações levantadas na pesquisa a qualquer momento durante o estudo, se assim desejar.
4. Serão realizados entrevista semiestruturada, observação sistemática do processo de trabalho e grupo focal. Os dados oriundos das entrevistas e grupo focal serão gravados e transcritos para posterior análise.
5. Os resultados da pesquisa serão socializados com os participantes do estudo ao fim da pesquisa. Os resultados também poderão ser divulgados em congressos, seminários, ou revistas científicas.
6. O desenvolvimento da pesquisa oferece riscos mínimos, você poderá vir a sentir cansaço, desconforto e/ou constrangimento. Por isso, caso haja algum desconforto durante a participação da pesquisa, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo. As informações obtidas através dessa pesquisa, assim como a identidade dos participantes, serão confidenciais e asseguramos o sigilo e anonimato da sua identificação.
7. Sua participação contribuirá para a ampliação dos conhecimentos sobre o desenvolvimento de tecnologias de empoderamentos na atenção básica à

saúde e para o subsídio da elaboração de estratégias de saúde voltados ao empoderamento de coletivos.
Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação relacionados a esta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Lina Karina Bernal Ordoñez
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de São Carlos
E-mail: linakarina55@gmail.com
Celular: (16) 982457765

Declaro que entendi os objetivos e riscos da pesquisa e concordo em participar da mesma. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, Km. 235- Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905- São Carlos- SP- Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Município, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante