

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARY CRISTINA RIBEIRO LACÔRTE RAMOS PINTO

**O ENFERMEIRO COMO FACILITADOR DE PROCESSOS DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE: FRONTEIRAS E PERSPECTIVAS DA ATUAÇÃO
PROFISSIONAL**

São Carlos

2011

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

MARY CRISTINA RIBEIRO LACÔRTE RAMOS PINTO

**O ENFERMEIRO COMO FACILITADOR DE PROCESSOS DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE: FRONTEIRAS E PERSPECTIVAS DA ATUAÇÃO
PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos Departamento de Enfermagem, como parte dos requisitos obtenção do título de mestre em enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata

São Carlos

2011

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

P659ef

Pinto, Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos.

O enfermeiro como facilitador de processos de educação permanente em saúde : fronteiras e perspectivas da atuação profissional / Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos Pinto. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

170 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Enfermagem. 2. Educação do trabalhador. 3. Política de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Saúde coletiva. I. Título.

CDD: 610.73 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: MARY RIBEIRO LACÔRTE RAMOS PINTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 19/12/11
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

(Orientadora - DEnf/ UFSCar)

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

(EERP/USP)

Profa. Dra. Silvia Helena Zem Mascarenhas

(DEnf/UFSCar)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

*“Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade”
(Raul Seixas)*

**Dedico esta pesquisa a todos aqueles
que sonharam comigo esse sonho.
Em especial, ao meu esposo Hamilton
e aos nossos filhos Matheus e Giulia,
o mais lindo dos sonhos que sonhamos juntos...**

AGRADECIMENTOS

Um sonho de 25 anos é um sonho que adquire concretude ao longo de uma vida.

Assim, se faz quase impossível distinguir o momento em que se começa a sonhar e o em que se começa a realizar.

Agradecer a realização de um sonho deste porte implica em olhar para trás e agradecer àqueles que o inspiraram, àqueles que o alimentaram e àqueles que construíram junto.

Implica em agradecer àqueles que estiveram em um momento há muito tempo atrás, àqueles que estiveram por pouco ou muito tempo, àqueles estão presentemente e àqueles que estão desde sempre.

A todos o meu coração agradece:

A Deus,

por uma trajetória abençoada ...

Ao meu marido Hamilton e aos meus filhos Matheus e Giulia,

por serem quem são e por fazerem parte da minha vida ...

Ao “seu” Alaor, à “dona” Maria e ao “seu” Lacôrte, onde quer que estejam,

por eu ser quem sou ...

À minha mãe, irmãos e sobrinhos,

pelas raízes ...

À minha família extensa: tios, primos, Duarte e Enoé,

por caminharem ao meu lado, sempre ...

À Rose,

pelos dezenove anos de cuidados com minha família e com meu lar ...

Aos docentes da minha graduação,

por me causarem o desejo de ser como eles...

À amiga Hercília Binelli,

por me ensinar a problematizar, a criticar e a recomeçar ...

Às amigas Érika Ferreira e Paula Fiochi Cardoso,

pela escuta ...

À Lúcia Ortiz Lima,

por ter me introduzido na docência...

À Prof. Dra. Maria Oba

pelo incentivo e contribuições na minha carreira docente

À equipe do CDQ SUS Araraquara,

pelas possibilidades de praticar a EPS...

À equipe do CEFOR Araraquara,

pelas várias oportunidades ...

Aos colegas docentes e funcionários da UNIP, em especial às docentes

Simone Protti, Elizane Sandor, Inaiara Corbi e ao bibliotecário Bruno Moro,

pela cooperação...

À Regina Barbieri,

por ter propiciado meu afastamento...

À Fabiana Araújo e sua equipe: Cláudia, David, Igor, Rosangela, Adriana, Carol e Edimara,

pelo respeito e pela acolhida ...

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara,

companheiros de uma jornada de trocas, aprendizado e alguns afetos...

Aos colegas do DRS III Araraquara,

pelo acolhimento, pela disponibilidade e por outros afetos...

Aos docentes e funcionários do PPGEnf UFSCar

pela colaboração e pela parceria ...

Às companheiras alunas do programa de mestrado

pela troca ...

Às enfermeiras que fizeram parte da pesquisa

por dividirem comigo suas vivências ...

Aos gestores dos municípios que constituíram o cenário da pesquisa

pela confiança e disponibilidade

À Prof. Dra. Cinira Fortuna

pelo carinho e pelo compartilhar nos projetos de EPS

Aos trabalhadores que compuseram os meus grupos nos projetos de EPS

pela motivação, pelas descobertas, pelas construções, pelos ensinamentos...

Aos meus alunos da UNIP e do CEFOR

por serem tão intensos, por me ensinarem tanto, por tanto carinho, pelas tantas vezes paraninfa ...

Às Profs. Dras.: Silvana Mishima, Sílvia Zem Mascarenhas e Cássia Arantes

pelas preciosas contribuições no exame de qualificação...

À mestra e orientadora Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata

pelo exemplo, pela generosidade, pela paciência, pela presença, pela disponibilidade, pela amizade e, sobretudo, por acreditar em mim...

*“A gratidão é a memória do coração”
(Antístenes)*

“Sou professor a favor da decência contra o despudor, a favor da liberdade contra o autoritarismo, da autoridade contra a licenciosidade, da democracia contra a ditadura de direita ou de esquerda. Sou professor a favor da luta constante contra qualquer forma de discriminação, contra a dominação econômica dos indivíduos ou das classes sociais. Sou professor contra a ordem capitalista vigente que inventou esta aberração: a miséria na fartura. Sou professor a favor da esperança que me anima apesar de tudo. Sou professor contra o desengano que me consome e me imobiliza. Sou professor a favor da boniteza da minha própria prática, boniteza que dela some se não cuido do saber que devo ensinar, se não brigo por este saber, se não luto pelas condições materiais necessárias, sem as quais meu corpo, descuidado, corre o risco de se amofinar e de já não ser o testemunho que deve ser de lutador pertinaz, que cansa, mas não desiste. Boniteza que se esvai de minha prática se, cheio de mim mesmo, arrogante e desdenhoso dos alunos, não canso de me admirar”.

(Paulo Freire)

RESUMO

O objeto da pesquisa foi a inserção do enfermeiro nos processos educativos que ocorrem na Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada na reorganização da Atenção Primária em Saúde no Brasil. A Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta como ferramenta de gestão, propiciando análise e reconfiguração dos processos de trabalho em atenção aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Existem diferentes referenciais ordenando as práticas educativas dos enfermeiros responsáveis formais por realizar ações educativas junto às equipes de enfermagem e de agentes comunitários de saúde (ACS). Objetivou-se analisar como os enfermeiros se inserem nos processos educativos que ocorrem na ESF, identificar sua percepção sobre a EPS e as ferramentas utilizadas em sua prática educativa, além de analisar a produção nacional sobre os processos educativos desenvolvidas junto às equipes de enfermagem, a partir do referencial da EPS. Realizou-se revisão de literatura e pesquisa de abordagem qualitativa. Efetuou-se 9 entrevistas semi estruturadas com enfermeiros que atuam na ESF em 5 municípios do interior paulista. Os dados foram interpretados a partir de análise categorial temática resultando em: *Saúde da Família significa prevenção, A enfermeira na centralidade da coordenação do trabalho na Saúde da Família: reforçando a divisão no processo de trabalho e na educação, Educar tutelando e/ou tutelar sem educar e A EPS na saúde da família: real ou virtual?* Os resultados da revisão mostraram que as ações educativas não se coadunam com a EPS, que os processos educativos são caracterizados por temática técnica contemplando as necessidades dos trabalhadores que, entretanto, também apontam a ausência de respostas aos problemas cotidianos. Os resultados das entrevistas evidenciaram que para as enfermeiras assistir à saúde da família significa realizar atividades educativas na lógica preventivista/programática, ressaltando a importância das visitas domiciliares e do ACS. As enfermeiras se mantêm atreladas à coordenação e organização do trabalho, desconsiderando a auto-suficiência e autogestão de cada profissional e reforçando a divisão social e técnica presente nas equipes. Realizam atividades educativas junto aos trabalhadores, mas não concebem ser sua atribuição e não se consideram aptas para tanto. As ações educativas reproduzem a transmissão vertical de conhecimentos e privilegiam os ACS em detrimento da enfermagem, responsabilizada pela dimensão curativa do cuidado. As enfermeiras desconhecem o conceito de EPS e utilizam ferramentas próprias da educação bancária tradicional, embora ocasionalmente também empreguem, de forma não adequada, ferramentas inerentes à EPS. Conclui-se que a EPS não adquiriu concretude para as enfermeiras no cotidiano da ESF no cenário da investigação, embora exista nuances de atitudes e de juízos coerentes com ela. Considera-se a relevância de investimentos que garantam a continuidade do processo embrionário e evolutivo de efetivação da EPS no SUS e na ESF.

Palavras chave: Educação Permanente em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Enfermeira.

ABSTRACT

The object of the research was the inclusion of nurses in the educational processes that occur in the Family Health Strategy (ESF), adopted at the reorganization of the Primary Health Care in Brazil. The Permanent Education in Health (EPS) is presented as a management tool, providing analysis and reconfiguration of work processes in mind the principles of the Unified Health System (SUS). There are different references ordering the educational practices of nurses responsible for conducting formal educational measures regarding nursing teams and community health agents (ACS). The objective was to examine how nurses are included in the educational processes that occur in the ESF, to identify their perception on the EPS and the tools used in their educational practice, and analyzing domestic production on the educational processes developed with teams of nurses, the the grounds of EPS. An review of literature and qualitative research approach was conducted and semi-structured interviews with nine nurses who work in the ESF in five municipalities of São Paulo State was also conducted. The interpreted the data from thematic categorical analysis, resulted in: *Family Health means prevention, the centrality of the nurse coordinating the work with the family health: strengthening the division in the work and education process, Education tutoring and / or Chief without educating and the EPS and the family on health: real or virtual?* The results showed that review of educational activities are not consistent with the EPS, which educational processes are characterized by thematic technical contemplating the needs of workers, however, also point to the absence of answers to everyday problems. The interview results showed that the nurses to attend to family health means conducting educational activities in preventive logic / programming, emphasizing the importance of home visits and SUS. The nurses remain linked to the coordination and organization of work, ignoring the self-sufficiency and self-management of each professional and strengthening technical and social division on the team. They also carry out educational activities with employees, but do not conceive to be their assignment and do not consider themselves able to do so. The educational actions are reproduced as the transmission of knowledge and privilege the SUS instead of the nursering, responsible for the curative dimensions of care. Nurses don't know the concept of EPS and use its own tools of traditional banking education, though occasionally also employ so inadequate inherent in the EPS tools. It is concluded that the PEH did not acquire concreteness to the nurses and daily life of ESF in the setting of research, although there are nuances of attitudes and judgments consistent with it. It is considered the relevance of investment to ensure the continuity of the embryonic and evolutionary accomplishment of the EPS in the ESF and SUS.

Keywords: Permanent Education in Health. Family Health Strategy. Nurse.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição da população residente no CGR Central por faixa etária no ano de 2010.60
- Gráfico 2** - Distribuição da população por faixa etária, no município “02” , no ano de 201062
- Gráfico 3** - Taxas de mortalidade infantil Estado de São Paulo e Departamentos Regionais de Saúde, no ano de 201067

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição da população no ano de 2010	61
Quadro 2 - Distribuição da população residente, por faixa etária, no ano de 2010 .	63
Quadro 3 - Densidade demográfica dos municípios do CGR Central do DRS III e do Estado de São Paulo, no ano de 2011	64
Quadro 4 - Porcentagem da população com vínculo empregatício por setor da economia, no ano de 2010	64
Quadro 5 - IPRS e IDH por ano de aferição	66
Quadro 6 - Nascidos vivos, óbitos e taxa de mortalidade infantil, no ano de 2010..	66
Quadro 7 - Principais indicadores de nascimento no ano de 2009.....	68
Quadro 8 - Elementos da rede assistencial dos municípios estudados, conforme dados do CNES, relativos ao ano de 2009	68
Quadro 9- Perfil de morbidade e mortalidade, por ano de aferição	69
Quadro 10 - Classificação dos artigos identificados nas respectivas bases de dados, de acordo com os descritores utilizados	77
Quadro 11 - Apresentação dos resultados da revisão de literatura.....	78
Quadro 12 - Caracterização das equipes de saúde da família.....	86
Quadro 13 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa	91

LISTA DE SIGLAS

- ABS** – Atenção Básica em Saúde
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- BIREME** - Biblioteca Regional de Medicina
- CDQ**- Centro de Qualificação e Desenvolvimento
- CEP**- Comitê de Ética em Pesquisa
- CGR** – Colegiado de Gestão Regional
- DECS** - Descritores em Ciências da Saúde
- EC** - Educação Continuada
- EP** – Educação Permanente
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- EUA** – Estados Unidos da América
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IES** – Instituição de Ensino Superior
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IPRS** – Índice Paulista de Responsabilidade Social
- LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE** – Literatura Internacional em Ciências da Saúde
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan - Americana de Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAREPS** – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
- PEPS** – Pólos de Educação Permanente em Saúde
- PNEPS** - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SCIELO** - Scientific Electronic Library Online
- SEADE** – Sistema Estadual de Análise de Dados
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USF**- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	30
1.1 O Sistema Único, a Atenção Primária em Saúde e a Saúde da Família.....	30
1.2 A Educação Permanente em Saúde como ordenadora do processo de trabalho	40
1.3 A Educação Permanente em Saúde e o profissional enfermeiro	49
2 OBJETIVOS	54
2.1 Objetivo geral:	54
2.2 Objetivos específicos:	54
3 PERCURSO METODOLÓGICO	55
3.1 Primeira Etapa: Conhecendo a produção nacional sobre os processos educativos desenvolvidos junto à equipe de enfermagem.....	55
3.1.1 Tipo de Estudo	55
3.1.2 Coleta de Dados	56
3.1.3 Análise dos dados.....	57
3.2 Segunda Etapa: Identificando as características dos processos educativos desenvolvidos junto às equipes de enfermagem inseridas na Estratégia de Saúde da Família.	57
3.2.1 O campo do estudo.....	59
Gráfico 1 - Distribuição da população residente no CGR Central por faixa etária no ano de 2010.....	60
Gráfico 2 - Distribuição da população por faixa etária, no município “02” , no ano de 2010.....	62
Gráfico 3 - Taxas de mortalidade infantil Estado de São Paulo e Departamentos Regionais de Saúde, no ano de 2010.....	67
3.2.1.1 A delimitação do cenário do estudo	70
3.2.1.2 A definição dos sujeitos da pesquisa	70
3.2.2 O ingresso no cenário do estudo	71
3.2.3 A entrevista como técnica para coleta dos dados	72
3.2.4 A análise dos dados.....	74
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
4.1 Primeira Etapa: Conhecendo a produção nacional sobre os processos educativos desenvolvidos junto à equipe de enfermagem.....	76
4.1.1 A educação que os trabalhadores têm.....	79
4.1.2 A educação que os trabalhadores desejam	83

4.2 Segunda Etapa: Identificando as características dos processos educativos desenvolvidos junto às equipes de enfermagem inseridas na Estratégia de Saúde da Família.	85
4.2.1 A caracterização do cenário pelos sujeitos	85
4.2.2 A caracterização dos sujeitos da pesquisa	90
4.2.3 As categorias de análise	94
4.2.3.1 A Saúde da Família significa prevenção	95
4.2.3.1.1 As diferentes formatações da Estratégia da Saúde da Família.....	95
4.2.3.1.2 A concepção preventivista de Saúde da Família	98
4.2.3.1.3 A abordagem programática do cuidado: o indivíduo no contexto familiar	101
4.2.3.1.4 As ações educativas para quem falta informação: ferramenta essencial das atividades preventivas na saúde da família.....	109
4.2.3.2 A enfermeira na centralidade da coordenação do trabalho na Saúde da Família: reforçando a divisão no processo de trabalho e na educação	111
4.2.3.3 Educar tutelando e/ou tutelar sem educar	118
4.2.3.4 A EPS na saúde da família: real ou virtual?	135
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICE	166
Apêndice A: Roteiro da entrevista:	166
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	1667
ANEXO: Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa..	170

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Sistema Único, a Atenção Primária em Saúde e a Saúde da Família

Essa pesquisa partiu do pressuposto de que a Educação Permanente em Saúde (EPS), assim como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), se constituem ferramentas indispensáveis à implementação e gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e se propõe a identificar como a EPS se insere na prática profissional dos enfermeiros que atuam das equipes de saúde da família.

Concebido em 1988 a partir da premissa de que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, o SUS veio atender aos pressupostos de universalidade e gratuidade defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária. Desde então, vem se consolidando como uma das mais abrangentes políticas públicas do país (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

Notadamente, a reforma do sistema público de atenção à saúde introduzida pelo SUS se apoiou no estabelecimento de um sistema nacional com gestão descentralizada e participativa, onde, além da universalidade no acesso aos serviços e ações, a equidade, a integralidade, a promoção, a prevenção e o tratamento dos agravos à saúde determinariam o modelo organizativo (DAL POZ e VIANA, 1998).

Idealizado na intenção de oferecer assistência contextualizada, o sistema pós SUS precisaria disponibilizar recursos condizentes com as necessidades de saúde de indivíduos e coletividades fomentando a justiça social. Visando legitimar o princípio da integralidade, para além de atender o indivíduo nas necessidades relativas à promoção, prevenção, assistência ou reabilitação, o SUS deveria ainda assegurar o direito e o acesso à saúde nos diferentes graus de complexidade tecnológica (BRASIL, 2002).

Enquanto as propostas efetuadas ao longo dos anos 80 se materializaram no SUS, os anos 90 protagonizaram a propagação de normativas visando oferecer o respaldo legal necessário à sua consubstanciação, principalmente no que se referiu à transferência de recursos e responsabilidades para a esfera de gestão municipal. No entanto, ao longo do tempo, leis e portarias mostraram-se ineficazes na superação de barreiras que continuariam - e ainda continuam - se impondo à sua

operacionalização. Ainda que a reforma anunciada pelo SUS, que teve a intenção de se caracterizar como radical e definitiva, não tenha atingido plenamente seus objetivos, é inegável que, de imediato, implicou em mudanças significativas na forma de operar o sistema, sendo a mais significativa, a expansão da cobertura assistencial (CONILL, 2008).

Contudo, por si só, a instituição do SUS e sua normatização não foram suficientes para suprimir a possibilidade de colapso financeiro e organizacional do sistema de saúde, historicamente determinada e progressivamente verossímil. Dada à também histórica incompatibilidade entre necessidade e oferta de ações e serviços, que se fazia mais real à medida que a população não encontrava eco para suas demandas, a segunda metade dos anos 90 trouxe novamente propostas de (re) organização do sistema (SOUSA e HAMANN, 2009).

Constituído ao longo dos anos 90, o Programa de Saúde da Família (PSF) representou uma dessas propostas. Estruturado como um programa adjunto aos então existentes, o PSF expressou uma espécie de desdobramento ou evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), experiência vigente nos estados do Paraná, Mato Grosso e Ceará, como uma alternativa pontual, menos onerosa - embora na época limitada, de expandir o acesso à saúde em regiões caracterizadas por péssimos indicadores de saúde e risco social aumentado (GIOVANELLA et al, 2009).

Originariamente implantado no Estado do Ceará, no final dos anos 80, como uma opção de emprego para as mulheres durante o período da seca, o PACS visou alterar positivamente os indicadores de mortalidade infantil através de ações voltadas ao binômio mãe-criança. Em quatro anos, precisamente no ano de 1991, após ter se expandido para todos os municípios do estado, o programa foi abarcado pelo Ministério da Saúde, conservando praticamente as mesmas diretrizes, as quais passaram a compor, em 1994, o Programa de Saúde da Família (TOMAZ, 2002).

Entretanto, somente no final de 1997 a expansão dos programas foi normatizada por Portaria Ministerial. As especificidades nela contidas, relativas aos requisitos para a função de ACS, levaram o Ministério da Saúde a postular vínculo com o serviço público através de processo seletivo conduzido pelos municípios. É possível considerar que o caráter de “novidade” do programa, aliado à escassez de profissionais com formação específica, tenha contribuído para que, naquele momento, fosse efetuada opção por essa modalidade de contratação inclusive para

os demais profissionais, a qual desobrigava o município de mantê-los em seus quadros, caso o programa não prosperasse. Cabe ainda salientar que a função ACS não se constituía em profissão. Entre os requisitos para exercer a função de ACS destacava-se a necessidade de residir na área de abrangência do programa, o que implicava no desligamento em caso de mudança de residência (BRASIL, 1997).

Mais tarde, em 2002, uma Lei criou a profissão de ACS e a alternativa de contratação direta ou indireta foi formalmente oferecida (BRASIL, 2002a). Em 2006 a Lei que regulamentou a profissão deixou explícita a necessidade de vinculação direta com a administração pública, embora através de processo seletivo, com critérios para desligamento semelhantes aos dos servidores concursados (BRASIL, 2006a).

Contrariando as expectativas mais pessimistas, a disposição oficial para a continuidade do então programa foi demonstrada já em 1998, na Portaria que aprovou o *Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde* a qual, além de reafirmar o enfoque estrutural da saúde da família, se referiu a ela como estratégia (BRASIL, 1998). Portanto, ao encampar o PACS e trazer para si a responsabilidade por expandi-lo, seja na roupagem original ou, preferencialmente, na versão PSF, o governo federal sinalizou para estados e municípios sua escolha como caminho para a (re) organização do sistema, alçando-o à categoria de estratégia e não mais de programa (DAL POZ e VIANA, 1998).

Ainda assim, foi somente em 2006 com a divulgação da Política Nacional de Atenção Básica que se formalizou o caráter substitutivo da saúde da família ao que a portaria denominou rede de atenção básica tradicional (BRASIL, 2006b).

A atenção à saúde da família, no formato programa (e mais tarde estratégia), reproduziu preceitos do PACS ao considerar a família e não o indivíduo como foco do cuidado; ao estimular, mais do que o trabalho em equipe, a busca pelas necessidades de saúde das comunidades; ao recomendar que os profissionais deslocassem sua atuação para além das fronteiras físicas da unidade e ao instigar a participação desta mesma comunidade na gestão das práticas e dos serviços oferecidos pela equipe de atenção básica/primária (DAL POZ e VIANA, 1998).

Cabe ressaltar que, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b p. 10), a Atenção Básica em Saúde (ABS)

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A ABS traduz uma expressão que é específica do Estado Brasileiro e que corresponde à Atenção Primária em Saúde (APS), conceito utilizado mundialmente para práticas assistenciais definidas pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, como

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS apud STARFIELD, 2002, p. 30-31).

Ainda de acordo com Starfield (2002, p. 28),

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros [...] também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

Dessa forma, a ascensão da saúde da família foi amparada pela possibilidade de fornecer alternativas a alguns dos impasses vivenciados no processo de consolidação do SUS e pela capacidade em prover a ordenação de um sistema de saúde expressivamente orientado pela APS. Concretamente, as implicações desta decisão foram bastante significativas em nível estrutural. Com a institucionalização dos dois programas, foram estabelecidas formas de financiamento diversas do pagamento por produção, até então a principal modalidade de repasse de recursos federais. Além disso, a partir de sua criação, os programas de agentes comunitários e de saúde da família responderam à condição de possuir uma unidade de saúde como referência, implicando na expansão da rede física de atenção primária. A estratégia, ainda enquanto programa, trouxe expressiva inserção de profissionais de nível superior, além do médico, no sistema público sendo em sua maioria enfermeiros, cuja inserção se deu a partir do PACS. Também foram o programa e, mais tarde a estratégia, os responsáveis pela estruturação dos Conselhos e Fundos Municipais de Saúde, assim como pela aproximação das relações entre os entes federados (DAL POZ e VIANA, 1998).

Do mesmo modo, em consonância com a APS, em nível local a atenção à saúde da família requereu que a configuração dos processos de trabalho ultrapassasse a dimensão individual de atuação dos profissionais, buscando a compreensão do indivíduo na sua totalidade, incluindo o protagonismo social, e enfocando o núcleo familiar como alvo das ações e serviços que, nessa perspectiva, deveriam ser planejadas e sistematizadas. (ROSA e LABATE, 2005).

Nesse contexto, o trabalho em equipe se configurou como imprescindível à sustentação da ESF e à reorganização do modelo assistencial. A composição mínima da equipe foi assim definida: um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde que deveriam responsabilizar-se integralmente por cerca de quatro mil pessoas residentes em uma área geograficamente determinada, facultando-lhes o acesso aos demais níveis do sistema, quando e se necessário (BRASIL, 1997). Cabe destacar que, a partir de 2000, uma versão ampliada da equipe agregou profissionais da área de saúde bucal e financiamento condizente com sua composição (BRASIL, 2000).

Composta a equipe, era esperado que suas práticas fossem capazes de se compor sob a ótica da integralidade. Em tese, isso significa que os profissionais

estariam aptos a trabalhar integrados e a desenvolver ações preventivas e de assistência às patologias prevalentes no território. Mais do que isso, a integralidade conferiria caráter horizontal aos programas de saúde implicando em uma lógica distinta da programática na organização da assistência. Ou seja, a assistência passaria a ser planejada horizontalmente, no nível onde as necessidades de saúde se dão, e não verticalmente, por imposição hierárquica. Dessa forma, ao invés de atender a programas subsidiados pelos problemas de saúde prevalentes no extenso território nacional, a assistência seria guiada pelas necessidades ou problemas vigentes locorregionalmente, no território de atuação das equipes de saúde. Nesse ângulo, a atuação dos profissionais ultrapassaria os limites biológicos da queixa - conduta visando à apreensão das demandas por assistência à saúde (ALVES, 2005).

Por um lado os problemas de saúde possuem especificidades locais e regionais que devem ser considerados no planejamento das intervenções. Por outro, adquirem especificidades na singularidade de cada indivíduo afetado. Assim, os problemas passíveis de intervenções clínicas, possuem características comuns que possibilitam a organização de protocolos e manuais de conduta. Entretanto, “a clínica também se caracteriza pela extrema variedade dos casos quando encarnados em sujeitos concretos” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p.850). Nesse sentido esperar-se-ia que as equipes fossem capazes de articular as condutas padronizadas às particularidades presentes em cada caso, o que exigiria empenho de cada profissional em considerar o contexto adstrito a cada um dos usuários atendidos, configurando a prática de uma clínica ampliada em oposição a uma clínica restrita ou limitada. Deve ser destacado que um dos grandes problemas da assistência à saúde, implicado na ausência de efetiva resolubilidade do sistema e dos serviços sempre foi a excessiva uniformização e o excesso de processos padronizados os quais “tentam transportar para os serviços e sistemas de saúde a lógica da linha de produção” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p.851).

Finalmente, é importante salientar que a adoção da saúde da família como transição para a organização da atenção também foi sustentada pela crença de que, dentre as iniciativas em curso em vários municípios brasileiros entre as décadas de 80 e 90, esta parecia ser a que melhor atenderia ao imperativo de consolidação de um modelo assistencial orientado pela APS, responsável por prestar uma

assistência integral direcionada à unidade familiar e compatível com o ecossistema onde a mesma se inseria (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006).

Nesse sentido, em 2005 a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), órgão da Organização Mundial de Saúde (OMS) voltado às Américas, considerou imperativo reiterar sua crença na APS como transição para significativas melhorias na saúde dos povos americanos apontando a necessidade de adaptação às novas circunstâncias, num documento que versou sobre a “*Renovação da APS nas Américas*”. Assim, justificou que, não obstante a evolução positiva que ocorreu na grande maioria dos indicadores de saúde desses países, a presença de iniquidades sociais continuava a comprometer a APS, extrapolando a possibilidade de resolução apenas no campo da saúde. Tendo como premissa a crença de que saúde e desenvolvimento deveriam estar interligados na agenda de governos, apontou ainda que qualquer tentativa de melhora nos níveis de saúde demandaria articulação política, social e econômica, além da participação de atores ligados aos diferentes setores da sociedade, sem o que, não se viabilizaria (OPAS/OMS, 2007).

De fato, a configuração da APS no mundo é assinalada por dois principais e contrastantes enfoques. Em países ricos e industrializados, ela é considerada como o primeiro nível de um sistema de cuidados universais, integrados e integrais, sendo denominada de APS abrangente ou ampliada. Nos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil se inclui, a APS que prevalece é a chamada seletiva, financiada por órgãos internacionais e caracterizada pela oferta do que se convencionou chamar de cesta básica de serviços. Deve ser salientado, entretanto, que a opção por APS seletiva ou ampliada é alvo de disputas políticas constantes e que o predomínio de uma ou outra é condicionado à peculiaridade de cada contexto histórico, e que se passaram mais de uma década da implantação da ESF e mais de três desde que Alma Ata declarou serem os sistemas de saúde baseados na APS o caminho para a obtenção de níveis de saúde satisfatórios, com menor exigência de investimentos financeiros, capazes de produzir maiores níveis de satisfação nos usuários e adaptáveis em diferentes contextos. Neste espaço de tempo APS e ESF foram influenciadas em maior ou menor intensidade por conjunturas sociais, políticas e econômicas, o que determinou a maior ou menor aproximação das estratégias aos objetivos propostos (GIOVANELLA, 2008).

Na versão seletiva da APS, a partir do perfil epidemiológico, são eleitas as prioridades de intervenção, as quais se traduzem em programas verticais,

caracterizados por intervenções objetivas com valiosa implicação na redução da mortalidade infantil e materna e na prevalência de doenças infecciosas. Mesmo considerando a redução de alguns indicadores de mortalidade, a APS seletiva apresenta como fragilidade a incapacidade em responder positivamente a algumas demandas contemporâneas, como, por exemplo, as provenientes das demais fases do ciclo vital. Também se mostra inepta no enfrentamento dos agravos transmissíveis como HIV/AIDS e tuberculose, dos não transmissíveis como os crônico degenerativos e dos relacionados ao contexto de vida, como os oriundos de violência e abuso de drogas lícitas e ilícitas. Origina-se aí o interesse de agências de saúde e da OPAS na renovação da APS e no incentivo a formas mais democráticas e participativas de construir a saúde, entre as quais se insere a ESF (GIOVANELLA, 2008; OPAS/OMS, 2007).

As críticas à seletividade da APS assemelham-se às efetuadas por Franco e Merhy (1999) quando se referem à priorização da vigilância à saúde, à *protocolização* da assistência, à ausência de resposta às urgências e ao caráter dicotômico entre saúde individual e coletiva com o qual a ESF repercutiu nas equipes de saúde (CAMPOS, 2008; CONILL, 2008).

Ao abordar a questão teoria versus prática, Campos (2008) responsabilizou a falta de consenso e clareza dos gestores acerca da APS, manifestada pelos expressivos investimentos em pronto atendimento, o que faz com que parte da APS praticada no país esteja acoplada a tais equipamentos. Ainda, as múltiplas e divergentes concepções tanto de gestores quanto de trabalhadores sobre a atenção básica, solenemente ignoradas pelos discursos oficiais, se materializam em também múltiplas variantes da APS e da ESF. Influenciadas por versões externas, como a dos Estados Unidos da América com sua tônica preventivista/programática e a canadense marcada pela supervalorização dos determinantes sociais da saúde e doença, algumas variantes da APS nacional partilham a característica de negligenciar a prática clínica ou fazê-la a partir do binômio queixa e conduta.

Conseqüentemente, ainda que a ESF seja detentora das expectativas oficiais e se apresente como uma possibilidade extremamente factível de APS ampliada, não pode ser negada a necessidade de monitorar e avaliar sua implantação, de desvelar sua face oculta pela propaganda oficial e de formular alternativas para fortalecê-la (CAMPOS, 2008; CONILL, 2008). Assim, fragilidades como a rigidez das estruturas administrativas, as limitações da formação em saúde, a ingerência das

corporações profissionais e o preconceito quanto à pequena densidade tecnológica que a estratégia encerra, foram precocemente percebidas e relatadas (DAL POZ e VIANA, 1998).

Considerando a ESF como uma estratégia da APS, Conill (2008) apontou os vários matizes e resultados oriundos de avaliações sobre a implantação da ESF. Relatou a visão de gestores, trabalhadores e usuários de unidades básicas acerca da estratégia em Florianópolis: a presença do ACS impulsionou a prevenção, porém o subdimensionamento das equipes inibiu o acesso, sendo a dificuldade em referenciar para outros níveis de atenção descrita como ameaça a uma das facetas da integralidade. Mencionou também um estudo comparativo entre trabalhadores do nordeste e sul onde a estrutura física das unidades consta como fator de insatisfação para os trabalhadores, bem como a falta de qualificação, a inexperiência e os vínculos provisórios de trabalho.

Em estudo realizado entre os anos de 1998 e 2004, a interferência da ESF nos indicadores de saúde permanecia indefinida, embora houvesse indicativos de que ela estivesse vinculada às características sociais e econômicas de cada comunidade. Uma análise sobre a implantação da estratégia em dez centros urbanos entre os anos de 2001 e 2002 também identificou como imperativo compor com entidades representativas profissionais, minimizar a sobrecarga de trabalho imposta à equipe mínima e viabilizar uma rede de assistência onde as equipes pudessem acessar suas referências em cuidados mais complexos. Adicionalmente apontou lacunas como a integração das equipes aos demais serviços e a remuneração dos profissionais que atuam em áreas peculiares como algumas periferias de centros urbanos. Referiu ainda que viabilizar o acesso geográfico, no que toca ao atendimento próximo aos locais de trabalho dos indivíduos, consiste em desafio não superado, pois que a acessibilidade administrativa não é garantida pelos horários de funcionamento das unidades. Concluiu afirmando que a despeito do ceticismo de uns e da credulidade de outros, a estratégia ainda em processo de organização “nem se constitui numa espécie de cavalo de Tróia nem tampouco representa a garantia de uma travessia messiânica para os problemas do SUS” (CONILL, 2008 p.14), o que condiz com o entendimento de outros autores sobre a estratégia e da própria OPAS sobre a APS.

Validando os apontamentos acima, Campos (2008) observou os avanços e o potencial que a estratégia encerra. Ressaltou, porém, que as conquistas não devem

ofuscar a visão dos desafios que persistem e que demandam intervenções: o financiamento insuficiente, a precária política de pessoal, a escassez de mão de obra qualificada, a ausência de programas oficiais de formação condizentes com a demanda gerada pela implantação da estratégia, e, por fim, as limitações da clínica praticada no âmbito das equipes.

Dado à proximidade teórica/conceitual entre APS e ESF, a renovação proposta pela OPAS se aplica às aspirações da saúde da família, devendo ser produzida a partir da compreensão de uma prática não seletiva, passível de produzir os melhores níveis de saúde possíveis a todos os indivíduos indistintamente. Portanto, reconstruir a APS denota ampliar o escopo dos valores, princípios e elementos que a compõe, incorporando justiça, solidariedade, qualidade e sustentabilidade, além dos já propagados (embora ainda não alcançados). Portanto, cabe a esses valores e princípios fundar sistemas que primem pela universalidade de acesso, pela integralidade e integração do cuidado, pela atenção voltada à pessoa, família e comunidade, pela gestão racional e equitativa, pela apropriação da atenção básica como primeiro contato com o a rede de cuidados e pela agregação de recursos humanos condizentes com as necessidades de sociedades participativas e focadas na justiça (OPAS/OMS, 2007).

A exemplo da OPAS, Andrade, Barreto e Bezerra (2006) também propuseram valores, princípios e elementos que devem cunhar a ESF, chamados por eles de princípios norteadores, princípios organizativos e processos de trabalho. Destarte, o conceito abrangente de saúde - que considera a saúde fruto do acesso a bens e serviços essenciais, aliado aos princípios de universalidade, equidade e integralidade são valores a partir do qual a saúde da família deve se organizar. Tais valores/princípios norteadores implicam que a ESF, enquanto integrante de uma rede descentralizada e hierarquizada, incorpore como princípios organizativos a garantia de acesso, a resolubilidade e a participação social. Por fim, essa configuração deve permitir a inclusão de elementos no processo de trabalho que contemple, entre outros, a adscrição da clientela de um território predefinido, a clínica ampliada, o enfoque à saúde da família e comunidade e a educação permanente dos membros das equipes.

Todavia, para além do longo trajeto que separa intenção e ação, possível e real e teoria e prática, a disposição governamental em transpor as barreiras ao SUS através da ESF, concretamente resultou em delegação de responsabilidades e em

incorporação de novos atores nas decisões locais, impactando a gestão da saúde em todo o território nacional, principalmente no que toca aos princípios do SUS (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006).

Não obstante, entre nove principais desafios a serem superados pelo SUS e pela APS/ESF, cinco deles se referem aos recursos humanos. Destes, quatro fazem menção à educação/qualificação: de gestores, de trabalhadores da saúde da família, da formação em saúde e da regulação da formação de recursos humanos para o SUS, conforme prevê a Constituição Federal. Outros desafios, também implicados com a questão da educação profissional, dizem respeito à interdisciplinaridade como via de acesso à integralidade e resolubilidade; à definição de padrões de qualidade; à garantia de participação social; ao marketing positivo do SUS junto à população em geral e à superação dos vínculos profissionais não estáveis, os quais comprometem as relações entre equipe e comunidade (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006).

Esse panorama tornou obrigatório um amplo investimento em políticas de qualificação profissional, pois embora existam várias, diferentes e complementares indicações quanto aos obstáculos a serem suplantados pela tríade APS/SUS/ESF, o desempenho condizente com a lógica conferida à ESF é um dos principais, se não o principal, entrave à definitiva implantação do SUS. Sobrepujá-lo representa tarefa tão ou mais complexa que a própria densidade ideológica e política do sistema, envolvendo lidar com subjetividades e objetividades inerentes à formação profissional. Seu enfrentamento deu forma à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cuja implantação e resultados, apesar das interferências e estudos já realizados, ainda representa incógnita no contexto das políticas nacionais de saúde.

1.2 A Educação Permanente em Saúde como ordenadora do processo de trabalho

A produção filosófica e conceitual que alavancou as reformas do sistema de saúde disparadas pelo SUS e pela ESF não foi suficiente para ultrapassar as discrepâncias entre preceitos e exercício que continuam se impondo enquanto

obstáculo ao sistema. Se, por um lado, a revisão ou a mudança nos processos de trabalho é requisito para a formulação de respostas condizentes com a peculiaridade dos problemas de saúde, por outro, ela gira em torno da concepção de saúde e de doença que perpassa a prática dos membros das equipes de saúde da família. Modificar processos já consolidados representa romper com paradigmas há muito estabelecidos, traz à baila a formação profissional e o entendimento sobre o papel que cada um deve assumir individualmente e enquanto membro da equipe. Expressa, portanto, a magnitude do desafio que se impõe, frente a referenciais teóricos e práticos cercados de contradições (CORBO, MOROSINE e PONTES, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (2006), por exemplo, em alguns conteúdos reforça a prática tradicional e em outros preconiza mudanças na forma de trabalhar a saúde, como planejamento, humanização, acolhimento, vínculo e construção de projetos terapêuticos individualizados. Sendo assim, se por um lado incita mudanças nas práticas, por outro mantém paradigmas ao determinar que a unidade seja o local preferencial para atuação dos profissionais sugerindo a preservação da prática hegemônica e, de certa forma, limitando a atuação dos técnicos à dimensão curativa, cuidando da doença e dos doentes. Subliminarmente insinua que a prevenção, a educação e a promoção são inerentes ao ACS, pois diferentemente dos demais profissionais, desloca a atuação do ACS para além dos limites físicos dos equipamentos de saúde (CORBO, MOROSINE e PONTES, 2007).

Nesse sentido, Franco e Merhy (1999) também apontaram descompassos envolvendo a prescrição e a ação, como a definição de padrões e regulamentos, e a exigência, entre outros, de metas de produção e de controle de determinadas patologias. A disseminação de documentos que tentam padronizar a forma de cuidar reforça essa perspectiva e pressupõe a utilização de tecnologias duras, conceito utilizado por Merhy, para caracterizar o cuidado pautado por procedimentos, centrado em instrumentos e equipamentos. Em sua concepção, essa forma protocolar de atuação atravessa o que é preconizado para a saúde da família, tem caráter biologicista e determinista, além de dificultar o exercício da clínica ampliada, proposta pela própria política. Por clínica ampliada entende-se a prática que integra as dimensões biológicas, sociais e psicológicas envolvidas no processo de adoecer e que compartilha a gestão do cuidado entre vários campos e núcleos de

conhecimento e com o próprio sujeito do processo (CAMPOS, 2003), o que se faz inviável frente à multiplicidade de protocolos regularizadores de condutas.

Notadamente, cabe considerar que essa forma tradicional de operar a saúde, historicamente valorizada, é ainda a praticada e difundida por grande parte das instituições formadoras. Inversamente, a necessidade de ordenar processos formativos contextualizados nas necessidades sanitárias e nos princípios e diretrizes do sistema está inserida nas legislações que regulamentam o SUS desde os anos 90, atribuindo-lhe a responsabilidade por definir a formação de recursos humanos e impondo a uma ou outra esfera de gestão a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional e pela capacitação e educação das equipes de saúde da família e atenção básica (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, algumas iniciativas como os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, os mestrados profissionais e os cursos de formação de conselheiros de saúde, promoveram a aproximação entre ensino e serviço, criando condições para a produção de reflexões críticas e sistemáticas envolvendo trabalho e formação. No entanto, por constituírem iniciativas isoladas e desarticuladas entre si não produziram o impacto esperado (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Assim sendo, na tentativa de instituir referências nacionais para a formação e qualificação dos trabalhadores em saúde foi estabelecida, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, artifício que permitiria a integração e o fomento da formação e do desenvolvimento de trabalhadores do e para o SUS. A PNEPS concretizou a organização das comissões compostas por serviços de saúde e instituições formadoras, previstas na Lei 8080/90. Através da PNEPS tais comissões, cuja missão seria a de planejar em conjunto o aprimoramento dos trabalhadores, se traduziram em Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). Os PEPS, compostos por representantes de gestores, trabalhadores, estudantes, conselheiros de saúde e instituições, tanto formadoras quanto prestadoras de serviços de saúde, foram incumbidos em gerir, em nível local e regional, a Educação Permanente em Saúde (EPS) nas diferentes vertentes que compõem o chamado quadrilátero da formação: gestão, atenção, formação e controle social (BRASIL, 2004). Em 2007, uma redefinição da Política outorgou aos recém criados Colegiados de Gestão Regionais (CGR), instâncias de pactuação da política de saúde em nível local/regional, a responsabilidade até então atribuída aos PEPS (BRASIL, 2009).

A nova política ou as novas diretrizes da PNEPS representaram evolução no sentido de implicar diretamente os gestores no planejamento e operacionalização da EPS, considerando que existiam particularidades comuns em cada região e considerando ainda que a EPS passaria a ser compromisso dos gestores, pactuada entre os pares e com as demais esferas de governo. Enquanto que nas diretrizes anteriores a gestão se fazia representar nos Pólos, espaços que congregavam regiões mais amplas, nas atuais diretrizes a gestão está efetivamente presente, impelida a se responsabilizar pela micro região abrangida pelo CGR e incumbida de articular, na própria região, recursos para concretizar a política. Da mesma forma, o financiamento, direcionado a projetos, na perspectiva da nova política passa a ser regular como forma de manter a regularidade e a continuidade dos planos, chamados “Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde” (PAREPS) (BRASIL, 2009).

Em sua concepção a EPS considera as limitações e possibilidades de cada trabalhador, responde ao imperativo de mudança nas práticas sanitárias e incita o desempenho crítico-reflexivo, centrado em especificidades regionais e implicado afetiva e tecnicamente. Contempla igualmente as vulnerabilidades de cada um dos quatro pilares da formação: almeja uma formação que rompa com o tradicional modelo de transmissão de conhecimentos e aguace a busca por respostas que fujam a modelos preestabelecidos e isomorfos. Para tanto, rotula como formação os processos educativos pré e pós graduação, sejam eles formais, nas várias configurações oferecidas pelas instituições, ou informais, advindos dos espaços laborais. Na assistência provoca a exploração de alternativas que incorporem os pressupostos da reforma sanitária e do SUS. Conclama a gestão a se organizar de forma a atender as singularidades, sejam elas individuais ou coletivas, incorporando também a satisfação do usuário como quesito de qualidade. Em relação à participação popular tem em vista um legítimo partilhar de responsabilidades quanto aos rumos do sistema. Nesse sentido, a figura do quadrilátero representa a união de elementos até então desconectados na produção da saúde (AMESTOY, MIBRATH, CESTARI e THOFEHRN, 2008)

A EPS é também fruto da constatação de que as ações educativas tradicionais, apesar de dispendiosas, produzem baixo impacto sobre os serviços e ações de saúde, principalmente por não considerarem a experiência prévia, os saberes já acumulados e os anseios dos supostos educandos. As modalidades

educativas perpetradas no sistema de saúde, quaisquer que sejam a sua versão, como revisão, atualização, capacitação ou imersão, não têm sido suficientes para despertar nos trabalhadores a criatividade e o desejo de fazer diferente. Um dos motivos diz respeito às mesmas habitualmente desconsiderarem a governabilidade que o trabalhador tem sobre seu trabalho (FRANCO, 2007).

Realmente, a dicotomia existente entre necessidades práticas e abordagem teórica é elencada, pelos trabalhadores, como um fator que compromete a adesão e, conseqüentemente, o impacto das ações educativas sobre a qualidade da assistência. Freqüentemente o conteúdo, definido de forma vertical e unilateral, não oferece e nem possibilita a construção de alternativas que sejam aplicáveis à problemática e limitações vivenciadas no cotidiano das unidades de saúde (SILVA, OGATA e MACHADO, 2007).

Deve ser apontado, entretanto, que a mobilização governamental em torno do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde não é iniciativa isolada do Estado brasileiro. A preocupação com a qualificação profissional e as críticas aos métodos tradicionais são alvo de estudos da OPAS desde os anos 80, quando a busca por alternativas que reorientassem a educação pós formação foi priorizada mobilizando, nesse sentido, grupos de trabalho em diferentes espaços na América Latina. Decorre de tais estudos a proposta disseminada, a partir de 1994, em um conjunto de documentos intitulado “*Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 100. Educación Permanente de Personal de Salud – EPS*” que a abordou, sob vários e diversos prismas, como opção para o desenvolvimento profissional.

Os estudos partiram do entendimento que os espaços formais instituídos, como as salas de aula, não são os únicos lócus de aprendizado para os trabalhadores, pois com freqüência se mostram ineptos na oferta de respostas às questões reais e concretas com as quais se deparam. Assim, o processo de trabalho figura como balizador da aprendizagem, entendida como proporcional à capacidade coletiva de estruturação de conhecimentos e saberes, os quais, por sua vez, derivam da análise e interpretação de situações concretas. Por conseguinte, a redefinição dos processos educativos, com vistas à efetividade dos mesmos, encontra-se alicerçada em três eixos principais, quais sejam: o processo de trabalho, os trabalhadores e a aprendizagem que permeia essa relação. Assim, a conexão entre aprendizagem e trabalho se faz através da exploração de situações tangíveis e perpassa a investigação de referenciais teóricos no intento de compreender de

forma diferente, e elaborar possibilidades de solução, a serem posteriormente colocadas em prática. Nessa concepção, a aprendizagem necessariamente implica na mudança de comportamento inerente à aquisição de novos e diversos entendimentos ou ideias, os quais implicarão no redesenho dos processos laborativos (HADDAD, ROSCHKE e DAVINE, 1990).

A fragmentação do trabalho figura como um dos mais significativos empecilhos à qualidade de trabalho em saúde, respondendo a diferentes determinantes. O primeiro determinante para esta fragmentação se refere à cisão entre o pensar e o fazer e entre teoria e prática, estando presente nos serviços como legado dos processos formativos. O segundo, a fragmentação técnica que se manifesta pela crescente incorporação de profissionais em atividades progressivamente especializadas, sendo oriunda da divisão do trabalho. Em termos sociais, o terceiro determinante, a divisão se concretiza no escalonamento hierárquico e na subordinação que extrapola a fronteira das categorias profissionais, também decorrente da cisão do trabalho. Assim, dado à complexidade e variabilidade das situações, à constante mutação dos processos e da divisão do trabalho e à diversidade de necessidades, os problemas vivenciados pelos trabalhadores carecem de soluções mais complexas do que as ofertadas em programas de treinamento, capacitação ou atualização. Exigem criatividade, flexibilidade e reflexão crítica na busca e incorporação de alternativas, pois comprometem a qualidade dos serviços oferecidos (QUINTANA, ROSCHKE e RIBEIRO, 1994).

É preciso, sobretudo, que além de perceber as necessidades em saúde e lacunas que cerceiam o cuidado prestado, o trabalhador se faça capaz de vislumbrar o ambiente de trabalho como espaço pedagógico repleto de oportunidades e possibilidades. Nesse sentido, a opção pela EPS compreende as relações estabelecidas pelos sujeitos no trabalho como indutoras de conhecimentos, que podem ou não ser absorvidos e significados pelos indivíduos. A importância a eles conferida é proporcional à necessidade que motivou sua aquisição de forma que, quando energias são despendidas na resolução ou no equacionamento de situações reconhecidas como problema, o aprendizado oriundo das mesmas é absorvido e aplicado (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; FRANCO, 2007).

Estruturada na problematização do cuidado praticado pelas equipes em busca de alternativas possíveis e factíveis para sua recomposição, a EPS, na concepção

da política nacional, transcende a transmissão de saberes e oportuniza, através de um elemento da equipe que atua como facilitador ou provocador, a construção coletiva de novos conhecimentos, em consonância com o que foi preconizado pela OPAS (CECCIM, 2005).

Ao eleger a EPS como política de governo, o gestor federal, além de desvelar a importância do trabalho e do trabalhador para a consolidação do sistema e da política de saúde, explicitou suas crenças e valores relativos a esse trabalho: permeado pela participação popular, realizado por indivíduos predispostos a aprender e a exercitar práticas cuidadoras, comprometido com a integralidade e portador de investimentos governamentais. Através dos colegiados representativos, explicitou a certeza de que a implantação da política de saúde pública requer encontros e produções conjuntas e intersetoriais. Assumiu ainda o risco de que tais encontros, sistematicamente promovidos e financiados pelo poder público, pudessem estimular vivências e recomposição do trabalho de forma contrária à estabelecida, incluindo possíveis questionamentos quanto à própria gestão (CECCIM, 2005).

O Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - caracterizou a EPS como uma ferramenta de gestão atribuindo aos municípios responsabilidades pela sua execução. Em sendo assim, é preciso que figure no Plano Municipal de Saúde e que o município formule política própria, na intenção de que as equipes de saúde da família sejam capazes de produzir ações de EPS, diferenciando - as de outras modalidades de ações educativas. Necessário se faz ainda que os trabalhadores tenham ciência dessa política para que possam contemplá-la em suas ações (BRASIL, 2006).

No entanto, afóra os debates e ações que permeiam as esferas educacionais e administrativas envolvidas com o SUS, por não possuir formato rígido, a maneira de operar a EPS é determinada pelo movimento que ocorre dentro das equipes, que é único e peculiar. É condicionada também por características inerentes ao profissional que assume momentânea ou freqüentemente o papel de facilitador dos processos (DAVINI, 2009).

Em estudo patrocinado pela OPAS acerca da gestão da educação permanente, Rovere (1994) referiu que, nos diferentes valores que sustentam a cultura dos serviços de saúde, estão implícitas concepções sobre trabalho, trabalhador, relações de poder, participação e natureza dos contratos de trabalho

formais e informais. Essas concepções determinariam os espaços possíveis, os estilos de ensino, os conteúdos e as demandas para a educação permanente em saúde. Para ele, as intervenções educativas, além de produzir conhecimento, também são capazes de gerar/transferir tecnologias, sentimentos e significados, potencialmente interferindo em estruturas de poder, liderança e demais aspectos das relações institucionais estabelecidas. Considerou ainda que, sob a influência da educação, podem ser instalados pequenos ou significativos nichos de contestação à cultura dominante, o que faz com que EPS tenha uma faceta que é política e que, por vezes, enfrenta resistência significativa nos serviços de saúde.

De forma concreta, essa oposição foi mencionada em estudo onde os trabalhadores atribuíram à gerência das unidades a adoção de estratégias objetivando esvaziar os espaços de EPS, na tentativa de suplantar o mal-estar causado por incipientes iniciativas em co-gerenciar as unidades, produto das rodas de EPS (PINTO et al, 2011). Pelo lado dos trabalhadores, a resistência ainda transpareceu na obstinada contestação e no excessivo apego às tentativas frustradas de mudança que caracterizou a participação de alguns deles. Além da gerência, gestão e administração, os profissionais enfermeiros foram apontados como líderes de resistência, sendo a única categoria profissional a ocupar esse locus no estudo em questão (FORTUNA, FRANCESCHINI, MISHIMA, MATUMOTO e PEREIRA, 2011).

A partir da definição de educação permanente como "la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población", Rovere (1994, p.9) ressaltou ainda que as diferentes concepções sobre trabalho influem na forma como se idealiza a educação em prol desse mesmo trabalho. Portanto, a EPS permitiria ser aplicada como ferramenta de gestão sob vários enfoques: como analisador do trabalho, como arranjo que possibilita a problematização, na resolução de conflitos, na construção de alternativas técnicas ou tecnológicas, na definição de novas configurações do trabalho, como instrumento de qualidade e mesmo - por mais paradoxal que possa parecer, para reforçar a cultura dominante.

Logo, se o modo como se entende a EPS caracteriza a sua disposição, seu significado parece pairar num espaço indefinido e nebuloso, não representando consenso para o conjunto dos trabalhadores nem para aqueles que, no momento da implantação da política, receberam formação específica para atuar como

facilitadores ou indutores de processos educativos. Fortuna, Franceschini, Mishima, Matumoto e Pereira (2011) apontaram as dúvidas de facilitadores de EPS acerca da possibilidade da EPS ser facilitada por pessoas não treinadas ou formadas para tanto. O discurso do grupo revelou trabalhadores inseguros quanto à possibilidade da EPS se concretizar através de cursos estruturados, por categoria profissional ou na produção de eventos. Da mesma forma, Peduzzi (2009) apontou que, embora a expectativa de trabalhadores e as estratégias de capacitação utilizadas assinalem em direção à EPS, a fonte das demandas e as temáticas abordadas em alguns processos rotulados como EPS são compatíveis com programas de Educação Continuada, ou seja, temática pré programada, voltada a compensar problemas técnicos pertinentes a uma ou outra categoria profissional.

Ainda que os programas de educação permanente almejem o protagonismo e a reorganização local dos processos de trabalho, seu sucesso se faz dependente também de intervenções no sentido de equacionar demandas deles advindas e relacionadas à gestão dos recursos legais, humanos ou institucionais necessários à efetivação do trabalho. Quando isso não ocorre, poder-se-á configurar um ambiente de insatisfação que não apenas invalidaria demais programas educativos, mas que ainda reforçaria o *status quo* inicial (ROVERE, 1994).

De fato, o estudo de Fortuna, Franceschini, Mishima, Matumoto e Pereira (2011) identificou a oposição de alguns gestores impedindo processos de mudança através da não validação de decisões coletivas e da adoção de estratégias no sentido de impedir a continuidade das atividades educativas. Chamou ainda a atenção para a conseqüente institucionalização da EPS, progressivamente confinada a cursos e treinamentos. Outro estudo, realizado em Vitória, assinalou a extinção da EPS como conseqüência, entre outros, dos embates travados com a gestão no sentido de atender às reivindicações do coletivo de trabalhadores, o que gerou enfraquecimento e interrupção do grupo (PINTO, 2010).

Ainda assim, e a despeito de qualquer implicação e qualquer que seja a sua aplicação, a EPS somente se sustenta a partir do protagonismo dos trabalhadores, conduzindo a organizações democráticas ou em processo de democratização e considerando igualmente todas as dificuldades envolvidas na transição de objeto a sujeito pelo profissional de saúde. Cabe, entretanto, destacar que, embora se constitua em condição essencial para a produção de mudanças, o protagonismo dos

trabalhadores não prescinde da participação dos demais segmentos envolvidos na construção do trabalho em saúde (ROVERE, 1994).

Desse modo, é desejável e necessário que os profissionais comprometam-se com a transformação social e com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos que são usuários do sistema nas questões relativas à saúde. Esse comprometimento, por sua vez, decorre da capacidade de cada um e do coletivo de trabalhadores para ação e reflexão com a intenção de despertar igual habilidade por parte dos sujeitos que são alvo do cuidado em saúde. A disposição em analisar a realidade e entendê-la como algo construído pelo homem e, portanto, passível de transformação por ele próprio é uma das condições para que os profissionais se compromisssem com o novo. Para tanto, é necessário que abdicuem do conhecimento ou da verdade absoluta, se distanciem de seu lugar seguro, protegido e previsível para observar a realidade através de outros ângulos de visão, os quais, via de regra, conformarão outros panoramas, não anteriormente vistos ou previstos (FREIRE, 1979). Este, portanto, constitui-se num dos pressupostos da EPS.

Intrinsecamente relacionados conceitual e operacionalmente, a APS e o SUS demandam profissionais habilitados e comprometidos com a forma de engendrar a saúde. Incumbe ainda ressaltar que suplantando o arcabouço teórico-conceitual, legal, e/ou institucional e materializar a EPS nos serviços de saúde é concomitantemente condição e desafio para a equipe de saúde da ESF e, notadamente, para o profissional enfermeiro. A amplitude de sua inclusão na saúde da família e os paradoxos de sua formação fazem dele um elemento chave, cuja atuação pode potencializar, reprimir ou descaracterizar a EPS. Entender sua participação e adesão a tais processos também compôs o escopo desse estudo.

1.3 A Educação Permanente em Saúde e o profissional enfermeiro

Para distinguir a presença - ou não - da EPS no dia a dia das equipes de saúde da família e, em especial, a sua relação com as práticas dos profissionais enfermeiros, se faz necessário refletir sobre a dimensão educativa do trabalho desse profissional, notadamente daqueles inseridos na ESF. Partindo do princípio que a atuação dos profissionais de saúde é influenciada em maior ou menor intensidade

pela política de saúde vigente nos territórios, pode-se afirmar que, com a expansão do SUS essa interferência se manifestou, em especial, pelo aumento nos postos de trabalho e pela redefinição de papéis e responsabilidades no cuidado em saúde (BRASIL, 2009).

Para o enfermeiro, a expansão da rede básica e da ESF representou uma maior aproximação e inserção na saúde pública. Entre o ano de 2003 e agosto de 2011 o número de equipes de saúde da família em atuação no país evoluiu de 19.000 para 32.079. Considerando que a legislação preconiza um profissional enfermeiro em cada equipe, o crescimento no número de equipes corresponde ao aumento nos postos de trabalho para a categoria somente na ESF, sem contabilizar os inseridos em outros pontos de atenção (BRASIL, 2011). Ainda por intermédio da ESF, a participação do enfermeiro na concretização do SUS foi potencializada e diversificada, assim como foram re-significadas atribuições já previstas, entre as quais se destaca o envolvimento em ações de educação e qualificação profissionais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006b).

Conseqüentemente, a Política Nacional de Atenção Básica, reconheceu e reforçou essa dimensão do trabalho do enfermeiro, responsabilizando-o pela educação permanente da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para os demais profissionais, a política advoga a participação ou a colaboração nas atividades, o que pode ser percebido, por ele e equipe, como um convite para que assuma a responsabilidade pela condução dos processos educativos (BRASIL, 2006).

Historicamente, as atividades educativas permeiam o exercício desse profissional de tal forma que o cuidar, o administrar e o educar (incluindo o pesquisar), constitui pilares sobre os quais o trabalho do enfermeiro se assenta (HORTA, 1979). Desde a formação ele percebe e vivencia a educação continuada e em serviço como ferramenta indispensável para o gerenciamento e o desenvolvimento do pessoal sob sua supervisão (KURCGANT, 1991).

Mesmo que existam diferentes e complementares vertentes, de forma geral a educação continuada (EC) está relacionada ao desenvolvimento profissional, pressupõe atividades educativas de caráter contínuo e planejadas a partir das necessidades levantadas junto à equipe, visando capacitá-la para acompanhar o progresso técnico científico. Já a educação em serviço pretende o aperfeiçoamento através de treinamento no ambiente de trabalho, objetivando a superação de

possíveis deficiências. Ambas têm como foco o crescimento pessoal e profissional reconhecendo as especificidades da educação direcionada aos adultos, no tocante a considerar as experiências anteriores e fomentar a aprendizagem significativa. Outrossim, ambas se apóiam na transmissão de saberes, no planejamento de conteúdos, no programa de curso que prevê o início, o final e os objetivos a serem atingidos (MARQUIS e HUSTON, 2005; KURCGANT, 1991).

Pelo referencial da EPS, os processos educativos devem ocorrer através de “rodas” de discussão, espaços onde a problematização coletiva do cenário do trabalho levaria à identificação de hiatos na assistência. Tais brechas seriam plausíveis de ação educativa, aqui entendida como construção comum e horizontalizada de mudanças no processo de trabalho, tendo como foco a transformação das condições de saúde do território onde a equipe se insere (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2009).

Acredita-se que a concepção de cada profissional determina a opção por práticas e ferramentas educativas que se aproximam mais ou menos da EPS, tal como é concebida. Assim sendo, as práticas educativas tradicionais valorizam ferramentas palpáveis e previsíveis como programas, reuniões para transmissão de conhecimentos, especialistas com notório saber, salas de aula, equipamentos multimídias. Já na EPS as ferramentas são imateriais, produzidas coletiva e simultaneamente ao seu desenvolvimento. Podem ser elencadas a observação atenta, a reflexão compartilhada, a experimentação, a horizontalidade das relações interpessoais, a roda de discussão, os debates sobre comportamentos e contextos, e tantas outras quanto permita a criatividade do facilitador e do grupo (DAVINI, 2009).

Especialmente para o profissional enfermeiro, e dependente da concepção oriunda de sua formação e prática, atuar dentro da lógica da EPS pode se apresentar como o desafio de romper com paradigmas instituídos e incorporar novos conceitos e práticas acerca dos processos educativos que sobrevivem à formação. Além das ferramentas, a opção por determinados modelos de atividades e os temas demandados ou escolhidos pelos enfermeiros e equipe são indicativos da expectativa quanto à finalidade das ações educativas.

Estudo visando identificar as demandas da equipe de enfermagem constatou que parte significativa dos profissionais atribui à educação a função de auxiliar o profissional na aquisição de conhecimentos e de viabilizar treinamentos sobre temas

específicos. Nesta pesquisa, técnicos de enfermagem revelaram preferência por cursos sobre técnicas específicas, enquanto que enfermeiros identificaram a necessidade de cursos sobre liderança e legislação em enfermagem, o que é indício da ausência de correlação entre educação e mudança de processos de trabalho (SILVA, CONCEIÇÃO e LEITE; 2008). Situação semelhante foi descrita por Montanha e Peduzzi (2010) ao identificar iniciativas incipientes de considerar o cuidado e o usuário como alvo de ações educativas se contrapondo à hegemonia de atividades educativas objetivando sanar problemas relativos à execução de técnicas específicas ou relacionadas à introdução de equipamentos. Tais demandas, geradas pelos próprios trabalhadores ou pela supervisão de enfermagem, contribuem para sedimentar a fragmentação do trabalho na medida em que atendem à expectativa de cada saber fazer isoladamente, revelando serem as necessidades pautadas unicamente no conhecimento técnico científico.

Ao correlacionar resumos de trabalhos com as categorias temáticas indicadas pelos autores em um congresso científico, Marandola et al (2009) reportou a dificuldade de parte significativa dos autores em diferenciar educação continuada, permanente ou em saúde, utilizando os termos como sinônimos. Muitos trabalhos por eles classificados como “educação permanente” não apresentaram características compatíveis com o referencial, representando cerca de 60% da amostra estudada. Ainda que as modalidades educativas respondam a necessidades distintas que, em situações peculiares, possuem complementaridade, se faz importante a diferenciação, até para que na ausência de distinção não percam sua potência. O resultado da investigação foi demonstrativo da densidade abarcada pela proposta e da necessidade de continuar pautando o tema, principalmente junto às equipes de saúde.

Assim, o presente estudo pressupõe que a reformulação do modelo assistencial deve ser mediada pela EPS e que existem referenciais teóricos ordenando as práticas educativas do enfermeiro. Desse modo, as seguintes questões fomentaram a investigação:

- Como os enfermeiros conceberiam sua atuação na educação em saúde e, em especial, na educação permanente em saúde?
- As ferramentas utilizadas em sua prática educativa responderiam à da EPS ou à educação bancária tradicional?

- Quais seriam as lacunas a serem trabalhadas e as potencialidades a serem socializadas na perspectiva da assistência à saúde da família?

Através da elucidação das questões, a investigação aspirou ainda colaborar no processo de transformação do modelo de assistência a partir da saúde da família, fortalecendo o repertório científico da saúde da família e o da enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Analisar o universo conceitual e instrumental a partir do qual os enfermeiros fundamentam a dimensão educativa do seu trabalho na saúde da família.

2.2 Objetivos específicos:

1. Analisar a produção nacional sobre os processos educativos desenvolvidos junto à equipe de enfermagem, tendo como referencial a Educação Permanente em Saúde.
2. Identificar a inserção do enfermeiro nos processos educativos que ocorrem nas Equipes de Saúde da Família.
3. Analisar a concepção do enfermeiro sobre a Educação Permanente em Saúde.
4. Identificar as ferramentas utilizadas nas práticas educativas dos enfermeiros inseridos na estratégia de saúde da família.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente investigação obedeceu a etapas, as quais foram condizentes com os objetivos propostos, tendo sido operacionalizadas de forma seqüencial e complementar, pois que ofereceram subsídios umas às outras.

3.1 Primeira Etapa: Conhecendo a produção nacional sobre os processos educativos desenvolvidos junto à equipe de enfermagem

3.1.1 Tipo de Estudo

Para atender ao objetivo, *“analisar a produção nacional sobre os processos educativos desenvolvidos junto à equipe de enfermagem, tendo como referencial a Educação Permanente em Saúde”* foi efetuado uma revisão de literatura, a qual visou subsidiar a problematização do tema e obter elementos indicativos da atividade do enfermeiro enquanto educador (MARCONI e LAKARTOS, 2006).

Esta etapa focalizou os processos educativos desenvolvidos junto às equipes de enfermagem, sob a ótica dos sujeitos envolvidos, na intenção de conhecer como os profissionais percebem os processos educativos, suas potencialidades e fragilidades, tendo sido, a priori, estabelecida a hipótese de que as características por eles elencadas seriam condizentes com o referencial da EPS.

3.1.2 Coleta de Dados

O estudo foi realizado nas bases de dados virtuais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS e Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online - SCIELO, nos meses de setembro e outubro de 2010.

Estabeleceu-se como critério de inclusão artigos publicados entre os anos de 2000 a 2010, disponíveis na íntegra, que se referissem a estudos primários, elaborados em língua portuguesa.

O critério temporal se deu em função da divulgação da Política de Educação Permanente em Saúde em 2004. Uma vez que a PNEPS se justificou na inadequação entre oferta e demanda de atividades educativas, buscou-se evidenciar a percepção dos trabalhadores acerca de tais atividades no período que precedeu a política.

Para exploração da bibliografia existente sobre o tema proposto foram elencados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME): educação continuada, enfermagem, capacitação em serviço, desenvolvimento de pessoal, capacitação de recursos humanos em saúde, educação continuada em enfermagem e prática profissional. Cabe ressaltar que, embora a EPS fosse objeto da presente pesquisa, o termo não figura como descritor em nenhuma base de dados pesquisada, não tendo, portanto, orientado a busca.

Após o descarte das publicações que não condiziam com os critérios de inclusão quanto ao ano de publicação e disponibilidade na íntegra no idioma português, uma segunda leitura, de caráter exploratório, possibilitou verificar a adequação ao critério *derivado de estudos primários* e às questões propostas.

3.1.3 Análise dos dados

A análise dos artigos permitiu o seu agrupamento em assuntos e possibilitou a elaboração de novas ponderações e questionamentos (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

O exame dos dados obtidos permitiu caracterizar algumas das atividades educativas que ocorrem nas instituições de saúde as quais foram discutidas em seção específica.

3.2 Segunda Etapa: Identificando as características dos processos educativos desenvolvidos junto às equipes de enfermagem inseridas na Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Chizzoti (2006) o ato de pesquisar versa em, de forma ordenada e metódica, buscar informações que possam vincular elementos aparentemente desvinculados, componentes de uma dada situação ou problema. Consiste em “um esforço durável de observações, reflexões, análises e sínteses para descobrir as forças e as possibilidades da natureza e da vida, e transformá-las em proveito da humanidade” (CHIZZOTI, 2006, p. 19) Dessa forma, qualquer que seja a área, a pesquisa obrigatoriamente origina-se em uma dúvida cuja elucidação é do interesse das ciências.

Por outro lado, a metodologia se refere à forma utilizada para elucidar as respostas elencadas. Inclui os pressupostos teóricos de abordagem da realidade, as técnicas utilizadas para seu alcance e apreensão, assim como a habilidade do pesquisador em utilizar sua própria experiência e talento criador no sentido de interpretar o evento ou fenômeno em questão (MINAYO, 2004). Para atender aos objetivos específicos *“Identificar a inserção do enfermeiro nos processos educativos que ocorrem nas Equipes de Saúde da Família, Analisar a concepção do enfermeiro sobre a Educação Permanente em Saúde e Identificar as ferramentas utilizadas nas práticas educativas dos enfermeiros inseridos na estratégia de saúde da família”*, esta investigação de cunho qualitativo, pretendeu apreender o significado, que se

faz perceptível somente através de observação meticulosa, atribuído pelas pessoas ou grupos a determinado evento (MINAYO, 2004), sendo o evento em questão a EPS.

A pesquisa qualitativa, característica das ciências sociais, objetiva a compreensão de acontecimentos, contextos, eventos ou fenômenos vivenciados por indivíduos e grupos sociais. Tem a pretensão de traduzir as relações que os determinam, as quais, por sua vez, são assentadas em experiências, impressões e concepções também provenientes do senso comum. Baseia-se na relação estabelecida pelos seres humanos entre si e com a realidade que os condiciona e motiva, em um dado momento histórico, que se apresenta como fruto de um processo evolutivo (MINAYO, 2004).

Refere-se ainda a qualquer tipo de busca que almeje encontrar respostas não passíveis de quantificação e tabulação estatística, aplicáveis à vida de indivíduos e coletividades. Pode ainda se referir à dinâmica de organizações sociais ou empresariais, eventos sociais ou culturais ou interações entre povos e nações. Na pesquisa qualitativa, mesmo que alguns fenômenos possam ser quantificáveis, a essência reside na interpretação de dados obtidos através de comunicações verbais ou não verbais ou da associação de ambas as técnicas (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Explorando dados oriundos de conversações e relatos, a pesquisa qualitativa ainda se fundamenta na crença de que “a verdade é um agregado de realidades” (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p.30). Portanto, seu desenrolar se dá no campo, entendido como o local onde as relações se estabelecem e acontecem, em contraposição às que se processam em ambientes de laboratório. Os dados ou informações são coletados simultaneamente ao seu processamento ou análise através de técnicas como a entrevista e/ou observação. A entrevista, por sua vez, se evidencia como a técnica mais freqüente nesse tipo de cenário, podendo ser realizada tanto individualmente como em grupo (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

Pela possibilidade de proporcionar proximidade na interação entre pesquisador e pesquisado e facilitar a percepção de aspectos subjetivos presentes nos relatos, a entrevista individual constituiu-se na estratégia de escolha para a obtenção de informações relevantes ao presente estudo, tendo ocorrido no espaço físico das unidades de saúde da família onde atuam os profissionais enfermeiros.

Sendo assim, esta investigação apresentou como contexto social e histórico a proposta de reestruturação do sistema de saúde através da estratégia de saúde da família e a aposta governamental na educação permanente em saúde como um dos caminhos para essa reestruturação. Os sujeitos sociais, a quem se atribui a responsabilidade por parte importante dessa mudança, foram os profissionais enfermeiros. O significado que se buscou é dado pelas expectativas, valores e atitudes que caracterizam a práxis educativa de tais profissionais. Destarte, a pesquisa foi igualmente pautada em políticas do SUS, notadamente nas de Atenção Básica e Educação Permanente; nos conceitos de Atenção Primária em Saúde; na Estratégia da Saúde da Família e na Educação Permanente em Saúde.

3.2.1 O campo do estudo

Segundo Turato (2003) o campo da pesquisa é o local, espaço – físico habitado pela fonte das informações, o sujeito que se pretende conhecer, seja ele um indivíduo, um coletivo ou uma situação. Pode ser uma unidade de saúde, um serviço, um domicílio ou uma região, conquanto se caracterize como um “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2004, p. 105) uma vez que a pesquisa social tem como alvo os indivíduos que através de interação produzem, no espaço escolhido, relações onde as subjetividades se permutam e reconstroem (MINAYO, 2004).

Assim, a pesquisa em questão realizou-se no campo/âmbito dos municípios que compõem o Colegiado de Gestão Regional (CGR) denominado Colegiado de Gestão Regional Central, da região de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) III, com sede em Araraquara/SP.

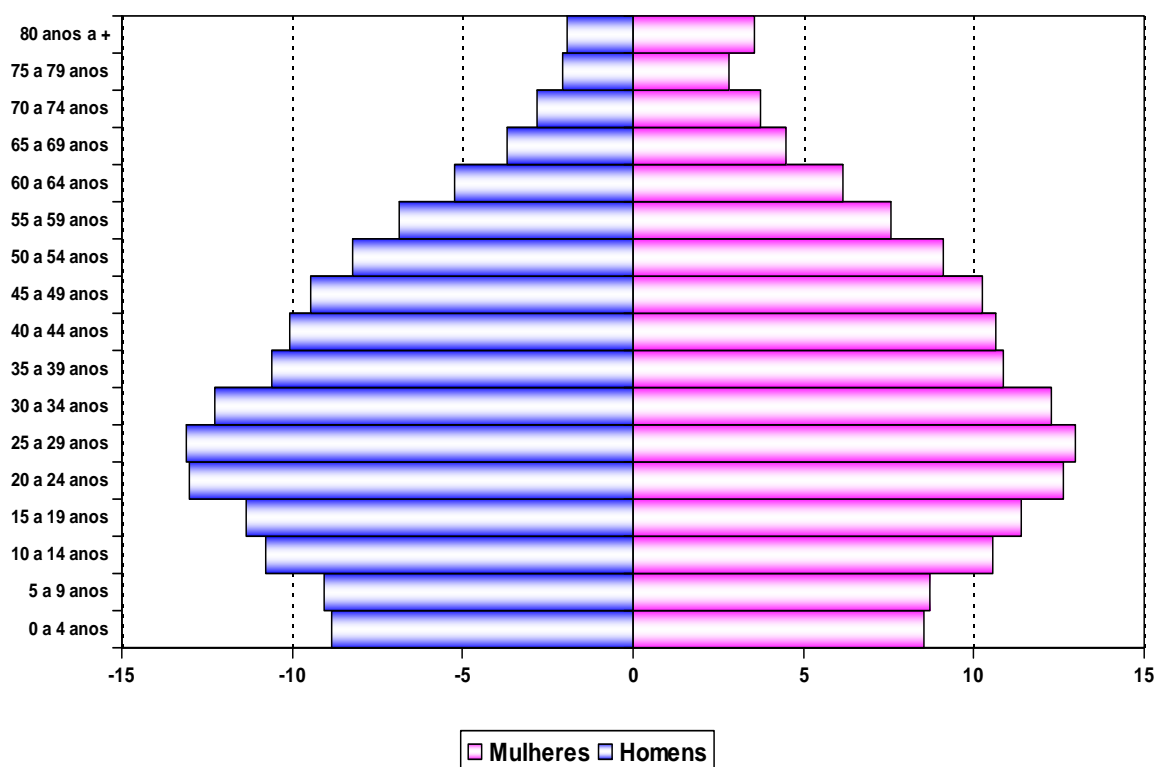
A opção pelo Colegiado de Gestão Regional da Região Central deu-se em função de experiência prévia dessa pesquisadora junto a um grupo de trabalhadores da região, no ano de 2009. Na ocasião, essa pesquisadora atuou como coordenadora de um grupo em um projeto desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação (CDQ) do DRS III, o qual pretendeu favorecer a implantação de processos de EPS nas unidades básicas dos municípios do DRS,

através da formação de facilitadores, como estratégia para o fortalecimento da Atenção Básica. O que chamou a atenção foi o fato deste grupo não contar com a participação de enfermeiros.

O DRS III está situado na Região Administrativa de Governo denominada Central, sendo a região do DRS palco desse estudo composta por 8 municípios que somam 285.389 habitantes. O maior município da região também sedia o DRS III e a diferença entre o maior e o menor município está acima de 200.000 habitantes (SEADE, 2010).

A pirâmide populacional do CGR Central do DRS III encontra-se explicitada abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição da população residente no CGR Central por faixa etária no ano de 2010.



Fonte: Fundação SEADE

A análise da população distribuída em faixas etária mostrou que após os 35 anos existe uma inversão entre população masculina e feminina, com predomínio da última em todas as faixas subseqüentes, com maior destaque na faixa acima de 75 anos. Outro realce deve-se ao equilíbrio entre base e ápice do gráfico o que é indicativo de que a população encontra-se em fase de transição demográfica e

epidemiológica, ou seja, há uma tendência ao envelhecimento da população e, como consequência, uma mudança no perfil epidemiológico, dado pelas condições de adoecimento e morte, conforme se mostrou mais adiante. Torna-se relevante salientar que o perfil demográfico do CGR Central é compatível com o de países desenvolvidos (SEADE, 2011)

Embora a região seja composta por 8 municípios, por razões que foram explicitadas a seguir, somente foi possível realizar a investigação em 5 deles. Assim, serão descritas apenas as características inerentes aos municípios que sediaram o estudo. Por questões éticas os municípios não foram nomeados, tendo sido numerados de 01 a 05.

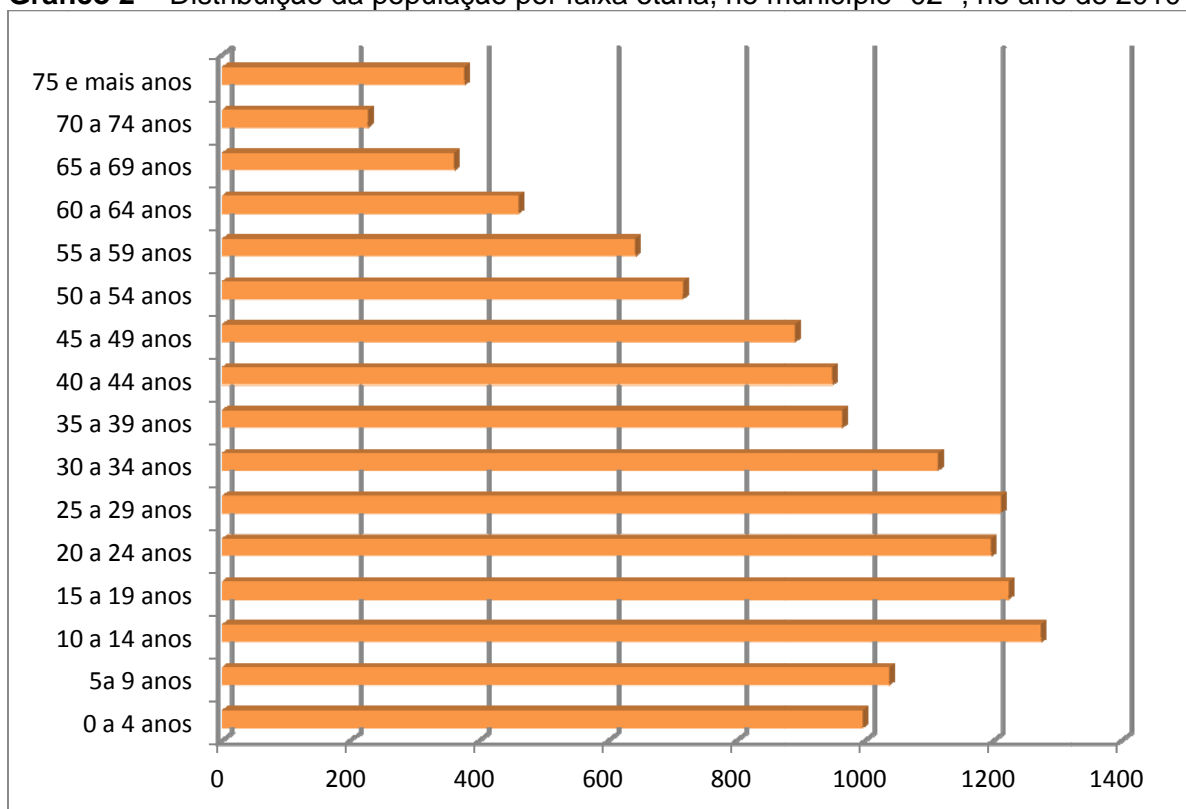
Quadro 1- Distribuição da população no ano de 2010

Município	População residente	Masculina	Feminina
01	1.543	770	773
02	13.636	6.871	6.765
03	4.286	2.161	2.125
04	10.413	5.244	5.169
05	208.429	100.549	107.880
Total	285.389	139.313	146.076

Fonte: Fundação SEADE

Apenas um dos municípios apresenta predomínio significativo da população feminina. Da mesma forma, há municípios onde existe preponderância da população situada nas faixas menores, o que se assemelha à configuração demográfica de regiões menos desenvolvidas, onde a expectativa de vida da população adulta é menor.

Esse fato foi exemplificado no gráfico 2, referente ao município “02” onde a base é nitidamente maior que o ápice:

Gráfico 2 - Distribuição da população por faixa etária, no município "02" , no ano de 2010

Fonte: Fundação SEADE

A distribuição da população por faixa etária, nos municípios que conformaram o cenário da investigação encontra-se demonstrada no quadro a seguir:

Quadro 2 - Distribuição da população residente, por faixa etária, no ano de 2010

Faixa etária	Município				
	01	02	03	04	05
0 a 4	103	996	307	759	11.756
5 a 9	119	1.038	339	791	12.020
10 a 14	151	1.274	361	919	14.431
15 a 19	145	1.223	407	910	15.856
20 a 24	128	1.196	441	882	18.399
25 a 29	121	1.211	408	912	18.913
30 a 34	121	1.113	349	800	17.899
35 a 39	110	964	343	774	15.587
40 a 44	112	949	325	744	15.060
45 a 49	72	890	276	631	14.931
50 a 54	89	716	216	569	13.309
55 a 59	71	642	176	462	11.199
60 a 64	58	460	146	418	8.926
65 a 69	49	361	91	284	6.347
70 a 74	45	226	97	230	5.212
75 e +	49	377	134	328	8.584
Total	1.543	13.636	4.416	10.413	208.429

Fonte: Fundação SEADE

Embora a região ocupe vasta extensão territorial, a projeção da Fundação SEADE para o ano de 2011 mostrou densidade demográfica média do CGR Central de 82,98 habitantes/km², abaixo dos padrões do Estado que é 167,97 habitantes /km². Entre os municípios pesquisados, o “03” é o que possui menor densidade - 18,87 habitantes/Km² e o “05” o que possui a maior – 209,99 habitantes/Km².

Quadro 3 - Densidade demográfica dos municípios do CGR Central do DRS III e do Estado de São Paulo, no ano de 2011

Município	Densidade demográfica (hab/Km ²)
01	24,61
02	19,9
03	18,87
04	33,35
05	209,99
Estado de São Paulo	167,97

Fonte: Fundação SEADE

Quanto à ocupação da população há municípios, como “02”, onde acima de 50% da população possui vínculo empregatício na agropecuária e outros, como “01” e “03”, onde 50% estão vinculados no setor de prestação de serviços, o que corresponde ao panorama do Estado nessa área. Entretanto, diferentemente do restante do Estado, onde a agropecuária representa menos de 3% dos empregos formais, é uma região onde o setor se sobressai. De forma geral, no CGR há equilíbrio entre agropecuária, indústria e serviços:

Quadro 4 - Porcentagem da população com vínculo empregatício por setor da economia, no ano de 2010

Setor econômico	01	02	03	04	05	Média do CGR	ESP
Agropecuária	32,03	51,46	3,01	27,97	1,58	23,21	2,57
Indústria	14,5	4,35	30,63	20,68	25,25	23,36	22,53
Const. Civil	2,16	0,88	7,83	0,66	6,26	8,5	4,92
Comércio	1,08	14,18	8,5	8,27	24,16	10,56	19,47
Serviços	50,22	29,13	49,12	42,42	42,75	36,23	50,5

Fonte: Fundação SEADE

A região ainda se caracteriza pela heterogeneidade de indicadores sócio-econômicos que se revela, por exemplo, no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador que combina esperança de vida ao nascer, analfabetismo, número médio de anos de estudo e renda per capita, sendo que IDH menor que 0,5 é

indicativo de baixo, entre 0,5 e 0,8 médio e acima de 0,8 alto desenvolvimento humano (SEADE, 2011). Nesse sentido, existem municípios caracterizados como detentores de médio e alto desenvolvimento humano. No ano 2000, apenas o município “05” se caracterizava como possuidor de alto IDH, embora os outros estivessem próximos disto (SEADE, 2000).

Já o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), é um indicador que combina dados de riqueza, escolaridade e longevidade em 5 grupos. O grupo 1 é aquele onde se localizam municípios com elevado nível de riqueza e bons níveis de indicadores sociais, o 2 onde há bons níveis de riqueza e não tão bons indicadores sociais, o 3 onde há baixo nível de riqueza com bons indicadores sociais, o 4 é aquele onde os municípios possuem baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade e, finalmente, o grupo 5 é aquele onde se situam aqueles com baixo nível de riqueza e indicadores sociais inadequados (SEADE, 2011). Na região pesquisada, há municípios inseridos nos grupos 1 a 4, estando o município “05” incluído no grupo com melhor IPRS. “01” representa o de menor escore, cabendo ainda salientar que esse dado é corroborado pela distribuição da população por faixa etária, quando se verificou que ambos os municípios possuem diferenças marcantes entre as faixas etárias mais jovens e mais velhas.

Ainda assim, foi possível perceber que em seis anos houve evolução positiva no IPRS do município “01”, que, embora mantendo baixos níveis de riqueza melhorou seus indicadores sociais. Cabe ressaltar que o município tem a agropecuária como detentora de grande parte dos postos de trabalho no município. Não obstante “02” tenha evoluído do grupo 4 para o 2, cabe ressaltar que esse grupo é onde se situam municípios com bons níveis de riqueza, mas que não são capazes de atingir bons indicadores sociais. Portanto “02”, que é também o município onde a maior parte da população trabalha na agropecuária, a melhora da riqueza não refletiu nos indicadores sociais:

Quadro 5 - IPRS e IDH por ano de aferição

Indicador	Ano	01	02	03	04	05	SP
IDH	2000	0,755	0,755	0,761	0,777	0,83	0,814
IPRS	2002	5	4	3	3	1	
IPRS	2008	4	2	3	3	1	

Fonte: Fundação SEADE

Outro importante indicador social é a mortalidade infantil, medida por 1.000 nascidos vivos. Neste quesito os municípios “02” e “04” se destacam por possuir taxa de mortalidade infantil superior à do DRS e mesmo do Estado de São Paulo, confirmando a necessidade de que realizem investimentos nesse sentido.

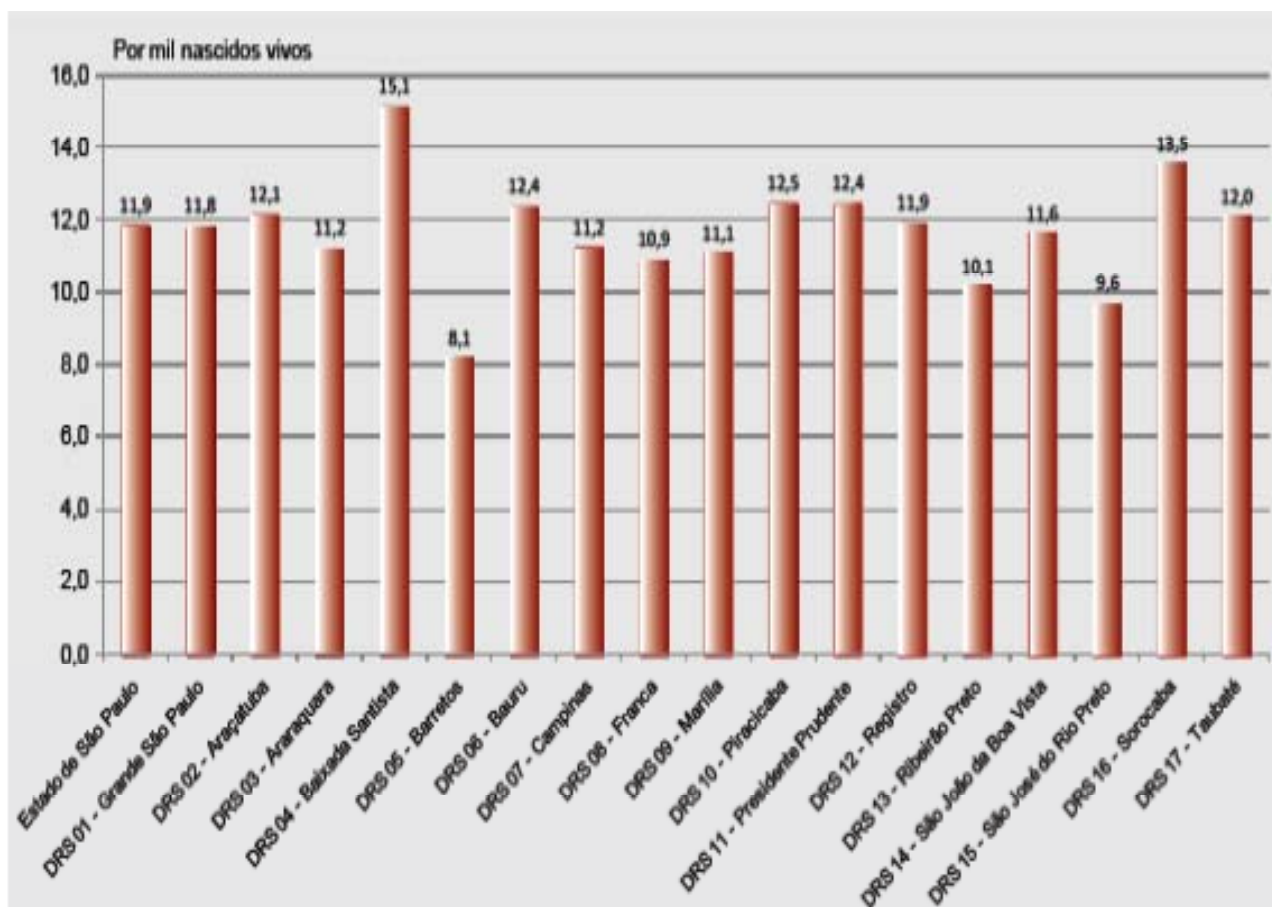
Deve ser ainda destacado que o DRS III ocupa 6º lugar no ranking dos municípios com menores índices de mortalidade infantil no Estado, mesmo considerando o desempenho atípico dos dois municípios supracitados. Outra consideração diz respeito ao fato de que a mortalidade infantil não compõe o IPRS, razão da disparidade verificada entre os indicadores aferidos em “01” (SEADE, 2011).

Quadro 6 - Nascidos vivos, óbitos e taxa de mortalidade infantil, no ano de 2010

	Nascidos Vivos	Óbitos infantis	Mortalidade infantil
Estado de São Paulo	601.345	7.129	11,9
DRS III	11.771	132	11,2
01	20	-	-
02	198	05	25,3
03	43	-	-
04	137	02	14,6
05	2.534	30	11,8
Total	3.689	42	

Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 3 - Taxas de mortalidade infantil Estado de São Paulo e Departamentos Regionais de Saúde, no ano de 2010



Fonte: Fundação SEADE

Outros indicadores relativos a nascimento mostraram que “01” e “02” possuíam, no ano de 2009, uma taxa de natalidade maior do que a do Estado; que as menores porcentagens de gestação na adolescência puderam ser aferidas no município “05”, as quais se situavam abaixo dos parâmetros do Estado, e que todos os municípios realizaram mais partos operatórios do que a média estadual sendo que, entretanto, há diferenças entre eles (SEADE, 2011). Observa-se que “02” possui hospital conveniado e próprio, respectivamente, enquanto que os demais referenciam para “05” suas parturientes (DATASUS, 2009):

Quadro 7 - Principais indicadores de nascimento no ano de 2009

Indicador	01	02	03	04	05	SP
Taxa Natalidade/1.000	12,43	15,74	11,76	15,34	12,24	14,67
Mães com menos 18 a (%)	10,53	11,74	12	6,88	6,83	7,22
Partos cesáreos (%)	57,89	68,54	69,39	72,5	75,69	57,56

Fonte: Fundação SEADE

Em todos os municípios da região o abastecimento de água e a rede de esgotos contemplam acima de 95% da população residente

Em relação à assistência à saúde, os municípios que compõem o cenário do estudo, possuem cobertura de ESF que varia de 16,5%, no de número “04”, a 104%, no “01”. A quantidade de unidades e a cobertura foram especificadas a seguir:

Quadro 8 - Elementos da rede assistencial dos municípios estudados, conforme dados do CNES, relativos ao ano de 2009

	01	02	03	04	05
UBS/Centro de saúde	02	04	02	01	28
Unidade mista	-	-	-	-	-
Pronto Socorro	-	-	-	01	04
Hospitais	-	01	-	-	03
Posto saúde	-	-	-	01	-
Cobertura PSF (%)	104,8	52	99	16,5	19,4
Cobertura PACS (%)	-	-	-	-	9,3

Fonte: DATASUS

Há divergência entre quantidade de unidades e equipes de saúde da família, pois que em uma mesma unidade podem ser lotadas até 3 equipes. Segundo apurado junto aos gestores municipais, a configuração das equipes de saúde da família, no ano de 2010 era a seguinte:

- Municípios “01” e “04”, 01 equipe cada;
- Municípios “02” e “03”, 02 equipes cada;
- Município “05”, 13 equipes.

Os municípios estudados possuem ainda perfil epidemiológico semelhantes no que se refere à morbidade hospitalar. Em todos, o ciclo gravídico puerperal figurou como a primeira causa de internação. Em “02”, “03” e “05”, as doenças do aparelho circulatório alternaram-se como segunda ou terceira causa de internação:

Quadro 9- Perfil de morbidade e mortalidade, por ano de aferição

Condição de Saúde		01	02	03	04	05
Morbidade Hospitalar (2009)	2º	Neoplasias	D. ap. circulatório	D. ap. respiratório	Transtornos mentais	D. ap. circulatório
	3º	D. ap. digestivo	D. ap. respiratório	D. ap. circulatório e do ap. digestivo	D. ap. digestivo	D. ap. digestivo
Mortalidade hospitalar (2008)	1º	Neoplasias	D. ap. circulatório	D. ap. circulatório	D. ap. respiratório	D. ap. circulatório
	2º	D. ap. circula-tório	Neoplasias	Transtorno s período perinatal	D. ap. circulatório	Neoplasias

Fonte: DATASUS

O painel acima trouxe o município “3” com uma condição divergente do grupo de municípios, onde os transtornos mentais aparecem como segunda causa de internação.

Analisando as causas de internação e óbito pode-se observar que ambas são fruto do estilo de vida, extrapolam a dimensão biológica e medicamentosa do cuidado, sendo passíveis de intervenções multiprofissionais e intersetoriais, a serem capitaneadas pela atenção básica, especialmente pelas equipes de saúde da família, desde que aptas a perceber e construir formas singulares de intervenção, compatíveis com as especificidades locais.

Assim, o panorama exposto teve a intenção de descrever aspectos da região onde a pesquisa se desenvolveu, de forma a permitir a identificação de

oportunidades e facilidades relativas à atuação das equipes de saúde, em especial das que compõem a estratégia de saúde da família. A seguir serão destacados aspectos relativos ao cenário e aos sujeitos do estudo.

3.2.1.1 A delimitação do cenário do estudo

Considerando diretriz do Ministério da Saúde que situa o enfermeiro como coordenador ou facilitador de ações educativas, notadamente os atuantes na ESF, o fato suscitou o desejo de conhecer *in loco* sua inserção nos processos educativos (BRASIL, 2009).

A região é composta por oito municípios sendo que em dois deles não havia equipes de Saúde da Família em atuação no período em que se deu a coleta dos dados, o que reduziu o grupo a seis municípios.

Em uma primeira aproximação, facilitada pela equipe do DRS III, feita no mês de maio de 2010 em reunião do CGR, o projeto da pesquisa foi exposto na intenção de obter anuência dos gestores para a realização da pesquisa junto às equipes de saúde da família. Destaca-se que foi nesse momento que os gestores informaram a quantidade de equipes lotadas em cada município, conforme anteriormente apontado. Dentre os seis gestores consultados, um não anuiu com a proposta, alegando dificuldades de ordem interna. Portanto, como já destacado, a pesquisa foi realizada em cinco municípios onde atuavam 19 equipes de saúde da família.

3.2.1.2 A definição dos sujeitos da pesquisa

Composto o cenário, foi então necessário definir os sujeitos participantes do estudo. Na ocasião, o município “05” possuía 13 equipes de saúde da família; “02” e “03”, 02 equipes, e “01” e “04”, 01 equipe cada um, totalizando 19 equipes.

Considerando que a pesquisadora possuía contato prévio com membros das equipes participantes do estudo, optou-se por sorteio aleatório, visando obter o máximo de isenção possível na seleção dos sujeitos.

Segundo Minayo (2004), na abordagem qualitativa a inquietação é antes com o alcance do entendimento construído do que com a uniformidade das respostas, sendo que a “amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (2004, p. 102). Portanto, de forma também aleatória estabeleceu-se como público alvo metade das equipes de saúde da família de cada município. Foi também considerado que, caso os dados apresentassem características de saturação antes desse valor a coleta seria finalizada. Caso contrário, prolongar-se-ia a coleta de dados para além desse referencial. Cabe ressaltar que a saturação é entendida como o momento em que as informações apresentam características de repetição impossibilitando a apreensão de novos elementos (TURATO, 2003).

Ao todo foram entrevistados nove enfermeiros, dois deles componentes de equipes lotadas em zona rural e sete em zona urbana.

3.2.2 O ingresso no cenário do estudo

A pesquisa seguiu normas do Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/1996, referentes à ética em pesquisa com seres humanos em estudos dessa natureza. Sendo assim, previamente à coleta dos dados, o projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da UFSCar.

A aprovação se deu no mês de outubro de 2010, através do parecer nº 348/2010 (Anexo 01). Em seguida realizaram-se contatos com os gestores municipais de saúde e/ou seus representantes cientificando-os acerca do início da coleta de dados e da conseqüente aproximação com os enfermeiros das equipes selecionadas.

Na abordagem inicial, efetuada por telefone, os profissionais foram consultados quanto à disponibilidade em participar do estudo. Sem exceção, todos se mostraram extremamente disponíveis, anuindo de imediato em receber a

pesquisadora para se inteirar do teor da investigação e de sua participação. Nesse momento foi então agendado o primeiro encontro.

Na abordagem presencial os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos, tendo a pesquisadora assumido, junto aos sujeitos, compromisso de confidencialidade. Em decorrência da aceitação, procedeu-se à assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 02). Todos os entrevistados optaram pela realização da entrevista neste primeiro contato presencial.

3.2.3 A entrevista como técnica para coleta dos dados

Vários autores, entre eles Minayo (2004) e Turato (2003), consideram a entrevista como técnica fundamental para as pesquisas de caráter qualitativo, especialmente pela expectativa de intercâmbio entre pesquisador e sujeito, numa relação de horizontalidade que favorece a investigação.

Para Minayo (2004), o que faz da entrevista

um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta voz, as representações de um grupo determinado em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas (2004, p.109-110).

Na entrevista podem ser obtidos elementos de natureza palpável e concreta, que permitem a confirmação por fonte distinta do entrevistado. Pode-se também obter subsídios de natureza subjetiva, tais como a percepção do entrevistado sobre fatos e situações, assim como seus anseios, valores e idéias (MINAYO, 2004).

Há duas principais modalidades de entrevista, sendo elas: a forma estruturada e a não estruturada, com variações que, num contínuo, se aproximam de uma ou de outra, as quais são dadas pela medida da diretividade adotada pelo pesquisador. As não estruturadas pressupõem a fala livre dos entrevistados acerca do tema abordado e são pouco ou não diretivas (MINAYO, 2004).

Já nas entrevistas semi estruturadas ou semi dirigidas, segundo Turato (2003), a direção é dada alternadamente por investigador e informante, na medida em que se necessita clarificar aspectos inerentes aos relatos, de certa forma permitindo ao informante contribuir na construção da entrevista. Tanto as não estruturadas como as semi estruturadas (MINAYO, 2004, TURATO, 2003) utilizam-se de um roteiro, instrumento que deve orientar a conversação no sentido de possibilitar a aproximação e o conhecimento do objeto de estudo. Minayo (2004) ainda instruiu que as questões do roteiro devem permitir o desenho do objeto, favorecer a comunicação e auxiliar na revelação de aspectos subjetivos, porém relevantes na elucidação do objeto. Para ela, o instrumento deve também permitir a caracterização dos sujeitos da pesquisa além de considerar as questões norteadoras da entrevista.

O instrumento elaborado como roteiro da entrevista (Apêndice A) teve, portanto, a finalidade de proporcionar que a pesquisadora conduzisse a investigação de forma a apreender o universo dos sujeitos, sem comprometer a liberdade e naturalidade no transcurso da conversação, caracterizando as entrevistas como semi-estruturadas ou semi dirigidas. A confecção do roteiro foi também subsidiada por revisão crítica da literatura disponível - publicada ou disponibilizada em meio eletrônico nos últimos 10 anos - no intuito de embasar teoricamente a temática abordada.

Antes da coleta de dados realizou-se entrevista piloto a qual, de acordo com Turato (2003), é uma ferramenta que permite ao entrevistador avaliar se as questões norteadoras constituídas são suficientes para resolução do problema previamente estabelecido nas dimensões: entendimento do entrevistado e amplitude da necessidade. Na presente pesquisa a entrevista piloto foi realizada com uma enfermeira que, num momento anterior, fez parte de uma equipe de saúde da família. Teve o propósito de avaliar possíveis dificuldades no entendimento das questões norteadoras e balizar a abordagem a ser feita pela pesquisadora. Após a constatação de que não havia limitações nesse sentido, a coleta de dados foi iniciada.

As entrevistas, realizadas entre os meses de fevereiro e março de 2011, tiveram duração entre quarenta e sessenta minutos e foram gravadas.

Na tentativa de proporcionar anonimato aos sujeitos, identificaram-se os municípios por números de 01 a 05, conforme já adiantado, as equipes pelo nome

das principais constelações do sistema solar e os profissionais enfermeiros pelo nome das letras que compõe o alfabeto grego.

3.2.4 A análise dos dados

Os dados foram trabalhados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin, na intenção de examinar e apreender as falas dos sujeitos para além do que uma leitura superficial possa revelar, ou seja, em um patamar que “ultrapassa o significado manifesto” (MINAYO, 2004, p.203).

Através de análise categorial temática pretendeu-se investigar os elementos convergentes, divergentes e repetitivos contidos nas diferentes falas. Buscou-se, dessa forma, obter os *núcleos de sentido* (grifo do autor), ou seja, os elementos, ou temas presentes nos discursos que fossem pertinentes à análise pretendida. Cabe destacar que, para Minayo (2004) essa análise pode ocorrer em função da frequência com que os elementos figuram nas falas, revelando o viés quantitativo da análise temática, ou pode adquirir conotação qualitativa, almejando desvelar pressupostos, valores e padrões de comportamentos.

Assim, a primeira etapa da tarefa é denominada pré-análise. Nela, através de sucessivas leituras, o pesquisador se apodera do material obtido a fim de determinar a sua validade qualitativa, ou seja, se contempla as questões formuladas, sua representatividade frente ao universo da pesquisa, a uniformidade quanto aos temas e sua capacidade de responder ao problema de pesquisa. A pré - análise possibilita ainda contemplar e reformular as hipóteses à luz do questionamento original e do material obtido. Ainda nessa fase são determinadas as palavras ou frases representativas dos contextos interpretados, sua categorização e codificação, assim como os referenciais teóricos que subsidiarão a análise (MINAYO, 2004).

Funcionalmente os escopos da pré - análise são definidos em três etapas sucessivas: a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação de hipóteses e objetivos (MINAYO, 2004). Na fase de leitura flutuante, iniciada após a transcrição das 9 entrevistas realizadas, todo o material foi repetitivamente lido e relido até a incorporação de seu repertório pela pesquisadora, de forma que as comunicações

foram se tornando cada vez mais consistentes e coerentes entre si e com o panorama observado durante a coleta de dados.

O *corpus* da pesquisa correspondeu às 9 entrevistas semi estruturadas e à algumas observações efetuadas durante as mesmas. Assim, foi realizado metucioso exame do material coletado, a fim de verificar se o mesmo atendia aos critérios de validade definidos como: *exaustividade* (atender aos enfoques definidos no roteiro), *representatividade* (traduzir o conjunto), *homogeneidade* (contemplar uniformemente os temas, técnicas e interlocutores elencados) e *pertinência* (resposta aos objetivos formulados) (MINAYO, 2004).

A partir da consideração de que o *corpus* estava constituído, as hipóteses e objetivos iniciais foram retomados e, a partir deles, foi possível identificar as unidades de registro e de contexto contidas na matéria analisada. Segundo Bardin (2002), a unidade de registro é o menor fragmento semântico do texto, podendo ser dado por uma palavra chave ou tema, cujo entendimento é facilitado através da unidade de contexto. Dessa forma, a título de exemplo, a unidade de registro: *equipe e trabalho fragmentado* foi revelada pela unidade de contexto: *a enfermeira diz que a equipe da unidade a identifica como sendo da ESF, embora ela atue junto à equipe da UBS.*

Ao todo se identificou 27 unidades de registro, as quais foram exploradas na segunda etapa da análise categorial temática, responsável pela exploração e tratamento dos resultados obtidos. Nessa fase as unidades de registro foram agrupadas e classificadas segundo critério de frequência e presença (MINAYO, 2004).

Na terceira fase da análise os resultados foram objeto de inferências e interpretação da pesquisadora no sentido de elucidar, tanto quanto possível, as questões que deram origem ao estudo (MINAYO, 2004). Os resultados, assim como as inferências e os novos questionamentos foram explicitados em tópico específico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Primeira Etapa: Conhecendo a produção nacional sobre os processos educativos desenvolvidos junto à equipe de enfermagem

Em atenção ao primeiro objetivo proposto a busca nas bases de dados elencadas identificou 1.179 artigos. Destes, apenas 09 subsidiaram a investigação. Ressalta-se que a defasagem entre o achado e o utilizado deveu-se às diversas abordagens presentes nas publicações que versam sobre o tema. Assim, os descritores elencados possibilitaram evidenciar produções que relatavam experiências educativas acerca de assuntos isolados, direcionados a categorias profissionais específicas, compatíveis com propostas pontuais de treinamento e não com processos educativos característicos de educação continuada ou permanente.

Outras publicações objetivaram estudar problemas ou situações delimitadas como fora do âmbito da educação. Apontaram a necessidade de educação continuada para os trabalhadores elencando-a como descritor, não obstante a menção a ela tenha se dado de forma superficial na conclusão ou nas considerações finais dos estudos.

Além disso, parte do descarte se deu em função do período delimitado e da falta de disponibilidade do texto na íntegra. Ressalta-se que anteriormente a 2006 não foram identificadas publicações compatíveis com o escopo da investigação em curso.

Do total de artigos compatíveis com a questão norteadora da busca, 12 estavam em duplicidade. Entre os 9 que se propuseram a estudar a educação continuada, 8 o fizeram em ambiente hospitalar. Ainda assim, a totalidade dos estudos encontrava-se vinculada a instituições públicas de ensino.

O quadro 10 sintetiza o produto das buscas e o quadro 11 relaciona as publicações que, após análise detalhada, forneceram resposta aos objetivos e critérios propostos:

Quadro 10 - Classificação dos artigos identificados nas respectivas bases de dados, de acordo com os descritores utilizados

Base de dados	Descritores	Artigos encontrados	Artigos utilizados
LILACS	Educação continuada and enfermagem	439	06
	Capacitação em serviço and enfermagem	141	01
	Desenvolvimento de pessoal and enfermagem	208	---
	Capacitação de recursos humanos em saúde and enfermagem	06	---
	Educação continuada em enfermagem and prática profissional	16	---
SCIELO	Educação continuada and em and enfermagem	16	---
	Educação continuada and enfermagem	22	01
	Capacitação em serviço and enfermagem	18	---
	Desenvolvimento de pessoal and enfermagem	03	---
	Capacitação de recursos humanos em saúde and enfermagem	04	---
	Educação continuada em enfermagem and prática profissional	---	---
MEDLINE	Educação continuada and enfermagem	247	01
	Capacitação em serviço and enfermagem	16	---
	Desenvolvimento de pessoal and enfermagem	15	---
	Capacitação de recursos humanos em saúde and enfermagem	15	---
	Educação continuada em enfermagem and prática profissional	16	---
Total		1.179	09

Fonte: própria autora

Quadro 11 - Apresentação dos resultados da revisão de literatura

Publicação	Nome	Revista/Ano
01	Educação permanente em saúde no desenvolvimento organizacional do serviço de enfermagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.	Revista Paraense de Medicina 2006
02	Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem.	Rev Latinoam. de Enf. 2006
03	Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino.	Rev Esc. Enf. USP 2007
04	Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem.	O mundo da saúde São Paulo 2008
05	Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo.	Rev Esc. Enf. USP 2008
06	Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica.	Rev Bras Enferm 2009
07	Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo.	Interface Comun. Saúde Educ. 2009
08	Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário.	Rev Esc. Enf. USP 2009
09	Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores.	Rev Esc. Enf. USP 2010

Fonte: própria autora

A comparação quantitativa entre o encontrado e o compatível permite ainda destacar a ausência de reconhecimento do protagonismo dos trabalhadores no que se refere aos processos educativos: apenas 9 artigos intencionaram conhecer seus desejos, necessidades e percepção quanto às atividades educativas a eles direcionadas, embora haja vasta produção sobre os aspectos conceituais e operacionais de programas de educação.

No debate a seguir buscou-se destacar os aspectos mais importantes da literatura selecionada, demonstrando sua vinculação com o tema em tela, o que permitiu ainda a formulação de ponderações não anteriormente previstas.

4.1.1 A educação que os trabalhadores têm

A primeira publicação se propôs a analisar o que chama de *Programa de Educação Permanente em Enfermagem* de uma instituição hospitalar, justificando a população alvo em razão de sua representatividade enquanto força de trabalho. O programa descrito abarcou os assuntos: atualização em curativos; assistência de enfermagem a pacientes com sondas, tubos e drenos; parada cardíaco-respiratória; humanização da assistência; ética e competências do profissional de enfermagem. A análise, realizada de forma quantitativa, buscou avaliar o programa em termos de frequência/ quantidade de participantes por curso e percepção dos trabalhadores quanto à qualidade das exposições e material de apoio. De forma geral os cursos foram avaliados como excelentes pelos trabalhadores e, no entender dos autores, a média de participação corroborou o interesse dos mesmos pelos temas abordados.

Observa-se que a utilização da terminologia *educação permanente* não foi compatível com o entendimento que norteia essa pesquisa, a qual não arrola como EPS o oferecimento de cursos com temática definida à revelia dos trabalhadores (BRASIL, 2009). Nesse sentido, entendeu-se que o termo *permanente* foi utilizado pelos autores como sinônimo de *continuada*.

A segunda publicação partiu de um estudo qualitativo cujo público foi constituído pelas categorias que compõem a equipe de enfermagem. Objetivou conhecer as atividades de cada trabalhador, bem como a estratégia adotada por eles para sua qualificação. Concluiu que os processos educativos conduzidos pela instituição não condizem com os processos de trabalho desenvolvidos, sendo eles o administrar – mais presente no cotidiano dos enfermeiros e o cuidar – predominante no dia a dia das demais categorias. Mais: o enfermeiro simboliza alguém que detém o conhecimento, sendo referência na elucidação de dúvidas e fornecendo suporte na tarefa de assimilação das tecnologias mais recentes. Constatou ainda entraves inerentes aos processos de trabalho, em especial nos que exigem a participação de

outros setores, embora tais entraves não sejam enfocados pelos processos educativos. Aqui novamente os processos educativos reúnem particularidades que os aproxima de educação continuada e de educação em serviço, sendo sustentados por demandas pontuais não direcionadas à organização do trabalho (ROVERE, 1994; DAVINI, 2009):

No estudo número 03, também de natureza qualitativa, os enfermeiros de uma instituição hospitalar construíram, em um grupo focal, conceitos de educação permanente (EP), EC e educação em serviço, tendo produzido o conhecimento de que os processos são complementares, que há necessidade de distingui-los previamente às atividades educativas e que demandam abordagens diferentes. Entendem ainda que a EP tem caráter de continuidade ao longo da vida, sendo produto da EC e em serviço, inerente ao sujeito e relacionada às suas interações com o grupo de trabalho. As características apontadas como pertinentes à EP não mencionaram a reformulação nem a crítica reflexiva sobre os processos de trabalho, assinalando o aprimoramento pessoal como produto do processo educativo. Embora os autores tenham considerado que o grupo apreendeu os conceitos, a idéia de EP apresentada não foi condizente com o referencial adotado nesse estudo, pois que na visão dos sujeitos adquiriu conotação auto centrada e isolada da ação coletiva (ROVERE, 1994; CECCIM e FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2009).

O quarto artigo buscou identificar as necessidades educativas da equipe de enfermagem de um serviço de terapia intensiva, de forma quantitativa. A significativa maioria dos profissionais de nível médio manifestou preferência por assuntos como *técnicas específicas de UTI e ações voltadas à prevenção e controle de infecções hospitalares* enquanto os enfermeiros priorizaram temas como *liderança e legislação*. Este achado foi compatível com o apontado na segunda publicação onde a divisão social e técnica do trabalho gerou necessidade por processos educativos focados no papel individual desconsiderando o trabalho em equipe e o processo de trabalho, o que diverge da construção de EPS que vem sendo disseminada pela política nacional (ROVERE, 1994; BRASIL, 2009).

O artigo indicado pelo número 5 traduziu a percepção de que a EC tem a missão de organizar treinamentos os quais, supostamente promoveriam o desenvolvimento das pessoas. Retratou ainda certa frustração dos promotores e participantes das ações, na medida em que entendem que não observam o resultado dos processos no cotidiano da instituição, sendo persistentes os

problemas que geraram a ação educativa. A publicação ainda propôs, como alternativa, a obrigatoriedade de avaliar o antes e o pós treinamento na intenção de medir o aprendizado alcançado e referiu que as demandas educativas emanaram do próprio trabalhador, da sua chefia e/ou da avaliação de desempenho. Os achados desta pesquisa são corroborados pela literatura recente que tem ponderado a ausência de conexão entre ações educativas e a rotina dos serviços, o que faz com que as mesmas não produzam eco no interior dos grupos de trabalho (FRANCO, 2007; SILVA, OGATA e MACHADO, 2007).

O sexto estudo, através de uma proposta qualitativa analisou o serviço de EC de um hospital de ensino. Na perspectiva da maioria dos enfermeiros entrevistados as atividades não são planejadas de forma participativa e atenderam parcialmente às necessidades. Referiram ainda a ausência de participação na escolha das atividades, que entendem deveriam ser realizadas no local de trabalho, subsidiadas pela conjuntura e saberes prévios da população alvo. Neste caso, ainda que os programas relatados tenham afinidade pela EC, é possível constatar que os participantes demonstraram expectativas condizentes com processos de EPS no tocante a problematizar a realidade no espaço onde o cuidado ocorre (ROVERE, 1994; DAVINI, 2009).

O único estudo desenvolvido em unidade básica de saúde (UBS), identificado pelo número 7, se propôs a analisar, sob o enfoque da EC e da EPS, as atividades educativas voltadas às várias categorias profissionais inseridas na rede básica de saúde. A partir de aspectos como temática abordada, fonte das demandas, local de realização, o estudo pretendeu verificar se as atividades educativas se sustentavam na EPS. Através de análise quantitativa o estudo considerou, com ressalva, que há certa aproximação com a EPS na medida em que os assuntos abordados com metodologias participativas relacionavam-se à integralidade da assistência. A ressalva deveu-se aos vários sentidos que a integralidade e seus componentes podem assumir, os quais não foram analisados e/ou questionados. Por outro lado, o fato de direcionarem-se a categorias específicas, das questões originarem-se externamente aos serviços assim como o local de realização aproximou os processos da EC. Processos educativos produzidos a partir das necessidades dos trabalhadores e voltados ao coletivo têm maior probabilidade de produzir reflexos na organização do trabalho, constituindo o escopo da EPS (HADDAD, ROSCHKE e DAVINI, 1990; BRASIL, 2009).

Avaliando de forma quantitativa as atividades educativas de um serviço de EC de um hospital de ensino, o estudo número 8 constatou que os assuntos abordados responderam às expectativas da equipe de enfermagem. Muito embora tais expectativas estivessem relacionadas à dimensão técnica da assistência, os trabalhadores avaliaram que a participação nos eventos, de caráter obrigatório contribuiu para que realizassem suas atribuições com maior segurança. O estudo indicou que nem sempre atender aos anseios dos trabalhadores implica em colocar em análise a organização do trabalho e que, ao menos nesse caso específico, a autonomia encontrava-se de tal forma afetada que não lhes ocorreu a possibilidade de questionar o processo de trabalho, somente se habilitar para manter o já estabelecido, da melhor forma possível.

O produto deste estudo é compatível com o de número 9 onde, de forma qualitativa, foram analisados os anseios de trabalhadores de enfermagem inseridos em uma instituição hospitalar. Da mesma forma, as necessidades que são elencadas pelos integrantes da equipe ou pela supervisão, são atendidas pelo serviço de educação e se referem basicamente a procedimentos e questões implicadas na introdução de inovações tecnológicas. Em segundo plano, em menor frequência, figuraram necessidades provenientes de reuniões com usuários e familiares e do desejo de qualificar o cuidado na perspectiva usuário, o que sugeriu a necessidade de práticas educativas permeadas pelos pressupostos da EP.

A fragmentação do trabalho adquire maior visibilidade e significância no ambiente hospitalar onde o processo de trabalho congrega também categorias com formação diversa da área da saúde como limpeza, manutenção, equipe administrativa, etc. Trata-se de um sistema complexo onde a cisão do trabalho implica na fragmentação do indivíduo em segmentos que são alvo de procedimentos específicos executados de forma mecânica e sob a lógica da produtividade. Nesse sentido a EP se apresenta como possibilidade também para a humanização da assistência a partir da reflexão e crítica da atuação cuidadora individual e coletiva (AMESTOY, MILBRATH, CESTARI e THOFEHRN, 2008).

A título de conclusão pode-se afirmar, de forma sintética, que os processos educativos conduzidos nas instituições de saúde estudadas, na percepção dos trabalhadores envolvidos, tiveram como características a focalização em procedimentos e que, de certa forma, legitimam a divisão do trabalho. Tal conjuntura não foi entendida como problema por parte significativa do conjunto dos

trabalhadores que anseiam se qualificar para o cuidar que, em sua percepção, encontra-se intrinsecamente relacionado à produção de procedimentos técnicos. Ainda foi possível ponderar a dificuldade de entendimento de autores e sujeitos das pesquisas acerca dos pressupostos da EPS o que levou à permuta do termo continuada por permanente, sem a conseqüente transformação nas práticas educativas.

Ainda que os estudos tenham sido produzidos após a divulgação da política de EPS e dos movimentos dela advindos, percebeu-se que as práticas educativas se sustentavam na lógica da educação tradicional bancária (talvez reproduzindo o processo formativo dos trabalhadores envolvidos), não condizente com a concepção de EPS, o que não validou a hipótese inicialmente formulada.

Percebeu-se ainda a preponderância de estudos realizados em ambiente hospitalar e interligados aos serviços de educação continuada, o que suscitou a seguinte questão: seriam semelhantes os processos desenvolvidos nos serviços de APS, notadamente no seio das equipes de saúde da família? Como seria a participação do enfermeiro em tais processos?

4.1.2 A educação que os trabalhadores desejam

Nos artigos de número 2 e 3, trabalhadores de enfermagem revelaram que a utilização de metodologia problematizadora favoreceria a adesão às atividades educativas, pois consideraram importante compreender a sustentação teórica dos procedimentos técnicos que executam. Especificamente na terceira publicação os sujeitos ponderaram que os enfermeiros deveriam ser motivados e instigados por tal metodologia ainda na formação acadêmica, o que favoreceria sua atuação.

Da mesma forma, entendem que os processos educativos precisariam contemplar a multiplicidade das profissões envolvidas no cuidado já que os impasses continuamente envolvem todas as categorias profissionais e não apenas a enfermagem, conforme descrito no artigo número 3.

A quarta publicação expôs a realização de atividades educativas durante o período de trabalho e a riqueza do cenário do trabalho enquanto possibilidades que facilitam o desenvolver dos processos educativos, além do interesse individual e

coletivo e da proximidade com o enfermeiro. Notou-se que a proximidade do enfermeiro assume significado quando se observa que ele é idealizado como fonte de conhecimento pelo restante da equipe, sendo o seu excessivo envolvimento em atividades definidas como burocráticas apontado como entrave à dimensão educativa do trabalho do enfermeiro. Destacou ainda como fator limitador à sua participação em atividades educativas, o volume de tarefas, dado pela razão entre disponibilidade de recursos humanos e quantidade de pacientes internados. A imposição de temas pela instituição, a falta de planejamento e o deficiente gerenciamento do tempo previsto para as atividades também desestimula, no entender dos trabalhadores, a adesão aos projetos de educação.

A sexta publicação ratificou os dados anteriores na medida em que os enfermeiros entrevistados apontaram como aspectos positivos do serviço de EC da instituição o fato de possibilitar atualizações e oportunidades para qualificação seu desempenho, no que se refere à dimensão técnica. A maior interação com os parceiros de trabalho e a socialização das experiências também foram elencadas como fator de satisfação para os profissionais que relataram sentimento de valorização e motivação decorrente de sua participação. Como embaraço, referiram que o planejamento não participativo faz com que o que nomeiam *treinamentos* não corresponda às expectativas.

Através da análise das publicações pôde-se apreender que, para além do desejo e das expectativas, existe uma realidade concreta que é o panorama das atividades educativas não se coadunar com processos de EPS. Evidenciou-se igualmente uma contradição ou paradoxo entre as falas dos trabalhadores que, por um lado sentem-se contemplados com ações educativas voltadas à dimensão técnica do trabalho e, por outro, manifestam desejo por processos mais democráticos e participativos, pautados na vida cotidiana e próximos, portanto, da EPS (ROVERE, 1994; BRASIL, 2009).

É admissível considerar que existe um movimento ou intenção, ainda não totalmente perceptível aos próprios trabalhadores, no sentido de se distanciar do saber acadêmico, especializado, e se aproximar do objetivo e do concreto do trabalho. Igualmente, é possível ponderar que, embora reproduzindo o discurso que permeou a formação, em nível mais próximo do consciente os trabalhadores questionam a aplicabilidade da formação dissociada da realidade e revelam desejo de serem protagonistas do seu conhecimento e do seu trabalho (CECIM, 2005).

Resta saber se o movimento de EPS tem sido capaz de se capilarizar a ponto de promover essa aproximação com o coletivo de trabalhadores inseridos na APS.

4.2 Segunda Etapa: Identificando as características dos processos educativos desenvolvidos junto às equipes de enfermagem inseridas na Estratégia de Saúde da Família.

4.2.1 A caracterização do cenário pelos sujeitos

As características políticas, demográficas e estruturais dos municípios determinaram diferentes formas de constituição das equipes de saúde da família, quanto a vínculo trabalhista e inserção na rede municipal de saúde.

Os enfermeiros participantes do estudo estão engajados em diversas configurações de equipe de trabalho, assim como são distintas as relações estabelecidas entre eles e os demais componentes do espaço laboral.

O quadro abaixo apresentou as características destas equipes, segundo relato espontâneo dos sujeitos, no tocante à forma de organização, composição e inserção na rede municipal de saúde, entre outros.

Quadro 12 - Caracterização das equipes de saúde da família

Município- nº Equipe- nome	Nº UBS	Nº USF	Composição da equipe SF	Estrutura
01 Andrômeda	01	01	Padrão mínimo	UBS com equipe de SF na mesma área física. Conta também com algumas especialidades médicas e não médicas, além de pronto atendimento. O profissional médico atende tanto à SF quanto à UBS, assim como a enfermeira. A equipe de nível médio de enfermagem “foi contratada” para a UBS e não atua rotineiramente junto à SF. Diferentes vínculos trabalhistas regem as duas equipes. Atende cerca de 350 famílias
02 Centaurus	04	02	Padrão mínimo	USF urbana que atende cerca de 1.300 famílias, presença de vínculo não estável
03 Draco	02	02	Padrão mínimo	Na mesma área física estão lotados a UBS, a equipe de SF e o pronto atendimento. O profissional médico e o enfermeiro atendem tanto à UBS quanto à SF. O quadro dos demais profissionais estava incompleto quando da entrevista. Há diferença de vínculo trabalhista entre a equipe da UBS e da USF. Atende cerca de 700 famílias.
04 Fênix	02	01	Acrescida de equipe de saúde bucal	USF localizada em área rural, atendendo cerca de 450 famílias, presença de vínculo não estável
05 Gêmeos	28	13	Acrescida de equipe de saúde bucal	USF urbana, atendendo cerca de 1.100 famílias. Vínculo estável.
05 Hércules	28	13	Acrescida de equipe de saúde bucal	USF localizada em área rural, atendendo cerca de 370 famílias. Vínculo estável.
05 Leão	28	13	Acrescida de equipe de saúde bucal	USF urbana, atendendo cerca de 600 famílias. Vínculo estável.
05 Orion	28	13	Acrescida de equipe de saúde bucal	USF urbana, no mesmo espaço físico atuam 2 equipes distintas. A equipe em questão atende cerca de 700 famílias. Vínculo estável.
05 Sagitário	28	13	Acrescida de equipe de saúde bucal	USF urbana, presta atendimento a cerca de 1.100 famílias. Vínculo estável.

Fonte: própria autora

O panorama descrito demonstrou a disparidade encontrada na organização da ESF nos municípios que participaram do estudo. Pode-se inferir que, na maioria dos municípios, as equipes de saúde da família e as unidades (USF) tenham sido implantadas objetivando aumentar o acesso e que sua instalação teve o caráter de expansão da rede de atenção. O relato dos sujeitos revelou que, em alguns cenários da pesquisa, a partir da implantação da primeira unidade de saúde da família, todas as subsequentes se organizaram em função da ESF.

Em apenas dois dos nove municípios foi verificado que a equipe de SF ocupava área física pertencente a uma UBS sem que houvesse transformação do modelo de assistência. Nesses dois municípios pode ser considerado que a saúde da família não se constituiu ainda como uma estratégia de organização do modelo de atenção para o SUS e sim como um programa paralelo, cujo domínio é restrito a um dos grupos que coexistem no espaço físico compartilhado.

No ano de 2001, pesquisa patrocinada pelo Ministério da Saúde em dez grandes centros urbanos no sentido de avaliar a implantação da saúde da família, constatou conjuntura semelhante à verificada na presente investigação e descrita pelos profissionais locais (BRASIL, 2005). Assim, em ambos os casos, apurou-se que, no tocante à expansão da rede, em 100% dos municípios pesquisados a opção pela SF foi motivada pela necessidade de promover acesso, seja em áreas não cobertas por outros serviços, seja em áreas com cobertura insuficiente e/ou pouco acessíveis.

Quanto ao modelo adotado, verificou-se na pesquisa nacional o mesmo que ocorreu na região, onde a organização da SF atendeu a padrões opostos. Em ambas as investigações, em algumas localidades houve substituição total ou parcial da rede tradicional pela estratégia e, em outras, a estratégia se organizou paralelamente ao que já estava estabelecido, com pouca ou nenhuma integração em rede. Deve ser ressaltado que, nos dez grandes centros estudados, em apenas quatro houve superposição das estratégias. Ainda sobre a conversão do modelo, entre os dez municípios, uns optaram por manter a estrutura vigente, restringindo a SF às novas unidades; outros alteraram inclusive as unidades já existentes. Naqueles que optaram por converter o modelo, os profissionais foram sensibilizados para atuar sob uma nova perspectiva ou foram alocados no apoio à SF (BRASIL, 2005).

Embora legitimada em várias localidades, a estratégia de inserir uma equipe de saúde da família no processo de trabalho das UBS em regime de co-existência ou co- operação não encontra respaldo nas normativas oficiais, as quais indicam a necessidade do município “conduzir a implantação e a operacionalização do PSF como estratégia de reorientação das unidades básicas de saúde, no âmbito do sistema local de saúde” (BRASIL, 1997, p.13). As primeiras legislações já faziam referência à implantação de unidades de saúde da família e/ou à reorganização das

unidades de saúde não sendo possível encontrar sugestões que possam ter implicado nesse modelo híbrido (BRASIL, 1997; BRASIL, 1998; BRASIL, 2006).

O estudo nacional apontou ainda dificuldades operacionais e conflitos resultantes do que chamou de “presença de ESF como inquilina em unidade básica” (BRASIL, 2005, p.82), tal como verificado nos municípios “01” e “03”. Referiu que, em situações específicas, o conflito é de tal forma acirrado que sequer o apoio administrativo é compartilhado pelas equipes. Dentre as razões elencadas para o distanciamento dos grupos está a forma de contratação, os salários – que muitas vezes são maiores para a ESF, a carga horária e o prestígio que a SF gozava entre os gestores, levando os profissionais das unidades tradicionais a sentirem-se preteridos (BRASIL, 2005).

Conquanto existam aspectos que são subjetivos na organização do trabalho em saúde, tais como entendimento de saúde e doença, consenso sobre definição da atenção básica e da saúde da família, há também aspectos operacionais regulamentados, os quais, em tese, favoreceriam a organização da atenção em cada território. O número máximo de famílias atendidas pela equipe e por agente comunitário, a composição da equipe, as atribuições de cada um dos membros são alguns desses quesitos (BRASIL, 1997; BRASIL 2006).

Na região do DRS III estudada, há equipes que atendem cerca de 350 famílias em superposição com a UBS e há aquelas que respondem isoladamente pela assistência a mais de mil famílias, chegando próximo a 1.300. Tal panorama indicou, entre outros, a dificuldade que os municípios teriam em se adequar ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, que recomenda um máximo de 1.000 famílias – cerca de 4.000 pessoas por equipe (BRASIL, 2006).

Cabe salientar que a quantidade de pessoas adscritas em cada equipe pode dificultar ou favorecer o desempenho das mesmas, implicando em maior ou menor sobrecarga de trabalho, sobretudo para a equipe de enfermagem.

No estudo nacional também constou desigualdade entre a quantidade de famílias atendidas, sendo que a média variou de 697 a 1.750 famílias/equipe, com a ressalva de que os profissionais consultados consideraram que a adscrição de 1.000 famílias/equipe, recomendada pelo Ministério da Saúde, ainda é um número elevado, face à quantidade de demandas geradas, tanto espontaneamente quanto em relação às atividades programáticas (BRASIL, 2005).

Quanto à composição da equipe, no estudo local e no nacional figurou a tendência de incorporação da saúde bucal na ESF: 6 das 9 enfermeiras atuavam em equipes que contavam com profissionais da saúde bucal. Em nível nacional 6 dos 10 municípios estudados incorporaram a saúde bucal à ESF (BRASIL, 2005).

Na presente pesquisa, em quatro dos cinco municípios pesquisados havia profissionais sem vínculo efetivo, cuja contratação deu-se através de alguma das modalidades caracterizadas como vínculo precário de trabalho, fossem eles processo seletivo ou terceirização, entre outros.

A pesquisa nacional constatou situação similar apontando ainda que a forma de contratação figurava como um dos geradores da não adesão dos profissionais da rede à ESF, tendo sido questionada pelos órgãos de classe vinculados ao grupo de enfermeiros e médicos (BRASIL, 2005).

Outro estudo, também conduzido pelo MS em 1998, apontou que, na época, apenas em 12,2 % dos 1.219 municípios pesquisados a contratação para médicos ocorreu via concurso público e em 14,5% para enfermeiros, sendo a maioria restante contratada por vínculos não estáveis (BRASIL, 1999).

Segundo Maciel Filho e Pierantoni (2005), um inquérito de caráter nacional realizado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais em 2001, mostrou que 70% dos profissionais médicos vinculavam-se à ESF por formas temporárias de contratação ou por prestação de serviços. No mesmo estudo os gestores municipais elencaram como determinantes destas formas alternativas de contratação a maleabilidade das relações de trabalho, a Lei de Responsabilidade Fiscal, vantagens financeiras e variabilidade no financiamento do programa. Como vantagem, a flexibilização e a conseqüente agilidade nas contratações e demissões. Como desvantagem, a instabilidade dos profissionais e a falta de proteção ao trabalho.

Embora seja possível relacionar razões para a manutenção desse tipo de contratação e considerar dificuldades e os custos inerentes à realização de concursos públicos, sobretudo nos municípios de pequeno porte, cabe destacar que a rotatividade de profissionais, elencada no inquérito nacional pelos gestores como desvantagem (MACIEL FILHO e PIERANTONI, 2004), também contraria pressuposto da atenção básica no que diz respeito à vinculação necessária entre equipes e população, para que seja produzida uma responsabilização mútua pelas condições de saúde (BRASIL, 1998).

Estudos realizados entre 12 países ocidentais indicaram que uma atenção primária consolidada tem maior possibilidade de produzir melhores níveis de saúde a custos mais baixos e obter, além da efetividade, a equidade. Nesse sentido, o estabelecimento de vínculos assume tal importância que a intensidade das relações entre usuários e equipe é citada como um dos indicadores da potência da atenção praticada pelas equipes de atenção primária (STARFIELD, 2002). É fato que o vínculo entre usuário e profissional não se produz instantaneamente e tem a ver com a continuidade e qualidade dos encontros produzidos. O rodízio de profissionais, consequência dos vínculos de trabalho não estáveis, desestimularia uma maior aproximação, uma vez que as relações respondem a um prazo predeterminado.

As contratações temporárias implicam ainda em relações de trabalho desiguais colocando, em um mesmo espaço físico, profissionais concursados e não concursados, sendo que os primeiros compõem a equipe da unidade básica e os demais, a do programa de saúde da família ou vice versa. Essa desigualdade foi citada pelas enfermeiras entrevistadas como obstáculo ao estabelecimento de relações interpessoais colaborativas entre os dois grupos. Se, por um lado, a equipe de saúde da família encerra as expectativas da gestão municipal, por outro, essa perspectiva não se traduz na remuneração e nem nos benefícios trabalhistas, os quais se encontram em desvantagem quando comparados com os da equipe de atenção básica.

De forma geral esse é o cenário do trabalho, tal como foi descrito pelos sujeitos entrevistados. A seguir foram descritos os sujeitos que atuam como protagonistas deste cenário.

4.2.2 A caracterização dos sujeitos da pesquisa

A totalidade dos profissionais enfermeiros participantes da pesquisa é do sexo feminino, doravante chamados pelo substantivo feminino “enfermeiras”. Foram ainda caracterizadas quanto à idade, escolaridade, tipo de vínculo municipal, ano de graduação e tempo de atuação na saúde da família, no quadro 13.

Quadro 13 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nome	Idade	Escolaridade	Vínculo com o município	Graduação	Tempo de atuação em SF
Alfa	29	Graduação, cursando esp. em SF	Processo seletivo	2006	2 anos e 6 meses
Beta	26	Graduação	Terceirizada	2008	1 ano e 4 meses
Gama	31	Graduação	Concurso público	2007	2 anos e 6 meses
Delta	29	Graduação	Concurso público	2007	8 meses
Épsilon	50	Graduação	Concurso público	1983	2 anos
Zeta	49	Especialização: SF	Concurso público	1986	11 anos
Etá	49	Especialização: Saúde Pública, SF	Concurso público	1989	07 anos
Teta	48	Especialização: Enf. do Trabalho, SF	Concurso público	1985	07 anos
Iota	49	Especialização: Adm. de Serv. Públicos, SF	Concurso público	1990	11 anos

Fonte: própria autora

Ferrari, Thomson e Melchior (2005), ao caracterizar o perfil de médicos e enfermeiros inseridos na ESF de Londrina – PR descreveram situação semelhante à verificada localmente, apontando que 94% dos profissionais em atuação pertenciam ao sexo feminino.

Entretanto, localmente o grupo é pouco mais velho. No Paraná 75% possui idade inferior a 40 anos, com média de 33,9 anos. Em nosso cenário, 44% das enfermeiras entrevistadas possuíam menos de 40 anos, com média do grupo em 40 anos. Em pesquisa nacional, conduzida por Machado (2000), a média foi de 34 anos. Já Rocha e Zeitouné (2007), ao analisar o perfil de enfermeiros inseridos no PSF de Floriano – PI, encontraram 87,4% dos enfermeiros em faixa etária abaixo de 40 anos, e 87,7% do sexo feminino. Segundo os autores, a característica de juventude do corpo de enfermeiras é própria da região nordeste, tendo sido constatada em outras investigações. Entretanto, difere dos dados encontrados na

região sul e sudeste onde se realizou o estudo de Ferrari, Thomson e Melchior, e o presente estudo.

Ainda em relação à faixa etária, estudo realizado em dez grandes centros urbanos apontou para a existência de dois grandes grupos etários na SF, o abaixo de 30 anos e o acima de 45 anos, o que o estudo definiu como “juventude” e “senhoridade” das equipes (BRASIL, 2005). Nesse sentido, podemos considerar que o grupo local encontra-se em fase de transição entre a juventude e senioridade.

Quanto à formação, a presente pesquisa evidenciou que 55% das enfermeiras possuíam especialização em SF, considerando que uma delas estava cursando. Se for excluído esse dado, o número decresce para 44,4%. Cabe salientar que, no universo das 44,4%, todas possuíam ainda outra especialização.

O estudo realizado por Ferrari, Thomson e Melchior (2005) identificou 37,5% dos profissionais com especialização em SF. Entretanto, 32,5% possuíam especialização em outras áreas da saúde coletiva, somando 70% de profissionais especializados no grande campo da saúde coletiva, onde a SF se insere.

Este dado coincide com o estudo nacional conduzido por Machado (2000), que encontrou somente 35,5% dos profissionais enfermeiros com algum tipo de especialização, não especificando em que área da saúde ou enfermagem.

O inquérito de Rocha e Zeitoune (2007) é mais recente e encontrou no município do Piauí 66,6% dos enfermeiros com algum tipo de especialização. Destes, 50% em saúde pública.

Considerando os três estudos realizados em caráter local (Paraná, Piauí e o presente), a região Central do DRS III é a que possui menor percentual de enfermeiras especializadas, seja em SF ou outro, embora esteja acima da média aferida no estudo nacional. Esse dado assume maior relevância se considerarmos que os municípios do CGR Central do DRS III situam-se no máximo há 120 km de duas grandes instituições formadoras públicas, que oferecem pós graduação *strictu e latu sensu*.

Por outro lado, as profissionais que têm especialização referiram qualificação em saúde da família em cursos ofertados por instituições que atenderam à demanda identificada pelo Pólo Nordeste Paulista de Educação Permanente em Saúde, em resposta à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde promulgada no ano de 2004. A enfermeira que cursava especialização o fazia em instituição

privada, assumindo o custo da qualificação pela ausência de oferta no sistema público de ensino.

Apenas duas - 22,2%, dentre as nove enfermeiras sujeitos na presente pesquisa, não possuíam vínculo estável nos municípios onde atuavam, o que é um dado positivo e que difere do panorama identificado nos estudos citados anteriormente, onde a quase totalidade dos profissionais não possuía vínculo estável com o poder público municipal.

Os estudos apontam ainda que esse tipo de vínculo gera rotatividade entre os profissionais em busca de melhores oportunidades e estabilidade ou como determinação do próprio vínculo, que não pode prolongar-se além de tempo predeterminado. Além disso, a troca de gestão municipal a cada quatro anos muitas vezes implica em troca das equipes vinculadas politicamente à gestão anterior. Dessa forma, a instabilidade na equipe de SF compromete a continuidade da estratégia e as relações entre gestão e usuários, no que tange à credibilidade das propostas, planos e metas pactuados. Igualmente, compromete também a continuidade do vínculo entre a equipe, a família e a comunidade, além de afetar a qualidade dos serviços prestados (ROCHA e ZEITOUNE, 2007; MACHADO, 2000; ROSA e LABATE, 2005).

De fato, mais do que isso, ou tão importante quanto, o investimento público em qualificação, de certa forma se perde com o rodízio de profissionais, implicando num eterno recomeço de programas, ações e serviços.

Em relação à experiência profissional, 44,4% das enfermeiras que atenderam à pesquisa foram formadas em até 5 anos atrás, porém 55,6% o eram há mais de 10 anos, com média geral de 28,8 anos, o que contrastou com o estudo realizado em Londrina- PR, que apontou em média 9,2 anos de atuação profissional (FERRARI, THOMSON e MELCHIOR, 2005),.

Em relação à atuação em SF, o estudo realizado em Londrina apontou que 80,9% dos enfermeiros possuíam mais de 2 anos de atuação em saúde da família, com média de 2,4 anos (FERRARI, THOMSON e MELCHIOR, 2005). Aqui o estudo apontou média de 5 anos, sendo que 55,6% das enfermeiras possuíam até 2 anos de atuação na SF, enquanto que 44,4% mais de 7 anos.

Já o estudo realizado no Piauí evidenciou 41,6% de enfermeiros formados há menos de 4 anos, sendo 66,6% com algum tipo de especialização e, destes, 50% em Saúde Pública. Os autores do último estudo ainda consideraram a possibilidade

de que profissionais com menos tempo de graduação estejam mais familiarizados com práticas de saúde pautadas pela integralidade e próximas da SF. Publicizaram, entretanto, a crença de que as Escolas de Enfermagem não se apresentam adaptadas às recentes mudanças na saúde pública, restando aos profissionais a alternativa de buscar qualificação em cursos de especialização (ROCHA e ZEITOUNE, 2007).

Apesar da diversidade na caracterização dos sujeitos, os discursos possibilitaram a formação de categorias que exprimiram crenças e práticas semelhantes, como se discorreu a seguir.

4.2.3 As categorias de análise

Na presente pesquisa, ainda que na formatação das categorias tenha sido considerada a frequência de alguns elementos, ela não foi determinante para a classificação dos dados. A exploração, de cunho qualitativo, intencionou encontrar subsídios que revelassem o significado ou o sentido atribuído pelos enfermeiros ao papel de promotor de atividades educativas para a equipe de saúde da família. Assim, dos dados trabalhados segundo essa concepção, emergiram as categorias e subcategorias que foram analisadas e discutidas:

- 1 A Saúde da Família significa prevenção
 - 1.1 As diferentes formatações da Estratégia da Saúde da Família
 - 1.2 A concepção preventivista de Saúde da Família
 - 1.3 A abordagem programática do cuidado: o indivíduo no contexto familiar
 - 1.4 As ações educativas para quem falta informação: ferramenta essencial das atividades preventivas na saúde da família
- 2 A enfermeira na centralidade da coordenação do trabalho na Saúde da Família: reforçando a divisão no processo de trabalho e na educação
- 3 Educar tutelando e/ou tutelar sem educar
- 4 A EPS na saúde da família: real ou virtual?

4.2.3.1 A Saúde da Família significa prevenção

4.2.3.1.1 As diferentes formatações da Estratégia da Saúde da Família

A organização das equipes de SF pode ser resumidamente agrupada em equipes “inquilinas” e equipes organizadas em unidades de saúde da família, estando as primeiras em minoria (22,22%). As equipes “inquilinas” conviviam com a informalidade das atribuições de cada grupo, identificados como “a UBS” e “o PSF”. Tal situação é contestada pelo Ministério da Saúde que adverte não ser aconselhável a instalação de equipes ‘inquilinas’ em UBS não convertidas em USF, devido à probabilidade da ocorrência de conflitos interpessoais e intergrupais (BRASIL, 2005).

À informalidade das atribuições dos membros de cada grupo somava-se a presença de vínculos empregatícios desiguais, aumentando a possibilidade de conflitos e exigindo das enfermeiras desenvoltura no sentido de tentar agregar os trabalhadores e amenizar tensões reais e presumíveis. Embora sejam apenas duas as equipes que vivenciavam tal situação, os relatos de conflitos são bastante significativos, traduzindo as desigualdades, a cisão e a mobilização das enfermeiras no sentido de conciliar as desavenças. A transcrição abaixo retratou o panorama encontrado:

“Na verdade, eu tenho que tratar tudo como se fosse uma coisa só porque quando quebra, aí tem o maior problema de relacionamento: elas têm assim, uma diferença na contratação, a equipe do PSF é aquela velha história, contratou pela associação, não tem plano de saúde. A equipe do posto é contratada pela prefeitura, tem plano de saúde...” (Gama)

A situação ganha contornos ainda mais indistintos e controversos quando se constata que as equipes compartilhavam, além do enfermeiro, o profissional médico e a população a ser atendida. Além disso, dividiam momentânea ou permanentemente profissionais da área de enfermagem, o que tornava ambígua a divisão UBS e PSF posto que, efetivamente, a incompletude dos dois grupos lhes

confere uma complementaridade não percebida ou não aceita pelos membros, conforme apontado abaixo:

“A médica atende a população inteira porque não tem como ela atender uma microárea dela, porque a microárea dela é a população inteira, então se você vem aqui consultar, você pode consultar com o clínico de manhã, com ela que é PSF à tarde e com o clínico à noite. [...] “Oh, aqui nós temos uma equipe de 4 ACS, nós não temos técnica de enfermagem específica do PSF, aqui é unidade básica com PSF junto, tem só eu de enfermeira do PSF, né, e tem a médica.” (Alfa)

O elemento incompletude das equipes não constava na avaliação das equipes de saúde da família realizada no final dos anos 90 pelo Ministério da Saúde (MS). Nela, 82,9% das equipes continham a composição mínima preconizada (BRASIL, 1999).

Da mesma forma outra pesquisa, desta vez realizada em dez grandes centros urbanos, apontou 100% das equipes com a composição mínima recomendada (BRASIL, 2005) o que, entretanto, não serviu de parâmetro quando se considera que a maioria dos nove municípios pesquisados tem pequeno porte e, portanto, maior dificuldade em atrair profissionais.

Outro estudo, também conduzido pelo MS entre 2001 e 2002, em 13.501 equipes cadastradas à época, encontrou mais de 90% das equipes com a composição mínima recomendada, embora também tenha verificado inconsistências em nove Estados da União quanto à presença de médicos e enfermeiros concomitantemente (BRASIL, 2004a). O mesmo se verificou nas equipes analisadas.

A par da indefinição nas atribuições de cada equipe, o aparente desconhecimento sobre atenção básica, implicou em formas de organização peculiares e produz divisão não somente nas relações interpessoais, mas também na assistência: fora e dentro da unidade, prevenção e tratamento, programática e não programática, *do PSF e da UBS*, como mostrou a fala de uma das enfermeiras:

“A parte de atendimento de enfermagem, curativo, vacina, todo mundo faz, todo mundo: auxiliares de enfermagem do PSF e técnicos e auxiliares de enfermagem da UBS, todos fazem.

Programas, tipo pesagem, hiperdia, aí é o PSF que faz. Vacinas também todos eles fazem. Então algumas atividades educativas, só o PSF que faz. Éhhh, se vai ter algum evento preventivo, se vai ter numa praça, alguma coisa, é o PSF que vai.” (Gama)

Para as enfermeiras, essa parece ser uma situação confusa, uma vez que a distinção estaria presente mais no espaço físico do que na atribuição:

“[...] então elas sabem que eu sou do PSF, só que elas não entendem que eu faço UBS também, eu não fico aqui enfiada no PSF: então só eu vou na casa dos meus pacientes então, então eu não vou atender lá na frente porque lá é UBS, não é assim...” (Alfa).

A incumbência de responder concomitantemente pelas atividades das duas equipes foi reconhecida pelas enfermeiras como entrave ao desempenho satisfatório de suas atribuições, incluindo a de facilitadora de processos educativos:

“Se eu tivesse, se eu não trabalhasse numa unidade que atendesse pronto atendimento, que fosse só PSF, que fosse mais tranquilo, [...] se eu fosse enfermeira só do PSF, eu acredito que seria muito mais fácil, ter um planejamento, pegar, manter essa educação...” (Gama)

Entretanto, de forma geral, tanto as enfermeiras lotadas em equipes “inquilinas” quanto as em USF mencionaram ser excessiva a demanda por atendimento, fato que se mostrou mais relevante nas unidades onde o PSF corria em paralelo com organização tradicional da unidade e naquelas cujo número de famílias encontrava-se limítrofe ao recomendado, como revelou o fragmento abaixo:

“A gente percebe que o indicador diminui muito, de saúde melhora muito, a gente tem menos internação, menos crises. Mas quando o volume de famílias que você tem para trabalhar é um volume adequado, que você pode acompanhar. Agora, quando excede muito, você não consegue fazer um bom trabalho não.” (Zeta)

É importante salientar que o problema também constava em avaliações anteriores e atuais acerca de aspectos organizativos da estratégia: em 2001, 17% das equipes implantadas referiram população adscrita acima dos parâmetros oficiais (BRASIL, 2004a).

Recentemente, estudo efetuado na região norte do país corroborou esta situação, relatando que médicos e enfermeiros, ao elencar as dificuldades ou fatores limitantes da estratégia, arrolaram a excessiva demanda para atendimento e a extensão da área adscrita (CORDEIRO et al, 2009).

Investigação conduzida em Florianópolis também acenou na direção do subdimensionamento das equipes de saúde da família e seu entrave à assistência qualificada. Para as equipes, a possibilidade de ampliação do acesso através do agente comunitário não encontrou respaldo na capacidade instalada, sendo essa percepção partilhada pelos usuários. O estudo ainda observou que, a partir do ano 2000, a grande expansão do programa ocorreu em municípios com baixo IDH, situação que apresentou tendência de mudança a partir de meados de 2008 (CONILL, 2008).

Sobre este registro, adicionalmente há que se considerar que, se os municípios maiores se deparam com o crescimento populacional e de empreendimentos imobiliários em ritmo que ultrapassa a capacidade de implantação de novas equipes e/ou unidades, os menores, que são os especialmente com baixo IDH, convivem com a dificuldade em fixar profissionais, o que, em ambas as situações, representa ameaça à ESF. Sobre a expansão da estratégia em municípios com baixo IDH, deve ser pontuado que na região estudada os municípios desse porte também possuem porte populacional pequeno, o que leva a altas coberturas com poucas equipes.

4.2.3.1.2 A concepção preventivista de Saúde da Família

Entretanto, a diversidade relativa à forma de organização ou a demanda das equipes não influenciou no conceito que as enfermeiras tinham acerca da saúde da família. Todas consideravam que a assistência na ESF implica em focar atividades preventivas. Esse entendimento independia do nível de formação, pós

graduação e mesmo do tempo de exercício profissional. Para elas, que o que distingue e caracteriza a UBS tradicional da unidade de saúde da família é o fato de que a primeira não realiza ações preventivas. Uma das enfermeiras, inclusive, fez alusão à idéia de que a Saúde Pública seria prevenção, dando a idéia os termos são sinônimos:

“Para mim não teria que ser diferente, teria que ser todo mundo trabalhando de uma forma preventiva, mas não é assim que a gente vê na prática. Geralmente quem trabalha em UBS não tá nem ligando para a parte preventiva, faz só a parte do dia a dia [...] PSF ele tem que trabalhar com essa parte preventiva [...] trabalha em UBS, eles acham que não que eles não têm que fazer essa parte, que eles têm que fazer só a rotina: vacina, injeção, curativo, então eu vejo essa diferença.” (Gama)

“Voltado bastante para prevenção, né, para saúde pública mesmo. O curativo é bem pouco, porque a gente foca muito, muito a parte de prevenção, tá.” (Etá)

Na fala das mesmas não houve referência à integralidade, como se a assistência curativa ou não programática fosse um fardo, fora de contexto dentro da SF, ou ainda como se as condições fossem obrigatoriamente excludentes. Algumas enfermeiras discorreram que atender à demanda espontânea ou realizar pronto atendimento não seria atribuição da equipe. Como conseqüência dessa concepção o atendimento eventual é cerceado e são elaboradas estratégias para inibir esse tipo de demanda:

“Quando eu cheguei aqui, as pessoas, éeee... a idéia era que o PSF parecia uma emergência tinha 26- 30 pessoas para atender antes das 7. E eu tinha 60% das consultas agendadas, programadas com falta. Eu só atendia 40% e o médico ficava ocioso. Hoje, dificilmente eu tenho 12 que é o que ele atende, 8, 6. As pessoas vêm na consulta programada, que é a função do PSF, fazer prevenção, fazer atendi..... não fazer urgência. Antes tinha bastante foco na urgência, mas não é a minha prioridade, a minha prioridade é fazer as consultas, fazer a puericultura, fazer o acompanhamento do hipertenso e diabético e as consultas.... eventuais mesmo, se tá com uma dor.... nada é urgência, urgente é aquele que tá ruim.” (Épsilon)

A promoção e a prevenção são alvo de intervenção das enfermeiras junto à comunidade sendo que, para tanto, as profissionais consideram necessário prover os usuários de informações. Assim, as ações educativas sustentam a promoção da saúde e se configuram como estratégia para enfrentamento dos problemas e seus agentes causais ou determinantes, conferindo ao cuidado um caráter educacional a ser desenvolvido em espaços privados e coletivos (SANT'ANNA et al, 2011).

De fato, a promoção da saúde e a prevenção de doenças caracterizam-se como um dos eixos da integralidade, porém não se constituem em único objeto da atenção primária em saúde, conforme discutido anteriormente. Da mesma forma, seria simplista considerar que ambas se refiram unicamente a processos educativos e atitudes individuais uma vez que demandam, sobretudo, ações intersetoriais.

Segundo Arouca, (1975), a prescrição de condutas preventivas é pertinente à prática médica desde a antiguidade. Entretanto, a recomendação de medidas de prevenção representa apenas uma das facetas da atenção preventiva, cujas estratégias e objetivos devem superar a simples evitação de doenças para se configurar em uma alternativa de superar a cisão sedimentada no campo da saúde no que tange à prevenção e tratamento. Presentemente verifica-se que essa dicotomia ainda caracteriza a assistência à saúde e, em especial, a atuação das equipes entrevistadas.

De forma geral, o movimento preventivista ocorrido no final do século passado fundamentava-se em evitar o agravo tanto quanto sua evolução, exigindo dos profissionais médicos habilidades no campo da promoção e do tratamento. Adicionalmente, previa a partilha das responsabilidades pela promoção e proteção da saúde individual e familiar entre usuários e profissionais de saúde. O movimento postulava que os avanços científicos da era moderna não haviam resolvido os problemas relativos à saúde que, entendida como algo mais do que a ausência de doenças, demandava a adoção de estratégias focadas em indivíduos e grupos familiares. Assim, na leitura de Arouca (1975), a obra de Leavell e Clark, publicada em 1965, subsidiou a implantação dos serviços e dos departamentos de medicina preventiva dentro das instituições formadoras. Depreendeu-se dela alguns dos princípios básicos do movimento, como o que afirmava que a evolução do estado mórbido poderia ser evitada a partir da intervenção sobre agentes causais, hospedeiros e/ou ambiente. Como destaque, o fato de que os agentes causais tanto poderiam ser microorganismos, quanto, por exemplo, condições nutricionais. Da

mesma forma, o ambiente-alvo de intervenções tanto poderia ser externo quanto interno ao indivíduo. Outro princípio dizia respeito à doença também derivar de hábitos e costumes individuais e familiares, cumprindo aos profissionais detectar distorções que caracterizariam os chamados grupos de risco e instruir para o autocuidado. Derivou daí um preceito relevante para o entendimento da presente investigação, ou seja, a impressão de que a atenção preventiva deva ser enfaticamente sustentada pela adoção de estratégias de educação para a saúde (AROUCA, 1975).

No Brasil, o projeto preventivista se estendeu por um período de 15 anos a partir da metade dos anos 50 e forneceu as bases para o movimento de saúde coletiva, o qual, por sua vez, se estruturou a partir dos anos 80, como um campo que conservou alguns elementos de movimentos anteriores, ainda que com diferenças na abordagem e expectativas distintas sobre o social e o coletivo (NUNES, 1994). Ressalte-se ainda que o viés familiar do preventivismo e dos movimentos subseqüentes adquiriu visibilidade em âmbito nacional a partir do que foi inicialmente nomeado pela política de saúde como “programa de saúde da família” (ROSA e LABATE, 2005).

4.2.3.1.3 A abordagem programática do cuidado: o indivíduo no contexto familiar

Segundo Ribeiro (2004), o fato de a família ser permeável a mudanças e possuir capacidade de adaptação fez dela uma instituição que se sustentou ao longo da história da humanidade. Até o século XVIII não existia demarcação entre a esfera pública e privada da existência familiar. A vida desenvolvia-se em espaços coletivos, onde as pessoas se alimentavam, dormiam, se divertiam e usufruíam de serviços públicos como, por exemplo, a iluminação. Isso conferia às famílias e à sociedade da época características de solidariedade e suporte social que começaram a se desgastar a partir da progressiva “privatização” da vida familiar e da estruturação do modelo conjugal que persiste até os dias atuais. Na época, este novo posicionamento da família repercutiu negativamente sobre as camadas periféricas da população, colocando-as em situação de isolamento e empobrecimento, em

conseqüência da perda das tradicionais formas de proteção. No século seguinte, a revolução industrial expôs as seqüelas desta herança, posto que, a despeito do crescimento da economia, uma significativa parcela da população foi conduzida à penúria e à sobrevivência via filantropia, exigindo do Estado políticas de solidariedade social, no sentido de evitar sua desagregação e manter a capacidade produtiva das nações.

Mais tarde, já no século XX, o que era direito vinculado ao trabalho foi entendido como direito de cidadania, permitindo a estruturação de políticas universais e do chamado Estado de Proteção Social (Welfare State), cuja derrocada se deu a partir da globalização da economia após os anos 70. Com a ruína do Welfare State e o fortalecimento do neoliberalismo, ganhou força a tendência política de autonomizar o núcleo familiar, levando-o a se responsabilizar pela resolução de seus problemas. Entretanto, mais uma vez, a progressão negativa de indicadores sociais como violência, pobreza e outros, acenou novamente com a possibilidade de desmantelamento da rede social, induzindo os organismos financeiros internacionais a exigir das Nações intervenções que visassem fortalecer e apoiar a instituição familiar. No Brasil, a solicitação influenciou na adoção da Estratégia de Saúde da Família (RIBEIRO, 2004).

Através dela, o cuidado familiar assumiu centralidade na agenda das políticas de saúde. Todavia, não é verdade que o mesmo tenha acontecido no interior das equipes assistenciais, pois que, usualmente, a incorporação da SF deu-se mais no plano financeiro e no do discurso, do que nas práticas propriamente ditas. Freqüentemente orientada por programas verticais, as visitas ou interferências familiares ainda são norteadas por áreas temáticas já sedimentadas nas práticas de saúde pública: hipertensão, diabetes, pré-natal, doenças endêmicas e outros. Devido à inabilidade dos profissionais, o cuidado prestado desvia-se do que deveria ser seu objeto de trabalho, o núcleo familiar (ROSA e LABATE, 2005).

Nesse sentido, vale salientar que, historicamente, o exercício da enfermagem teve sua origem na residência dos pacientes, incluindo os membros da família como sujeitos e como auxiliares do cuidado. Foi somente após a Depressão e a Segunda Guerra Mundial que os hospitais se organizaram como locais de atenção ao processo saúde doença excluindo, a partir deste momento, a família dos eventos comuns ao ciclo vital como nascimento, adoecimento e morte. Recentemente, tem se verificado uma tendência de retorno a essas origens e um chamamento para que

as famílias passem a atuar na assistência à saúde, ainda que não esteja claro se como contexto ou sujeito. Deste modo, o entendimento do núcleo familiar como a primeira unidade de cuidados dos indivíduos, responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento é norteador da prática de enfermagem e permeia o processo formativo dos enfermeiros em todas as suas etapas. Por outro lado, o desenvolvimento da Teoria dos Sistemas também trouxe subsídios para a abordagem familiar. A partir da década de 60, agregou-se ao escopo científico da enfermagem a noção de que a família constituir-se-ia em um todo composto por várias partes com tendência ao equilíbrio dinâmico. A presença de disfunção ou a probabilidade de que esse equilíbrio possa não ser funcional caracterizaria a família como uma unidade de cuidados e exigiria dos enfermeiros habilidades específicas para o cuidado (WRIGTH e LEAHEY, 2002).

Desta feita, embora a enfermagem da família seja uma das bases sobre as quais a profissão se fundamentou, atualmente ainda não existe consenso sobre o prisma através do qual a família deva ser abordada. Rocha, Nascimento e Lima (2002) apontaram que, na concepção original da ESF, a família deveria ser compreendida a partir do contexto onde vive e das relações desenvolvidas interna e externamente à mesma, onde se incluem também as estabelecidas com os serviços de saúde, que são dadas a partir de um ambiente social e econômico específico. Relataram que as enfermeiras definem família de quatro formas diferentes: como ambiente, como grupo que interage com outros setores, como grupo em interação com o ambiente ou como uma unidade significativamente delimitada. Sendo assim, para as autoras, os profissionais enfermeiros alternam o foco do seu cuidado entre o indivíduo, que tem como pano de fundo uma família; a família, onde o indivíduo é uma conjuntura; ou a família como um sistema em interação com outros sistemas de maior amplitude, como comunidade e organizações. Analisam, contudo, que o simples conhecimento destas dimensões não tem habilitado os profissionais a lidar com elas, muito embora exista uma demanda aumentada no conteúdo enfermagem da família nas disciplinas acadêmicas, nas pesquisas e nas práticas de cuidado à família.

A partir do estudo de publicações a respeito da ESF, Ribeiro (2004) também elencou categorias a partir das quais a assistência às famílias se encontraria estruturada no sistema de saúde brasileiro, especialmente na ESF. Seriam elas:

“família/indivíduo; família/ domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família” (2004, p.662).

Para a autora, na categoria família/indivíduo, o cuidado seria organizado tendo em vista um indivíduo que pode ser uma mulher, uma criança, ou um portador de vulnerabilidade como sedentarismo, obesidade e outras. Nesta categoria, a família seria o cenário onde se desenrolaria o cuidado, devendo ser coadjuvante no processo assistencial, além de responsável pelo sucesso ou insucesso na implantação das medidas prescritas. A abordagem da família se daria através de ações educativas, as quais quase sempre não consideram as possibilidades familiares tanto na questão dos conhecimentos já adquiridos, quanto na efetiva possibilidade de prover o cuidado.

Na segunda categoria, família/domicílio, o cenário onde a família se insere e a estrutura física dele resultante, seriam objeto do cuidado. Deveriam ser cuidadas as condições que determinam as vulnerabilidades do ponto de vista epidemiológico, econômico ou ambiental. Dessa forma cuidar-se-ia de prover a inserção da família em programas assistenciais governamentais, de prover educação para o combate aos focos de *Aedes aegypti* e para a higiene ambiental, além de prover vigilância aos outros fatores que possam comprometer a saúde de seus membros.

A terceira categoria, família/indivíduo/domicílio representaria a união das duas primeiras, com o diferencial que o indivíduo de escolha seria aquele que se encontra afetado por algum evento específico do processo saúde doença, podendo tanto ser um agressor como uma vítima, ou mesmo uma puérpera. Nesta circunstância, se elevaria a expectativa de provisão de cuidados por parte dos membros da família não afetados pelo agravo, assim como a oferta de ações educativas. A autora ainda ressaltou que, sob o reflexo do neoliberalismo disfarçado em humanização, a família costuma ser incentivada a assumir a assistência em substituição ao sistema oficial. Também nesse caso não são corretamente dimensionadas as possibilidades e limitações de cada contexto familiar, o que pode implicar em exaustão física e mental de seus membros.

Na categoria famílias/comunidade, as famílias seriam vistas e tratadas como componente de um conjunto isomorfo e homogêneo onde as individualidades são desconsideradas e as famílias instadas a esboçar soluções coletivas para os problemas também coletivos.

Na quinta classe, família/risco social a atenção seria dirigida a famílias em condição de vulnerabilidade ou de exclusão, as quais as impedem de desempenhar suas funções primordiais, para o que a equipe se empenha em fornecer auxílio.

A última classe, família/família, entenderia a mesma como objeto do cuidado que abrangeria sua estrutura, composição e funcionalidade do núcleo familiar, em todas as suas especificidades e particularidades (RIBEIRO, 2004), sendo este entendimento muito próximo da abordagem proposta pela Universidade de Calgary, no Canadá (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

O relato das enfermeiras entrevistadas apontou para algumas das dimensões anteriormente elencadas, isoladamente ou não. Sobre o que seria o diferencial da saúde da família em relação às outras estratégias de atenção, as enfermeiras relataram, além da prevenção, o vínculo, o contato e o conhecimento do contexto familiar.

Em algumas narrativas, a assistência não é voltada ao sujeito coletivo/família, mas ao sujeito indivíduo, inserido em um contexto que é a família. Dessa forma, a família é tão somente o cenário onde o sujeito se insere e não o ator protagonista das condições de saúde de seus membros, não sendo entendida como alguém que deva ser cuidado. A fala abaixo se aproximou do que Ribeiro (2004) elencou como sendo a primeira das categorias, família/indivíduo:

“Então na família tem a visita, né domiciliar ... vou mais nos acamados ... Faço visita em puérperas...” (Beta)

Em outro momento do relato, a enfermeira referiu uma assistência voltada à família/risco social, o que corresponde à quinta categoria de Ribeiro (2004):

“Aqui a gente procura assim, ficar mais junto com as famílias, sair para fazer visita... Se for preciso passa com a assistente social alguma coisa, prá gente sempre fazer o melhor né, prá... trabalhar mesmo em equipe e tá cada vez mais junto das famílias, dos clientes.” (Beta)

Ao explicitar o que seria a sua atividade junto às famílias remeteram também aos programas de saúde formalmente instituídos e ao atendimento individual, o que

se aproximou da terceira categoria acima discriminada, família/indivíduo/domicílio. A fala da mesma profissional refletiu o conceito que é comum a todas as enfermeiras:

“É, já fala, né, da família, quer dizer que a gente tem, assim, que ficar mais atento com a família, que a gente cria um vínculo melhor que uma UBS sem ser da família, acho que é basicamente o vínculo [...] . Seria o trabalho de hipertenso, de diabéticos, curso de gestante, é isso.”
(Beta)

Apenas o relato de uma das enfermeiras se aproximou da percepção da família como unidade de cuidado, ao informar que as visitas domiciliares são realizadas na perspectiva familiar, para todas as famílias, no intuito de avaliar como seria ou não sua funcionalidade e possibilidades de intervenção da equipe:

“[...] na comunidade você previne dentro do lar da pessoa, dentro da possibilidade que ela tem o que ela pode fazer. Então você tem que conhecer ela no ambiente dela, in loco..... você vai trabalhar dentro da possibilidade dela e não da teoria, né. Você vai trabalhar na prática dela...A gente procura fazer a visita domiciliar em equipe, então a gente não tem CONSULTA DOMICILIAR aqui, o médico não vai lá para atender O DOENTE, a gente vai fazer UMA VISITA DOMICILIAR, que é para a família toda. E não é para a família que tem acamado ou doente, a gente vai pegar uma família que tem um agravante na família, que nem, por exemplo, um usuário de drogas, e vai atender a família toda.” (Zeta) (destaque da enfermeira) .

Nesse sentido, o modelo de abordagem familiar desenvolvido na Universidade de Calgary, no Canadá, propôs a avaliação da família em três aspectos sendo eles:

- 1 A estrutura, onde se destacam o contexto interno de sua composição, o externo, dado pelos sistemas onde se insere e seu contexto sócio-étnico-ambiental;
- 2 O desenvolvimento, onde é verificado o estágio do ciclo vital onde a família se encontra, o qual determina as tarefas e os vínculos articulados entre seus membros;

- 3 O aspecto funcional, que diz respeito a como os membros verdadeiramente procedem e interagem em relação aos outros.

Este modelo conta ainda com instrumentos como genograma, ecomapa e apgar familiar que auxiliam no diagnóstico e na proposição de intervenções que devem ser feitas no sentido de auxiliar a família a desenvolver/ recobrar/ construir funcionalidade no enfrentamento de situações específicas (WRIGHT e LEAHEY, 2002; ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002).

A falta de alusão à funcionalidade familiar ou mesmo às intervenções dirigidas às famílias que convivem com membros portadores de dependência química, citada como exemplo pela própria enfermeira, refletiu a dificuldade que as profissionais enfrentam em colocar em prática os princípios da estratégia e o cuidado familiar. Nesse sentido, cabe refletir se os processos formativos voltados à saúde da família têm abordado a assistência familiar e, se o fazem, o quanto a abordagem tem contribuído para a efetiva transformação das práticas.

No fragmento de fala abaixo destacado, foi possível perceber que, apesar da disposição em cuidar da família em todos os seus aspectos, e do fator positivo que é a interdisciplinaridade, ao descrever as intervenções, a enfermeira retomou o modelo programático-centrado:

“Então nós já começamos a fazer esse trabalho aqui, então a dentista vai junto, vai a médica, vai a AC. E a gente lá, a gente a gente faz as aferições de pressão, as crianças, glicemia, pesa, mede, já faz puericultura. Porque a dificuldade que eles têm de chegar na unidade é, é grande. Então a gente que tá indo no domicílio, fazendo essas visitas.” (Zeta)

A associação da prevenção com a operacionalização dos programas de saúde estabelecidos, como hipertensão e diabetes, aproxima a prática das enfermeiras entrevistadas com o conceito de prevenção secundária preconizado na obra de Leavell e Clark (AROUCA, 1975), ou seja, a prevenção de complicações subjacentes ao estado já patológico, aproximando-se, portanto, do movimento preventivista neste quesito e na abordagem das condições que representam risco, foco do atendimento programático.

Por outro lado, a forma como as enfermeiras descreveram a organização do trabalho na saúde da família, também corrobora os estudos de Campos (2008), Conill (2008) e Franco e Merhy (1999), entre outros, ao abordar o caráter preventivista/programático incrustado nos métodos de trabalho da SF. Muito embora os indicadores de saúde dos municípios da região realmente tenham validado a necessidade de abordar a área materno-infantil (Quadro 8) e/ou as doenças do aparelho circulatório (Quadro 12), na generalização desta perspectiva seriam negligenciadas outras condições também presentes nas especificidades de cada núcleo familiar, para as quais não existe atendimento sistematizado no formato programático.

Esse jeito de operacionalizar a assistência à saúde da família tem ainda proximidade com o conceito de APS seletiva, pois que se apresenta impositiva e regulamentadora em relação aos problemas ou necessidades, identificados a partir do perfil epidemiológico e não das singularidades pertinentes aos contextos. Mesmo quando narraram ser necessário conhecer a conjuntura familiar, as enfermeiras o fizeram mais sobre a perspectiva de estabelecer vínculo do que de formatar intervenções. Pode-se inferir que, para elas, a entrada no domicílio levaria ao vínculo o qual, por sua vez, aproximaria a prescrição das possibilidades familiares, ainda que sob a ótica do risco e da atenção programática.

Sobre a visita domiciliar Rosa e Labate (2005) também realçaram que não raramente a estratégia tem sido associada ao atendimento domiciliar o qual, muitas vezes, é realizado de forma indiscriminada, sem que haja propósito ou planejamento prévio justificativo da intervenção. Consideraram ainda que tais visitas representariam o cerceamento das liberdades individuais pelo Estado e a continuidade do movimento higienista do início do século passado, onde a polícia sanitária ditava e fiscalizava normas de conduta capazes de evitar a propagação de doenças. Para as autoras, a ESF teria na prevenção e nas atividades educativas o mote para um controle que não tem mostrado eficácia terapêutica sobre a vida das pessoas, afetadas por dores não apenas físicas.

4.2.3.1.4 As ações educativas para quem falta informação: ferramenta essencial das atividades preventivas na saúde da família

Não obstante o discurso, o sistema de saúde e a ESF continuam a manter o médico e a doença na centralidade do projeto assistencial, responsabilizando o indivíduo singular ou coletivo pela ocorrência de agravos, inferindo que eles ocorrem, invariavelmente, por carência de informações. O trecho abaixo exemplificou a visão das profissionais sobre a relação SF/visita fiscalização/ visita educação:

“Educação da população, um vínculo maior com a população, uma participação maior da equipe dentro da casa da pessoa, com as condições de vida, social, de renda, tudo, a gente tem um maior contato com eles, com a realidade de cada um... Eu faço a visita, eu acompanho, sempre assim quando tem uma dificuldade nas casas, assim, com as meninas, que as agentes comunitárias me comunicam, eu tô indo nas casas, eu tô indo visitar para ver o que está acontecendo. As gestantes eu acompanho uma vez por mês nas casas, junto com a agente. Puérpera, pelo menos umas duas visitas logo nas primeiras duas semanas para orientação, esclarecimento, tudo isso.”
(Delta)

Independente da posição adquirida pela família no processo assistencial existe certo consenso sobre as atividades preventivas estarem associadas ao desenvolvimento de atividades educativas junto aos usuários dos serviços. Igualmente, o trabalho preventivo se faz intrínseco ao vínculo estabelecido entre comunidade e profissionais.

Assim, o vínculo seria possibilitado, sobretudo, pelo que consideram trabalho em equipe, pelas visitas domiciliares e pela figura do ACS. A vinculação da prevenção com as ações educativas parece se originar no entendimento de que as pessoas não são suficientemente preparadas para o autocuidado, necessitando de orientações e informações a serem disponibilizadas pelos serviços de saúde. Invariavelmente os relatos informaram que a equipe vai às casas orientar “o que tem que fazer”, evidenciando novamente o caráter normativo e impositivo de cunho preventivista/programático, derivado da APS seletiva.

Semelhante situação foi verificada em estudo sobre a inserção da enfermagem na saúde coletiva/rede básica, realizado por Almeida, Mishima, Silva e Mello (1997). As autoras verificaram que a maior parte dos trabalhadores entendia sua prática como destinada a prover prevenção e cura para a população usuária da UBS. Todavia, pautavam a prevenção em orientações individuais de caráter higiênico, voltadas ao cumprimento do roteiro determinado pela equipe de saúde onde se incluía a periodicidade de consultas médicas e atitudes relativas a hábitos de vida. Para as autoras, essa concepção seria fruto do entendimento saúde - doença “não como um processo, mas como se fosse possível separar nitidamente a prevenção da cura, em se tratando do ponto de vista individual” (1997, p.100).

A manifestação das enfermeiras que atuam na ESF inseridas, portanto, numa outra estratégia de atenção, mais de uma década após o estudo anterior, corrobora o entendimento das pesquisadoras, numa clara demonstração de que não houve avanço significativo no que tange à compreensão do papel/função da enfermagem e da prevenção, nos domínios da saúde coletiva.

No cenário da investigação, as ações educativas junto às famílias usuárias dos serviços, traduzidas como atividades preventivas, se dão sob a forma de cursos e privilegiam a educação tradicional. Sobretudo, a forma como as atividades educativas foram citadas por algumas enfermeiras apontou um viés vertical/paternalista ao processo, conforme se evidenciou nos fragmentos das falas destacados abaixo:

“[...] faz alguns cursinho separados como cursinho de gestante, alguma atividade assim de hipertensão...”(Alfa)

“Então a gente tem cursinho de gestante, que a gente faz toda a quarta feira, que a gente orienta... Quando a gente quer fazer uma coisinha assim mais legal, mais bonitinha a gente pega o retroprojeto da secretaria, a gente monta a aulinha de slides e vai passando.” (Beta)

Esta verticalidade que implica em relações de poder determinadas pelo saber também permeia os processos educativos desenvolvidos junto aos trabalhadores e foi discutida com maior ênfase na categoria de análise 4.2.3.3.

4.2.3.2 A enfermeira na centralidade da coordenação do trabalho na Saúde da Família: reforçando a divisão no processo de trabalho e na educação

A configuração das equipes de saúde da família no contexto da investigação revelou a enfermeira atrelada à coordenação ou organização do trabalho, por elas entendido como trabalho da equipe. Entendem que o processo da SF esteja mais propício do que em outros modelos de assistência à sua atuação no que se apresenta como o cerne da profissão como, por exemplo, a consulta de enfermagem. Entretanto, para a maioria, isto corre em paralelo com a função coordenar.

Apenas uma das enfermeiras entrevistadas sugeriu dividir as atribuições com os demais membros da equipe:

“Porque no trabalho de equipe existe a divisão também... das tarefas. Vai ter aquela parte que fala núcleo e campo, né. O que é da minha competência técnica eu não posso tá passando para outras pessoas estarem fazendo, porque daí faz parte da minha atuação profissional, então, mas tem aquelas que é comum a todos, que, que um ajuda o outro. Isso a gente tá, pelo menos eu tento trabalhar assim, então, solicitando apoio, ajuda de todo mundo, né”. (lota)

A alusão aos conceitos de campo e núcleo de atuação está presente no trabalho de Campos (2007). O conceito de núcleo de competência por ele proposto é a particularidade do que compete a cada categoria profissional, onde reside a essência da responsabilidade de cada membro da equipe. Para o médico seria a perspectiva do diagnóstico e da prescrição, para o enfermeiro seria, por exemplo, o cuidado individual e coletivo e a promoção de condições adequadas à assistência. Mais abrangente, o campo de atuação, refere-se ao repertório de conhecimentos, atitudes e conceitos necessários para construir a assistência, uma vez que, isoladamente, o núcleo de cada área profissional não é suficiente. Na esfera do campo, através da intersecção dos núcleos, nasceria a produção grupal, criativa e emancipadora do cuidado em saúde ou o “trabalho vivo em ato”, o qual se constitui

em produção autônoma dos trabalhadores e se contrapõe ao “trabalho morto”, já instituído e controlado pelas normativas e imposições organizacionais (FRANCO e MERHY, 1999).

Iota tangenciou esse conceito quando se referiu ao núcleo como algo intrinsecamente relacionado à sua competência, pessoal e intransferível. Para Matumoto, Mishima e Pinto (2001) o núcleo de competência da enfermagem seria o cuidado enquanto prática social, o qual requereria não apenas conhecimento técnico, mas também o domínio das relações sociais estabelecidas entre sujeitos e ambiente. Para elas a enfermagem é concebida como

uma prática de relações [...] que se utiliza de um saber tecnológico [...] o qual se reformula e conforma intervenções distintas [...] nesta convivência dos trabalhadores de saúde e de enfermagem, entre si e com os usuários, no cotidiano dos serviços de saúde inseridos em um contexto social (2001, p. 236).

Sendo assim entendida a enfermagem, o cuidado prestado teria como foco não o agravo, a saúde ou a doença, mas o sujeito em suas várias dimensões: política, social, biológica, subjetiva, individual e coletiva. Para tanto, caberia ao enfermeiro transitar e articular os diversos campos do conhecimento na busca subsídios para elaboração de propostas terapêuticas interdisciplinares e adequadas às singularidades e especificidades dos sujeitos co-participantes ou co-autores do ato de cuidar. Nesse sentido, o cuidado ainda exigiria posicionamento político por parte do profissional de enfermagem, no sentido de contribuir para transformação ou para mudança do “*status quo*” social (MATUMOTO, MISHIMA e PINTO, 2001).

Na mesma linha, Almeida e Mishima (2001) acreditam ser também fundamental para o sucesso da estratégia da saúde da família a reconstrução do papel dos membros da equipe e a supressão da centralidade da figura de uma das categorias profissionais, no caso da categoria médica, na perspectiva de produção da interação, autonomia e criatividade necessárias à consolidação da estratégia e efetividade das ações. Alertaram para a possibilidade de que, caso contrário, a ESF se resumiria a ser mais um modelo de atenção. Nesse ângulo, mais um modelo fragmentado, centrado em procedimentos orientados pela lógica produtiva/biologicista, limitado a reproduzir no interior das equipes as desigualdades

existentes do seio da sociedade. Realçaram que, ainda que as publicações oficiais enfatizem a necessidade de trabalho em grupo, a simples definição das funções e recomendação de trabalho coletivo, não são suficientes para assegurar a cooperação, humanização e composição, essenciais para contemplar as várias dimensões da saúde.

A coordenação das enfermeiras nas unidades de saúde da família, por sua vez, também responde a uma hierarquia determinada pela divisão técnica e social do trabalho. Fortuna, Mishima, Matumoto e Pereira (2005) destacaram a questão dessa divisão e das relações de poder estabelecidas a partir dela, as quais podem mobilizar a atuação da equipe no sentido de perpetuar ou refutá-las, desviando o foco do cuidado. Mencionaram também a origem histórica das disputas entre profissionais médicos e enfermeiros na tentativa de deter o controle sobre o processo de trabalho e sobre os demais componentes da equipe.

A propósito desta divisão e disputa uma das enfermeiras entrevistadas discorreu de forma contundente. Para ela, o fato de o médico estar confinado à atividade de consultar a coloca como a substituta natural, posição, em sua concepção, compatível com sua formação:

“... a nossa função de estar mediando, estar orientando, estar incentivando, tá determinando algumas funções, entendeu, que às vezes eles não sabem se pode, se não pode, a gente tem um pouco mais de noção em relação a isso, né. Infelizmente, quando a gente termina a faculdade a gente, a gente, tem um olhar bastante crítico de organizar, supervisionar, coordenar, né. Eu acho que é muito importante. Se não tiver enfermeiro, o médico não dá conta disso, porque ele fica mais voltado mesmo para a parte, éeee, na sala, trancado, fazendo as consultas, né, tirando o dia que sai para VD, mas o médico fica mesmo é focado na, no consultório, né.” (Etá)

Machado (2002) discutiu as origens do “organizar, supervisionar, coordenar” apontado por *Etá* como constitutivo do ensino e do exercício da enfermagem. Informou que essa divisão originou-se no início do século XIX nos hospitais ingleses, os quais inspiraram a enfermagem americana e brasileira, respectivamente. Desde aquela época, o trabalho em enfermagem era partilhado pelas *matrons* que assumiam a chefia dos serviços e pelas *sisters* que efetivamente proviam o cuidado aos enfermos. Por outro lado, lembrou que até meados do século XVIII os hospitais

estavam sob a responsabilidade de religiosos, tendo sido organizados como locais destinados a cuidar, que previam a presença do médico somente em situações extremas e pontuais. Porém, com o avanço das indústrias farmacológicas e de equipamentos, o poder médico, orientado pela lógica capitalista invadiu progressivamente os hospitais que passaram a ser locais de escolha para o exercício da arte de curar. Nesse sentido, após o século XVIII o médico veio a ocupar o posto mais alto na hierarquia do hospital, ordenando as práticas em saúde e estabelecendo uma relação de subordinação, especialmente com a enfermagem, que se perpetua até os nossos tempos.

Segundo Geovanini (2002), a decomposição das atividades da enfermagem nas parcelas saber e fazer foi durante muito tempo sustentada pelos aparelhos formativos, a partir das demandas de acumulação de capital e manutenção da ordem vigente. Para ela, com o intuito implícito de promover a disciplina e a hierarquia, esse fracionamento implicou e ainda implica em alienação dos entes de enfermagem. Apontou que, mesmo estando prevista a integração entre o pensar e o executar nos currículos dos cursos de graduação, a ausência de reflexão e crítica sobre a prática preserva o *status quo* vigente. Aposta, contudo, que discussões sobre o currículo de enfermagem possam reverter a situação, aproximando a formação das necessidades do SUS.

Inversamente, à essa aposta, notou-se que as enfermeiras entrevistadas se apropriam, em maior ou menor intensidade, do papel de coordenadoras acreditando que seja esta sua função precípua. Ainda que a ESF, teoricamente fundamentada no trabalho em equipe, na intersetorialidade e na horizontalidade das relações não contemple a figura de um coordenador ou dirigente, as enfermeiras endossaram a atribuição:

*“Eu acho que o papel da enfermeira, uma das funções principais, principal da enfermeira, é, eu acredito que é organizar o serviço, éee organizar os processos de trabalho. Eu acho que é fundamental. **Se ela organiza, o serviço corre**, alguém tem que mostrar o caminho: vamos por esse caminho.”* (Épsilon) (grifo nosso)

Foi recorrente na fala das enfermeiras a menção a apontar o caminho, de coordenar, de direcionar o trabalho, principalmente no que diz respeito à atuação

dos agentes comunitários e de enfermagem. De forma quase antagônica, as duas expectativas, a de trabalho em equipe e a de coordenação, estão presentes nas normativas oficiais que delegam formalmente ao profissional enfermeiro atribuições de gerenciamento das ações desenvolvidas pelo ACS. Igualmente, delegam ao cirurgião dentista atribuição similar na área de saúde bucal, relativa aos profissionais de nível médio (BRASIL, 2006b). Evidencia-se, deste modo, um movimento em direção à continuidade da divisão social e técnica do trabalho em saúde, a despeito do discurso de trabalho em equipe. Pode-se inferir, subliminarmente, nessas normas que não há necessidade de gerenciar o trabalho dos profissionais de nível superior, mas que os de nível médio necessitam, cada qual em sua área, de supervisão e coordenação.

Em Ribeirão Preto – SP um estudo revelou o caráter de controle assumido pela supervisão das enfermeiras da saúde da família. Nele, o controle tinha um viés taylorista e se atinha a aspectos normativos organizacionais tais como assiduidade e pontualidade, na intenção de preservar a qualidade da assistência aos usuários. Por sua vez, o trabalhador era cobrado sem que fosse estimulado a refletir sobre os reflexos de suas atitudes sobre o processo de trabalho coletivo, refém do fazer e obedecer mecânico. Outro ponto evidenciado pelo estudo, e que encontrou eco na presente pesquisa, é o fato de as enfermeiras se empenharem na organização do processo de trabalho sob a perspectiva da composição e coordenação das tarefas da unidade e, raramente, sob a perspectiva de ações voltadas à coletividade (KAWATA, MISHIMA, CHIRELLI e PEREIRA, 2009).

A crença que, de alguma forma, o “serviço corre” somente a partir da coordenação da enfermeira reduz o cuidado à dimensão de tarefas a serem realizadas e adicionalmente denota desconsideração quanto à auto-suficiência e autogestão de cada profissional sobre a forma de organizar seu trabalho. Além disso, as enfermeiras parecem não reconhecer que, para as equipes, o compartilhar ou alternar a liderança se faz extremamente benéfico no tocante às relações interpessoais e à organização da assistência (FORTUNA, MISHIMA, MATUMOTO e PEREIRA, 2005).

Para Mishima et al (1997), administrar implica em planejar, dispor, conduzir e controlar as atividades oriundas da divisão burocrática do trabalho. Objetiva coordenar esforços (abordagem descritiva) ou normatizar comportamentos e atividades (abordagem prescritiva) que impliquem na consecução dos objetivos

organizacionais. Nessa perspectiva, as pessoas tornar-se-iam instrumentos para a obtenção dos fins institucionais, subjacentes a projetos de manutenção do poder que é delineado através das relações interpessoais estabelecidas. Discorrendo sobre a produção de Testa, afirmaram que as organizações são instituições no sentido físico/ normativo/ departamental e são também espaços virtuais onde o poder se estabelece. Nas organizações de saúde imperariam três formas de poder:

- O técnico, estabelecido pelo saber-conhecer de diferentes origens e pela capacidade de trabalhar esse saber;
- O administrativo, determinado pela capacidade em manipular os diversos tipos de recursos físicos, materiais e humanos necessários para a execução das tarefas e
- O político, traduzido pela habilidade de influenciar pessoas no atendimento às demandas e interesses, que podem até ser próprios.

Dessa forma, independente da dimensão do poder a ser acionada isolada ou conjuntamente, dever-se-ia atentar para os propósitos nela implicados. Tais poderes podem ser canalizados para produção de transformação e evolução ou de estagnação ou, mais assertivamente, para produção de libertação ou sujeição.

Na investigação foi possível observar que as profissionais que conceitualmente rejeitam o papel de coordenadora parecem sucumbir a ele, ainda que refiram ser por imposição da equipe. Assim, paira a incerteza acerca do quanto estariam dispostas a renunciar a este lugar, quer pela impossibilidade de assunção dele em rodízio pela equipe, quer pela comodidade que este papel fornece tanto para a equipe quanto para ela mesma:

“[...] mas a equipe inteira espera a enfermeira líder da equipe, essa tradição, que é a enfermeira que manda. Mas não manda. Então se a enfermeira não está presente eles não começam uma reunião, você fala, pode ir começando que depois eu, eu ... Mas não começa, fica parado, esperando...” (Zeta)

De alguma forma, esse “ficar parado, esperando” representaria ausência de responsabilização e compromisso, mas também representaria carência de autonomia. Ou ambos. Em sendo assim, compete indagar o quanto a coordenação

da enfermeira se dá em direção à tutela ou à autonomia dela mesma e da equipe. Aprofundando o questionamento, poder-se-ia adicionalmente indagar o quanto a enfermeira estaria pronta a perceber e investir em sua própria autonomia, condição precípua para facilitar a autonomia e empoderamento do grupo.

Segundo Franco (2007), as relações desenvolvidas no âmbito dos serviços configuram a micropolítica do trabalho, entendida como a forma como os sujeitos estabelecem relações entre si, num determinado contexto. Poder-se-ia considerar, suplementarmente, que essas relações que configuram a micropolítica são dadas pela articulação dos poderes a que Testa se referiu. Portanto, seria ela a determinar a possibilidade dos trabalhadores não serem capturados pelas normativas e prescrições burocratizantes. A micropolítica os possibilitaria desenvolver, se assim o desejassem, um trabalho repleto de vida, pautado nas singularidades e subjetividades dos sujeitos envolvidos no ato da produção do cuidado. Ou seja, em cada micro espaço laboral a gestão dos trabalhadores sobre suas ações dependeria do grau de autonomia que possuíssem, relativo ao que executam. Ou então, dependeria do quanto esses mesmos trabalhadores se sujeitariam ou não a serem cooptados pelo trabalho prescritivo ou pelo poder dominante.

Por sua vez, Baremblytt (2002), indicou que a sociedade moderna se caracteriza pelo progresso científico e tecnológico que exigiu como condição para seu estabelecimento, uma forma peculiar de dominação, a dominação do saber especializado. Através dos especialistas, colocados a serviço de classes ou categorias dominantes, os modos de viver a vida das pessoas/sujeitos comuns são submetidos ao controle do conhecimento científico. Assim, as pessoas vêm perdendo progressivamente a capacidade de decidir e de reconhecer suas próprias necessidades, desejos e aspirações, chamadas de “demandas”. Em contrapartida, crê que os coletivos, incluindo os de trabalhadores, são capazes de (re) conhecer seus anseios, subjetividades e necessidades, através de processos de auto-análise. Tais processos seriam concomitantes a processos de auto-organização, constituindo arranjos que permitiriam a recuperação do controle das existências e des-alienação dos sujeitos. Esta capacidade, contudo, não poderia ser imposta verticalmente, devendo ser produzida no interior dos grupos sem prescindir, de forma definitiva, da figura dos especialistas, desta feita colocando seus saberes e experiências para facilitar a auto-análise e a autogestão dos coletivos.

A partir desta compreensão, associar-se-ia à figura da enfermeira a expertise necessária à gestão do cuidado a ser praticado de forma coletiva na ESF. Entretanto, essa expertise pode ser colocada a serviço da autonomia de trabalhadores e usuários ou a serviço da perpetuação da dominação de um, outro, ou ambos, dependendo de como essa coordenação é exercida. Sem dúvida, como ferramenta, a educação, dependendo da forma como é operada, representa um caminho plausível para a análise dos processos de trabalho e construção da capacidade de autogestão das equipes. Por outro lado, a educação pode também servir à perpetuação do modelo de subjugação vigente, aplicável tanto aos trabalhadores quanto aos usuários dos serviços.

Assim, o tópico a seguir discutiu a forma como a educação tem sido conduzida nas equipes de saúde da família que foram palco da presente investigação, na crença de que a forma espelharia a finalidade por elas atribuída aos processos educativos.

4.2.3.3 Educar tutelando e/ou tutelar sem educar

Em todas as entrevistas, as enfermeiras, de uma forma ou outra, deixaram explícita a intensidade de seu vínculo com os agentes comunitários de saúde. Referiram que estes se mostram mais dependentes do que o restante da equipe em relação a seu apoio e coordenação, o que constitui condição para que desempenhem suas funções a contento.

Consideraram que os ACS sentem-se “fortalecidos” com suas orientações e “completamente perdidos” quando não estão por perto, diferentemente dos auxiliares e técnicos de enfermagem os quais, a seu ver, possuem maior preparo para as funções que executam.

Sendo assim, seja para acompanhar as visitas domiciliares, a fim de nortear o desempenho ou promover a integração com o restante da equipe, as enfermeiras despendem grande parte de seu tempo na articulação com os ACS. Reconhecendo que necessitam de qualificação, investem parcela significativa do tempo em atividades educativas de caráter informal as quais chamam “tirar dúvidas ou orientar”.

Apesar de atribuírem importância à sua posição enquanto referência para os ACS, não demonstraram valorizar suas necessidades na mesma intensidade. Assim como se referem às ações educativas que desenvolvem junto à comunidade no diminutivo, também o fazem em relação às atividades com os agentes comunitários, utilizando linguagem similar à utilizada quando se lida com a imaturidade das crianças, como se verificou a seguir:

*“então eu monto uma **aulinha** mesmo em datashow, eu tenho, igual à sala de aula mesmo... dou **aulinha**, elas têm o **caderninho** delas, cada uma tem um **caderninho** só para isso, eu dou um questionário, a gente vai debater, no entanto que elas levam o questionário”. (Alfa) (grifo nosso)*

*“[...] então a gente monta assim **aulinha** alguma coisa, prá tá passando, prá tá discutindo, assim o atendimento na unidade ... quando a gente quer fazer uma **coisinha** assim mais legal, mais **bonitinha** a gente pega o retroprojeto da secretaria, a gente monta a **aulinha** de slides e vai passando...” (Beta) (grifo nosso)*

Ao analisar a práxis educativa de enfermeiros que atuavam na ESF de Sobral, Silva, Dias e Rodrigues (2009) referiram condição similar à encontrada nesses discursos, destacando a infantilização das ações educativas realizadas junto aos usuários, as quais seriam balizadas por métodos de convencimento pautados no que chamam de “estratégias de convencimento marcadas pela idéia de erro-consequência” (2009, p. 1458), na tentativa de obter obediência às recomendações da equipe. Advertiram ainda para o autoritarismo e ineficácia de tais práticas, incapazes de estimular as mudanças pretendidas.

Quanto à relação existente entre processos educativos e mudanças, Freire (1979) postulou a necessidade de compromisso do educador para com elas, considerando que a condição para a assunção desse compromisso estaria pautada na reflexão e na ação. Para ele, a interação do homem com a realidade necessariamente deveria implicar em transformação dessa mesma realidade, a qual, por sua vez retroalimentaria – ou não – a capacidade humana de ação e reflexão. Ao habitar o mundo sem compromissar-se com sua transformação o ser homem encontrar-se-ia alienado e adaptado à realidade.

A presente investigação fomentou a crença de que o comprometimento requerido da prática docente seria igualmente solicitado às demais profissões. Em

especial à da área da saúde e, em especial, aos enfermeiros, visto que a dimensão educativa do seu processo de trabalho resultaria em dupla militância - enquanto educador e enquanto trabalhador da saúde.

Para Freire (1979), ou o homem se comprometeria com a humanização e com a construção da solidariedade ou, em tese, permaneceria neutro. Contudo, a neutralidade não seria exatamente neutra, pois que acabaria por indicar compromisso do ser consigo mesmo e/ou com os grupos ao quais pertenceria em defesa de interesses próprios. Adicionalmente registrou que o ser compromissado não se comportaria como ““habitante” de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos “ignorantes e incapazes”” (1979, p.10). Nesse sentido, um dos objetivos da educação seria contribuir para que os homens pudessem elaborar seus pensamentos de forma reflexiva e crítica, substituindo o que chamou de “captação mágica” pelo que nomeou “captação crítica” do conhecimento.

Entende-se que a “captação mágica” estaria associada ao conhecimento “digerido e mastigado” transmitido por práticas pedagógicas tradicionais, onde as coisas “são como são porque sempre foram” ou porque alguém mais qualificado disse que assim seriam.

Assim, se não se fez explícita a presença da estratégia erro-conseqüência apontada por Silva, Dias e Rodrigues (2009), o emprego do diminutivo revelou infantilização das ações educativas, minimamente indicando desconsideração da capacidade dos educandos. Os processos descritos no diminutivo sugeriram, ainda que superficialmente, a possibilidade de redução dos conteúdos para se adaptarem a um cognitivo provavelmente insuficiente. Mais do que tradicionais, as práticas educativas relatadas expuseram a transmissão de um conhecimento que, além de digerido e mastigado, é transmitido de forma resumida e adaptada.

Além disso, foi colocada em evidência, pelas enfermeiras, uma prática pedagógica onde quem sabe expõe para quem não sabe, que traz como condição o sujeito que fala e o objeto que escuta, alguém que deposita e alguém que se faz depositário de algo que carece de vida, pois que a verdadeira vida não prescinde de contestações, de rebeliões e de reconstruções. Freire (1980) se referiu a essa prática como narração, destacando que ela se opõe ao diálogo e se mostra como uma das ferramentas utilizadas na redução do educando à categoria de objeto do conhecimento. Para ele, “a educação padece da doença da narração”, pois “na

concepção bancária da educação, o conhecimento é um dom concedido por aqueles que se consideram como seus possuidores àqueles que eles consideram que nada sabem” (1980, p.40-41).

Esse método de ensino situa-se muito próximo ao encontrado nas equipes de saúde da família onde, no intuito de esclarecer dúvidas, as respostas são oferecidas de forma objetiva e definitiva. Uma das enfermeiras, ao aludir a essa prática chegou a utilizar o termo “dicionário”, dizendo que ela seria como um, no tocante a elucidar as incertezas:

“Mas eu sei que eu faço, eu me vejo muito assim, eu faço, eu particularmente me vejo como uma referência. No sentido de, como fosse um, um dicionário que elas têm, entendeu.” (Etá)

Entende-se que este tipo de pedagogia, contribui para a perpetuação dos modos tradicionais de ser/estar e de fazer, pois a prática pedagógica vigente oferece sustentabilidade aos modos cartesianos de produzir saúde, na concepção de que a saúde seria simples oposição ao estar doente, não incitando crítica, reflexão ou análise mais aprofundada sobre o tema.

Na interpretação de Freire (2002, p.12) “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Para ele, não teria validade o ensino que não possibilitasse a reconstrução do conhecimento ou do aprendizado e, nesse sentido, quanto maior a habilidade do educador em “ensinar a pensar certo” (2002, p.14) maior seria o seu valor enquanto educador. Necessariamente o ensinar a “pensar certo” implicaria em que o educador, por sua vez, também fosse capaz de pensar certo. E o pensar certo seria o pensar crítico, que é o praticar e o refletir sobre o que se pratica, ou refletir a prática que se tem, a qual se opõe ao pensar acrítico, ou não pensar, ou ainda ao praticar mecânico, sem reflexão. Adicionalmente o processo ensino-aprendizagem compreenderia as experiências vividas nos espaços e experiências informais de educação, como aquelas que se dão nas praças, ruas, pátios de escolas, salas de espera das unidades de saúde, domicílios.

Nesse sentido, concebeu-se como fator positivo que a enfermeiras tenham reconhecido como práticas educativas as orientações que destinam aos ACS.

Entretanto, cabe indagar a intencionalidade subjacente à essa prática, ou seja, se intencionalmente ela destina-se a reproduzir o modelo de atenção historicamente praticado ou se é fruto da inabilidade das profissionais em “pensar certo”.

Complementarmente às intervenções informais, as atividades educativas mais estruturadas foram pelas enfermeiras nomeadas de “treinamento” e, não raro, abordam a dimensão biológica do processo saúde-doença. Assim, os ACS são treinados para conhecer medicamentos e orientar sobre eles, são treinados para sensibilizar a população para prevenção de endemias como dengue e gripe H1N1, são treinados para avaliar um gráfico de desenvolvimento pondero estatural da criança, para recomendar o seguimento de dietas e realização de exercícios físicos, para orientar sobre a importância do aleitamento materno. São treinados. E são treinados porque não são da área da saúde, como referiu uma das enfermeiras, pois não têm formação. Assim, se fazia imperativo treiná-los.

No entanto, o treinamento representa a prática educativa de quem não sabe “pensar certo” ou não quer ensinar a “pensar certo”. Não encerra ideologia nem almeja reflexão, apenas confere ao treinando habilidade na repetição de comportamentos desejados. Assim, de acordo com Freire (2000), este tipo de educação ainda inibe possibilidades emancipatórias, não questiona o *status quo* e não almeja mudanças, pois que postula a inexorabilidade do porvir. Dessa forma, o treinamento significa “quase adestramento, no uso de técnicas” (FREIRE, 2000, p.56), e também de regulamentos científicos. Ressaltou ainda que a educação que não educa e só habilita se faz contraproducente para a própria sociedade. Ainda que a intencionalidade seja inibir qualquer probabilidade de mudança, o próprio progresso tecnológico exige a aplicação de um saber que responda com presteza aos desafios que o desenvolvimento encerra. Sendo assim, ela mesma acaba sendo empecilho à consecução dos seus objetivos hegemônicos.

A obra de Freire fornece importantes elementos para avaliação das práticas educativas que antecedem e sucedem as incluídas na qualificação das equipes de saúde. Seus postulados representam um dos referenciais que sustenta a EPS, preconizam a relação dialógica reflexão/ação/reflexão e instigam movimentos de mudança. Quando Freire considera que:

[...] foi aprendendo socialmente que mulheres e homens, historicamente, descobriram que é possível ensinar. Se tivesse claro para nós que foi aprendendo que percebemos ser possível ensinar, teríamos entendido com facilidade a importância das experiências informais [...] (2002, p.25),

pode-se depreender que há reprodução das práticas educativas a que cada educador/enfermeiro esteve sujeito e que haverá reprodução destas mesmas práticas quando os educandos, já educados, assumirem a tarefa de multiplicar os conhecimentos junto aos sujeitos/famílias sob sua responsabilidade.

Dessa forma, cabe refletir quanto à reprodução das ações educativas para fora dos limites da equipe: estariam os ACS também “tirando dúvidas” ao exercer as atividades preventivo/educativas que lhes competem? Há possibilidade de a atenção estar sendo orientada pela integralidade? Nesta lógica, seria possível aos treinados produzir a mudança nas práticas de saúde intra e extra muros para que as mesmas produzam transformações nos hábitos e costumes dos usuários, na medida em que não vivenciam possibilidades que os potencializam para esta mudança? Estaria a operacionalização da Política de EPS dando conta do primeiro pilar do quadrilátero, a formação, na tarefa de romper com o modelo tradicional de educação?

Ao estudar a prática educativa de docentes vinculados a uma instituição de ensino superior em Goiás, Fernandes, Otenio e Otenio (2010), constataram dificuldades na adoção da metodologia da problematização recomendada por Freire e por outros educadores adeptos de uma educação crítica e reflexiva. Por um lado, os docentes entrevistados referiram obstáculos relativos aos processos de trabalho desenvolvidos, como falta de tempo e de espaço para planejamento conjunto das atividades formativas. Na percepção dos próprios docentes, alguns colegas não adotam a metodologia por não a terem vivenciado durante seu processo formativo ou mesmo porque demanda maior investimento do professor. Por outro, relatam resistência do corpo discente que, tendo vivenciado as práticas tradicionais ao longo de sua formação, não valoriza uma pedagogia que os convida à reflexão.

Abordando a questão da formação em enfermagem Rodrigues e Mendes Sobrinho (2007), elencaram como requisito para o exercício da docência em enfermagem o domínio de elementos relativos ao processo ensino e aprendizagem e a disposição em abordar junto aos alunos o compromisso ético e político do profissional enfermeiro perante a coletividade. Assim, destacaram como fator

negativo, a inexistência de obrigatoriedade de formação pedagógica para grande parte das instituições de ensino, contrapondo-se à exigência de expertise técnico-científica. Esta condição explicaria a inclinação dos educadores em priorizar o conhecimento cientificamente estruturado em detrimento do construído e elaborado através de metodologias emancipatórias. Enfatizaram que “a formação pedagógica do professor é um meio essencial de superação deste modelo tradicional de ensino” (2007, p. 457) e observaram que a habilidade reflexiva não é algo que possa ser ensinado e sim adquirido através do exercício cotidiano.

Na mesma linha, a revisão de literatura mostrou que os processos educativos dirigidos aos profissionais de enfermagem são preferencialmente voltados à dimensão técnica do trabalho e que isso não representa problema para a maioria dos trabalhadores, assim como a persistência das formas tradicionais de educação. Provavelmente porque tais trabalhadores, formados sob a égide do tecnicismo, não concebem formas diversas das já consagradas enquanto modelo de ensino e de assistência à saúde.

Santana, Nakatani, Freitas, Souza e Bachion (2010), citaram a influência e a visão compartimentalizada das escolas americanas sobre as escolas médicas brasileiras afirmando que, até os dias atuais, esta influência persiste. Atestam este envolvimento a fragmentação dos currículos, a departamentalização de disciplinas que não interagem entre si, a visão mecanicista do processo saúde-doença e os processos de trabalho fracionados, como os anteriormente relatados, onde a prevenção não dialoga com o tratamento.

A visão segmentada das escolas americanas, por sua vez, derivou do relatório Flexner produzido em 1910, cujo incentivo ao ensino da fisiopatologia e ao aprendizado da doença, em detrimento do cuidado ao doente, influenciou a medicina e as demais profissões da área da saúde (MACHADO, 2002).

Portanto, o agir pautado na integralidade, intento das ações de saúde adstritas ao SUS, exige formação diversa da que foi historicamente construída. Igualmente, exige métodos formativos que induzam o questionamento das práticas sanitárias produzidas pela equipe e pelos processos subjacentes a elas. Também deve resultar em indagações acerca do contexto externo aos serviços, no domínio dos cenários onde o viver cotidiano se faz.

A esse respeito, estudo realizado com docentes de três instituições de ensino superior de enfermagem (IES), constatou que, não obstante a problematização ser

considerada um importante método de ensino, os docentes apresentavam dificuldades em operacionalizá-la nas fases que ultrapassam a observação e a crítica da realidade. A investigação verificou que a metodologia conduzida pelos docentes assemelhava-se à aprendizagem baseada em problemas - onde os questionamentos são construídos na intenção de figurar como disparadores da aprendizagem, distanciando-se da pedagogia problematizadora, onde a realidade é examinada com a finalidade de que sejam definidas propostas de intervenções (SANTANA, NAKATANI, FREITAS, SOUZA e BACHION, 2010).

Esta constatação alcança também a prática das enfermeiras do presente estudo, na medida em que, embora sejam veementes quanto à necessidade de conhecer e entender o contexto da família, não mencionaram as intervenções advindas deste conhecimento e entendimento.

Logo, além de não preverem intervenções significativas no contexto das famílias, as atividades educativas também não contemplam mudanças nos processos de trabalho adotados, os quais seguem a lógica que, com raras exceções, vêm sendo perpetuada no seio das equipes. Especificamente, em relação aos ACS, há uma relação tutelar que chegou a ser explicitada por algumas delas:

*“Então eu acho que eles (agente comunitário) dependem bastante da enfermeira, então assim, **eles não têm uma autonomia. Eu acho que também nem devem ter tanto, né, eles dependem bastante.**” (Gama) (grifo nosso)*

*“Mas o ACS ele vê no enfermeiro mesmo como, esse elo mesmo de ligação de trabalho, né. Essa, é, até a gente no, até eu enquanto enfermeiro falo: **mas não são os agentes, são os meus meninos, né, chamo eles de meninos, né.** E a gente acaba tendo isso. Então a gente acaba vendo isso como uma coisa da gente, né, é uma coisa assim, carinhosa até de dizer, a gente percebe assim que eles contam muito com a, o enfermeiro, né.” (Iota) (grifo nosso)*

Acredita-se que esta relação de dependência esteja vinculada aos processos educativos perpetrados, porém também se pode considerar que isto não se dê de forma conscientemente intencional, ou melhor, que a intencionalidade subjacente a esta prática não seja racionalmente percebida pelas profissionais, constituindo-se produto da historicidade pertinente à evolução da enfermagem no Brasil.

Machado (2002) atestou ser a educação uma considerável estratégia de sustentação da dominação social e econômica. Através da educação, fragmentos de poder são fornecidos àqueles cuja posição na estrutura social possa perpetuar o modelo adotado. Assim, nas origens da enfermagem brasileira a divisão social e técnica, adicionalmente influenciada por questões de gênero, colocaram a formação dos profissionais a serviço da sustentação da hegemonia da classe médica e da alienação dos trabalhadores, inculcando-lhes a idéia de que a profissão constituir-se-ia em “sacerdócio” e que o saber médico seria soberano. Os postulados de obediência, subserviência e disciplina não permitiram o questionamento de técnicas e doutrinas, constituindo-se num sistema educacional muito próximo do caseiro-patriarcal. Haja visto que, nos anos 60 e 70, a grande maioria dos estudantes de enfermagem provinha das classes mais carentes, não obstante fossem incitados a manter postura de superioridade perante seus subordinados, teoricamente seus iguais.

Acredita-se ainda que o sistema educacional vigente continua a não possibilitar o desenvolvimento de conscientização e reflexão sócio-política e infere-se que esta conjuntura, paulatinamente construída, some-se a outros elementos, contribuindo para que o processo de trabalho desenvolvido na ESF seja similar ao das UBS chamadas tradicionais, a despeito dos investimentos realizados na disseminação da visão social do processo saúde-doença e da necessidade de prover a integralidade do cuidado.

Uma produção de saúde compatibilizada com o paradigma do desenvolvimento social do processo de adoecer exige posicionamento político dos profissionais, posto que é fruto de análise crítica e sistemática das conjunturas sociais onde se insere a assistência à saúde. Sem posicionamento político o empenho em “trabalhar a prevenção”, anteriormente retratado pelas enfermeiras, fica carente de conteúdo que subsidie mudanças nas práticas de cuidado. Atribui-se à essa falta de posicionamento, a responsabilidade pela cisão do trabalho e pela destinação da prevenção aos ACS e dos tratamentos e procedimentos aos trabalhadores de enfermagem.

Essa expectativa resultou na valorização, pelas enfermeiras, do trabalho do ACS fazendo com que seja por elas considerado vital para a atividade precípua da SF, pois é através dele que as famílias são alcançadas:

“Elas (agente comunitário) têm um bom entrosamento com a população. A população, os clientes gostam delas, elas conseguem, elas fazem uma visita, elas conseguem retirar as coisas importantes.” (Gama)

“Eles (agentes comunitários) trazem algumas informações, algumas coisas, eles trazem algumas realidades do bairro que eu não sei, entendeu? Eles trazem algumas vivências que eu não tenho. Eu preciso deles. Eu não tenho como tocar meu trabalho sem a informação deles.” (Épsilon)

“Eles dão conta bem de fazer a visita mensal, de ver a família, de trazer notícias para a gente....Mas eles poderiam dar conta melhor, ter uma visão melhor, do grau da, da área do problema.... Eles trazem para a equipe e a equipe tem que ir junto com eles diagnosticar.” (Zeta)

Dessa forma, se estabeleceu uma relação de mútua dependência que justifica tanto a tutela como o laço estabelecido com o grupo. A fragilidade de sua formação e a complexidade de suas tarefas deixaria implícito que a natureza do trabalho dos ACS exigiria maior habilidade para lidar com problemas os quais, embora tenham capacidade para reconhecer, não conseguem resolver. Esse momento revelou a enfermeira como alguém apta a buscar as possíveis soluções, ocupando um espaço diferenciado e único.

Sendo assim, enquanto os ACS, em parceria com a enfermeira, lidam com problemas e situações, a equipe de enfermagem lida com questões de cunho técnico - científicas. Mais uma vez se evidencia a dicotomia existente, que se refere também à disputa do chamado conceito ampliado de saúde, desenhado a partir do movimento preventivista, e do conceito pautado na determinação biológica da saúde.

Segundo Nunes (1994), foi o movimento preventivista que se opôs a partir dos anos 50, ao menos no âmbito conceitual, à valorização da atenção individual vigente na época a qual, por sua vez, guardava estreita relação com o uso maciço de antibióticos e com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas após a II Guerra Mundial. Para ele, os reflexos do movimento foram mais significativos na área da formação, com a criação dos departamentos de medicina preventiva em importantes instituições formadoras, do que no tocante à prática médica propriamente dita. Entretanto, enquanto crítica à biologização do ensino e das práticas individuais centradas nos hospitais (herança do relatório Flexner), o movimento conferiu

visibilidade à necessidade de se adotar uma visão mais integral dos indivíduos, a qual contemplasse também a dimensão psicossocial dos sujeitos, seus núcleos familiares e sua comunidade. Como saldo positivo, poder-se-ia citar, entre outros, a incorporação das ciências humanas na grade curricular dos cursos de medicina e o incentivo para que os profissionais também atuassem fora dos contornos das unidades de saúde.

Ainda sobre o conceito ampliado de saúde cabe ressaltar que, ao abordar a saúde como resultante das condições de vida - entre as quais se inclui o acesso a alimentação, lazer, trabalho, moradia e educação, obteve o mérito de valorizar os determinantes sociais da doença, numa nítida oposição aos conceitos de cunho exclusivamente higienista-curativos tradicionais. Entretanto, como apontado por Lunardi (1999), esse conceito não pode ser o único subsídio utilizado para abarcar a complexidade das questões que envolvem a saúde, sob pena de comprometer a integralidade. Nos países desenvolvidos, por exemplo, as pessoas adoecem a despeito de estarem equacionadas as questões sociais.

A dicotomia saúde física e saúde social, também foi destacada por Franco e Merhy (1999), Campos (2008), Conill (2008), entre outros, assim como as implicações da generalização de uma ou outra visão que resultaria, no caso da generalização da visão social, em limitações na clínica praticada pelas equipes (CAMPOS, 2008; CONILL, 2008).

Por sua vez, no âmbito das equipes estudadas, a cisão entre o social e o fisiológico e o conseqüente fortalecimento da vinculação com os ACS se consolidaram e alteraram a relação das enfermeiras com a equipe de enfermagem. Para elas, a enfermagem se mostra suficiente na realização de suas tarefas, não necessitando, portanto, de ações educativas, exceto em situações específicas, como em caso de alterações de rotina ou técnicas:

“Não sei se é porque as técnicas fazem funções técnicas, mas as agentes me procuram muito mais....” (Alfa)

“Elas (a enfermagem) têm, assim, uma boa fundamentação teórica, estão aqui faz bastante tempo [...] Elas dependem muito pouco de mim para orientação.” (Gama)

As enfermeiras consideram que, embora apto a realizar técnicas, os trabalhadores de enfermagem necessitam adquirir habilidades para atuar na saúde da família, não tendo ainda adquirido competências nesse sentido. Assim, a ausência de tais habilidades acabou por confinar a equipe à dimensão taylorista/mecanicista do trabalho, excluindo-a do que seria o trabalho preventivo. Ao ser indagado a qualificação da enfermagem para atuar na saúde da família, Alfa disse:

“Eu acho que na forma técnica sim, né porque não tem o que mudar, uma injeção um curativo não tem que mudar, mas na parte social, englobar, ter aquele amor do PSF, da família, de entender a pessoa, de avaliar a parte sócio econômica, tudo essas coisas que tem do PSF, eu acho que sim, mas eu acho que é uma coisa assim, um pouco diariamente também, conversar mais o que que é, qual a política do PSF, qual que é a função do PSF, porque as pessoas aqui em [...] não entendem qual que é a função do PSF. Então eu acho assim, teria que ter uma capacitação? Teria, mas eu acho que é uma coisa simples, uma coisa que daria para ser feita [...] como essa é minha função, então eu teria que tá passando. Então eu montei umas escalinhas, mas eu não consegui abranger todo mundo. Então eu falei um pouquinho do que que é o SUS, como, mas eu falei mais focado com as agentes porque eu não consigo juntar todo mundo aqui. A gente não dá para fechar o posto, mas eu foquei bastante com as agentes, já dei uma aulinha para elas do que que é o SUS, do que que é o PSF, qual que é a função, a profissão do agente de saúde. Então agora, isso aqui é uma das metas agora prá esse ano, formar um cronograma, que é uma coisa que está sendo cobrada mesmo, do DRS.. e eu tá passando prá todo mundo a visão do que é o PSF. Então eu acho que seria uma qualificação, né.” (Alfa)

Embora reconhecendo, ainda que de forma tácita, a dificuldade da enfermagem em atuar na saúde da família a enfermeira escolheu contemplar os agentes comunitários com as ações educativas. Justificou, assim como as demais, que o processo de trabalho estabelecido e a configuração da equipe de saúde da família são responsáveis por esta limitação, que impede ou dificulta quaisquer iniciativas no sentido de aproximar a enfermagem das demais dimensões da assistência.

“Uma porque, né, a equipe mínima, só dois técnicos, elas têm que dar conta dos curativos, dos procedimentos, vacina, tudo. E acaba que elas ficam muito, meio por fora, eu acho isso.” (Teta)

“A maior dificuldade que eu tô tendo com a equipe de enfermagem é que elas têm uma sobrecarga de trabalho muito grande.” (Épsilon)

Entretanto, por maior que seja o incômodo, são poucas as iniciativas no sentido de reverter a situação e de aproximar a equipe de enfermagem do usuário, qualificando-a para atuação na saúde da família. Apenas uma das enfermeiras relatou ação concreta nesse quesito:

“Uma coisa que tá me pegando é, é, eu precisava de um espaço, eu gostaria muito que a minha equipe saísse um pouco aqui de dentro, da unidade, saísse um pouco mais para a rua. A gente começou a fazer isso esse ano [...] Então eu tiro daqui e tou mandando para a rua, isso tem sido ótimo para a enfermagem. Então quando ela sai, eu cubro, eu faço a parte dela e mando para a rua. Isso tem sido assim.” (Épsilon)

Se por um lado esse panorama circunscreve a atuação da equipe de enfermagem, por outro exime a enfermeira de responsabilidade, quer sobre a formação, quer sobre a atuação desses profissionais, além de limitar a ocorrência de disputas e competições. Quando indagada se equipe de enfermagem requisita a enfermeira tanto quanto a de agentes comunitários de saúde, uma das enfermeiras disse:

“A equipe de enfermagem, é, também, assim, né, sempre vem pedir assim, trocar uma idéia, então também existe isso. Lógico, não é 100% isso. Vai ter aquele profissional que às vezes quer disputar com o profissional enfermeiro, né. Mas isso graças a Deus na minha experiência foi uma minoria, muito ínfima, né. Então assim que, às vezes quer testar o enfermeiro, se o enfermeiro sabe mesmo, né.” (lota)

Tanto quanto a educação que aprisiona, praticada na perspectiva de “captação mágica”, o confinamento da equipe de enfermagem à dimensão manufatureira do trabalho, responsável pela produção de procedimentos, sob a justificativa de expertise é também uma forma de perpetuar o modelo tradicional de

operar a saúde. Uma e outra aprisionam, seja pela exclusão ou pela inclusão nos processos.

Franco (2007, p. 429) advogou que

paralela à linha de produção do cuidado, há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS. [...] O não-reconhecimento de um saber gerado a partir “da ponta” leva à formação de sujeitos heterônomos (grupos sujeitados em lugar de grupos sujeito) e é a isso que os trabalhadores ficam reduzidos, submetidos a uma “pedagogia da dependência”.

Para ele, a educação que sujeita sem considerar a capacidade criativa e as subjetividades envolvidas na produção do cuidado seria responsável pela perpetuação da relação de submissão e pela manutenção da cadeia de subordinação determinada pela divisão social e técnica do trabalho.

O distanciamento da equipe de enfermagem evita confrontos e questionamentos. A submissão da mesma às demandas produtivas impede a reflexão e a crítica. Logo, excluir ou não incluir determinados segmentos de trabalhadores nos processos educativos é uma forma de perpetuar não só a cisão do processo de trabalho, mas também a heteronomia dos mesmos.

Assim como a educação de Freire deve levar a processos de mudança na realidade social, a educação a que Franco (2007) se referiu, a EPS, também tem como pressuposto a indução de mudanças no processo de trabalho e nos próprios trabalhadores. A partir de Baremlitt, Franco reforçou que a educação não é um objetivo, podendo ser um meio ou um “dispositivo” capaz de mobilizar desejos, sentimentos e percepções na produção do novo. Assim, Franco apostou que os “processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la” (2007, p. 430).

Para tanto, o coletivo de trabalhadores da saúde da família, deveria ser estimulado, através dos processos educativos, a se auto-analisar e a analisar o seu processo-produto de trabalho o que, no entanto, não se faz viável na impossibilidade de partilhar os espaços educativos enquanto coletivo.

Fundamentalmente, conquanto admitam a condução de ações educativas formais e informais, mesmo salientando a existência de fragilidades na qualificação e ainda que destinem parte de seu tempo à orientação de membros da equipe, grande parte das enfermeiras não incluiu no rol de suas funções a responsabilidade formal por facilitar ou coordenar processos educativos. A fala abaixo sugeriu que a não inclusão sistemática de atividades educativas, deve-se à falta de tempo:

*“Agora assim, é o que eu falei: **capacitação é uma palavra muito pesada, e assim muito compromissada, a gente tá aqui para trabalhar junto, para trocar as experiências também, né. Dividir sobre experiências também. Mas a capacitação, eu vejo assim, para você ser um capacitador, você tem que ter tempo, para você ser um capacitador, né. Então assim, eu não sei se enquanto enfermeiro de saúde da família eu sou um capacitador**”* (Iota) (grifo nosso)

Uma das enfermeiras chegou a referir que as atividades educativas não podem depender das enfermeiras, pois que não se rotula educadora nem professora e que, cotidianamente pode auxiliar, mas que necessitaria de uma formação à parte porque “não sabe dar a parte teórica”, numa nítida alusão à educação voltada a transmissão vertical e formal de conhecimentos.

Outra profissional narrou consistir fragilidade da equipe o fato de ser ela a pessoa que vem realizando os “treinamentos” ao longo do tempo.

Parece que o processo de trabalho não permite a inclusão sistemática de atividades educativas levando as enfermeiras a se eximirem da responsabilidade por educar. Sendo assim, ao circunscrever suas ações ao âmbito da informalidade, as enfermeiras se permitem não serem avaliadas nesse quesito, deixando claro não ser essa a finalidade do seu trabalho.

A esse respeito, Silva, Dias e Rodrigues (2009) consideraram que as disparidades de ordem social e cultural entre as concepções de saúde que permeiam as relações entre profissionais e usuários, se refletem nas práticas educativas junto à comunidade. Afirmaram que, para a maioria dos profissionais, na perspectiva capitalista, a saúde a ser conquistada pela comunidade resultaria da venda de sua força de trabalho representando, desta forma, mercadoria de troca. No entanto, para os usuários a saúde consistiria em um ideal a ser atingido com o

auxílio dos profissionais de saúde e de fatores adicionais. Conseqüentemente, entendem que essa diferença de concepção e a falta de conhecimento da expectativa do outro, leva o trabalhador a fabricar um produto a ser consumido por pessoas não “decifradas” e gera certo estranhamento quanto ao resultado do seu trabalho.

Assim, para os autores, esta condição justificaria o pouco investimento e valorização das ações educativas, uma vez que se constituem em atividade imposta, para a qual não vislumbram resultado perceptível. Ainda, o fato de a sociedade ansiar por práticas medicalizadas e medicalizantes, o entendimento da unidade de saúde enquanto produtora de cura e procedimentos, além do prestígio social que tal entendimento encerra, contribuiria para que os enfermeiros de seu estudo não valorizassem a dimensão educativa, dado que ela não possuiria valia para a “clientela”.

Considera-se que estas reflexões aplicam-se às atividades educacionais voltadas aos agentes de enfermagem e comunitários. A ponderação de que o ACS é um membro da comunidade e, como tal, pode possuir uma cultura não decifrada e não compatível com o discurso oficial sobre saúde e doença, somada ao fator divisão social do trabalho forneceria elementos que, somados aos já discutidos, contribuiria para a simplificação do papel educativo do enfermeiro perante a equipe, reduzido a informar e a esclarecer dúvidas.

Desta feita, se por um lado tal atitude permite inferir que as enfermeiras realmente não se consideram competentes para tanto, por outro induz a crença de que, para elas, a educação da equipe é requisito da coordenação, pois para que as atividades saiam a contento é preciso orientar. Efetivamente parece que as enfermeiras não gostariam de formalmente assumir a responsabilidade pela educação da equipe, atribuindo esse papel a agentes externo, como se verifica nas falas:

*“Ó, eu acho que a parte da enfermagem e dos ACS, eu acho que a gente tem que tá junto, mas não depender da gente, **porque eu não sou educadora nem professora.** Então assim, **no dia a dia eu vou ajudar, ajudar na solução,** mas que precisa ter uma formação para a gente, tipo assim a parte, a parte teórica eu não sei dar”*(Zeta) (grifo nosso)

“Eu acho que cabe a cada um procurar a sua atualização, mas eu acho que também compete à Secretaria estar fornecendo aos profissionais [...] . Mas eu acho que é fundamental também ser fornecido pela Instituição essa capacitação e atualização sempre. Para que as coisas não sejam assim, é, interrompidas. Eu acho que é fundamental isso.” (Iota) (grifo nosso)

*“Ah, eu acho que teria que ter, **que o que precisa é montar (serviço de educação), existir uma (equipe responsável pela educação), teria que ter uma educação que já existia, que tem que voltar essa equipe, porque ela ainda existe, mas eu não vejo a atuação dela aqui nessa equipe.**”(Zeta) (grifo nosso)*

Todas as possibilidades são plausíveis, inclusive a consideração de que tais atitudes seriam influenciadas pela pouca valorização social que o educar encerra quando confrontado com as demais atribuições de cunho técnico, científico e gerencial, próprias do exercício profissional da enfermeira.

Sobretudo, a postura das enfermeiras remete à formação e ao quanto a dimensão educativa foi enfatizada, valorizada e trabalhada. Mais do que não possuir afinidade com a tarefa, fica patente a falta de confiança, advinda do que consideraram falta de preparo.

As alternativas parecem influir no panorama descrito, ainda que em nível não racional ou logicamente elaborado. De qualquer forma, tais possibilidades encerram incongruências. Considera-se que as contradições subjacentes a tais entendimentos, aparentemente polarizados, somar-se-iam às contradições já identificadas no domínio conceitual e prático da ESF, anteriormente apontadas.

De forma resumida, dentre os vários fatores que culminam na assunção involuntária ou paliativa do papel de educadoras pelas enfermeiras em questão, poder-se-iam elencar, entre outros, a carência de formação em docência, permeada pelo entendimento de educação como aquela tradicional ou escolar; a não valorização da atividade por elas mesmas, pela equipe, pela gestão e pela sociedade; a persistência do modelo mecanicista de operar a saúde e o excesso de atribuições.

Concluindo, a presente investigação possibilitou averiguar o que vários autores anteriormente citados afirmaram, ou seja, os processos laborativos, de uma forma ou outra, proposital ou não, são educativos. Logo, qualquer que seja o formato - estruturada ou informal; o planejamento - por acaso ou de propósito; a intenção - com ou sem intencionalidade subjacente; a forma - isolada ou em equipe, e o

produto - autonomia, heteronomia, libertação, tutela, manutenção, transformação; o fato é que as ações educativas efetivamente acontecem e podem encerrar ou não, ainda que as enfermeiras não se dêem conta, possibilidades de evolução para processos que induzam o “pensar certo”, característicos de EPS.

O tópico a seguir objetivou desvendar tais possibilidades, a partir do painel descrito pelas enfermeiras.

4.2.3.4 A EPS na saúde da família: real ou virtual?

Parte das entrevistadas referiu possuir familiaridade e habilidade na dimensão educativa do trabalho. Dentre as nove enfermeiras, quatro mencionaram desenvoltura, reportando à atividade docente exercida em instituições formadoras de nível médio e afirmando ser um de seus papéis atuar como educadora junto ao grupo. Citam que se consideram gratificadas por ver que a equipe aprende, sendo o resultado dos processos perceptível no domínio das famílias “informadas” ou “auxiliadas” pela equipe:

“Eu não sei se também porque eu dei aula, né...então eu acho isso contagiante. E me sinto gratificada de ver que elas estão interessadas, que elas tão aprendendo...” (Alfa)

“De educação sim, é uma coisa assim, bem pontual, não tem sistema de educação permanente nada, mas assim, eu desempenho.” (Gama)

Ainda assim, entendem que a demanda por qualificação não se constitui responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro. Para algumas, deveria ser partilhada com a Instituição. Para outras, com o restante da equipe. Há quem considere ser responsabilidade do próprio profissional buscar meios para qualificar seu trabalho e há também, conforme anteriormente relatado, quem não se julgue apta para tanto. Tais concepções encontram-se exemplificadas abaixo:

“Ah, eu acho que teria que ter, que o que precisa é montar, existir uma, teria que ter uma educação que já existia, que tem que voltar essa equipe, porque ela ainda existe, mas eu não vejo a atuação dela aqui nessa equipe.” (Zeta)

“Faltaria a participação da gestão. No sentido de respostas eh, interesse assim, de procurar mais curso, mais atualização, mais, entendeu, não só reuniões na, na regional. Mas assim, palestras, para enfermeiro, para técnico, para agente comunitário... Quem está fazendo treinamento ao longo do tempo sou eu com eles e, é uma fragilidade.” (Delta)

“E assim, aqui na unidade o que a gente vê que é uma necessidade a ser suprida, às vezes nem sou eu que percebo essa necessidade. Oh pessoal: olha a gente precisa ver isso. A gente vai ver isso, mas serei eu, será a doutora, será a dentista? Vamos convidar alguém de fora? É coisa daaaa, se há necessidade, se existe uma fragilidade, a gente tenta resolver a fragilidade.” (Iota)

Contraditoriamente todas as enfermeiras, mesmo aquelas que não assumem como sua a tarefa, e ainda que essa atividade não seja por elas rotulada como atividade pedagógica, promovem ações educativas direcionadas às equipes de enfermagem e de agentes comunitários.

Essa contradição se sustentou também no estudo, já citado, realizado por Santana, Nakatani, Freitas, Souza e Bachion (2010). Na análise verificou-se que para os docentes a capacitação da equipe é uma das funções do enfermeiro, a qual agrega respeito e autoridade ao seu papel. Reportam ainda ao lugar historicamente ocupado pela categoria e que se constitui, junto com a administração ou gerenciamento, um dos pilares sobre os quais a profissão se sustenta, o que pode explicar o fato do desempenho, não obstante a negação.

Este achado aparentemente contrasta com o de Silva, Dias e Rodrigues (2009) que se depararam com a negação do papel educativo por enfermeiros. Entretanto, perante a consideração de que a primeira investigação teve como público alvo docentes enfermeiros e a segunda, profissionais de enfermagem, pode-se depreender que as informações seriam complementares. Ou seja, se durante a formação do enfermeiro, por inspiração dos professores, a dimensão educativa adquire importância, na vida profissional essa importância se extingue na proporção em que não encontra validação pela população usuária dos serviços, pela gestão e pela própria equipe, que não inclui a educação como componente do processo de trabalho.

Igualmente, a qualificação profissional é contraditoriamente citada pelas enfermeiras como fortaleza e como fragilidade dos trabalhadores de enfermagem e agentes comunitários.

Relativo aos ACS, a fortaleza se constitui no fato de lidarem satisfatoriamente com a comunidade, seu envolvimento e preparo para o desempenho da função. A fragilidade diz respeito à falta de repertório em algumas questões, geralmente envolvendo situações de saúde/doença, a dificuldade em “diagnosticar” o real problema de cada família e a falta de “treinamento no módulo introdutório do PSF”. Nesse sentido, as ações educativas direcionam-se a suprir tais deficiências:

*“É, quando não é uma coisa ehhh, focada a uma pessoa, que eu vou dar aula, por exemplo, assim, eu vou falar sobre dengue [...] No entanto que elas levam o questionário, mas éeee, de **reflexão o questionário**, nada assim, a dengue faz isso faz aquilo, não, é para elas verem nas famílias delas o que encontram, o que que elas orientariam, **mas com o intuito de reflexão**. [...] Agora no dia a dia depende de cada paciente, da situação de cada paciente, conforme vai aparecendo as coisas. Então, por exemplo, nós temos uma paciente que tá com dificuldade para tomar remédio, então sento eu e a agente de saúde, eu obtenho toda a informação dela, vou lá, visito a paciente, vejo o prontuário, o remédio ela tá tomando, nós duas organizamos [...] Então a gente vai reavaliar o caso e vai mudar o que tiver necessidade [...] Eu e a agente de saúde, **porque eu deixo ela participar** totalmente: ai Alfa eu acho que seria bom fazer assim [...] Então eu **deixo elas participarem bastante e elas se sentem muito importante com isso**. Elas se sentem muito importantes. No entanto que você ir lá e colocar uma coisa moldada não dá certo, porque cada um acha de um jeito, né, tanto o funcionário, profissional quanto o paciente, né..” (Alfa) (grifo nosso)*

Notou-se na fala da enfermeira a preocupação com o aspecto reflexivo da educação e com a construção de alternativas para o cuidado. Mas também é possível perceber um lampejo de condescendência ao relatar a escuta ao ACS. O que vem a reafirmar o impasse na assunção de métodos educativos emancipadores e as dificuldades, já descritas, no que tange à prevenção.

Nesse sentido, incumbe novamente assinalar que os próprios docentes enfrentam dúvidas na adoção da ação educativa reflexiva. Campos e Pessoa (2001) depreenderam da obra de Dewey, outra referência da pedagogia reflexiva, o entendimento de que a atitude reflexiva implicaria em “abertura de mente, responsabilidade e dedicação” (2001, p. 191). A abertura de mente caracterizar-se-ia

como a inclinação em buscar e agir sobre diversas perspectivas, considerando as possibilidades de produção de equívocos relativos às posturas aparentemente mais plausíveis, num perene questionamento quanto às motivações implicadas nas ações produzidas. A responsabilidade, por sua vez, determinaria conjeturas sobre o efeito das ações educativas para os sujeitos, ponderando que o mesmo se produz em termos de conseqüências políticas e sociais, acadêmicas e pessoais. Ou seja, a atitude responsável estenderia os resultados da ação educativa para além da mera transmissão de conhecimento. Finalmente, a ação reflexiva imbuída de dedicação resultaria num ininterrupto pesquisar quanto aos próprios conceitos, ações e valores em confronto com as situações que se apresentem como novidade.

Nesse ângulo, a atitude reflexiva ultrapassaria a simples determinação ou desejo das enfermeiras, pois que não se caracteriza enquanto algo próprio de uma situação ou de um momento, mas enquanto postura perante a existência, como professou Freire ao longo de sua obra.

Pertinente à equipe de enfermagem, a fragilidade evidenciada pelas enfermeiras diz respeito ao não envolvimento com o que consideram o sentido da saúde da família e à falta de habilidade para lidar com aspectos relacionais reproduzindo, provavelmente, as práticas a que foram submetidos na educação formal. Expuseram de forma bastante incisiva enquanto fragilidade o confinamento do grupo aos procedimentos técnicos, além da falta de treinamento no “módulo introdutório do PSF”. Como fortaleza, o fato de dominarem a dimensão técnica do trabalho, a disponibilidade em aprender e em trabalhar em equipe. Referiram uma relação mais horizontal e práticas educativas menos formais com a equipe de enfermagem:

“Mas a troca é constante. Tudo que eu, que eu vejo que mudou que não mudou, se tá assim, se tá assado, ou, tudo é... é o tempo todo... qualquer atividade tem troca constante. Ai mudou, agora não vai ser mais assim, vai ser assado, então uma passa prá outra, não tem aquela coisa formal de fazer reunião.” (Alfa)

Deve ser apontado que a falta do “treinamento no módulo introdutório do PSF” que consta como fragilidade para as equipes, é citada como algo fora da governabilidade das enfermeiras, pois que não se configuraria como sua

responsabilidade e sim da gestão. Embora a maioria delas tenha admitido ter sido qualificada nesse sentido, aparentemente não se sentem responsáveis por reproduzi-lo, o que reforça o anteriormente apontado no sentido de que, para elas, as ações educativas direcionadas à equipe não constituiriam o escopo de suas atividades profissionais.

Segundo relatado, as atividades pedagógicas planejadas ou não, acontecem no espaço da reunião de equipe, a qual nem sempre conta com o grupo todo, sendo mais freqüente a presença dos ACS. Entendem que os temas abordados traduzem as necessidades da equipe, relacionadas ao cotidiano do trabalho. Entretanto, os temas citados quase sempre aludem ao aspecto fisiopatológico dos agravos prevalentes na população, o que coincide com os resultados encontrados na revisão de literatura preliminar. O trecho abaixo revelou tanto a preocupação em atender às demandas da equipe, quanto o tanto que essas demandas traduzem um modelo de atenção biomédico:

“Olha saía deles, às vezes da situação que a gente tá vivendo, né. Uma situação de epidemia, necessariamente a gente estava falando, né, dengue, H1N1, né, estratégia prá, prá sensibilizar as pessoas a participarem, né, o que fazer, como abordar, né. E a gente também muitas vezes procurava capacitar eles para eles fazerem o grupo, né.[...] Ah, assuntos relacionados a saúde da mulher, saúde da criança, diabetes, hipertensão, deixar de fumar, alcoolismo, que a gente tinha muito, né. Às vezes a gente até chamava alguém de fora.” (Teta)

Mesmo discursos aparentemente mais democráticos, de respeito aos desejos e conhecimentos do outro, que se aproximam dos postulados da EPS, traduzem a hierarquia das relações estabelecidas, o que espelha a dificuldade em se romper com o estabelecido e historicamente praticado. Logo, os relatos, assim como as ações, transitaram entre o respeito e a condescendência, entre a horizontalidade e verticalidade das relações, entre a produção de sujeitos e de objetos:

“Eu acho que a fortaleza é os.... a a....gente tá respeitando mesmo, a opinião de cada um , né. Tem muita discussão, tem muitas controvérsias, mas a gente chega a um denominador comum. Depois de muita briga, né. [...] “Com o tempo, isso vai, a gente vai, moldando as pessoas, mas, custa

um preço, né. A gente tem que estar o tempo todo em cima, orientando o por que, prá que que tem que ser feito daquele jeito, entendeu? Não o todo, porque isso a gente não consegue. Por isso que fala tanto desse perfil, né”. (Etá)

Durante todo o tempo as descrições das ações educativas oscilaram entre a educação bancária tradicional e tentativa de propostas inovadoras. Foi possível vislumbrar algumas aproximações com a EPS, minimamente no tocante ao conteúdo explícito nas falas. Referiram discutir estratégias de tratamento, assuntos organizacionais da unidade e construção de estratégias para abordagem dos usuários. Teoricamente tais temas possuem proximidade com a EPS, na medida em que efetivamente demandariam revisão e construção conjunta do processo de trabalho:

“Assim, de paciente, a gente discute caso, a gente discute estratégia de tratamento, hipertensão, sintomas de gravidez, todos os assuntos relacionados aos clientes, assunto organizacional da unidade também, quando a gente tá percebendo alguma que tem alguma dificuldade ali, mesmo, vamos mudar móveis da unidade, tudo relacionado à unidade geral....” (Delta)

Assim, embora as citadas discussões pudessem ou devessem se pautar no usuário e na organização do trabalho, aparentemente têm como foco o agravo. Não revelam aproximação com a formatação de projetos terapêuticos individualizados ou com a clínica ampliada, mas com estratégias de tratamento, remetendo e resumindo a ação educativa à operacionalização de protocolos, o que, conforme discussão anterior se distancia da proposta de integralidade e de EPS.

O mesmo se dá quando se observou os instrumentos utilizados pelas profissionais na condução das iniciativas educativas. Foram arroladas ferramentas próprias da educação tradicional, como recursos áudio visuais de diferentes graus de complexidade tecnológica, e também recursos análogos à EPS. As transcrições abaixo expõem as ferramentas utilizadas como disparadoras do processo de reflexão e aprendizagem:

“Olha eu sempre lanço mão assim de, revistas, filmes, artigos, sempre puxava um assunto: olha vamos falar disso, olha, aí, éeee, para chamar mesmo para uma conversa. Eu, eu procuro não fazer essa parte assim muito autoritária, se impor, né. De chamar as pessoas, prá motivar, sempre nessa linha.” (Teta)

“Surge da necessidade da unidade, do contexto que está vivendo agora: olha tou pegando carteira atrasada, tem criança que está escapando, não está com a vacina, vocês não estão olhando [...] Eu uso quadro negro, a gente tem muito material, eu usoooo retroprojeto, eu faço aula expositiva, eu pego prontuários, eu pego histórias de prontuários, éeee levanto quadro de pacientes que eu já atendi, mostro o que aconteceu, qual foi a atitude tomada.” (Épsilon)

Ainda assim, embora seja importante, o instrumento por si só não garante o processo crítico e reflexivo, pois sua utilização depende do emprego pelo facilitador. O que se percebe é que, em algumas situações, mesmo ferramentas características da EPS, acabam sendo colocadas a serviço de outras formas de educação. Nessa perspectiva, quando aborda a necessidade e o contexto da unidade como pauta das ações educativas *Épsilon*, por um instante, sugeriu uma prática educativa voltada à problematização do processo de trabalho. Entretanto, ao imprimir um tom de cobrança à fala, imediatamente remeteu à supervisão das tarefas e ao cumprimento de roteiros e metas, sem questionar o conjunto de implicações “do atraso das carteiras de vacina”, ou seja, sem problematizar o atraso. O mesmo aconteceu em relação às demais ferramentas que sugerem EPS, mas também apontam aulas expositivas, pertinentes à educação escolar.

Freire (2002) colocou como pressuposto para um ensino problematizador o estabelecimento de diálogo entre educador e educandos. Considerou que a educação dialógica estivesse alicerçada na troca de experiências e saberes, estabelecida de forma horizontal e permeada por afetos, (pré) conceitos, esperança e crença na capacidade e possibilidades do outro.

Nesse sentido, práticas problematizadoras e dialógicas se aproximariam do atraso referido por *Épsilon* no sentido de defini-lo enquanto problema, não só na perspectiva das metas não cumpridas, mas a partir dos vários entendimentos acerca do “por que” e “para quem” o atraso consistiria em um problema. Ato contínuo seria elucidar o contexto onde o atraso ocorre, suas causas, conseqüências e fatores determinantes, estabelecendo hipóteses a respeito. Por fim, seriam formatadas, ainda que por tentativa e erro, estratégias para o enfrentamento da questão. Dessa

forma, o atraso vacinal extrapolaria a dimensão puramente epidemiológica rumo ao reconhecimento de elementos de ordem social, administrativos da unidade, educacionais e até mesmo políticos, implicados no atraso do calendário vacinal. Mais do isso, pela ótica da EPS a problematização do atraso implicaria, necessariamente, na revisão dos processos de trabalho.

Outro estudo relatou as incongruências entre discurso e prática presentes no discurso do sujeito coletivo dos docentes de enfermagem. Através dele foi possível reconhecer uma excessiva valorização da dimensão técnica do exercício profissional, muito embora os docentes tenham enaltecido as dimensões atitudinais e cognitivas, como o saber aprender, ser e conviver, presentes na formação do enfermeiro (SANTANA, NAKATANI, FREITAS, SOUZA e BACHION, 2010).

Os dados da presente pesquisa corroboraram o achado, identificando que os paradoxos vivenciados pelos docentes fazem parte nas práticas dos alunos já enfermeiros. Aqui também foi possível observar contradições entre o que é dito e o que é realizado, persistindo para os profissionais o desafio de superar modos de fazer habituais.

A mesma discrepância entre práticas e concepções foi encontrada por Silva, Dias e Rodrigues (2009). Em seu estudo, o discurso dos enfermeiros revelou afinidade com o trabalho educativo, realizado ora de forma vertical e tradicional, ora de forma dialógica e democrática, considerando as necessidades, experiências e vivências da comunidade. A presença, ainda que incipiente, de métodos condizentes com a EPS possibilitou, na visão dos autores, a co-existência “no cenário da Estratégia Saúde da Família de Sobral elementos de ambos os modelos, sendo o primeiro hegemônico e o segundo, uma tentativa de consolidação dos pressupostos do SUS”, (2009, p. 1461), tal qual se observou no contexto do cenário pesquisado, onde algumas profissionais parecem estar mais identificadas do que outras na adoção de práticas educativas mais democráticas. Demonstrando estarem elas mesmas adquirindo habilidades para questionar o processo e produto do trabalho, aparentemente algumas enfermeiras estariam mais maduras no caminhar rumo à educação participativa:

“Eu estava até conversando com a Dra para a gente definir assim, que a primeira reunião após o fechamento do SIAB, nós vamos estar discutindo os indicadores...Para não ficar uma coisa só

meramente alimentar o sistema. Pra que toda a equipe tenha conhecimento do que está acontecendo. ... para que a gente possa estar intervindo naaaa, né, o que que aconteceu, o que que a gente pode fazer para estar evitando essas complicações, então assim, nesse sentido. E é uma coisa queeu acho, que é interessante a equipe estar discutindo, conversando.” (Iota)

“Então dentro da, da equipe, um agente comunitário, eles mesmos, a gente mesmo escolhia quem ia ser. Ou alguém se prontificava, porque tinha mais (casos) na comunidade dela. Estudava, trazia a matéria, em cima daquilo, a gente discutia e via como a gente podia aplicar na, na naquela comunidade. Então a reunião de equipe era assim, semanal, mas a cada 15 dias um pedaço da reunião era prá, educação permanente [...] Então, ensinar como que vê um gráfico, né, a gente deixava esse pedaço para a educação permanente. Porque isso eles já tiveram há muito tempo, só que vai trocando o agente comunitário, muitos esquecem de trabalhar em cima disso.” (Zeta)

Depreende-se das falas acima, um esforço em direção à reorganização dos processos de trabalho e uma tentativa de aplicação dos conteúdos teóricos à singularidade de cada contexto. *Iota* ressalta a necessidade de conhecer o contexto, não apenas em cima de percepções e relatos, mas também a partir de dados concretos disponibilizados à equipe. Deve, entretanto, ser ressaltado que a profissional atua há onze anos na SF e que, aparentemente, somente recentemente se deu conta de tais possibilidades. Nesse sentido cabe discutir se o fato é produto de amadurecimento profissional, se contém influências dos movimentos de EPS disparados em nível local e nacional, ou se ambos. Por outro lado, o relato de *Zeta* mescla ações que se aproximam da EPS e também da Educação Continuada, espelhando a grande incógnita que a proposta representa para a maior parte das enfermeiras.

Percebe-se, portanto, que as enfermeiras têm grande dificuldade em entender, definir ou distinguir o conceito de Educação Permanente em Saúde. Esse quesito iguala as que fizeram ou não pós graduação em saúde da família e as que possuem ou não experiência em docência. A indagação sobre o que seria a EPS causou perplexidade nas profissionais, numa nítida demonstração do quanto ela se faz distante do dia a dia das unidades de saúde. Em quase todas as respostas figura o termo “atualização”. Os fragmentos abaixo refletiram tais equívocos:

*“Sim, é o, a, seria a gente tá seeeeeee, qualificando?... Éeeee sempre, sempre tá se **atualizando**, se inovando, sempre táaaaa, como é que a gente pode falar.... Seria educação mesmo. Estar se educando o tempo todo, com todas as mudanças que têm...” (Etá) (grifo nosso)*

*“Eu imagino que seja.... **atualização**, em... todos os sentidos, né. Em termos de cuidado, em termos de organização, em termos de gestão, em termos de gerenciamento. Atualização. Estudo. Pesquisa.” (Delta) (grifo nosso)*

*“É assim, a gente acredita, eu acredito que EP é estar sempre colocando em prática as mudanças propostas, é estar sempre **atualizando**, os conceitos, de feridas, de tratamento, você estar sempre **atualizada**, isso seria EP. [...] Então, é, às vezes eu vejo algumas orientações que não se usam mais, alguns cuidados que não se usam mais. Vejo também que eles (os ACS) acabam colocando algumas atividades, alguns procedimentos, e que funcionam, que [...] **Se eu faço uma EP, é se eu oriento corretamente, o meu cliente.** [...] É o que eu procuro fazer. Tanto com os pacientes quanto para o pessoal da casa. Para o pessoal da casa eu tento mais uma linguagem mais científica. Para o pessoal, para os clientes eu tento uma explicação, uma orientação que seja acessível, para não ter dificuldade.” (Épsilon) (grifo nosso)*

Dos fragmentos acima se depreendem sugestões, ainda que de forma bastante embrionária, de focar o processo de trabalho - quando são mencionadas a gestão e a organização; de considerar o saber do outro - quando é mencionado o que não é científico e funciona; de transformações – quando se fala em colocar em prática as mudanças propostas. Ainda assim, chama à atenção em quase todos os relatos a ausência de indicações mais contundentes acerca de construção coletiva, roda de conversa e relações interpessoais horizontais, pressupostos que embasam a EPS, mas que também compõem os conceitos de integralidade, trabalho em equipe e interdisciplinaridade, presentes na proposta da ESF (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009). Há que se lembrar, sobretudo, que a EPS estrutura-se na problematização do processo de trabalho, problematização que, conforme já discutido, encontra-se intrinsecamente relacionada ao estabelecimento de atitude crítica e reflexiva a qual, por sua vez, é essencialmente dialógica (FREIRE, 2002). Assim, a inexistência de espaços que abarquem a equipe como um todo e a opção por orientações individuais ou por categoria profissional tende a desviar qualquer iniciativa da EPS.

A recorrência da necessidade de atualização reproduz o quanto os processos de trabalho encontram-se impregnados de tecnicismo e cientificismo, e o quanto o

imaginário do trabalho em saúde vincula-se ao uso das chamadas tecnologias duras (FRANCO e MERHY, 1999). De alguma forma, as enfermeiras são atropeladas pela premência em se manter atualizada e à sua equipe quanto às novas tecnologias.

Em alguns momentos o termo EPS foi utilizado como termo substitutivo de educação continuada, como se apenas fosse uma versão mais atual de um vocábulo ultrapassado, e não como se encerrasse conceitos e propostas diferentes:

*“E é importante estar sempre fazendo a capacitação em serviço, porque as coisas mudam muito, né. Então isso é importante e na prefeitura tem esse **local de educação continuada, permanente, né... Continuada ou permanente, essa educação?**”* (lota) (grifo nosso)

*“Olha, quando eu entrei na prefeitura, **não existia educação permanente, existia educação continuada, se mudou o nome, né..**”* (Épsilon) (grifo nosso)

Nesse sentido, compete novamente destacar que, diversamente da EPS, a Educação Continuada pretende proporcionar ao trabalhador o acompanhamento da evolução técnica e científica, através de atividades contínuas, planejadas e formais, proporcionando, desde que colocadas em prática, a qualificação da assistência de enfermagem (FERNANDES, OTENIO e OTENIO, 2010; MARQUIS e HUSTON, 2005; KURCGANT, 2001).

Contudo, por mais atual e elaborado que seja, nem sempre o conteúdo científico aplica-se à diversidade de cenários onde o cuidado se materializa. Assim, a EPS desenha-se como alternativa tangível de, através da problematização da organização da assistência, aplicar os conhecimentos que, nesse sentido, não são adquiridos e sim construídos. Na construção prevista pela EPS, ao escopo dos novos conhecimentos científicos agregar-se-iam novos entendimentos, habilidades e, necessariamente, atitudes (FERNANDES, OTENIO e OTENIO, 2010).

As enfermeiras revelaram possuir esta percepção, ainda que de forma não sistematizada. Mesmo demonstrando necessidade de aproximação com o tema, mesmo sem conseguir precisar o que seria a EPS, há reconhecimento de distorções na condução dos processos educativos habituais:

“Então o que eu questiono: dá uma aula de educação, ela muda atitude, não. Se eu falo que as drogas são perigosas, alguém deixa de fumar crack por causa disso? Não. Então, só a informação

em si ela não transforma nada. A informação ela não é um agente transformador, na minha opinião [...] eles foram muito bem treinados, eles tiveram vários treinamentos, eles tiveram treinamento de tabagismo, eles tiveram treinamento de DST, eles tiveram “n” treinamentos. Mas eu não vejo nos programas sendo realizados.” (Épsilon)

“E educação permanente teria que ser a educação permanente, mas específico para cada equipe. Quando generaliza, e manda dois membros de cada equipe num grupão de cem, não dá para, não dá para atingir o objetivo. A educação permanente teria que ver, como a gente atua na comuni, NESSA comunidade...” (Zeta) (destaque da entrevistada)

Por um lado a EPS encerra, na percepção das enfermeiras, a conotação de algo que não deve ser interrompido, de algo que deve persistir, de continuidade, compondo uma forma mais enfática de expressar a continuidade das ações educativas o que, de fato, traduz parte do conceito:

“Permanente, eu penso assim, que a gente tá sempre, adquirindo novos conhecimentos, e que as coisas, não é porque você aprendeu que ela não é passível de mudança, então as coisas estão sempre em transformação, né. E a gente tem que estar sempre renovando os conhecimentos, sempre, em busca, tal. E às vezes até mesmo que não transforme, que não mude o conceito, mas às vezes fato de agente estar ali no dia a dia, sempre ali, ali, ali, às vezes acaba virando a mesmice e agente precisa falar: opa, deixa eu retomar a para ver, para, para....mas eu sempre confundo o conceito permanente com continuada, viu?” (Iota)

De forma similar, o estudo de Fernandes, Otenio e Otenio (2010, p. 35) sobre o que educadores de enfermagem percebiam ser a EPS, constatou que “60% dos educadores compartilhavam a idéia de que a educação permanente representaria um “Aprendizado Contínuo” e 40% uma “Prática Social””, numa demonstração de que reflete também na academia a dificuldade observada no domínio das práticas (ou reflete nas práticas a dificuldade observada na academia).

Além de expressar a idéia de continuidade e de busca, a fala de *Iota* deixou implícita a heteronomia atribuída pelas enfermeiras em relação aos processos educativos. O fato de sempre “confundir os conceitos” aparentemente não representa problema para ela a não ser quando, como aconteceu no momento

pesquisa, é questionada a respeito. A possibilidade de não ofertar a resposta correta causou incômodo nela e em outras entrevistadas.

Pode-se inferir que talvez não represente problema porque, como anteriormente comentado, as ações educativas constituir-se-iam externamente às enfermeiras, parecendo não lhes mobilizar esforços ou adesão. Provavelmente se o contrário ocorresse, não só haveria domínio do conceito, como também seriam explicitados esforços no sentido de colocá-lo em operação.

Esta idéia constou de forma ainda mais específica na fala de *Delta*, que “ouve falar”, mas sequer se apropria da figura do interlocutor que discorre sobre o assunto, ou de seu nome, ou de sua função:

“Eu ouço falar sempre em reuniões, que eu, vou, vou sempre na DRS. De vez em quando vem uma moça de lá, conversar nas unidades, ela passa, não aaaaaaa, esqueci o que elas fazem.....que vem todo mês, tal...” (Delta)

Por outro lado, o entendimento das enfermeiras também encerrou a percepção de que a EPS deve, obrigatoriamente, produzir mudanças, o que se estabelece como progresso:

“Oh, eu entendi assim, que educação continuada ela é aquela formal mesmo, dar aula, de você passar....me corrija se eu estou errada, eu entendi que é isso: de você dar a aula, éee de você passar a informação e não ter a resposta. E na educação permanente é você passar a informação, é você obter a resposta de volta, você, se tiver que fazer alguma mudança.” (Alfa)

Ainda assim, nem sempre as mudanças são entendidas como constitutivas da integralidade das ações de saúde de saúde ou inerentes aos processos de trabalho:

“... eu acredito que educação permanente é estar sempre colocando em prática as mudanças propostas, é estar sempre atualizando, os conceitos, de feridas, de tratamento, você estar sempre atualizada, isso seria EP.” (Épsilon)

Considera-se importante destacar a ambigüidade da fala de *Alfa*:

“...eu entendo que educação permanente não é uma coisa só, por exemplo: eu vou falar sobre vacina com as agentes de saúde, com as técnicas de enfermagem, não. Nós vamos falar sobre a limpeza da... as..., sobre a organização do nosso trabalho, sobre as dificuldades que nós estamos encontrando no nosso trabalho. Não é uma coisa só, só, como que eu vou te dizer...éee científica, não é um estudo. Eu acho que é uma coisa da rotina, do trabalho, das suas dificuldades, é uma coisa mais participativa, você deixa elas participarem, falarem também ... Como se fosse uma reunião sobre seus problemas de trabalho, MAS também falar sobre outros assuntos, eu acho que é isso, mas não sei se tá certo [...] E por outro lado, na minha concepção de educação permanente, como eu falei que é tanto do... do funcionalismo – não sei se a palavra está certa- do trabalho e tanto da parte educacional mesmo.” (Alfa) (destaque da entrevistada)

Quando refere que a EPS não é científica, deixou expresso o entendimento de que não diz respeito apenas a aspectos técnicos científicos do trabalho, que não é um estudo no modelo tradicional, demonstrando identificação com a proposta da EPS. Em seguida, fez referência ao “funcionalismo” do trabalho o que, para ela, representa o processo de trabalho e à parte “educacional”, aludindo a aspectos técnicos científicos e tentando ainda agregar os dois aspectos como alvos da proposta de EPS:

*“Por exemplo: agora mudou, agora você tem duas vacinas novas no calendário. Será que todas as técnicas estão sabendo disso? Será que elas sabem como que tem que aplicar? Então eu acho que tem que ser realizado uma educação para falar sobre isso e depois ver se está dando certo, qual que é o feedback: não, não, nós não vamos separar assim, nós vamos separar assim. Não, nós vamos fazer as quatro vacinas no neném. Não, nós vamos dividir intervalos. Então isso eu acho que é educação permanente, que é uma coisa que **ela** não vai fazer, porque ela não tem conhecimento para fazer isso. Agora, não: gente, não está dando certo esse horário, ah, ela passa pano tal hora, isso é uma coisa funcional, entendeu.” (Alfa) (grifo nosso)*

Alfa se refere a “ela”, a pessoa que a Instituição responsabilizou formalmente pela condução dos processos educativos sob a ótica da EPS. Respalhada na formação profissional questionou a habilidade em facilitar a EPS, pois “ela” não é enfermeira. Dessa forma, embora seu entendimento esteja muito próximo do que

prevê a Política Nacional e os referenciais teóricos da EPS, ele não considera a possibilidade de construção conjunta do processo, enfatizando o aspecto técnico, numa supervalorização do núcleo profissional. A roda de discussão prevista pela Política presume decisão conjunta e produção coletiva do processo de trabalho, o que isenta a obrigatoriedade do facilitador possuir conhecimentos relativos à área técnica em pauta, pois de acordo com a EPS o grupo compartilharia o conhecimento prévio, identificaria as lacunas de aprendizagem e buscaria a construção de novo conhecimento, subsidiado por evidências científicas.

Mais uma vez ficam patentes os vários dilemas/disputas vivenciados pelos profissionais e pelas práticas em saúde:

- O do conhecimento sobre as habilidades e atitudes, elencado por Santana, Nakatani, Freitas, Souza e Bachion (2010, p. 1661), como o paradoxo expresso nas falas das docentes que “supervalorizam os aspectos técnicos e científicos em detrimento dos sociovalorativos”;
- O das relações verticalizadas produzidas pela divisão do trabalho sobre as produzidas em organizações democráticas e participativas e
- O dos modelos de assistência que privilegiam o técnico sobre os que consideram a determinação social.

Acredita-se que essas reflexões possam ser agregada às já oferecidas por outros autores como prováveis explicações para a persistência da autoridade e para as resistências e dificuldades constatadas na democratização das relações com trabalhadores e usuários, supostamente subordinados às determinações das enfermeiras, como evidenciado:

“Em relação ao aleitamento, principalmente. Como é um assunto que eu gosto demais, então eu, assim, a gente trabalhou muito esse assunto com a equipe, principalmente de agentes, prá falar a mesma língua, sobre amamentação exclusiva, né, até seis meses. Então eu senti que eles, nesse aspecto eles melhoraram muito, sabe, de já ir na casa, de falar, não precisa eu ir lá. Não precisava a cliente vir aqui para eu atender, sabe, já estava na ponta da língua. Eu senti isso [...] Mas eu tive uma experiência muito boa da educação permanente, dessa equipe, né. Principalmente de agente comunitário, como eles estavam quando eu cheguei, como eles estavam quando eu saí de lá, gerou, mudou de comportamento, mesmo, em relação a algumas questões de saúde.” (Teta) (grifo nosso)

Assim, aparentemente as necessidades de educação em saúde não são dadas pela equipe, ou pelo panorama epidemiológico ou ainda por solicitação do processo de trabalho e sim pela afinidade de quem detém o poder técnico e o utiliza em prol de projetos padrão de saúde, condizentes com a proposta de APS seletiva.

Ao término das considerações dessa categoria faz-se necessário retomar a questão inicial, ou seja: a EPS no seio das equipes de saúde da família se apresenta como condição real ou virtual?

Os achados já explicitados levam ao entendimento de que a EPS ainda não adquiriu concretude no âmbito cognitivo das enfermeiras responsáveis por operacionalizá-la. Acredita-se que, a despeito de haver sido constatado nuances ou lampejos de atitudes e de juízos coerentes com a EPS, o aspecto conceitual, instrumental e operacional das ações educativas perpetradas assinala ser precoce e superficial atestar a presença da educação permanente no cotidiano das unidades de saúde da família que compuseram o cenário da investigação.

Ainda assim, cumpre registrar a relevância de investimentos no sentido de garantir a continuidade do processo, que é embrionário e pode ser evolutivo, rumo à efetivação da EPS no SUS e, mais especificamente, na ESF enquanto estruturante do sistema.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente se apresenta como possibilidade de re-composição do trabalho em saúde, caracterizando-se como instrumento de gestão e também de mobilização social. Pretende a qualificação de diferentes atores: gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos sociais responsáveis pela configuração de estados e sociedades mais justas, equânimes e, por que não, felizes.

A despeito de ser uma política recentemente implantada no âmbito do SUS a EPS, a partir de suas raízes, se apresenta como um movimento social de educadores e educandos que objetiva a educação enquanto formação integral do ser humano e não como mera transmissão de conhecimentos.

Nesse sentido, existe uma proximidade muito grande entre saúde e educação onde uma – a educação, se apresenta como requisito para o alcance da outra- a saúde. A educação produz cidadãos e profissionais. É a educação durante a formação que possibilita a elaboração do conceito de saúde, a partir do qual são delineados o papel e função de cada profissional e o objetivo da assistência produzida pelos serviços. Através da educação, da ausência dela e da concepção do que seja educação, se produz autonomia ou escravidão de sujeitos enquanto indivíduos ou coletivos, podendo seus reflexos abarcarem a sujeição de nações inteiras ou de classes sociais.

A história da humanidade, aquinhoadada em nações, mostra que a divisão do trabalho sempre fluiu em paralelo com o progresso almejado e conquistado ao longo dos séculos, reproduzindo divisões já consagradas no seio das sociedades. Uma sociedade de classes como sempre foi, e ainda é a sociedade atual, demanda uma educação que, mais que perpetuar modelo existente, garanta a ausência de questionamento e de contestações.

Por sua vez, a pedagogia libertadora discorda da máxima de que o homem seja somente produto do meio acreditando que o ser homem possui concretude e que, portanto, possui governabilidade sobre o meio, que é abstrato e, inversamente à máxima, produto da ação do homem.

Assim, há uma historicidade no entendimento do que seja saúde o qual, além de ser determinado pelo momento técnico, científico e cultural, também influencia os modos de fazer e encerra um projeto, explícito ou não, de sociedade. Desse modo, o

entendimento da saúde como resultante das condições de vida pode encerrar um projeto de justiça social, mas pode também implicar na (des) responsabilização do saber clínico, e do acesso a equipamentos de saúde de grande complexidade tecnológica, compatíveis com a APS seletiva. Por outro lado, a saúde como ausência de doenças entende os agravos como sendo provocados por opções individuais podendo encerrar um projeto de subjugação de segmentos da sociedade ao saber científico e a (des) responsabilização do poder público pelas condições sanitárias da população.

Nesse sentido, o meio termo é dado pela problematização dos projetos e propostas, assim como das condições de saúde e de seus determinantes. Portanto, compreende-se que seja fundamental a participação de todos os segmentos envolvidos na assistência à saúde: gestores, trabalhadores, formadores e usuários. A articulação dessa diversidade de saberes e poderes possibilitaria a formatação de alternativas de intervenção cada vez mais próximas das necessidades e possibilidades, tanto de serviços quanto de usuários, o que representa a síntese da proposta de EPS.

Entretanto, a presente investigação possibilitou o entendimento de que, nos serviços que a subsidiaram, não obstante a política, a vontade e os esforços institucionais, a EPS se faz ainda incipiente. Depreendeu-se que existem aspectos que se mostram obscurecidos para aquelas que teriam a responsabilidade ou a atribuição formal por atuar como facilitadoras dos processos.

A revisão de literatura, por sua vez, confirmou os achados, tendo produzido o entendimento que os processos educativos voltados à equipe de enfermagem não atendem aos pressupostos da EPS. Em serviços com características diversas dos estudados quanto à finalidade, inserção no sistema e forma de atenção também se constatou a dualidade encontrada nos discursos dos sujeitos entrevistados na presente pesquisa: por um lado trabalhadores ansiando por qualificação técnica e científica no intuito de acompanhar a evolução do conhecimento. Por outro, esses mesmos trabalhadores intuindo que esse tipo de conhecimento não é suficiente para garantir a qualidade da assistência nem a resolubilidade das situações que se apresentam como problema para seu desempenho cotidiano.

Além disso, a revisão de literatura também insinuou que tais contradições podem se originar ainda na graduação. Verificou-se que os docentes de algumas IES encontram dificuldade não só em distinguir, mas também em operacionalizar a

educação crítica e reflexiva no tocante aos conteúdos acadêmicos e à vivência dos estágios.

Os resultados evidenciaram ainda que, exceto as profissionais que exercem carreira docente em paralelo, há negação do papel de educadora e certa descrença no potencial da enfermeira como tal.

Assim como na literatura, na presente investigação também foi possível perceber que a necessidade de qualificar os processos educativos pelo referencial da EPS ainda é bastante tênue, e quase não reconhecida conscientemente pelas enfermeiras.

Além disso, constatou-se a utilização, ainda que rudimentar, de ferramentas educativas provenientes do processo de trabalho e próprias da EPS, como discussão de casos, prontuários de pacientes, indicadores locais de saúde e doença e reuniões de equipe. Apesar disso, seu emprego não contempla um pressuposto que é essencial para a EPS: a participação dos usuários e gestores e a discussão da organização do trabalho. Pode-se avaliar através dos relatos que, de forma particular, existe também dificuldade em dar voz ao próprio trabalhador. Conseqüentemente, os instrumentos comumente utilizados nos processos educativos são ainda os pertinentes à educação tradicional como equipamentos multimídia e demais recursos audiovisuais.

A presente investigação verificou que as fronteiras que restringem e limitam o a atuação do enfermeiro como facilitador de processos de EPS são mais significativas do que as perspectivas, estando intrinsecamente relacionadas às disputas entre o qualitativo e o quantitativo, o social e o biológico, a emancipação e a subjugação que têm permeado os projetos e as propostas de organização da assistência e do trabalho em saúde. As fronteiras dizem respeito também à aparente fragilidade da enfermeira no desempenho de seus múltiplos papéis, especialmente no papel de educadora para a transformação. Visivelmente faltam-lhe ferramentas para desempenhar de forma satisfatória a multiplicidade de funções que lhe são dadas assim como para priorizar e discernir.

Entende-se ser necessário, em primeira instância, trabalhar a auto-suficiência e autonomia das enfermeiras. Os relatos sugerem que a tutela da equipe consiste em um movimento que visa fornecer sustentabilidade ao seu papel, não totalmente delineado no que tange aos poderes político e administrativo.

Da mesma forma, a conjunção entre os referenciais teóricos e os resultados obtidos no campo do estudo apontou para a existência de fragilidades na formação acadêmica e na pós graduação, uma vez que não se observou, salvo em uma ou outra fala, distinção no posicionamento das profissionais graduadas e pós graduadas, assim como nas formadas há mais ou menos tempo. As contradições existentes entre o discurso preventivo/determinação social do processo saúde doença e as práticas cotidianas/determinação biológica reforçam tanto essa fragilidade quanto a ausência de penetração das políticas e propostas do SUS no cotidiano dos serviços.

Uma alternativa, a única que se mostra plausível e possível em curto prazo, no entender dessa autora, seria a intensificação da parceria entre ensino – Instituições Formadoras - e serviços como forma de apoiar e conferir capilaridade ao SUS e a ESF enquanto projetos políticos e ideológicos e não apenas como Instituições prestadoras de serviços em saúde.

Ainda que o contexto do estudo esteja circunscrito a uma estratégia de atenção e a uma localregião, confia-se de que o mesmo tenha agregado elementos que venham a contribuir na construção de alternativas de efetivação da EPS, destacando a ambigüidade – fragilidades e possibilidades - do papel dos profissionais enfermeiros nessa construção.

Assim, concebe-se que a investigação cumpriu o propósito inicial identificando que, na heterogeneidade dos cenários apresentados, os atores de forma quase que homogênea, partilham potencialidades, problemas e necessidades, as quais necessitam um olhar não apenas problematizador, mas também “capilarizador”, por parte das políticas públicas de saúde e educação, olhar esse extensivo à atenção primária em saúde e, especialmente, à formação profissional.

Sobretudo, o estudo reafirmou a crença de que a efetiva implantação da EPS constitui-se condição para a sustentabilidade do SUS e, principalmente que deve e pode florescer como ferramenta para a gestão do trabalho em saúde e para a construção de sujeitos que “pensem certo”, em direção à construção de uma atenção à saúde mais humana e solidária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.5, n.9, p. 150-153, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf> Acesso em: 12 out. 2011.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; SILVA, E. M.; MELLO, D. F. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva-rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA S. M. M.(org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n.16 p.39-52, fev 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2011.

AMESTOY,S.C.; MIBRATH,V.M.; CESTARI,M.E.; THOFEHRN,M.B. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7 n.1 p. 83-88, mar 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4910/3213>. Acesso em: 09 jul. 2011.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. 2006. p. 783-836.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. 197 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2008. 288 p.

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002. 213 p.

BRASIL. **Constituição Federal - texto promulgado em 1988**. Brasília, 2010. 47p. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf. Acesso em: 25 mai. 2010.

_____. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=35. Acesso em: 29 abr. 2011.

_____. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 10 jul. 2002a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm. Acesso em: 28 jul. 2011

_____. LEI 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o par. 5º do art. 198 da [constituição federal](#), dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da [emenda constitucional nº 51](#), de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2006a, 05 de out. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 28 jul. 2011

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1997. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em: 10 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 3925, de 13 de novembro de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf. Acesso em: 10 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família – PSF: Relatório preliminar**. nov. 1999. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes/relpsf2.pdf>. Acesso em: 25 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=291>. Acesso em: 10 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 229 p.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90**: avanços e limites. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde, Série C. **Projetos, Programas e Relatórios**, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 21 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Série C. **Projetos, Programas e Relatórios**, 2004a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0053_M1.pdf Acesso em: 24 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: avaliação da implementação em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. 27 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde 2006, 2006b, v.4. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf . Acesso em: 21 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, 2009, v.9. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 21 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 05 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Cadernos de Informações de Saúde São Paulo**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>. Acesso em: jul-set 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 185p.

CAMPOS, G. W. S. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24 sup.1, p. 17-19, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/03.pdf> . Acesso em: 29 jul. 2011.

CAMPOS, G. W. S., AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n4/04.pdf> Acesso em: 22 mar. 2011.

CAMPOS, S.; PESSOA, V. I. F. Discutindo a formação de professoras e de professores com Donald Schön. In: GERALDI, C. M. G.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E. M. A (org). **Cartografias do trabalho docente**. 2 ed. Campinas: Mercado de Letras, 2001. p. 183-206

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p. 41-65, jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2009.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. 144 p.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, sup.1, p.7-16,

2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2011.

CORBO, A. M. D.; MOROSINE, M. V. C. G.; PONTES, A. L. de M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In:_____. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 69-106. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>. Acesso em 21 dez. 2009.

CORDEIRO, H.; et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p. 695-710, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 25 set. 2011.

DAL POZ, M.R.; VIANA, M.L.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 8, n.2, p. 11-48, dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2009.

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.9, 2009. p. 39-58. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 21 dez. 2009.

FERNANDES, M.C.G.O.; OTENIO, M.H; OTENIO, C.C.M. Representação da participação do enfermeiro no processo educativo e nas relações humanas do trabalho. **RAS**, v. 12, n.32, p.31-40, 2010. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS_v12n46_p31-40.pdf . Acesso em: 18 out. 2011.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v.26, n 2, p 101-108, jul/dez 2005. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3558/2872%20>. Acesso em: 18 set. 2011.

FORTUNA, C.M.; FRANCESCHINI, T. R. C.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.2, [10 telas], abr 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25.pdf. Acesso em: 05 ago. 2011.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p. 262-268, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>. Acesso em: 12 out. 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. In: **Conferência Nacional de Saúde On Line**, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> . Acesso em: 21 dez. 2009.

FRANCO, T..B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006, p.459-474.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1414-32832007000300003. Acesso em: 25 nov. 2009.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 3-60

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad Saúde Pública**, v.24 sup 1, p.21-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/05.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, vol.14, n.3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 16 dez. 2009.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Seade - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **População e Estatísticas Vitais**. Disponível em: http://www.seade.gov.br/index.php?option=com_ice&Itemid=39&tema=5. Acesso em: jul-set 2011.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (editores). Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en america latina. **Educacion Médica y Salud**, v.24, n.2, p. 136-204, 1990. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/7515.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2011.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, M. J. P. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n.2, p.313-20, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/15.pdf> Acesso em: 12 out. 2011.

KURCGANT, P (org). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 237 p.

MACHADO M.H., organizadora. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

MACHADO, W. C. A. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 338p. p. 255-330

MACIEL FILHO, R., PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: BARROS, A.F.R.(org) et al. **Observatório de recursos humanos no Brasil**: estudos e análise. v.2. Brasília: MS, 2004.

MARANDOLA, T. R. et al. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 10, n.2, p. 53-60, jun. 2009.

Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo8.pdf>. Acesso em 18 jul. 2011.

MARCONI M. A.; LAKATOS E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006. 289 p.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477 p.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.1, p. 233—241, 2001.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf> Acesso em 10 out 2011.

MENDES K.D.S., SILVEIRA R.C.C.P., GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-64, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em 15 set. 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo, Hucitec, 2004. 406 p.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA S. M. M. (org) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-292

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.3, p. 597-604, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf> Acesso em 25 jan 2011.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e sociedade**, v.3, n.2, p. 5-21, 1994. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdfxt&pid=S0104-12901994000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 25 set. 2011.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). 2007. Disponível em: www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf. Acesso em: 07 jul. 2011.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação.**, v.13, n.30, p.121-34, set 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2011.

PINTO, E.E.P. et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.8, n.1, p. 77-96, jun 2010. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r287.pdf>. Acesso em: 05 ago.2011.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5 ed.Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

QUINTANA, P.B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (editores). **Educación permanente de personal de salud**, 1994, Serie Desarrollo Recursos Humanos No. 100, cap II. p.1-31. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/educac-perma-capii.pdf> Acesso em: 20 jul. 2011.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/ Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.4, p.658-664, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12.pdf> Acesso em: 26 set. 2011.

ROCHA, J.B.B., ZEITOUNE R.C.G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.15, n.1, p. 45-52, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf%20>. Acesso em: 18 set. 2011.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.10, n.5, p. 709-714, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a13.pdf> Acesso em: 26 SET 2011.

RODRIGUES, M. T. P.; MENDES SOBRINHO, J. A. C. **Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica.** Revista brasileira de enfermagem, V.60, N.4, p. 456-459, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a19.pdf> Acesso em: 18 out.2011.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C.. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 dez. 2009.

ROVERE, M. R. Gestion estrategica de la educacion permanente em salud. In: QUINTANA, J., H., ROSCHKE, M., A., C., DAVINI, M., C. (editores). **Educación permanente de personal de salud**, 1994, Serie Desarrollo Recursos Humanos No. 100. p.1-46. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/gestion-estrat-capiii.pdf> Acesso em: 18 jul. 2010.

SANTANA, F.R.; NAKATANI, A. Y. K.; FREITAS, R. A. M. M.; SOUZA, A. C. S.; BACHION, M. M. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supp.1, p. 1653-1664, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555700&indexSearch=I> D. Acesso em: 18 out. 2011.

SANT'ANNA, C. F. et al. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta paul enfermeira**, v.24, n.3, p.341-347, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

SILVA, C. P., DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, supl 1. p.1453-1562, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a18v14s1.pdf> Acesso em: 23 out.2011.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.398-401, ago. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acesso em: 16 jan. 2010.

SILVA, M.F.; CONCEIÇÃO, F.A.; LEITE, M.M.J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O mundo da saúde São Paulo**, v.32, n.1, p. 47-55, 2008. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/47a55.pdf. Acesso em: 25 jan. 2011.

SOUZA, M. F., HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e saúde coletiva**, v.14, suppl.1, p. 1325-35, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 698p.

STRAUSS, A., CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.6 n.10, p.75-94, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>. Acesso em: 10 jun.2011.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

WRIGHT, L. M., LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002. 327p.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados de identificação:

- Nome fictício:
- Idade:
- Ano em que graduou:
- Possui especialização:
- Ano em que concluiu a especialização:
- Tempo de atuação em SF:

Questões norteadoras

1. Fale sobre o trabalho na saúde da família
2. Como você vê o trabalho da enfermeira na saúde da família?
3. Como você avalia a qualificação da equipe de enfermagem para o cuidado na saúde da família?
4. Como você avalia a qualificação da equipe de agentes comunitários de saúde para o cuidado na saúde da família?
5. Para você, quais as fortalezas e as fragilidades da atuação da equipe de enfermagem para o cuidado dos usuários/família?
6. Para você, quais as fortalezas e as fragilidades da atuação da equipe de agentes comunitários de saúde para o cuidado dos usuários/família?
7. Em sua percepção, como a equipe de enfermagem percebe a atuação do enfermeiro como educador, na qualificação dos trabalhadores?
8. Em sua percepção, como os ACS percebem a atuação do enfermeiro como educador, na qualificação dos trabalhadores?
9. Em sua avaliação, qual o papel do enfermeiro como educador no fortalecimento da equipe?

10. No desempenho da atividade de educador na equipe, quais as estratégias e ferramentas que tem utilizado?
11. Para você, o que facilitaria o desempenho do papel de educador na sua equipe?
12. Você já ouviu falar de EPS?
13. O que você entende por Educação Permanente em Saúde?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Você está sendo convidado para participar como voluntário da pesquisa: **“O enfermeiro como facilitador de processos de educação permanente em saúde: fronteiras e perspectivas da atuação profissional”**, que se refere a uma monografia de Mestrado, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar no qual o pesquisador principal encontra-se inscrito.

Você foi selecionado porque está inserido em uma equipe de saúde da família que atua em um município componente do Colegiado de Gestão Central, da Direção Regional de Saúde III, porém sua participação não é obrigatória.

Os objetivos do estudo consistem em: analisar a inserção do profissional enfermeiro nos processos de Educação Permanente em Saúde que ocorrem nas Equipes de Saúde da Família, analisar a concepção do enfermeiro sobre Educação Permanente em Saúde e identificar as ferramentas utilizadas na operacionalização dos processos.

A pesquisa pretende contribuir para a qualificação da assistência na saúde da família, evidenciando lacunas a serem trabalhadas e facilidades a serem socializadas. Tem ainda a intenção de colaborar no processo de transformação do modelo de assistência a partir da Saúde da Família, além de fortalecer o repertório científico da Saúde da Família e da Enfermagem enquanto ciência.

Sua forma de participação consiste em tomar parte de uma entrevista cujo tema central será a Educação Permanente em Saúde que ocorre no âmbito da equipe onde você atua. As entrevistas serão realizadas no seu município, na unidade de saúde ou em outro local que lhe for conveniente, de acordo com sua disponibilidade. A(s) entrevista(s) será gravada, entretanto, seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa.

Não será cobrado nada; você não terá gastos referentes à sua participação nesse estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações; não haverá benefícios imediatos de sua participação. Os riscos relativos à participação na pesquisa são mínimos, caracterizados pela possibilidade de cansaço físico durante a realização da entrevista. Para tanto, será oferecido garantia de que a mesma poderá ser interrompida a qualquer momento, caso essa possibilidade se concretize. Ressalta-se novamente que se garante o anonimato dos participantes.

Os resultados contribuirão para aumentar o repertório de conhecimentos sobre a educação permanente, qualificando-a através da socialização de estratégias facilitadoras ou potencializando-a através da divulgação e proposição de alternativas às dificuldades vivenciadas.

A pesquisadora principal é enfermeira, diretora de divisão de serviço de enfermagem na Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, professora assistente na Universidade Paulista – UNIP e mestranda em enfermagem na Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, cabendo-lhe toda a responsabilidade pela coleta e análise dos dados e divulgação dos resultados encontrados .

A pesquisa será acompanhada pela professora Dra. Márcia Niituma Ogata, professora associada do Depto de Enfermagem da UFSCar, docente do Programa de Pós Graduação - Mestrado em Enfermagem, cuja responsabilidade consiste em orientar a pesquisa, acompanhando todo o seu desenvolvimento.

Durante a realização da pesquisa você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos que julgar necessário acerca dos procedimentos adotados, visando eliminar dúvidas que porventura venham a surgir sobre sua participação na mesma.

Ressalto que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação, se assim o preferir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízos em sua relação com as Instituições envolvidas no estudo. Ressalto ainda que sua possível recusa

não implicará em prejuízos de qualquer ordem em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais sendo assegurado sigilo sobre sua participação. Seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários e/ou os serviços de saúde envolvidos.

Desde já agradeço sua participação e coloco-me à disposição para maiores informações.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos Pinto

R. Voluntários da Pátria 828, Jardim Nova América, Araraquara – SP.

Fone (16) 9235-3277, (16) 3322- 7522

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou os objetivos da pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento. O pesquisador declarou ainda que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do entrevistado e documento de identificação

ANEXO

ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br<http://www.propp.ufscar.br>

Parecer Nº. 348/2010

CAAE: 2226.0.000.135-10

Processo número: 23112.002129/2010-45

Título do projeto: O ENFERMEIRO COMO FACILITADOR DE PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: FRONTEIRAS E PERSPECTIVAS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL


Pesquisador Responsável: MARY CRISTINA RIBEIRO LACORTE RAMOS PINTO

Parecer

As pendências apontadas no Parecer nº. 268/2010 foram satisfatoriamente resolvidas. **Projeto aprovado.** Atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
 - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
 - O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
 - Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
 - Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.
- São Carlos, 6 de outubro de 2010.


Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar