

RODRIGO CONTI VIEIRA DE ALENCAR

**A VIVÊNCIA DA AÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2006**

RODRIGO CONTI VIEIRA DE ALENCAR

**A VIVÊNCIA DA AÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Marisa Antonini
Ribeiro Bastos

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2006

Alencar, Rodrigo Conti Vieira de
A368v A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)/Rodrigo Conti Vieira de Alencar. Belo Horizonte. 2006.
120f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
Área de concentração: Enfermagem
Orientador: Marisa Antonini Ribeiro Bastos
1.Programa Saúde da Família 2.Capacitação em serviços/tendências
3.Prática profissional/tendências 4.Supervisão de enfermagem/tendências
5.Equipe de enfermagem 6.Auxiliares de enfermagem/educação 7.Agente comunitário de saúde I.Título

NLM: WA 308
CDU: 614.2 :362.17

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Curso de Mestrado

Dissertação intitulada **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**, de autoria do mestrando **Rodrigo Conti Vieira de Alencar**, analisada e aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a. Dr^a. Marisa Antonini Ribeiro Bastos

Prof^a. Dr^a. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

Belo Horizonte, 7 de junho de 2006.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo compreender o significado da ação educativa atribuído pelos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) com os profissionais de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). O método utilizado foi a etnografia, fundamentada na proposta teórico-metodológica de Spradley (1979,1980). O trabalho teve como cenário cultural a unidade operacional e administrativa Cabana, parte integrante do Distrito Sanitário Oeste de Belo Horizonte. A coleta de dados foi realizada por meio da observação participante, entrevista etnográfica e análise documental. Os sujeitos da pesquisa foram 9 enfermeiros que atuavam no Programa há mais de 2 anos. A análise dos dados deu origem a oito domínios e a seis taxonomias. Os resultados da pesquisa demonstraram algumas características dos profissionais no PSF, os tipos de atividades desenvolvidas, e as formas de descrever as ações educativas com os profissionais e a comunidade. Em relação aos trabalhadores, a prática educacional dos enfermeiros apresenta uma proximidade com a concepção tradicional e tecnicista de educação, valorizando o treinamento, as capacitações, a educação continuada, dentre outros. Para educar é necessário “tirar o trabalhador da linha de frente”, demonstrando uma ruptura da concepção de educação enquanto princípio do trabalho, expressão que constituiu o tema deste estudo.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Enfermagem; Educação Profissional; Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

This work is a qualitative study aimed at understanding the meaning of the education action attributed to nurses and health community agents by the nurses of the Family Health Program. The method used was the ethnography, based on the theoretical and methodological proposal of SPRADLEY (1979, 1980). The cultural scenario for this work was Cabana, operational and administrative unit, which is part of Belo Horizonte west sanitary district. Data collection was made through participant observation, ethnographic interviews and documentary analysis. The subjects of the research were nine nurses that had been working in the program for over two years. The data analysis identified 8 domains and 6 taxonomies. The results of the research demonstrated some characteristics of the professionals in the Family Health Program, the types of activities developed, and the ways to describe the educational action to the professionals and the community. In relation to the workers, the nurse's educational practice is closely related to the traditional and technical conception of education, emphasizing traineeship, professional development and permanent education, among other factors. In order to educate, it is necessary "to take the worker away from his functions", which implies a disruption in the education conception as a work principle, expression which constitutes the theme of this study.

Key-words: Family Health Program; Sick-Nursing; Professional Education; Permanent Education in Health.

Dedico este trabalho à Rosana,
minha esposa, e aos meus pais,
Cilda e Dácio (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade a que foi me dada.

À prof. Dra. Marisa Antonini Ribeiro Bastos, que desde a graduação me incentivou à busca contínua do conhecimento. Meu eterno agradecimento pelas orientações, confiança, e disponibilidade.

À minha esposa Rosana, carinhosamente chamada de Fofinha, pelas abdições, compreensão e apoio durante a trajetória de nossa vida e deste árduo caminho.

Aos meus familiares, sobretudo os mais próximos, que com carinho souberam compreender a minha ausência.

A todos os profissionais do Centro de Saúde Vila Imperial, que me incentivaram a todo o momento e contribuíram para a realização deste sonho.

Aos informantes que, indubitavelmente, proporcionaram a realização deste estudo.

Aos docentes e trabalhadores da Escola de Enfermagem, que colaboraram para esta conquista.

Aos colegas de mestrado, com os quais tive a oportunidade de aprender, debater e conhecer um pouco mais de cada um.

Aos amigos, pelo incentivo durante a realização deste trabalho.

LISTA DE DOMÍNIOS CULTURAIS

Domínio Cultural nº. 1 –	Características dos profissionais no PSF.....	55
Domínio Cultural nº. 2 –	Tipos de ações realizadas pelo enfermeiro no PSF com a comunidade	60
Domínio Cultural nº. 3 –	Formas de descrever a ação educativa realizada pelo enfermeiro no PSF com a comunidade.....	66
Domínio Cultural nº. 4 –	Formas de descrever a ação educativa do enfermeiro com os profissionais no PSF	71
Domínio Cultural nº. 5 –	Tipos de materiais utilizados para educação dos profissionais no PSF.....	75
Domínio Cultural nº. 6 –	Tipos de temas desenvolvidos pelo enfermeiro do PSF com os profissionais.....	76
Domínio Cultural nº. 7 –	Tipos de ações educativas desenvolvidos pelo enfermeiro do PSF junto aos profissionais.....	77
Domínio Cultural nº. 8 –	Tipos de situações que dificultam as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF.....	84

LISTA DE TAXONOMIAS

Taxonomia nº. 1 –	Características dos profissionais no PSF.....	56
Taxonomia nº. 2 –	Tipos de ações realizadas pelo enfermeiro no PSF com a comunidade.....	61
Taxonomia nº. 3 –	Formas de descrever a ação educativa realizada pelo enfermeiro no PSF com a comunidade.....	67
Taxonomia nº. 4 –	Formas de descrever a ação educativa do enfermeiro com os profissionais no PSF.....	72
Taxonomia nº. 5 –	Tipos de ações educativas desenvolvidos pelo enfermeiro do PSF com os profissionais.....	78
Taxonomia nº. 6 –	Tipos de situações que dificultam as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF.....	85

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	O processo cíclico da pesquisa etnográfica.....	37
MAPA 1 –	Mapa da região oeste de Belo Horizonte.....	39
MAPA 2 –	Áreas de abrangência dos centros de saúde do Distrito Sanitário Oeste.....	44
FIGURA 2 –	Ação educativa do enfermeiro no PSF.....	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da população da Grande Cabana por unidades primárias de atendimento, faixa etária e sexo.....	42
TABELA 2 – Números de equipes de saúde da família e de profissionais, ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem, distribuídos por Unidade Básica de Saúde.....	45

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	Relações semânticas universais.....	54
------------	-------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVO.....	20
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	38
4.2 INFORMANTES.....	46
4.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	47
4.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	47
4.5 ENTREVISTAS.....	51
4.6 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	52
4.7 ANÁLISE ETNOGRÁFICA.....	53
5 DESCREVENDO OS DOMÍNIOS CULTURAIS.....	55
6 O TEMA CULTURAL: COMPREENDENDO A AÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO PSF.....	89
7 TRAÇANDO UM CAMINHO.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS.....	112

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NOS CENTROS DE SAÚDE DA GRANDE CABANA.....	112
ANEXO 2 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.....	113
ANEXO 3 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE.....	114
ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	115
ANEXO 5 – REGISTROS DAS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES.....	116
ANEXO 6 – REGISTRO DAS ENTREVISTAS ETNOGRÁFICAS.....	117
ANEXO 7 – REGISTROS DOS DOMÍNIOS CULTURAIS.....	118
ANEXO 8 – REGISTRO DOS DOMÍNIOS HIPOTÉTICOS.....	119
ANEXO 9 – REGISTROS DAS TAXONOMIAS.....	120

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil a partir de 1994, com intuito de consolidar e aperfeiçoar as doutrinas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nos serviços de atenção primária (BRASIL, 1996).

Essa estratégia apresenta-se como o eixo norteador dos serviços de atenção básica e possui como objeto de trabalho a família com todas as características loco – regionais que ela possui (BRASIL, 1996).

Segundo Souza (2000, p. 25),

a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

O PSF vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência (ANTUNES; EGRY, 2000).

Nesse contexto, observo que o enfermeiro tem sido um profissional extremamente importante, junto com a equipe, na construção desse novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve suas atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os profissionais da enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis do centro de saúde,

como o setor de imunização e o de curativo, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, dentre outras atividades.

Para Costa, Lima e Oliveira (2000, p.149),

o modelo de assistência do PSF constitui um desafio para o enfermeiro que, como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo da assistência à saúde.

Convém ressaltar que, antes da implantação do PSF, o enfermeiro teve sua inserção inicial nesta proposta inovadora de trabalho por intermédio da coordenação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), sendo que o seu desenvolvimento possibilitou a inserção da estratégia de saúde da família (BRASIL, 2004 a).

O guia prático do PSF (BRASIL, 2001 a) descreve como atribuições específicas do enfermeiro as seguintes atividades: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; realizar consultas de enfermagem; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde da família; executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida; executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar as atividades prioritárias de intervenção na atenção básica; e aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva. Entre as atividades educativas são preconizadas a supervisão e a coordenação das ações para a capacitação de auxiliares de enfermagem e dos ACS, bem como a organização e a coordenação de grupos específicos, como de hipertensos, de gestantes, de diabéticos, de saúde mental, dentre outros.

A lei do exercício profissional determina, no art. 8º, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada, bem como participar em programas e atividades de educação sanitária,

visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral (COREN, 2001).

É importante enfatizar que o art. 19 do Código de Ética em Enfermagem determina a responsabilidade dos profissionais em enfermagem na promoção do aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão (COREN, 2001).

Portanto, tanto nas atribuições do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família (ESF) quanto na lei do exercício profissional e no Código de Ética em Enfermagem, são enfatizadas a participação desse profissional na elaboração, na implementação e na avaliação de ações educativas no sentido de capacitar os profissionais sob sua supervisão e de contribuir para a melhoria da saúde da população.

A capacitação dos profissionais da ESF e o estímulo crescente do usuário na responsabilidade e construção do autocuidado são requisitos essenciais para a profunda transformação do SUS, principalmente na assistência básica, pois promove uma revolução no papel da cidadania, da liberdade e da autonomia desses sujeitos. Um dos aspectos responsáveis por essa permanente diferenciação individual é o processo de aprendizagem, pois aprender significa apresentar uma nova faceta da realidade (BRASIL, 2003a).

A educação, portanto, é um indicador crucial de qualidade, porque representa a estratégia básica de formação humana, significa “aprender a aprender, saber pensar, para poder melhor intervir e inovar” (TEDESCO apud DEMO, 1998).

A construção de um processo educativo efetivo voltado para os profissionais da unidade básica de saúde se traduz na possibilidade de oferecer um serviço de melhor qualidade, aumento na resolutividade, visão mais abrangente da necessidade do usuário, programação de ações para a saúde, intervenção efetiva em relação aos problemas locais, dentre outros.

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde, em parceria com os órgãos formadores, pólo de capacitação do PSF, dentre outros segmentos da sociedade, criou uma estratégia para o desenvolvimento da ação educativa com os profissionais de saúde. Essa proposta deve ser exercida por meio da construção de uma educação permanente sustentada pela concepção de aprendizagem significativa que promova e produza sentidos, proporcionando a transformação das atividades profissionais mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços de saúde (BRASIL, 2003 b).

A adoção da educação permanente em saúde é a estratégia fundamental para a reformulação das práticas de gestão, atenção, formação e controle social no setor (BRASIL, 2003 b).

Nessa proposta de educação, o processo de aprendizagem tem natureza participativa e apresenta como eixo principal o trabalho cotidiano nos serviços de saúde. Isso ocorre porque é precisamente no âmbito do trabalho que se consolidam e se constroem os comportamentos e formas de atuação profissional, individual e coletiva (ALMEIDA, 1999).

Portanto, é necessário conhecer as condições inerentes ao desenvolvimento das atividades dos profissionais da equipe de saúde da família, bem como o ambiente de trabalho onde eles atuam para que seja criado um programa de educação de acordo com a realidade deles e voltado para os seus anseios.

Apesar das propostas efetivamente explicitadas, durante minha experiência profissional, seja no âmbito hospitalar ou na atenção básica, observo que as atividades educativas desenvolvidas pelos enfermeiros com os profissionais sob sua coordenação são assistemáticas, desorganizadas, fragmentadas, pontuais e amenizadoras de conflitos, o que dificulta a implantação de ações mais efetivas relacionadas a essa práxis cotidiana.

Após minha inserção no PSF de Belo Horizonte, embora de forma assistemática, percebi que as atividades educativas desenvolvidas com os profissionais apresentavam um caráter de treinamento para o serviço e divulgação de informações fundamentadas em tendências tradicionais de educação.

Diante desse contexto, optei por desenvolver o estudo na região da Grande Cabana, pois exerço minha atividade profissional há três anos no PSF de um dos centros de saúde dessa localidade, tendo como inquietação diária a necessidade de desenvolver um processo educacional voltado para os trabalhadores de ensino médio, principalmente pela sua exclusão nos processos formais de capacitação e qualificação na rede de saúde. Acredito, também, que o desenvolvimento da pesquisa nessa região possibilitará conhecer um pouco mais o processo de trabalho dos profissionais do programa nas outras unidades de saúde, sobretudo as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros.

Nos levantamentos bibliográficos realizados sobre a temática PSF constatei que grande parte dos estudos refere-se ao programa, seja sob a ótica do usuário (CARVALHO, 2000; JESUS, 2002), da família (FONSECA, 2003; RIBEIRO, 2004) e, principalmente, das análises sobre a sua implementação, implantação, execução e avaliação (CAZELLI, 2003; SENNA, 2004; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003, CHIESA; BATISTA, 2004; CEZAR, 2003; GOULART, 2002; SILVA, 2002; SILVEIRA FILHO *et al.* 2001; SERRA, 2003), dentre outros.

Outros trabalhos realizados no PSF enfocam a saúde dos indivíduos em todo o seu ciclo de vida, como a saúde da mulher (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004; RIBEIRO FILHO, 2004; MOURA; RODRIGUES; SILVA, 2003; SOUZA; ANDRADE, 2003; CICONI; VENANCIO; ESCUDER, 2004; SOUZA, 2003); a saúde mental (SOUZA; FERREIRRA FILHA; SILVA, 2004; FORTES, 2004; BRÊDA; AUGUSTO, 2003; ROSA; LABETE, 2003; GONCALVES, 2002); a saúde da criança (FERREIRA, *et al.*, 2003; CAMARGOS, 2002); a saúde do adulto (CAMPINAS, 2004; SIQUEIRA 2001); a saúde do idoso (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003); dentre outros.

Assim, foi identificada uma escassez de trabalhos que focalizam as ações educativas exercidas pelos enfermeiros com os profissionais que atuam no PSF, destacando-se o trabalho de Shimizu *et al.* (2004), que descreve sobre a atuação do auxiliar de enfermagem no PSF; o estudo de Carrijo, Pontes e Barbosa (2003), que ressalta a importância da temática no ensino de graduação em enfermagem; o relato de uma experiência na capacitação dos enfermeiros do PSF no município de São Paulo descrito por Chiesa, Fracoli e Sousa (2004), e a relação entre a educação profissional de nível técnico e a estratégia de saúde da família analisada por Torrez, Barros e Goulart (2000).

Diante dessa realidade e a partir da minha vivência no cotidiano das práticas de saúde do PSF, surgiram algumas indagações: Quais são as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro do PSF? Que concepções pedagógicas sustentam os processos educativos desenvolvidos nesse programa? Qual o significado da ação educativa atribuído pelos enfermeiros do PSF?

Tendo em vista essas inquietações, procurei compreender o significado da ação educativa atribuído pelos enfermeiros no Programa de Saúde da Família, realizada com os profissionais de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Com este trabalho pretendo contribuir para a reflexão do processo educativo desenvolvido pelo enfermeiro do PSF alertando para as concepções pedagógicas que sustentam suas ações. Da mesma forma, ele poderá subsidiar o planejamento de ações educativas voltadas para os trabalhadores sob sua coordenação, promovendo uma aproximação entre as práticas educativas exercidas no seu cotidiano e o que tem sido preconizado pelos documentos oficiais por meio de uma real articulação entre educação e saúde no âmbito do trabalho.

2 OBJETIVO

- Compreender o significado da ação educativa atribuído pelos enfermeiros do Programa Saúde da Família, realizada com os profissionais de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A Constituição brasileira de 1988 representou uma conquista bastante importante para a população brasileira. No seu art. 196, ela determina que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” e seu acesso deve ser universal e igualitário. Demonstra também, em seu art. nº. 198, que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e integrada constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser organizado em diretrizes como a descentralização do serviço em cada esfera de governo, a participação da comunidade e o atendimento integral com prioridade nas atividades preventivas, sem desmerecer os serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Após a promulgação da Constituição, o setor da saúde vem protagonizando uma reformulação no processo democrático brasileiro com o intuito de continuar e avançar o movimento de reforma sanitária para a concretização do Sistema Único de Saúde (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004).

Convém destacar que grande parte dessa reestruturação é decorrente de várias iniciativas no referido setor, sobretudo na atenção primária, com a implementação e o acompanhamento do PSF.

A atenção primária é considerada como a porta de entrada do SUS com o intuito de atender à maioria dos problemas de saúde da população. Para a Canadian Medical Association (*apud* STARFIELD, 2002), a atenção primária é definida como a avaliação de um paciente no primeiro contato. A oferta dos serviços deve ser contínua com uma ampla variedade de ações referentes à saúde, incluindo a abordagem de problemas por meio da prevenção, promoção e recuperação da saúde, bem como o apoio nas intervenções familiar e comunitária, quando necessário.

Segundo Mendes (1996, p.273), “um nível de atenção primária bem organizada, constitui uma pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz e eficiente”.

O PSF é uma nova proposta de assistência à saúde no setor primário, cujo início deu-se em 1991, mediante a implantação do PACS. A partir de 1994, esse programa é incorporado e ampliado com as primeiras equipes de saúde da família.

Em agosto de 2005 foi realizado um levantamento do número de equipes de saúde da família no Brasil, o qual foi divulgado pelo site do Ministério da Saúde em novembro do mesmo ano. Os dados demonstram a magnitude de 23.499 equipes de saúde da família já introduzidas e com uma cobertura populacional de 76,8 milhões de pessoas. É importante enfatizar que a meta estabelecida para o ano de 2006 é a ampliação de até 27 mil equipes em todo o território nacional (BRASIL, 2005 a).

O PSF é uma estratégia destinada a ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, em todas as fases da vida, desde o nascimento até a velhice. Apresenta como objetivo a reorganização das atividades assistenciais nas unidades básicas de saúde e propõe a substituição do modelo tradicional de saúde vigente (BRASIL, 2001 a).

Segundo o Ministério da Saúde (2001 a), essa estratégia é estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF) que deve ser constituída de uma ou mais equipes multiprofissionais com a responsabilidade de desenvolver ações de saúde para determinada população.

O programa preconiza que a ESF deve ter como eixos norteadores a vigilância à saúde centrada na organização social da família, trabalhar com um território definido, responsabilizando-se pela população adscrita de no máximo 4.500 pessoas e buscar a integralidade com os setores de referência para a unidade básica de saúde. A equipe deve ser composta de, no mínimo, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico e quatro a seis agentes comunitários por equipe (BRASIL,

2001 a). Cabe ressaltar que a Secretária Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte propõe que a equipe seja composta conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, porém com o acréscimo de mais um auxiliar de enfermagem (BELO HORIZONTE, 2001).

Para o enfrentamento dos problemas de saúde, cada equipe deverá conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, identificar os agravos referentes à saúde, levantar as situações de risco das famílias, elaborar, junto com a comunidade, um planejamento de ações para a promoção a saúde, prestar assistência integral e contínua, desenvolver ações educativas e intersetoriais.

A estratégia de saúde da família vem melhorando o acesso da população aos serviços de saúde, principalmente na unidade básica, e tem proporcionado melhoria considerável na qualidade da assistência, atendimento mais resolutivo e integrado das equipes de saúde com a comunidade que o assiste, expressando um admirável grau de satisfação da população e das próprias equipes de saúde (CHAVES, 2002; TRAD *et al.* 2002).

A cobertura populacional das equipes de saúde da família nos municípios brasileiros tem aumentado progressivamente. Entretanto, verifica-se crescimento mais intenso nos municípios de pequeno porte que possuem uma população inferior a 10 mil habitantes, e nos municípios de médio porte, que apresenta uma população entre 10 mil a 30 mil habitantes, representando, respectivamente, uma cobertura de 70,9% e 51,5% nas localidades que possuem esse contingente populacional (BRASIL, 2001 b).

Nesse sentido, um dos grandes desafios da estratégia de saúde de família é sua implantação, consolidação e expansão nos grandes centros urbanos que apresentam uma população maior de 100 mil habitantes. É nesses municípios que existem grande concentração da população brasileira e intensa heterogeneidade de condições socioeconômicas e culturais, demonstrando em um acesso bastante desigual na utilização dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Diante dessa complexidade, o Ministério da Saúde está investindo no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que visa contribuir para a efetivação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes, elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho nos serviços de saúde, bem como proporcionar a otimização de resposta mais efetivas para os problemas de saúde da população brasileira (BRASIL, 2002).

É nesse contexto que se encontra o município de Belo Horizonte, que possui o BH VIDA – SAÚDE INTEGRAL como diretriz de organização assistencial na cidade. O eixo ordenador dessa assistência é a linha de produção do cuidado em todos os níveis de atenção a saúde que o cidadão necessite (BELO HORIZONTE, 2003 a).

Nas unidades básicas de saúde do município, a estratégia de saúde da família é o eixo norteador para a reorganização da atenção primária, sendo prioritária a implantação das equipes nas áreas de risco muito elevado, elevado e médio. É importante enfatizar que 75% da população de Belo Horizonte reside nessas áreas de risco, demonstrando que a capital mineira possui o maior percentual de cobertura populacional pelas equipes de saúde da família dos grandes centros urbanos. Portanto, torna-se necessário o acompanhamento contínuo dos profissionais dessas equipes, entre eles o ACS (BRASIL, 2005 b).

A cobertura populacional de cada equipe será de acordo com a vulnerabilidade à saúde dos indivíduos. As áreas de risco muito elevado serão compostas de 2.400 a 2.800 indivíduos; as de risco elevado, de 2.800 a 3.400; e as de risco médio, de 3500 a 4000 (BELO HORIZONTE, 2003 b).

O município de Belo Horizonte possuía 485 equipes de saúde da família em 2003, tendo contratado um número elevado de profissionais para a implantação e a consolidação do PSF no município (BELO HORIZONTE, 2003 b). Após a reorganização e nova classificação de risco dos habitantes no município, a capital possui atualmente 507 equipes, conforme informação fornecida pela SMSA.

Nesse contexto está inserido o profissional enfermeiro que, além de executar suas atividades individuais e em equipe, supervisiona e coordena os auxiliares de enfermagem e o ACS. Convém enfatizar que o enfermeiro também é referência para os auxiliares de enfermagem que não estão inseridos nas equipes de saúde da família.

Assim, o enfermeiro do PSF é um profissional que se depara a todo o momento com situações concretas referentes à educação, não só com a comunidade, como também na capacitação dos profissionais sob sua supervisão.

A ação educativa realizada por esse trabalhador da saúde tem como fundamento uma concepção de educação de acordo com sua experiência pessoal e laboral. Entretanto, muitos desses profissionais desconhecem a tendência pedagógica subjacente a sua prática educativa.

Para que uma prática educativa se concretize é necessária a adoção de concepções pedagógicas de cunho transformador, emancipadora, libertadora, multicultural, subjetiva e voltada para as necessidades da sociedade. Dentre as concepções destacam-se as tendências pedagógicas críticas e as pós-críticas (BRASIL, 2003 c).

As tendências críticas e pós-críticas da educação, também chamadas de progressistas, partem das realidades sociais e surgem como expressão do compromisso com as classes populares, deslocando a discussão dos conceitos pedagógicos e psicológicos e das técnicas de ensino para a questão do poder e da ideologia na educação (BRASIL, 2003 c).

Na literatura nacional, encontramos diversos tipos de classificações das tendências pedagógicas, entre elas as de SAVIANI (1985), MIZUKAMI (1986) e BORDENAVE (1999).

Para LIBÂNEO (2003), as tendências pedagógicas podem ser classificadas em dois grupos: a pedagogia liberal e a pedagogia progressista. A primeira é constituída pelas pedagogias tradicional, renovada progressivista, renovada não diretiva e tecnicista. Já a segunda é composta pelas pedagogias libertadora, libertária e crítico-social.

A pedagogia tradicional é caracterizada por acentuar o ensino humanístico, de cultura geral, na qual o educando deve alcançar um objetivo pelo esforço próprio. A aprendizagem ocorre pela transmissão de verdades do educador para o educando, com estratégias didáticas de exposição, demonstração, memorização e repetição dos conceitos mais importantes (LIBÂNEO, 2003).

A pedagogia renovada progressivista tem como finalidade de ensino a adequação das necessidades individuais ao meio social. Essa integração ocorre por intermédio das experiências, que devem satisfazer, ao mesmo tempo, as exigências da sociedade e os interesses do educando. A idéia de ensino é aprender fazendo, valorizando as tentativas experimentais, o estudo do meio natural e social, a pesquisa, o método de solução de problemas, dentre outros. Assim, aprender torna-se uma atividade de enormes descobertas e de auto-aprendizagem na qual o ambiente é o meio estimulador (LIBÂNEO, 2003).

A pedagogia renovada não diretiva apresenta como ênfase a preocupação nos problemas psicológicos dos educandos, na qual uma boa educação é considerada bastante semelhante a uma boa terapia. Essa tendência propõe uma educação centrada no educando, visando formar a sua personalidade por meio da vivência de experiências significativas. Entretanto, acredita que qualquer intervenção para o educando é ameaçadora e inibidora da aprendizagem (LIBÂNEO, 2003).

A concepção tecnicista tem o intuito de organizar o processo de aquisição de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, necessários para a integração do sistema social global. Seu interesse é produzir indivíduos “competentes” para o

mercado de trabalho, ensinando e transmitindo informações precisas, objetivas e rápidas (LIBÂNEO, 2003).

A tendência progressista libertadora questiona concretamente a realidade das relações do homem com a natureza e com os outros homens, buscando a sua transformação. Aprender é um ato de conhecimento da situação vivenciada pelo educando e só possui sentido se resulta de uma aproximação crítica da realidade. O diálogo promove uma relação horizontal entre educando e educador que se posicionam como sujeitos na construção do conhecimento (LIBÂNEO, 2003).

Na pedagogia libertária, o objetivo é que as instituições de ensino exerçam uma transformação na personalidade dos alunos, promovendo um sentido libertário e autogestionário. Enfatiza a aprendizagem informal, via grupo, e a negação de toda forma de repressão visando ao desenvolvimento das pessoas livres (LIBÂNEO, 2003).

A tendência crítico-social dos conteúdos consiste na preparação do educando para o mundo das contradições, fornecendo-lhe instrumentos, por meio da aquisição de conteúdos e da socialização, com o intuito de uma participação organizada e ativa na democracia e na sociedade. O conhecimento nessa abordagem resulta da troca de experiências e na aquisição de um saber vinculado às realidades sociais. Aprender é desenvolver a capacidade de interiorizar as informações e trabalhar com os estímulos do ambiente, com o objetivo de construir uma educação a partir da situação concreta de vida dos indivíduos (LIBÂNEO, 2003).

Diante desse contexto e apresentando alguns pressupostos consoantes a tendência crítico-social, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e outras entidades governamentais, vem desenvolvendo uma política de educação para o SUS, sendo que as várias instâncias desse seguimento devem cumprir uma ação de induzir as mudanças tanto no campo da prática de saúde quanto no campo de formação (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004).

A educação dos profissionais de saúde deve ser priorizada como uma ação finalística, de políticas de saúde, sob a concepção pedagógica da educação permanente da saúde. Essa proposta deve ser pactuada de forma concreta nos conselhos de saúde, instituições de ensino, movimentos sociais, associações de professores, organizações estudantis, organizações discentes e representações de trabalhadores (CECCIM, 2005 a).

É importante reforçar a diferença conceitual entre educação continuada e educação permanente em saúde, visto que alguns autores utilizam esses termos como sinônimos (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A educação continuada é compreendida como a utilização do conhecimento teórico aplicado a uma única e exclusiva profissão com ênfase em temas especializados, no intuito de promover a atualização técnico-científica. Essa modalidade de ensino é realizada de maneira esporádica, sustentada pela pedagogia de transmissão, que desencadeia o processo de acumulação e apropriação do saber, que muitas vezes não se traduz em mudanças na prestação dos serviços de saúde (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A educação permanente em saúde pressupõe as necessidades de conhecimento e a estruturação de demandas educacionais geradas no cotidiano do trabalho, indicando os caminhos e pistas para o processo de formação. É uma modalidade educativa que tem como público-alvo a equipe multiprofissional, com destaque nos problemas reais de saúde, cujo objetivo é transformar as práticas técnicas e sociais. Essa atividade educativa deve ser realizada de forma contínua, por meio de uma metodologia centrada na resolução de problemas, resultando, assim, em uma profunda mudança no setor saúde (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Apontando as diferenças entre as duas modalidades, Motta *et al.* (2001, p. 70) afirmam:

A educação continuada envolve atividades de ensino após a graduação (atualização), possui duração definida e utiliza

metodologia tradicional, enquanto a educação permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo do trabalho.

Segundo Ceccim (2005 a, p. 976), “a educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor, para que venha a ser um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”. É de extrema importância a descentralização e a disseminação de capacitação pedagógica no setor saúde, compreendido desde a esfera da formação, gestão, controle social e os serviços de saúde.

Cabe salientar que a articulação entre a formação dos profissionais da área, a atenção em saúde, a gestão setorial e o exercício do controle social no setor se constituem o “Quadrilátero da Formação”, uma forma de pensar e providenciar a Educação Permanente em Saúde no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005 b).

Essa proposta de Educação Permanente em Saúde representa um importante avanço nas políticas públicas para a efetivação do SUS, visto que ela supera o conceito de educação permanente em saúde divulgado e difundido pela Organização Pan-Americana de Saúde, que reconhece que somente a “aprendizagem significativa” é capaz de promover a adesão dos profissionais aos processos de transformação no seu cotidiano (CECCIM, 2005 a).

A educação permanente em saúde, portanto, consiste em uma proposta inovadora e com finalidade estratégica para a contribuição na transformação dos processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde na organização de serviços. Assim, o mundo do trabalho deve estar articulado com o sistema de saúde em suas várias esferas de atenção (BRASIL, 2004 b).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004 b), o processo de educação permanente implementado no SUS deve priorizar as equipes que atuam na atenção básica, no trabalho de qualificação que envolve a articulação e o diálogo entre os

atores e saberes da clínica da saúde coletiva e da gestão de saúde; as equipes de urgência e emergência; as equipes de atenção e internação domiciliar; as equipes de reabilitação psicossocial; o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal; e as equipes dos hospitais universitários de ensino. Deve-se, também, enfatizar o desenvolvimento da gestão das ações e dos serviços de saúde e as ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual, intergestores, municipal e do respectivo conselho de saúde.

Todos os serviços supracitados devem compor uma rede articulada e integrada, incorporando a noção de saúde da família, compreendida como uma “cadeia de cuidado progressivo a saúde” (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004, p. 89).

Diante desse contexto, a atenção básica possui uma função estratégica na operacionalização do SUS, principalmente pela sua relação contínua com a comunidade. Assim, em todas as modalidades de atuação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve almejar e construir a “atenção integral e de qualidade, a resolutividade e fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços” (BRASIL, 2004 b, p. 12).

A implantação do processo de educação permanente nos serviços de atenção primária, sobretudo nas unidades de saúde da família, dessa forma, se traduz na possibilidade e na necessidade de fortalecer os princípios e diretrizes do SUS.

Para o Ministério da Saúde (2004 b, p. 16),

a efetividade da educação permanente de saúde está intimamente relacionada à construção e execução na formulação política de saúde nas áreas estratégicas e prioritárias dentro da organização da rede de atenção a saúde, em cada território a partir das necessidades reais de saúde da sua população.

A gestão da educação permanente em saúde será feita por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são como núcleos de articulação entre os

serviços, as instituições formadoras, os gestores, os hospitais de ensino, as instâncias de controle social e representações discentes. Seu papel é propiciar um amplo debate sobre os problemas, as prioridades e possíveis alternativas de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e demais atores sociais (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004).

Os pólos são instâncias de articulação interinstitucional e deverão funcionar como dispositivos do SUS para promover transformações, seja nas práticas de saúde, seja nas atividades de educação na saúde, funcionando como “rodas para a gestão da educação permanente em saúde” (BRASIL, 2004 b, p. 11). Em julho de 2005, existiam no País cerca de 150 pólos de educação permanente espalhados por todo o Brasil (CECCIM, 2005 a).

Assim, por meio dessas iniciativas e reformulações nos vários segmentos da sociedade, a educação permanente em saúde propicia a educação aplicada ao trabalho sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e a produção do mundo. Nesse sentido, é preciso a interação entre o mundo da vida e do trabalho (BRASIL, 2004 b).

Dessa forma, a educação permanente em saúde deve ser adotada com um recurso estratégico para a educação na saúde e da gestão do trabalho. É a efetivação do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dessas organizações (BRASIL, 2004 b).

Segundo Pereira (2003, p.1528),

a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entres dois campos, tanto em qualquer nível da atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender.

De acordo com Demo (2000, p.10), a “educação é um processo essencial, formativo, no sentido reconstrutivo humano, não algo de mero treinamento, ensino, instrução,

enquanto esses termos indicam uma influência apenas de fora para dentro e de cima para baixo”.

O educador é aquele que se exercita continuamente o processo de busca da sistematização teórico-prática. Nesse sentido, o educador de profissionais deve ter uma atitude aberta, não dogmática, de aproximação da teoria com a prática, pois a ação educativa nunca está plenamente dada (BRASIL, 2003 a).

Para Freire (1997, p. 52), “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria construção”. A educação não se resume na transmissão de conhecimentos, mas sim, em uma profunda e constante interação entre educador e educando, sendo o diálogo um caminho fundamental para que ocorra a construção e a troca dos saberes.

Para educar é necessário, portanto, uma diretriz pedagógica com postura transformadora e que contemple a realidade em que os homens vivem, trabalham, se relacionam, bem como seus saberes concretos e socialmente significativos. Assim, o contexto do sujeito que aprende não pode ser visto como um fenômeno alheio à relação do ensino e da aprendizagem (COLOME; LANDERDAHL; OLIVO, 1999).

Torrez, Barros e Goulart (2000, p. 64) afirmam que,

caberá a Estratégia de Saúde da Família estabelecer novas relações político-pedagógicas para a formação profissional dos trabalhadores de nível médio em saúde, inclusive daqueles que nela atuam, subsidiando a construção coletiva de projetos educacionais a serem promovidos.

Motta *et al.* (2001, p. 70) corroboram tal afirmação apontando para a importância de se conhecer o contexto na qual são propostas e realizadas as ações de saúde:

Ao refletir sobre os problemas do trabalho, identificamos quais são seus principais determinantes e o que precisamos fazer para transformá-los. É nesse contexto que podem surgir demandas

educativas, se de fato o problema deriva, parcialmente ou integralmente, de lacunas no conhecimento dos profissionais.

No estudo realizado por Gouveia e Centa (2000), os enfermeiros do PSF solicitaram maior intercâmbio entre os profissionais de cada esfera de governo, com o objetivo de promover a troca de experiências e informações.

Na perspectiva de uma ação pedagógica crítica, é necessário mergulhar no mundo do sujeito, partindo do lugar onde estão e se situam socialmente, para ir criando outras formas de fazer em saúde. Essa ação tem como referência diferentes concepções de homem e de sociedade. É na compreensão da realidade que se verifica a possibilidade do que é possível fazer, a favor de quem e para quê (BRASIL, 2003 c).

Portanto, para o desenvolvimento de uma ação educativa baseada nas tendências progressistas, portanto, faz-se necessária a problematização da realidade como possibilidade de promoção e apropriação significativa do saber acumulado, desencadeando uma reflexão que possa superar o saber cotidiano dos sujeitos sem, contudo, ignorar as suas experiências (BRASIL, 2003 c).

É a partir da problematização em cada serviço de saúde que é identificada a necessidade de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias indispensáveis para o desenvolvimento de um serviço humanizado e de qualidade tendo como foco de atenção a resolutividade dos problemas do usuário no contexto na qual o mesmo está inserido (BRASIL, 2003 b).

A perspectiva problematizadora é uma ação pedagógica e política que parte da realidade concreta dos indivíduos, considera as exigências de um trabalho em saúde e em educação comprometido com a maioria dos usuários, com a universalidade, com a equidade e a igualdade do atendimento, atende às necessidades de assistência de acordo com o perfil epidemiológico brasileiro e busca o exercício constante do diálogo no intuito de usar o conhecimento e a técnica para vencer os desafios propostos pelo cotidiano (BRASIL, 2003 c).

A tarefa educativa desenvolvida no PSF necessita ser direcionada para o desenvolvimento de um profissional crítico de sua prática, capaz de elaborar as mudanças imprescindíveis na sua realidade, e não somente na ênfase e na aquisição de habilidades técnicas (BEZERRA *et al.*, 2004).

De acordo com Guimarães (2005, p.258),

é de extrema importância para o exercício da ação pedagógica que o enfermeiro-educador reflita e voluntariamente construa o seu conceito de educação. Este lhe dará os subsídios para construir o seu modelo pedagógico e o seu perfil de educador.

Nesse sentido, a ação educativa desenvolvida pelo enfermeiro do PSF deve propiciar uma reflexão crítica, problematizadora, ética, estimulando a curiosidade, o diálogo, a escuta e a construção do conhecimento compartilhado.

4 METODOLOGIA

Para compreender a ação educativa do enfermeiro inserido no PSF desenvolvida junto aos profissionais de enfermagem e ACS, tornou-se necessário a escolha de uma abordagem metodológica que buscasse com profundidade os significados, as crenças, os sentimentos, os valores, os hábitos culturais, os costumes, as atitudes, dentre outras características pertinentes do comportamento humano.

Nessa perspectiva, a abordagem qualitativa confirmou-se como um caminho bastante propício para o desenvolvimento deste estudo, em razão de alguns elementos essenciais, tais como: é uma investigação descritiva e indutiva, apresenta uma visão holística do objeto a ser estudado, o ambiente natural representa uma fonte inesgotável da coleta direta de dados, o pesquisador é considerado como o instrumento principal para a obtenção das informações e o cenário estudado apresenta aspectos indispensáveis para a compreensão do fenômeno estudado (TRIVIÑOS, 1987; BOGDAN; BIKLEN, 1994).

No intuito de descrever os significados das práticas educativas em saúde, realizados pelo enfermeiro do PSF, é necessário, em primeiro lugar, considerá-los como um grupo cultural que compartilha o universo simbólico gerado a partir de suas interações sociais. Em segundo lugar, um estudo dessa natureza pressupõe a adoção de um método que viabilize a interpretação e a compreensão das interações humanas (PEIXOTO, 1996).

É importante enfatizar que o aspecto cultural de um grupo é resultado de uma construção social, seja pelas atividades individuais, seja pelas atividades coletivas desenvolvidas em determinado período. O indivíduo contribui para a formação de uma cultura, e esta, por sua vez, fornece um suporte no qual a existência do sujeito ganha significado. Essa interação promove a criação de um conjunto de comportamentos e de atitudes que são transformados e compartilhados por um grupo social.

Para compreender o universo simbólico compartilhado pelos enfermeiros do PSF com relação à educação, optei pela etnografia, uma vez que o método possibilitou-me a compreensão da realidade desse grupo cultural. Nessa perspectiva, adotei a proposta teórico-metodológica de James P. Spradley, em virtude da sua adequação, pertinência e acessibilidade ao tema de investigação supracitado.

Para Spradley (1979), a etnografia é o trabalho de descrição de uma cultura a partir da visão de mundo do nativo dessa cultura. Assim, a etnografia busca a compreensão do significado de ações e dos eventos para os participantes, significados expressos por meio da linguagem ou, indiretamente, de ações, que constituem um sistema de significados complexos. Esse sistema de significados denomina-se cultura.

Melleiro e Gualda (2004, p. 505) relatam que,

a descrição etnográfica moderna é uma metodologia qualitativa que teve sua origem na antropologia cultural, sendo assim, ela consiste em assimilar a cultura estudada a um texto codificado que os indivíduos integram e lêem permanentemente e que o pesquisador deve interpretar, colocando em evidência o valor dos códigos pelos atores na sua vida cotidiana.

Para Spradley (1979), a etnografia é a descrição de um sistema de significados culturais de determinado grupo, com o intuito de entender outro estilo de vida por meio da ótica do informante. Esse autor considera que, ao estudar as pessoas nessa perspectiva metodológica, aprende-se muito com elas.

Ao utilizar a etnografia, o pesquisador deve lidar com três aspectos fundamentais da experiência humana: o que as pessoas fazem (o comportamento cultural), o que elas sabem (conhecimento cultural) e o que elas constroem e utilizam (os artefatos culturais). (SPRADLEY, 1980; PEIXOTO, 1996)

Na ótica de Spradley (1980), o conhecimento cultural de um grupo pode ser classificado em dois níveis: o explícito, no qual o etnógrafo recebe e interpreta os elementos da comunicação verbal e não verbal sendo a fala a principal forma de

expressão; e o conhecimento tácito. Para Goffman (*apud* GRESTA, 2000) este nível é denominado de “região interior” ou “bastidores”.

A pesquisa etnográfica é um processo cíclico no qual se inicia com a seleção do projeto e a definição do local de estudo, que pode variar de uma macroetnografia a uma microetnografia. Após essa etapa, o etnógrafo começa a fazer perguntas descritivas, coleta os dados por meio de observações, documentos referentes ao cenário pesquisado e entrevistas.

Posteriormente, analisa-os e constrói novos questionamentos, que devem ser respondidos no retorno ao campo. Essa etapa necessita do registro do estudo etnográfico, que pode gerar novos problemas que devem ser pesquisados. Este processo de pesquisa pode ser demonstrado pela FIG. 1.

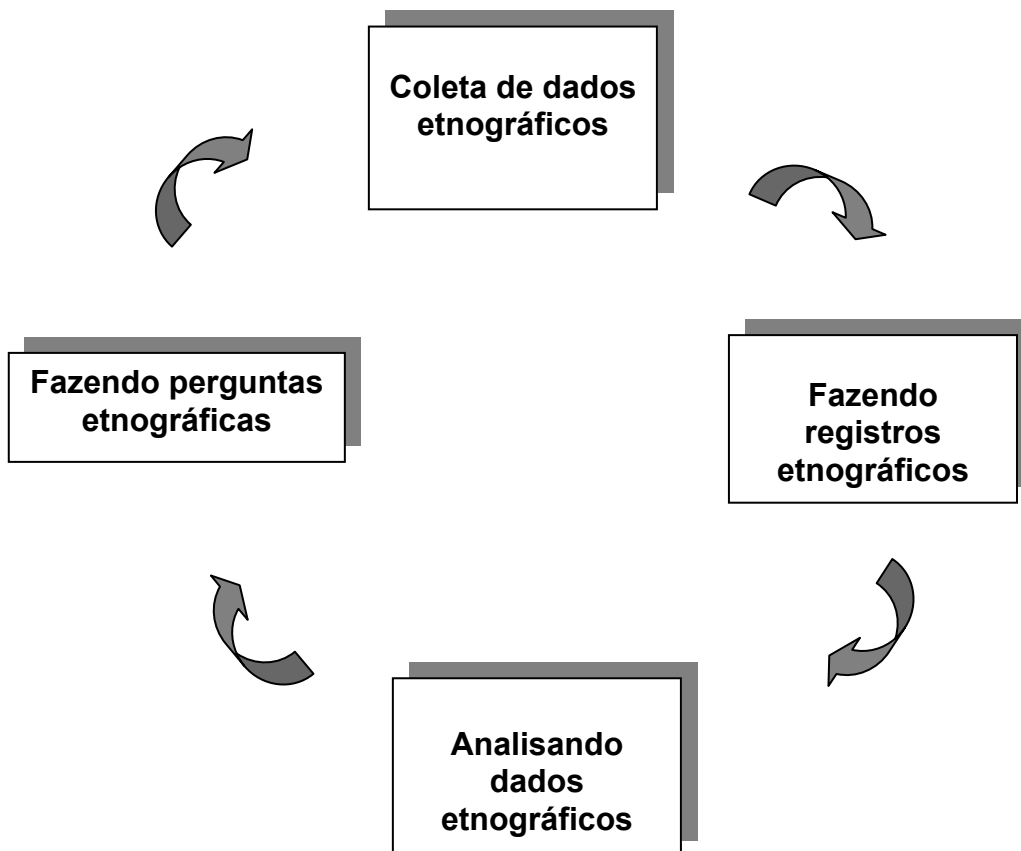


FIGURA 1 – O processo cíclico da pesquisa etnográfica.
Fonte: Adaptado de Spradley (1980, p. 23).

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da pesquisa está situado no Distrito Sanitário Oeste (DISAO) do município de Belo Horizonte. Essa região, representada pelo MAPA 1, possui uma população de 268.124 habitantes, sendo constituída de 126.276 homens e 141.848 mulheres, com uma extensão territorial de 31,27 km² e uma densidade demográfica de 8.573.38 habitantes/km² (IBGE, 2000). Possui os seguintes limites geográficos: as Avenidas do Contorno e Raja Gabaglia, e a BR 040 como limites do Distrito Sanitário Centro-Sul; o anel Rodoviário, como limite do Distrito Sanitário Barreiro e do município de Contagem e a linha do trem metropolitano (Metrô), como limite do Distrito Sanitário Noroeste (BELO HORIZONTE, 2003 c).

A região oeste possui uma rede educacional de 16 escolas municipais, 25 escolas estaduais, 1 escola federal (CEFET/MG), representada pelos dois *campi*, 52 escolas particulares de ensino fundamental e de ensino médio. No setor da área de saúde, ela conta com 15 unidades básicas de saúde, 1 policlínica, 1 laboratório clínico, 1 unidade de emergência e alguns hospitais, entre eles, o hospital Madre Tereza, o hospital Santa Terezinha, o hospital Sarah-MG, o hospital Unimed – BH, dentre outros (BELO HORIZONTE, 2003 c).

É importante salientar que o DISAO foi a primeira regional a implementar o sistema saúde em rede nas unidades básicas de saúde, tendo iniciado esse processo em fevereiro de 2002 (BELO HORIZONTE, 2003 d).

O sistema de saúde em rede representa um avanço na incorporação de recursos oferecidos pela tecnologia da informática, tendo como objetivo principal a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Os módulos do sistema são: agenda, recepção, registro de atendimento, coleta de material biológico, farmácia, extrator de relatório a partir do banco de dados gerados e indicadores por equipe (BELO HORIZONTE, 2003 d).

Atualmente, essa região é dividida em seis unidades operacionais de planejamento: a unidade administrativa Jardim América, Barroca, Morro das Pedras, Betânia, Estoril/Buritis/ Pilar Oeste e Cabana, sendo esta a região onde foi desenvolvida a pesquisa.

A unidade administrativa da Cabana é composta pelos bairros Glalijá (Sul da VULO), Vila Itaú, Jardinópolis, Madre Gertrudes (Magnesita), Cabana, Vista Alegre, Nova Cintra, Patrocínio, Nova Gameleira, Gameleira, Sport Clube I, II, III e IV (parte), Oeste (Nova Gameleira), Nova Gameleira II, Cabana Pai Tomás e Imbaúbas. Essa área possui trechos de topografia bastante irregulares e é constituída, em grande parte, por favelas e vilas.

A principais vias de acesso a essa região são a Avenida Amazonas, a Avenida Teresa Cristina e o anel rodoviário, através de uma extensa e ampla malha rodoviária de transporte coletivo.

Essa região possuía, em 2000, 18.800 domicílios residenciais, sendo que, desses, 83,8% eram casas, 12,3% apartamentos e 3,9% cômodos. A maioria dessas residências (99,6%) possuía abastecimento de água tratada, 89,8% tinham rede de esgoto e 97,9% apresentavam coleta direta do lixo (IBGE, 2000).

O número de habitantes por domicílio é bastante variado, porém havia maior concentração nas residências que possuíam três, quatro e dois habitantes por domicílio, representando respectivamente 23,1%, 22,6% e 17,1% (IBGE, 2000).

A população total da região da grande cabana era de 70.564 habitantes (IBGE, 2000), distribuídos por sexo, faixa etária e pela respectiva unidade de atendimento primário, conforme a TAB. 1.

A TAB. 1 demonstra que a maioria da população é do sexo feminino (51,5%), sendo que as faixas etárias com maiores número de habitantes são a de 20 a 29 anos (20,1%), 10 a 19 anos (19,3%) e 30 a 39 anos (16,1%) do contingente populacional. Por meio desses dados, pode-se concluir que há uma concentração populacional representada pelos adultos jovens.

A maioria da população residente, com idade igual e acima de 5 anos, é alfabetizada. A taxa de alfabetização para as pessoas do sexo masculino era de 90,24% e as do sexo feminino, de 88,08% (IBGE, 2000).

TABELA 1

Distribuição da população da grande cabana por unidades primárias de atendimento, faixa etária e sexo

CENTRO DE SAÚDE FAIXA ETÁRIA E SEXO	CABANA		CÍCERO ILDEFONSO		VILA IMPERIAL		VISTA ALEGRE		WALDOMIRO LOBO		TOTAL
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
0-4 anos	817	836	871	838	421	411	645	655	468	456	6418
5-9 anos	865	856	806	808	420	443	634	648	440	436	6356
10-14 anos	916	934	822	752	406	433	679	583	446	426	6397
15-19 anos	1155	1118	826	878	470	475	653	731	488	466	7260
20-24 anos	1311	1024	925	927	492	481	734	777	510	505	7686
25-29 anos	1007	917	784	755	392	430	673	664	450	436	6508
30-34 anos	856	831	710	748	392	429	636	591	415	402	6010
35-39 anos	753	806	566	639	387	406	488	599	336	358	5338
40-44 anos	659	752	480	542	313	364	468	530	267	281	4656
45-49 anos	494	581	343	410	242	263	339	372	188	226	3458
50-54 anos	369	489	261	352	170	214	232	319	149	209	2764
55-59 anos	343	380	225	284	129	144	182	247	116	175	2225
60-64 anos	219	325	206	243	114	164	170	232	114	177	1970
65-69 anos	152	250	156	183	89	111	126	205	100	128	1500
70-74 anos	104	154	83	119	53	78	108	147	49	89	984
75-79 anos	56	103	41	68	29	55	55	74	34	37	552
80 e mais	50	83	28	78	23	46	27	82	18	53	488
Total	10126	10439	8133	8624	4542	4947	6849	7456	4588	4860	70564

Fonte: IBGE (2000).

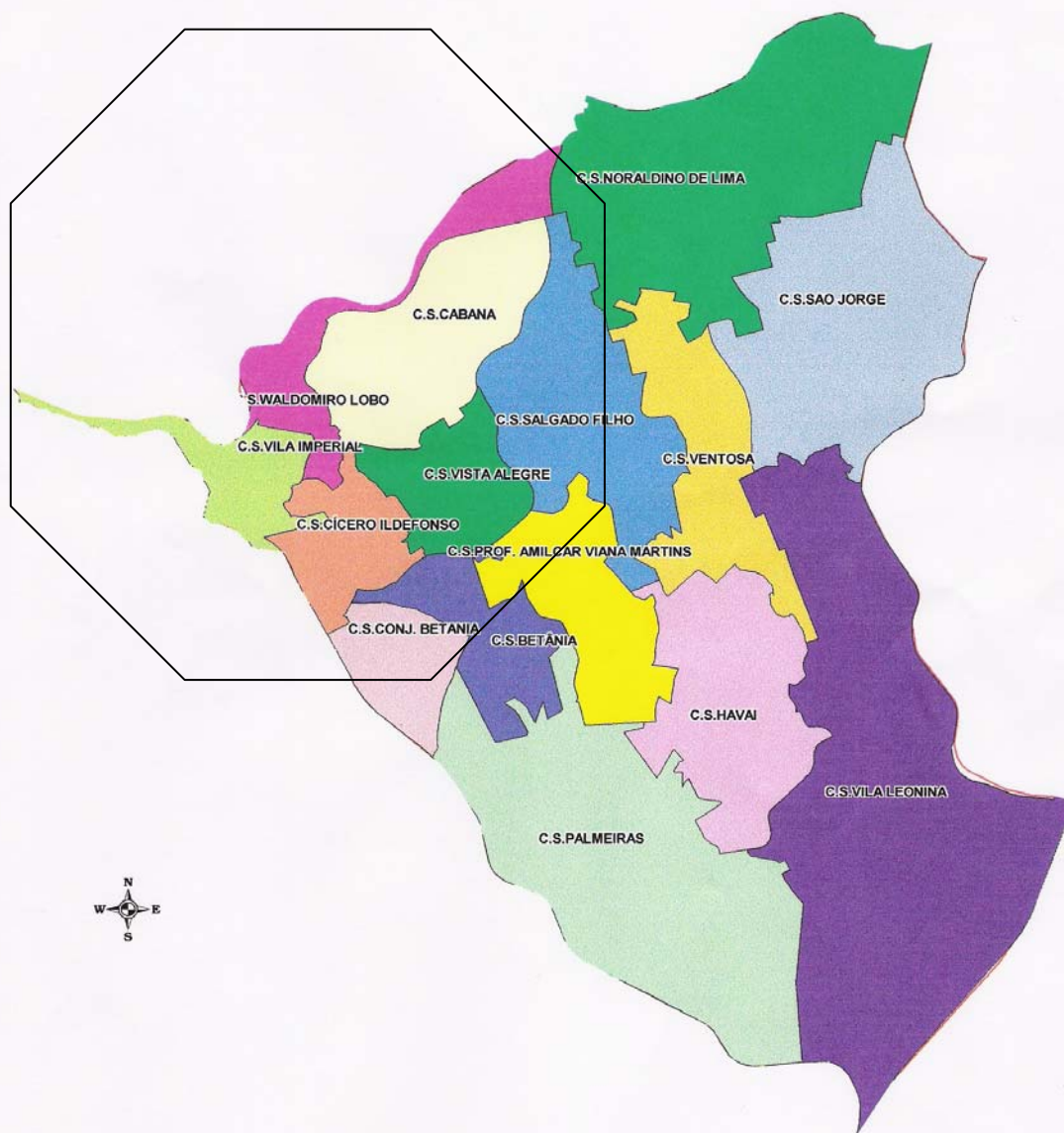
Essa região possui cinco unidades básicas de saúde: os centros de saúde Cabana, Cícero Ildefonso, Vila Imperial, Vista Alegre e Waldomiro Lobo.

Todas as áreas de abrangências das respectivas unidades, representadas no MAPA 2, apresentam áreas de risco médio à saúde a áreas de risco muito elevado, sendo necessária a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) para o atendimento dessa população adscrita. Atualmente, existem 22 ESFs nessa região, sendo que cada uma delas possui a composição mínima de profissionais exigida pelo Ministério da Saúde, inclusive um enfermeiro.

A pesquisa foi realizada nos centros de saúde Cabana, Cícero Ildefonso e Vista Alegre, no período de maio a dezembro de 2005, após o consentimento das gerentes das unidades e da diretora do DISAO, bem como a aprovação nos comitês de ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (Anexos 1, 2 e 3)

Convém enfatizar que os centros de saúde Vila Imperial e Waldomiro Lobo não participaram da coleta de dados. O primeiro, em virtude de ser o local de trabalho do pesquisador, o que poderia dificultar a compreensão do tema, principalmente pelo fato de ser um nativo daquela subcultura. O segundo centro de saúde descrito não foi utilizado em decorrência da saturação anterior ao processo de coleta de dados.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS CENTROS DE SAÚDE DO
DISTRITO SANITÁRIO OESTE - BH**



Fonte: GEREPI-Oeste

MAPA 2 – Áreas de abrangência dos centros de saúde do Distrito Sanitário Oeste.
Fonte: GEREPI – Oeste.

As unidades que participaram da pesquisa possuem, de maneira geral, uma boa e ampla infra-estrutura, com vários consultórios, sala de recepção de usuários, sala de curativos, sala de vacina, banheiros para os funcionários e usuários, sala de odontologia, expurgo, almoxarifado, sala da gerência, sala do administrativo, farmácia, cozinha, sala de procedimentos, dentre outros. Entre algumas peculiaridades referentes à área física, o centro de saúde Cícero Ildefonso não possui uma sala para realização de grupos operativos e o centro de saúde Vista Alegre possui dois pavimentos.

Os três centros de saúde possuem aproximadamente 67 trabalhadores por unidade.

A TAB. 2 demonstra que os centros de saúde Cabana e Cícero Ildefonso possuem uma média de 4 ACSs por equipe e que a unidade do Vista Alegre apresenta uma distribuição de, no mínimo, 5 ACSs por equipe.

TABELA 2

Números de Equipes de Saúde da Família e de profissionais, ACSs, auxiliares e técnicos de enfermagem, distribuídos por Unidade Básica de Saúde

UNIDADES EQUIPES E PROFISSIONAIS	CENTRO DE SAÚDE CABANA	CENTRO DE SAÚDE CÍCERO ILDEFONSO	CENTRO DE SAÚDE VISTA ALEGRE	TOTAL
Nº. de ESF	6	5	5	16
ACSs	25	24	28	77
Auxiliares e técnicos de enfermagem nas ESFs	10	9	9	28
Auxiliares e técnicos de enfermagem no apoio	3	4	4	11

Fonte: Centros de Saúde Cabana, Cícero Ildefonso e Vista Alegre.

O número de auxiliares e técnicos de enfermagem é equivalente nas três unidades. Observa-se, também, que quatro equipes de saúde da família (duas equipes no centro de saúde cabana e uma equipe nas demais unidades) não apresentam o seu

quadro de funcionários completo, o qual, conforme a recomendação da SMSA, deve possuir dois auxiliares por equipe.

4.2 INFORMANTES

Os informantes da pesquisa foram nove enfermeiros do PSF, que estavam trabalhando em uma das três unidades básicas no período mínimo de seis meses e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, de acordo com as normas de pesquisa em seres humanos (CNS 196/96). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado. (Anexo 4)

Convém enfatizar que o número de informantes foi determinado pelo processo de saturação dos dados. Assim, durante a análise do material empírico, não foram encontrados novos termos inclusos que apresentassem correlação com o tema pesquisado.

Havia oito pessoas do sexo feminino e uma do sexo masculino, com idades que variam entre 29 e 37 anos, atuam no PSF há mais de dois anos, sendo que 78% deles estão há mais de quatro anos no referido programa. Desses, 55,4 % trabalham de um ano e meio a dois anos e meio e 44,6% exercem a sua atividade de três anos e meio a cinco anos e meio nos centros de saúde descritos. Dentre outras características, dos nove enfermeiros entrevistados, oitos eram concursados, seis fizeram o curso de especialização em PSF, um estava fazendo o curso no período da pesquisa e os outros dois não o haviam iniciado.

Um dos enfermeiros foi considerado informante-chave por causa de sua receptividade, sua disponibilidade e seu conhecimento sobre o tema investigado.

4.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As técnicas de coleta de dados usadas no método etnográfico são a observação participante, a análise documental e a entrevista etnográfica (SPRADLEY, 1979, 1980).

Para Minayo (1999), a entrevista e a observação participante são os dois componentes fundamentais do trabalho de campo na abordagem qualitativa.

O trabalho de campo iniciou-se com a observação participante e com perguntas etnográficas por meio das entrevistas. Para Spradley (1979) as perguntas etnográficas apresentam o propósito de descobrir o sistema de significados culturais que as pessoas usam. Nessa etapa, esse autor recomenda que se inicie com questões gerais e descritivas, de modo que os informantes não sejam influenciados pela cultura do etnógrafo.

4.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante foi um importante instrumento de coleta de dados para compreender a ação educativa do enfermeiro no PSF, pois para decifrar o conhecimento cultural desses trabalhadores foi necessário vivenciar, aprender e entender como esses profissionais agem no seu cotidiano e quais as ferramentas que eles utilizam para a construção desses valores.

As observações do campo foram registradas em um impresso específico que contempla as anotações de cunho descritivo e reflexivo (Anexo 5). As observações descritivas referiam-se à minha observação sobre o cenário estudado com todas as suas características e as reflexivas destacavam meus sentimentos, reflexões e percepções no momento da observação.

De acordo com Spradley (1980), a observação participante não é igual à observação comum, sendo necessária a sua distinção mediante algumas considerações relevantes. Uma importante característica da observação participante é o seu propósito duplo, em que o pesquisador observa os cenários, as atividades, as pessoas e participa daquela situação social. Esse autor ressalta que o investigador deve praticar treinamento mental e ter constante vigilância, com o objetivo de captar as informações que para um observador comum poderiam passar despercebidas.

Para Minayo (1999), um observador científico necessita de colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado com respeito, empatia e inserção.

A observação participante iniciou-se em maio de 2005 no centro de saúde Cabana, tendo passado pelo centro de saúde Cícero Idelfonso e terminado em dezembro do respectivo ano no centro de saúde Vista Alegre. Foram observadas as atividades de 14 enfermeiros do PSF dos centros de saúde descritos acima, totalizando 41 dias e 77 horas de observação. É importante salientar que essa atividade foi realizada em horário compatível com as minhas atividades laborais no centro de saúde Vila Imperial.

Atualmente, essas unidades possuem um número expressivo de trabalhadores de saúde, sendo extremamente difícil conhecer e estabelecer um *rapport* com todos esses profissionais. A inserção e a compreensão das atividades estabelecidas nesses serviços foram muito gratificantes, porém bastante penosas, como pode ser descrito em algumas das anotações de campo. Quando iniciei a pesquisa em um dos centros de saúde, mesmo me apresentando para a maioria dos profissionais ali presentes, presenciei um momento inusitado: ao passar pelo corredor de uma das unidades, observei um dos trabalhadores fechando todas as portas à minha frente, demonstrando que eu era um ser estranho àquele ambiente.

Outro momento no qual enfrentei dificuldade no processo de observação participante foi quando eu estava aguardando em uma sala um dos sujeitos da pesquisa. Um

dos profissionais de saúde cumprimentou-me e, posteriormente, perguntou-me o que eu estava fazendo ali. Logo em seguida, apresentei-me e informei-lhe que eu era pesquisador. Entretanto, nas observações subseqüentes, sempre que eu encontrava esse profissional ele alertava ao enfermeiro de serviço para que tomasse cuidado comigo, demonstrando que alguns nativos da cultura em estudo têm receio de que estejam sendo avaliados. Na verdade, ele não compreendeu minha ação de pesquisador, mesmo após vários esclarecimentos sobre a minha presença naquele serviço.

Após as primeiras observações, tornou-se necessário definir qual era o local mais propício para o desenvolvimento do estudo, em virtude, principalmente, da complexidade das interações humanas ocorridas nas unidades básicas de saúde.

Spradley (1980) afirma que a observação participante deve ser iniciada em uma única situação social, e um critério importante para sua escolha é verificar que freqüência essa atividade se repete. Esse autor retrata que uma situação social pode ser identificada por três elementos fundamentais: o lugar, os atores e as atividades.

Seguindo essas orientações, identifiquei que o acolhimento era a melhor situação social para compreender a ação educativa do enfermeiro em virtude de ser realizado quase todos os dias e ter a participação diária dos enfermeiros. Cabe enfatizar que observei outras atividades, tais como o setor de recepção, a consulta de enfermagem, os grupos operativos, a administração de medicamentos, dentre outras.

O acolhimento é caracterizado pelos enfermeiros como uma atividade que

existe em qualquer ação do profissional, mas nesse formato que é hoje, muitas equipes assumem de resolver os problemas da comunidade em um certo horário, de preferência no horário da comunidade ou e da equipe. Uma preferência dos dois lados, de manhã. Então, a maioria das equipes atende de manhã o acolhimento.

Ao ingressar nas unidades investigadas, foi necessário definir qual a forma de participação a ser adotada durante a observação, principalmente pelo fato de ser também um profissional do PSF em outro centro de saúde.

Existem cinco tipos de inserção possíveis do observador no campo: **a não-participação**, em que não há envolvimento entre o pesquisador e os sujeitos, bem como com o cenário cultural; **a participação passiva**, na qual o pesquisador está presente no campo, porém assume apenas a postura de mero espectador; **a participação moderada**, uma situação de interseção entre observar e participar; **a participação ativa**, na qual o investigador participa de algumas atividades dos sujeitos com o intuito de compreender as regras e padrões culturais presentes no comportamento do grupo; e **a participação completa**, em que o pesquisador tem um alto nível de envolvimento na cultura estudada. No entanto, o autor faz um alerta de que, após uma inserção prolongada e com participação completa, o investigador que se propõe a estudar as situações sociais corre o risco potencial de “naturalizar-se” e de não perceber as atividades que antes lhe pareciam exóticas, não familiares (SPRADLEY, 1980).

Portanto, optei pela participação passiva e a moderada. Todavia, exercer uma observação participante em um serviço de saúde sendo um profissional que atua no mesmo segmento, não é uma situação confortável. O dilema entre ser um observador passivo e ter uma participação mais ativa nas atividades cotidianas da unidade era sempre presente, uma vez que deparei com uma escassez de pessoal em determinados horários e uma grande e complexa demanda de atendimentos a serem realizados. Nesse caso, iniciei mais precocemente o tipo de participação moderada, sobretudo pelos problemas éticos, tais como ajudar numa punção venosa de uma criança, pois a auxiliar de enfermagem estava sozinha para realizar esse procedimento e fornecer informações durante situações assistenciais no intuito de facilitar a resolutividade e o atendimento ao usuário.

4.5 ENTREVISTAS

A entrevista é a técnica de pesquisa mais usada no processo de trabalho de campo, uma vez que privilegia a fala dos sujeitos com o intuito de revelar as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas e os símbolos daquele contexto cultural (MINAYO, 1999).

A entrevista etnográfica é como um “tipo especial de evento da fala” que envolve dois processos complementares e distintos: estabelecer um *rapport* e obter informações. Estabelecer um *rapport* significa construir um vínculo e uma empatia entre o investigador e os informantes mantendo uma atitude de respeito, receptividade e de interação (SPRADLEY, 1979).

A entrevista etnográfica proposta por Spradley (1979) envolve a formulação de três tipos de questões: as questões descritivas, as estruturais e as de contraste. As questões descritivas são questionamentos amplos que permitem uma aproximação do informante e a exploração de seu cenário cultural. Essas questões são a base de toda entrevista etnográfica e da análise dos relatos, possibilitando a elaboração de “domínios hipotéticos”. As interrogações estruturais buscam explorar o modo como o conhecimento cultural do informante está organizado, identificando os domínios culturais, os termos cobertos e os termos inclusos desses domínios. As perguntas estruturais têm o objetivo de elaborar as categorias analíticas a partir do próprio informante e do seu universo cultural. Já as questões de contraste permitem aprofundar as classificações obtidas das questões estruturais, buscando identificar os significados empregados pelos informantes para distinguir os objetos e os eventos do seu mundo (SPRADLEY, 1979).

Convém enfatizar que neste estudo as entrevistas seguiram o método preconizado por Spradley (1979), iniciando com uma pergunta ampla e descritiva: “Descreva a sua ação educativa no cotidiano do PSF”. Após a análise dessas informações, foram construídas e delineadas as questões estruturais.

Foram realizadas dez entrevistas em horários, dias e locais combinados com os informantes. O informante-chave foi entrevistado por duas vezes. As entrevistas foram gravadas após o preenchimento do termo de consentimento e transcritas na íntegra.

Peixoto (1996) relata que o registro das entrevistas deve ser feito em impresso próprio e contendo os seguintes dados: data, horário, local, número da entrevista, identificação do informante e o registro das observações e reflexões do etnógrafo durante sua realização. (Anexo 6)

As entrevistas transcorreram sem complicações e interrupções. Entretanto, não foi fácil realizar as entrevistas nº. 3 e nº. 4, pois nesse período alguns profissionais da prefeitura estavam em paralisação por reivindicação de melhores salários, resultando em um número bastante reduzido de funcionários nos centros de saúde. Nesse momento, enfrentei um dilema em três dimensões: a profissional, a de pesquisador e a pessoal. Assim, mesmo tendo agendado as entrevistas previamente, tive dificuldade de sair do meu local de trabalho. Necessitei de melhor organização e estruturação com as enfermeiras do campo para o desenvolvimento das entrevistas e, posteriormente, um dos meus familiares necessitou do serviço público de saúde, não tendo sido atendido nas unidades que ele procurou.

4.6 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise de documentos foi de suma importância para a compreensão do cenário estudado. Foram utilizados vários documentos da SMSA, mapas do DISAO e das áreas de abrangência dos centros de saúde, que acrescentaram preciosas informações para a construção do trabalho.

4.7 ANÁLISE ETNOGRÁFICA

Spradley (1979, 1980) propõe quatro etapas para o processo de análise: a análise de domínio, análise taxonômica, análise componencial e análise temática.

Neste estudo foram realizadas as análises de domínio, taxonômica e temática. Seguindo as orientações de Peixoto (1996), os registros dessas etapas foram transcritos em impressos próprios. (Anexos 7, 8, 9)

A análise de domínio busca identificar os domínios culturais que constituem em categorias de significados culturais que abrangem três elementos: os termos cobertos, os termos inclusos e as relações semânticas (SPRADLEY, 1979).

Os termos cobertos se referem ao nome dos domínios, os termos inclusos são as categorias menores que se agregam dentro de uma categoria maior – o domínio – e as relações semânticas são as ligações entre os termos inclusos e o termo coberto (SPRADLEY, 1979).

Esse autor refere-se a nove relações semânticas universais que estão presentes em todas as culturas. Essas relações semânticas refletem como os nativos da cultura organizam o conhecimento cultural demonstrado no QUADRO 1.

QUADRO 1

Relações semânticas universais

1.	Inclusão estrita	→	X é um tipo de Y
2.	Espacial	→	X é um local de Y, X é uma parte de Y
3.	Causa-efeito	→	X é um resultado de Y, X é uma causa de Y
4.	Racional	→	X é uma razão para fazer Y
5.	Localização da ação	→	X é um local para se fazer y
6.	Função	→	X é usado para fazer Y
7.	Meio-fim	→	X é um modo de fazer Y
8.	Seqüência	→	X é um passo (estágio) de Y
9.	Atribuição	→	X é um atributo (característica) de Y

Fonte: Spradley (1980, p. 110)

A análise taxonômica é a busca de uma estrutura interna para os termos inclusos. Essa análise tem o intuito de estabelecer uma classificação interna para cada domínio cultural e a sua busca está pautada no princípio da semelhança entre os termos populares (SPRADLEY, 1979).

Finalmente, a análise temática constituiu-se na última etapa da análise etnográfica. Seu objetivo é desvendar as relações existentes entre os domínios e como essas relações expressam a cultura de um grupo (SPRADLEY, 1979).

No processo cíclico da pesquisa etnográfica, após cada transcrição de fita, busquei a identificação dos termos populares que representavam os significados culturais sobre a ação educativa dos enfermeiros no PSF. De todo o processo de análise, surgiram oito domínios e seis taxonomias caracterizadas pelas relações semânticas de inclusão estrita e meio fim.

5 DESCREVENDO OS DOMÍNIOS CULTURAIS

Durante a análise das entrevistas, os informantes descreveram as características dos ACSs, auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros apresentados no Domínio Cultural nº. 1 e na Taxonomia nº. 1.

Domínio Cultural nº. 1 – Características dos profissionais no PSF

Termos Inclusos
Acho que elas cobram muito
As informações delas são muito poucas
Às vezes não orienta porque não sabe do que é preciso
Dentro dessa nova perspectiva do PSF, ela passa a ter uma autonomia
É um elo que une várias partes, que são a atenção a saúde da criança, do adolescente e do adulto
Ela consegue fazer essa triagem
Elas dão conta de receber mais informações que recebem
Elas fazem muito pouco
Elas não têm informação teórica, embasamento teórico
Elas poderiam fazer mais do que elas fazem
Ele fica muito solto no PSF
Ele se identificou muito com o programa
Ele tem formação generalista
Às vezes a questão do PSF mesmo, passa meio distante dele
Eles não tem embasamento teórico e também na própria prática
Fazem tudo meio mecânico
Fazendo do jeito que acha que é
Já tem uma formação técnica de alguns pontos
Jogam muita responsabilidade em cima do enfermeiro
Não são exclusivos para o PSF
O ACS é o cara novo, todo mundo quer trabalhar com ele
O ACS não é mão de obra da unidade, é extra unidade
O auxiliar fica muito direto no acolhimento
Precisa participar mais nas visitas de rotina da equipe
São pouco aproveitadas
Sem embasamento científico
Sem saber direito o que está fazendo
Tem boa vontade e são abertos a aprendizagem
Tem equipe que o auxiliar ele é muito ativo
Tem muita responsabilidade com os pacientes deles
Tem outra equipe que não, que o auxiliar só marca consulta
Tinham que participar mais
Tudo elas passam para gente, encaminham para gente
Ver a família como um todo

Taxonomia nº. 1 – Características dos profissionais no PSF

ACS
São pouco aproveitadas
Elas dão conta de receber mais informações que recebem
As informações delas são muito poucas
Tudo elas passam para gente, encaminham para gente
Elas não têm informação teórica, embasamento teórico
Elas fazem muito pouco
Elas poderiam fazer mais do que elas fazem
Jogam muita responsabilidade em cima do enfermeiro
Acho que elas cobram muito
Tinham que participar mais
Às vezes não orienta porque não sabe do que é preciso
O ACS é o cara novo, todo mundo quer trabalhar com ele
O ACS não é mão de obra da unidade, é extra unidade
Tem boa vontade e são abertos a aprendizagem
Tem muita responsabilidade com os pacientes deles
Auxiliar e técnico de enfermagem
Eles não têm embasamento teórico e também na própria prática
Fazem tudo meio mecânico
Sem embasamento científico
Fazendo do jeito que acha que é
Sem saber direito o que está fazendo
Tem equipe que o auxiliar ele é muito ativo
Tem outra equipe que não, que o auxiliar só marca consulta
Ele fica muito solto no PSF
Às vezes a questão do PSF mesmo, passa meio distante dele
Já tem uma formação técnica de alguns pontos
Dentro dessa nova perspectiva do PSF, ela passa a ter uma autonomia
Não são exclusivos para o PSF
Precisa participar mais nas visitas de rotina da equipe
Ela consegue fazer essa triagem
O auxiliar fica muito direto no acolhimento
Enfermeiro
Ele se identificou muito com o programa
Ele tem formação generalista
É um elo que une várias partes, que são a atenção a saúde da criança, do adolescente e do adulto
Ver a família como um todo

Nos relatos dos enfermeiros, os ACS são descritos como uma nova profissão, nas unidades básicas de saúde, caracterizados como profissionais que apresentam boa vontade, responsabilidade com os pacientes e abertura para o processo de aprendizagem. Entretanto, são referidos como pouco aproveitados, sem informação teórica e científica, transferindo muitas das suas ações para o profissional enfermeiro.

Assim, o ACS é retratado como *uma figura nova na saúde; os auxiliares tinham mais tempo e agora já tem a questão do ACS, desde o PACS.*

A inserção desse trabalhador, com perfil ocupacional bastante diferenciado, que muitas vezes se aproxima das funções exercidas pelo assistente social, outras pelos trabalhadores de enfermagem, nos serviços de saúde apresenta uma contradição e dificuldade no desempenho de suas ações (SILVEIRA, 2001).

Os relatos abaixo revelam essas características desses profissionais.

Eles têm muita responsabilidade com os pacientes deles, com as famílias que são adscritas, na micro-áreas deles.

As ACS são pouco aproveitadas, sabe. Tem informações básicas que eu acho que elas podiam ter e passar para população, que elas não têm.

Tudo elas passam para gente, encaminham para gente. Elas têm capacidade, elas não têm informação teórica, embasamento teórico para fazer isso.

O ACS apresenta como atribuição no PSF a integração entre a equipe de saúde da família e a comunidade, com o intuito de promover a união entre estes dois universos culturais distintos, que são o saber científico e o saber popular (Brasil, 2001 a). Portanto, mesmo com uma atribuição específica, as falas acima demonstram a dificuldade no desempenho do ACS nessa interlocução entre os serviços de saúde e a população, muitas vezes em decorrência da falta de embasamento teórico para o desempenho dessa função.

Para Silveira (2001, p.120),

a despeito da incorporação do trabalho do ACS na equipe, que notadamente hoje ganha outros contornos – a ampla utilização de mão de obra não qualificada para exercer as mais diversas ações nesse campo, torna-se um paradoxo para um sistema de saúde que se propõe a ser resolutivo e com qualidade.

Os auxiliares de enfermagem do PSF vivenciam uma dicotomia no desempenho das suas ações, uma vez que, se por um lado adquiriram maior autonomia com o programa, por outro *fazem tudo meio mecânico, sem embasamento científico, sem saber direito o que esta fazendo, ficando muito solto no PSF*. Essa situação enfrentada no cotidiano dos serviços primários de saúde pode ser evidenciada nos relatos abaixo:

Então, dentro dessa nova lógica, dessa nova perspectiva do PSF, ele passa a ter uma autonomia, mais qual autonomia que é essa?

A gente percebe que eles não têm esse embasamento teórico e, também, na própria prática. Acaba fazendo tudo meio mecânico e sem embasamento científico. Fazendo do jeito que acha que é, sem saber direito o que esta fazendo, o que acontece em qualquer lugar, não é só aqui não, em qualquer lugar acaba ficando muito automatizado.

Nesse contexto, a autonomia adquirida pelos auxiliares de enfermagem no programa pode se transformar em um paradoxo, visto que requer maior competência e embasamento científico para exercê-la.

Para Shimizu *et al.* (2004, p. 720), os auxiliares que trabalham no PSF, “sem uma coordenação direta”, demonstram certo grau de autonomia, porém acabam assumindo responsabilidades que vão além dos limites de suas atribuições.

O enfermeiro é descrito como um profissional que tem uma identificação com o PSF, seja pela sua *formação generalista*, seja pela sua atuação com o indivíduo em todos os ciclos de vida. Segundo os informantes, o enfermeiro

se identificou muito, pela própria formação que ele tem uma formação generalista. O enfermeiro trabalha com criança, com adulto, então, eu acho que ele se identificou muito bem com o Programa Saúde da Família. O enfermeiro procura, pelo menos eu acho que é intenção nossa, ver a família mesmo como um todo, desde a criancinha até o idoso.

No estudo realizado por Pereira (2002), os enfermeiros descrevem que a formação generalista deles os diferencia de outros profissionais, constituindo um dos fatores que facilitam a sua inserção no PSF. Nessa mesma abordagem, Carrijo, Pontes e

Barbosa (2003, p. 158) afirmam que “os enfermeiros sentem-se satisfeitos com a proposta do PSF, pois, diante dos profissionais que compõem a equipe mínima, o enfermeiro recebe uma formação generalista”.

De acordo com Costa, Lima e Oliveira (2000, p. 152), o enfermeiro desempenha importante ação no programa, resgatando a atenção enfermeiro/família com intuito de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo em seu ambiente familiar.

Diante dos relatos dos enfermeiros foram identificados os termos inclusos que indicam quais os tipos de atividades desempenhadas por esses profissionais no PSF na comunidade, construindo-se o Domínio Cultural nº. 2 e a Taxonomia nº. 2.

Domínio Cultural nº. 2 – Tipos de ações realizadas pelo enfermeiro no PSF com a comunidade

Termos Inclusos
A gente vai fazendo no boneco e elas vão fazendo nas crianças delas
Acaba sendo uma marcação de consulta
Acolhimento
Acompanhar os pacientes dentro e fora da unidade
Apagar fogo
Aproximar essa mãe dessa criança
Atividades em creches
Avaliar o que as pessoas têm, tão sentindo, o que elas precisam
Busca ativa
Coletar sangue, algumas vezes
Colocar de atestado as crianças que não podem estar na creche
Constatar alguma situação da família
Conversar com as pessoas que chegam
Curativo
Educar a pessoa
Encaminhar para a consulta médica, quando necessário
Entregar e fazer orientações sobre o uso correto da farinha
Esclarecer dúvidas
Faço alguma coisa que eu sinto que elas tão em dúvida
Falar com os pais sobre algum assunto voltado para a saúde da criança
Fazer as atividades junto com as pessoas, uma caminhada
Fazer uma avaliação geral das crianças
Fazer uma avaliação mais rigorosa, depois que acabam as vagas dos médicos
Fazer uma chamada nutricional
Fazer uma dinâmica
Fazer uma parte educativa de orientação
Fazer umas entrevistas com as mães antes e depois da chantala
Fazer visitas domiciliares junto ao ACS ou também junto ao médico
Grupo de anti-stress
Grupo de asma
Grupo de chantala
Grupo de desnutrido
Grupo de gestante
Grupo de planejamento familiar
Grupo de puerpério
Grupos de hipertensos e diabetes
Ir à casa das pessoas quando necessário
Juntar o grupão, dar orientação
Levantar os desnutridos da área
Medicação
Mutirão de preventivo
Oferecer, nem que seja uma kitzinho lá, para as mães trazer
Olhar a pressão de todo mundo
Olhar resultado de exames
Orientação sobre: aleitamento materno exclusivo, banho de sol do RN, o não uso do bico, mamadeiras, essas coisas, vestuário, imunização
Orientar sobre o exame citopatológico e o câncer de mama
Ouvir e dar uma resolutividade para essa queixa
Palestra
Pedir, pelo menos uma vez ao ano, hemograma, fezes, urina
Pesar todas as crianças de zero a dez anos
Pesar, medir, fornecer orientações muitos rápidas, assim sobre alimentação

Pós-consulta
Pré-natal
Puericultura
Questionar o que eles sabem
Receber todo mundo
Reciclagem
Reunir todo o mês
Trabalhar na escola
Trabalhar na rádio comunitária
Trocar receitas
Vacinas

Taxonomia nº. 2 – Tipos de ações realizadas pelo enfermeiro no PSF com a comunidade

ACOLHIMENTO	Receber todo mundo	
	Conversar com as pessoas que chegam	
	Encaminhar para a consulta médica, quando necessário	
	Avaliar o que as pessoas têm, tão sentindo, o que elas precisam.	
	Fazer uma avaliação mais rigorosa, depois que acabam as vagas dos médicos	
	Acaba sendo uma marcação de consulta	
	Ouvir e dar uma resolutividade para essa queixa	
MUTIRÃO DE PREVENTIVO	Apagar fogo	
	Esclarecer dúvidas	
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	Orientar sobre o exame citopatológico e o câncer de mama	
	Medicação	
	Vacinas	
	Coletar sangue, algumas vezes.	
PASSEIOS	Curativo	Acompanhar os pacientes dentro e fora da unidade
	Educar a pessoa	
VISITAS DOMICILIARES	Fazer atividades com as pessoas, uma caminhada	
	Ir à casa das pessoas quando necessário	
	Constatar alguma situação da família	
Fazer visitas domiciliares com o ACS ou também com o médico		
BUSCA ATIVA		
CONSULTA DE ENFERMAGEM	Puericultura	
	Preventivo de câncer	
	Pré-natal	
PÓS-CONSULTA		
ATIVIDADES EM CRECHES	Fazer uma avaliação geral das crianças	
	Falar com os pais sobre algum assunto voltado para a saúde da criança	
	Colocar de atestado as crianças que não podem estar na creche	
TRABALHAR NA RÁDIO COMUNITÁRIA		
TRABALHAR NA ESCOLA		
		Trocar receitas

GRUPOS OPERATIVOS	Hipertensão e diabetes	Olhar resultado de exames
		Olhar a pressão de todo mundo
		Fazer uma dinâmica
		Fazer uma parte educativa de orientação
		Palestra
		Reunir todo o mês
		Questionar o que eles sabem
	Desnutrido (crescer)	Fazer uma chamada nutricional
		Pesar todas as crianças de zero a dez anos
		Oferecer, nem que seja uma kitzinho lá, para as mães trazer
		Levantar os desnutridos da área
		Juntar o grupão, dar orientação.
		Pesar, medir, fornecer orientações muito rápidas, assim sobre alimentação
		Entregar e fazer orientações sobre o uso correto da farinha
	Chantala	Pedir, pelo menos uma vez ao ano, hemograma, fezes, urina
		Aproximar essa mãe dessa criança
		A gente vai fazendo no boneco e elas vão fazendo nas crianças delas
		Fazer uma entrevista com as mães antes e depois da chantala
	Anti-stress	
	Planejamento familiar	
Asma		
Gestante		
Puerpério	Orientação sobre: aleitamento materno exclusivo, banho de sol do RN, o não uso do bico, mamadeiras, vestuário, imunização.	

Entre as diferentes ações desempenhadas pelo enfermeiro no PSF, o Domínio Cultural nº. 2 e a Taxonomia nº. 2 relacionam aquelas desenvolvidas com a comunidade. Os informantes destacaram o acolhimento, os grupos operativos, as visitas domiciliares e as atividades em creche, rádio e escola.

Algumas dessas ações são também descritas em outras localidades, como no estudo desenvolvido por Marques e Silva (2004) sobre o PSF de Campinas. Essas autoras verificaram que o enfermeiro desenvolve atividades individuais, como as consultas de enfermagem, a visita domiciliar, os procedimentos de enfermagem; atividades coletivas, como a realização de grupos operativos; e atividades intersetoriais como palestra em escolas e creches.

O acolhimento é caracterizado pelos informantes como a recepção do usuário nas unidades básicas de saúde. Suas ações são caracterizadas como *apagar fogo, ouvir e dar uma resolutividade para essa queixa*. Para os informantes, fazer o acolhimento implica *receber todo mundo, conversar com as pessoas que chegam e avaliar o que elas têm, do que elas estão sentindo, o que elas precisam, e, quando necessário, a gente encaminha para a consulta médica*.

No estudo realizado por Malta *et al.* (1998 p.128), fica evidente que o acolhimento requer mudança no processo de trabalho, visto que é necessário o atendimento de todos os indivíduos que procuram as unidades de saúde, “restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário”. Essa atividade deve resgatar a responsabilização da saúde desses cidadãos e promover o vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

Durante as observações participantes e as análises das entrevistas, o acolhimento é realizado e descrito de várias formas, principalmente pela lógica organizacional, operacional e administrativa da equipe de saúde da família.

Segundo os enfermeiros,

o acolhimento acaba sendo uma marcação de consulta, que a gente discute muito aqui entre as enfermeiras. Ele só começa depois que as vagas dos médicos foram preenchidas. Eu acho que, na verdade, a população vem à procura da consulta médica ainda e a gente acaba acolhendo, fazendo uma avaliação mais rigorosa, depois que acabam as vagas dos médicos.

Esse relato entra em contradição com o estudo feito por Solla (2005, p. 496) que, após extensa revisão sobre a conceituação e o propósito do acolhimento, defende que essa prática é mais do que uma “triagem qualificada ou uma escuta interessada”. Ela deve ser um conjunto formado por atividades de escuta qualificada, “identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento”. É necessário ampliar “a capacidade da equipe de saúde em responder às demandas

do usuário, reduzindo a centralidade das consulta médica e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais”.

Os grupos operativos realizados pelos enfermeiros no programa são: o de hipertensão e diabetes, o de desnutrido (crescer), o de chantala, o de anti-stress, o de planejamento familiar, o de asma, o de gestante e de puerpério.

O grupo operativo consiste em uma técnica de trabalho coletivo com o intuito de promover um processo de aprendizagem (PICHON-RIVERE, 1998).

Os grupos operativos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* representam uma maneira de trabalhar com esse importante contingente populacional presente nas UBSs. As ações realizadas nesse grupo são descritas como *trocar receitas, olhar a pressão de todo mundo, questionar o que eles sabem e fazer uma parte educativa de orientação*, dentre outras atividades.

A realização do grupo de desnutridos, descrita pelos informantes, revela que a desnutrição infantil representa, ainda, um importante problema de saúde pública, sendo necessária a identificação das crianças desnutridas, o fornecimento de alimentação complementar, orientações sobre alimentação e utilização da farinha, conforme os seguintes relatos: *Pesar todas as crianças de zero a dez anos, levantar os desnutridos da área, entregar e fazer orientação sobre o uso correto da farinha e sobre alimentação*.

Silva *et al.* (2003 p. 98) afirmam que um grupo deve ser estruturado a partir da cada realidade, sendo que cada indivíduo tem uma maneira de agir e de pensar, direcionando suas ações para um fim em comum.

De acordo com a proposta do PSF, o enfermeiro tem desenvolvido algumas de suas atividades fora da UBS, como trabalhar em creches, rádio e escolas, promovendo a integração entre o centro de saúde e outros órgãos da comunidade. Essa intersectorialidade significa “entrar em articulação com outros setores da sociedade e

movimentos sociais” e é um importante requisito para a construção do SUS (BRASIL, 2001 a).

As atividades que a gente faz como em unidades, por exemplo, em creches, quando a gente vai falar com os pais sobre algum assunto mais voltado para a saúde da criança.

Durante um bom tempo a gente fazia o programa na rádio, uma ação educativa muito interessante com participação das pessoas da comunidade.

Agora mesmo está saindo uma peça sobre DST para trabalhar na escola.

A visita domiciliar descrita pelos informantes é uma das atribuições recomendadas a todos os profissionais que integram a equipe do PSF, devendo ser realizada a partir de um planejamento prévio (BRASIL, 2001 a).

Para Araújo *et al.* (2000, p.118), “o cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia a equipe de saúde da família a inserção no cotidiano do cliente; identificando demanda e potencialidades da família, em um clima de parceira terapêutica”.

Entre as ações relatadas pelos os enfermeiros do PSF foram também citadas os mutirões de preventivo, os procedimentos de enfermagem, os passeios, a busca ativa e a pós-consulta.

Os enfermeiros identificaram que a prática educativa realizada com a população está presente no acolhimento, na consulta de enfermagem e nos grupos operativos (Domínio Cultural nº. 3 e Taxonomia nº. 3).

Domínio Cultural nº. 3 – Formas de descrever a ação educativa realizada pelo enfermeiro no PSF com a comunidade

Termos inclusos
É muito pobre
Ela é muito pequena
Oferece uma informação rápida
Não dá muito para fazer
Não tem muito tempo
Não vê fruto daquilo
Puericultura é um momento de maior parte educativa
Puericultura é 90% de educação e 10% de intervenção medicamentosa
Dá para ter esse retorno nessa questão educativa na puericultura
A parte educativa é orientação do auto exame da mama
Vai abordar na consulta, coisas mais ali práticas e não explica detalhadamente
Quando é a 1ª vez, sempre explico direitinho
Dá para conversar mais com a pessoa
Dá para estar ouvindo melhor essa pessoa
Repercussão maior que o acolhimento
Dá para ver se a pessoa captou daquilo ali
A gente trabalha muito com o que está no protocolo
Nunca fazer como palestra
Não é exclusiva do enfermeiro
A gente tenta colocar educação
É grupo, grupo, grupo
Educação individual não tem repercussão
Educação, disciplina, pressão
Agindo antes do prejuízo
Consegue atingir um maior número de pessoas
É o que mais realiza, é o que dá prazer, mais retorno
Vê que os frutos são muito melhores
Quando ela é interdisciplinar, aí que é mais rico
Não é fácil
Acontece mais nos grupos operativos
Tem que ser elaborada, ter objetivo, ter uma estratégia, um resultado
Considero difícil trabalhar a parte educativa
As orientações, eu acho que são muito poucas nesse grupo
A questão educativa da chantala (que) eu acho interessante
É educação pura nesse grupo
A única coisa que ele oferece é informação e educação, nada além
Reeducação
A gente dá todas as orientações
A parte educativa fica muito por conta do enfermeiro
A gente sempre faz uma parte de educativa de orientação ou uma dinâmica de integração
É uma forma de educação também
Você vai disciplinando a sua comunidade

Taxonomia nº. 3 – Formas de descrever a ação educativa realizada pelo enfermeiro no PSF com a comunidade

No acolhimento	
É muito pobre	
Ela é muito pequena	
Oferece uma informação rápida	
Não dá muito para fazer	
Não tem muito tempo	
Não vê fruto daquilo	
Na consulta de enfermagem	
Puericultura é um momento de maior parte educativa	
Puericultura é 90% de educação e 10% de intervenção medicamentosa	
Dá para ter esse retorno nessa questão educativa na puericultura	
A parte educativa é orientação do auto exame da mama	
Vai abordar na consulta, coisas mais ali práticas e não explica detalhadamente	
Quando é a 1ª vez, sempre explico direitinho	
Dá para conversar mais com a pessoa	
Dá para estar ouvindo melhor essa pessoa	
Repercussão maior que o acolhimento	
Dá para ver se a pessoa captou daquilo ali	
Nos grupos operativos	
A gente trabalha muito com o que está no protocolo	
Nunca fazer como palestra	
Não é exclusiva do enfermeiro	
A gente tenta colocar educação	
É grupo, grupo, grupo	
Educação individual não tem repercussão	
Educação, disciplina, pressão	
Agindo antes do prejuízo	
Consegue atingir um maior número de pessoas	
É o que mais realiza, é o que dá prazer, mais retorno	
Vê que os frutos são muito melhores	
Quando ela é interdisciplinar, aí que é mais rico	
Não é fácil	
Acontece mais nos grupos operativos	
Tem que ser elaborada, ter objetivo, ter uma estratégia, um resultado	
Desnutrido (Crescer)	Considero difícil trabalhar a parte educativa As orientações, eu acho que são muito poucas nesse grupo
Chantala	A questão educativa da chantala (que) eu acho interessante
Anti-stress	É educação pura nesse grupo
	A única coisa que ele oferece é informação e educação, nada além
	Reeducação
Planejamento familiar	A gente dá todas as orientações
	A parte educativa fica muito por conta do enfermeiro
Hipertensão e diabetes	A gente sempre faz uma parte de educativa de orientação ou uma dinâmica de integração
Passeio	É uma forma de educação também
	Você vai disciplinando a sua comunidade

Os informantes descrevem que, no acolhimento, a sua prática educativa com os usuários é *muito pobre e muito pequena*, uma vez que o enfermeiro *oferece uma informação rápida e não vê fruto daquilo*. Revelam que *não dá muito para fazer e não tem muito tempo* para desempenhar essa ação no momento do acolhimento.

A consulta de enfermagem é caracterizada como uma atividade que possibilita a escuta e o diálogo com os indivíduos, proporcionando uma troca de informações. Relatam também, que a consulta possui uma ação educativa com *repercussão maior que o acolhimento*.

Em relação às consultas de enfermagem, a gente tem um tempo maior, programado. Consultas com horários marcados, já dá para fazer assim legal, de você estar conversando mais com essa pessoa, ouvindo melhor essa pessoa.

A puericultura é descrita como um tipo de consulta de enfermagem, conforme a Taxonomia nº. 1. Ela consiste no *atendimento da criança*, avaliando o seu *crescimento e desenvolvimento* no primeiro ano de vida. Apresenta, segundo os informantes, uma forte ação educacional. *É um momento de maior parte educativa, é 90% de educação e 10% intervenção medicamentosa. Dá para ter esse retorno nessa questão educativa.*

A consulta de enfermagem apresenta um conjunto de ações prestadas ao cidadão-usuário com o intuito de identificar os problemas de saúde – doença, prescrever e implementar um plano de cuidados que contribuam para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Os grupos operativos são relatados pelos informantes como uma atividade prazerosa, de caráter educativo e que necessita de preparação para a sua realização.

O que mais realiza o profissional, principalmente eu como enfermeira, o que mais me realiza é a ação educativa. É a ação educativa que dá mais prazer, mais retorno. Você consegue atingir um maior número de pessoas, você fala com uma pessoa e essa pessoa promove, ela multiplica isso para outras n pessoas.

Uma ação educativa tem que ser elaborada, tem que ter objetivo. Você tem que ter uma estratégia, um objetivo, um resultado, avaliar. Depois, vamos ver, nós fizemos essa ação hoje?

Para Silva *et al.* (2003, p. 98),

trabalhar com grupos na enfermagem vem se constituindo em uma prática cada vez mais freqüente e valorizada. Temos percebido que em um grupo, conseguimos avançar, aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver mais harmonicamente com sua condição em saúde, além de promover um viver mais saudável.

Os enfermeiros descrevem que ação educativa *acontece mais nos grupos operativos* enfatizando que a *educação individual não tem repercussão* quando comparada ao acolhimento. Na pesquisa realizada por Bezerra *et al.* (2004, p. 24), observou-se que 70% dos enfermeiros entrevistados descreveram a efetivação de algum tipo de atividade educativa juntos aos clientes atendidos no PSF, destacando-se as palestras e reuniões de grupo.

Convém ressaltar que o grupo operativo *não é exclusivo do enfermeiro* e quando possui a presença de outros profissionais se torna em um momento de extrema riqueza. *Quando essa ação educativa é feita com a participação de vários profissionais, quando é interdisciplinar, aí que é muito mais rico.*

De acordo com Torres, Hortale e Schall (2003 p. 1043), a atuação da equipe no grupo, respeitando a peculiaridade entre as especialidades, proporciona a interação entre os profissionais onde cada um reforça “as exposições realizadas pelos colegas, facilitando a compreensão e assimilação dos conteúdos teóricos pelo indivíduo”.

Entretanto, mesmo que o grupo seja realizado pela equipe, é necessário que essa atividade proporcione um momento de construção e troca de saberes, uma vez que se torna de extrema importância a utilização de metodologias que garantam a participação efetiva do usuário.

Ao descrever a realização de grupos operativos, Kohlrausch e Rosa (1999, p. 119) salientam:

É importante que se encontrem estratégias pedagógicas que faça a educação em saúde mais do que uma maneira de fazer as pessoas mudarem de comportamento prejudiciais à saúde ou um momento de transmissão de conhecimentos, mas que seja um espaço de negociação em que o educador possa articular e trocar experiências.

Em um dos grupos operativos desenvolvidos pelos informantes, o planejamento familiar

está sendo feito por equipe, cada equipe faz o seu. Na minha equipe, é o médico e o enfermeiro junto. A gente dá todas as orientações e no final já vai direcionando o que cada pessoa quer. Então, acaba que a parte educativa fica muito por conta do enfermeiro, e o final por conta do médico.

Embora os informantes relatem que as orientações estejam direcionadas às pessoas da comunidade, Chiesa e Veríssimo (2001, p. 34) alertam que mesmo que caracterizada como atividades participativas em grupo, “sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais”.

Durante a análise dos dados, emergiu o Domínio Cultural nº. 4 e a Taxonomia nº. 4, que descrevem a prática educativa dos enfermeiros com os profissionais do PSF, dentre eles os auxiliares e técnicos de enfermagem, os ACSs e os enfermeiros.

Domínio Cultural nº. 4 – Formas de descrever a ação educativa do enfermeiro com os profissionais no PSF

Termos Inclusos
A gente acaba fazendo um pouquinho mais
A gente faz pouco treinamento
A gente não faz com tanta frequência, mas é muito bom quando acontece
A gente percebe algumas falhas, aí a gente chama, prepara, senta o enfermeiro, um ou dois e prepara o treinamento
A gente percebe que tem uma dúvida
A gente tenta não dar uma resposta muito curta
A relação de aprendizagem em serviço é maior, no sentido que a gente tem trabalhado junto
Assim que se faz a educação para o auxiliar, não existe um horário específico de discussão, é para o caso clínico em geral
Cada equipe se responsabiliza pelo seu agente comunitário
Cada sexta-feira tem sido um assunto
É pouca coisa que é feito
É uma capacitação com eles nas reuniões de sexta-feira
Eles acabam entrando junto com a gente, nessa parte que vai direcionado para o ACS
Em alguns momentos exige uma resposta, em alguns outros momentos exige um outro questionamento, para que tenha um conhecimento mais apurado daquele questionamento
Eu acho fraca
Eu acho que a gente deixa a desejar, na questão do auxiliar
Eu sinto que ela está defasada
Fica um vazio muito grande
Gostaria que a ação fosse maior
Há uma troca de conhecimento, talvez até muitas vezes uma necessidade para que a gente tome alguma decisão
Não é uma discussão profunda
Não são atividades sistematizadas
Não tem nada direcionado para ele
No acolhimento a gente consegue fazer uma discussão de alguns casos clínicos
Pouca atividade educativa interna
Preciso me empenhar mais em relação a isso
São atividades esporádicas
São muito reduzidos, esporádicos
Ser muito restrito
Tem tido investimento na questão de orientação, de educação
Tinha que fazer mais

Taxonomia Cultural nº.4 – Formas de descrever a ação educativa do enfermeiro com os profissionais no PSF

Auxiliar e técnico de enfermagem
Ser muito restrito
São muito reduzidos, esporádicos
Pouca atividade educativa interna
A gente percebe que tem uma dúvida
A gente não faz com tanta frequência, mas é muito bom quando acontece
Eu acho que a gente deixa a desejar, na questão do auxiliar
No acolhimento a gente consegue fazer uma discussão de alguns casos clínicos
Eles acabam entrando junto com a gente, nessa parte que vai direcionado para o ACS
Não tem nada direcionado para ele
A gente tenta não dar uma resposta muito curta
Assim que se faz a educação para o auxiliar, não existe um horário específico de discussão, é para o caso clínico em geral
Em alguns momentos exige uma resposta, em alguns outros momentos exige um outro questionamento, para que tenha um conhecimento mais apurado daquele questionamento
ACS
Tem tido investimento na questão de orientação, de educação
Cada equipe se responsabiliza pelo seu agente comunitário
Não são atividades sistematizadas
São atividades esporádicas
A gente acaba fazendo um pouquinho mais
É pouca coisa que é feito
É uma capacitação com eles nas reuniões de sexta-feira
Cada sexta-feira tem sido um assunto
Não é uma discussão profunda
ACS, auxiliar e técnico de enfermagem
A gente faz pouco treinamento
Eu acho fraca
Fica um vazio muito grande
A gente percebe algumas falhas, aí a gente chama , prepara, senta o enfermeiro, um ou dois e prepara o treinamento
Gostaria que a ação fosse maior
Eu sinto que ela está defasada
Tinha que fazer mais
Preciso me empenhar mais em relação a isso
Enfermeiro
A relação de aprendizagem em serviço é maior, no sentido que a gente tem trabalhado junto
Há uma troca de conhecimento, talvez até muitas vezes uma necessidade pra que a gente tome alguma decisão

Os informantes descrevem que a atividade educacional desenvolvida com os auxiliares e técnicos de enfermagem é *muito restrita, reduzida, esporádica e não tem nada direcionado para ele.*

Entretanto, os enfermeiros percebem que em determinados momentos os profissionais de enfermagem de nível médio apresentam dúvidas durante o exercício

de sua atividade. Esses questionamentos promovem um importante momento para o diálogo e a construção do conhecimento, conforme os relatos abaixo.

A gente percebe que tem uma dúvida.

No acolhimento a gente consegue fazer uma discussão de alguns casos clínicos.

Assim que se faz a educação para o auxiliar, não existe um horário específico de discussão, é para o caso clínico em geral.

Em alguns momentos exige uma resposta, em alguns outros momentos exige um outro questionamento, para que tenha um conhecimento mais apurado daquele questionamento.

Para Stedile (2000, p. 84), é extremamente importante criar ambientes de “aprendizagem que privilegiem a problematização e a dúvida” para facilitar e aumentar “a percepção quanto à complexidade dos problemas de saúde, suas variáveis” e seus determinantes.

A ação educativa realizada com os ACSs é desenvolvida nas equipes, sendo que, *cada equipe se responsabiliza pelo seu agente comunitário*. Este profissional tem recebido um investimento na sua qualificação, sob diversas formas, como *orientação, educação e discussão*, principalmente pela sua formação incipiente.

É dentro de cada equipe que a gente procura estar promovendo. Mas não são atividades sistematizadas. São atividades esporádicas. A gente acaba fazendo um pouquinho mais, porque a necessidade de formação do agente comunitário ela é muito maior, pela falta de especificidade da atividade dele. É muito pouca coisa que é feito.

No estudo realizado por Araújo Júnior e Gomide (2004, p. 148), os ACSs relataram que “se sentem mais seguros para executar o trabalho”, pois sabem que os profissionais das equipes de saúde da família os auxiliam na resolução dos problemas da sua microárea, na aquisição de conhecimentos, nos esclarecimentos das suas dúvidas e nas orientações sobre a melhor conduta a ser tomada durante a realização de sua atividade.

O Ministério da Saúde, aliado aos Estados e Municípios, assumiu a responsabilidade em propiciar a qualificação e a formação profissional destes trabalhadores. Esse processo de formação pretende habilitar quase 183 mil agentes comunitários de saúde em todo o território nacional (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004).

A profissionalização do ACS permite-lhe aumentar sua autonomia intelectual e seu domínio do conhecimento técnico e científico necessários para o desempenho de suas funções, que apresentam uma singularidade específica da profissão no intuito de promover a relação intersetorial da saúde, da educação, do meio ambiente e da ação social (MARQUES; PADILHA, 2004).

Os informantes relatam que sua prática educativa com os trabalhadores, tanto os profissionais de enfermagem de nível médio como os ACSs, apresentam-se insuficientes e deficitárias. São descritas como *fraca, fica um vazio muito grande e está defasada*. Todavia, expressam a necessidade de se empenharem mais para concretizarem uma melhor qualificação desses trabalhadores.

Eu gostaria que ação fosse maior. Eu sinto que ela está defasada, porque eu já planejei algumas vezes de dá o treinamento para os ACS, treinamento para os auxiliares.

No estudo realizado por Kerber *et al.* (2005, p. 229), foi também identificado que os enfermeiros da rede básica demonstraram “preocupação com as atividades de educação continuada e treinamento” na supervisão dos auxiliares de enfermagem.

Cabe ressaltar que os enfermeiros descrevem que a sua ação educativa com os seus pares é representada por *uma troca de conhecimentos*, e que, *a relação de aprendizagem em serviço é maior, no sentido que a gente tem trabalhado junto*.

Os recursos materiais necessários para a educação dos profissionais são descritos no Domínio Cultural nº. 5.

Domínio Cultural nº. 5 – Tipos de materiais utilizados para educação dos profissionais no PSF

Termos inclusos
Cd rom de anatomia
Cd rom de gravidez
Material ilustrativo
Fotos
Data show
Transparência
Cartazes
Questionário
Bonecos
Fantoches

Os materiais usados na educação dos profissionais são variados. São utilizados desde recursos criados no próprio serviço, como *cartazes*, até recursos de maior avanço tecnológico como *CD ROM*, *data show*, conforme os seguintes relatos.

É, geralmente a gente usa algum material ilustrativo, eu tenho algumas coisas assim, por exemplo, CD-ROM de anatomia, de pré-natal, desenvolvimento intra-uterino, essas coisas a gente coloca no computador, e vai mostrando as fotos e discutindo isso com eles.

Recursos técnicos, didáticos, isso sempre é tranquilo. A gente mesmo produz, faz, ou arruma emprestado em outro lugar e traz para cá. Até fez com data show, com transparência e tudo. A gente consegue fazer, por causa do computador não ser tão difícil.

É importante enfatizar que os centros de saúde apresentam computadores na maioria dos seus ambientes, tais como consultórios, sala da administração, sala da gerência, dentre outros. Assim, esse equipamento apresenta-se também como um recurso disponível para o desenvolvimento da ação educativa com os trabalhadores de saúde.

Para Guimarães (2005, p. 258), a utilização da tecnologia como instrumento educacional permite ao educador o uso de “uma gama de recursos didático-pedagógicos, eletrônicos ou não”, no intuito de facilitar a aprendizagem do educando.

Nesse sentido, o enfermeiro deverá buscar, a todo o momento, várias alternativas para aperfeiçoar as suas estratégias e formas de ensino no desempenho de sua atividade pedagógica (GUIMARÃES, 2005).

Os temas tratados nas diferentes modalidades de ação educativa são descritos no Domínio Cultural nº. 6.

Domínio Cultural nº. 6 – Tipos de temas desenvolvidos pelo enfermeiro do PSF com os profissionais

Termos Inclusos
Dengue
TBC
Nutrição
Entrevista da família
Violência à mulher
DST
Leishmaniose
Insulina
Visita domiciliar
Asma
Tratamento de feridas
Hipertensão
Diabetes
Vacinação
Amamentação
Catapora
Incidência de lombalgia
Dieta
Verminose

Os temas discutidos com os profissionais são bastante diversificados e enfocam as enfermidades prevalentes nas ações cotidianas do enfermeiro nos serviços de saúde. Eles podem ser classificados em temas relacionados às doenças crônico-degenerativas, como a *hipertensão* e *diabetes*; às doenças infecciosas e contagiosas, como a *dengue*, a *leishmaniose*, *TBC*, *DST* e *catapora* e à promoção e prevenção a saúde como *nutrição*, *amamentação* e *vacinação*. Cabe ressaltar a *visita domiciliar* e a *entrevista da família* como temas de fundamental importância para o desenvolvimento das ações nas equipes de saúde da família.

Os temas desenvolvidos com os ACSs são relatados pelos informantes como *o que o ACS precisa lá fora*, caracterizando, assim, os conteúdos necessários para a instrumentalização desse profissional para o desempenho de sua função.

Os enfermeiros classificam os tipos de ações educativas realizadas com os profissionais do PSF, descritas no Domínio Cultural nº. 7 e na Taxonomia nº. 5.

Domínio Cultural nº. 7 – Tipos de ações educativas desenvolvidos pelo enfermeiro do PSF com os profissionais

Termos Inclusos
Aula
Capacitações
Conversa rápida
Conversas
Correções
Cursos
Discussão de casos
Discussão nos corredores
Discussão rápida
Educação continuada
Educação continuada no serviço
Orientações
Palestras
Reciclagem
Resposta rápida
Reuniões
Tirar dúvidas
Treinamento
Treinamento final
Treinamento formal
Treinamentozinho
Um formato de educação que desmonta com a proposta tradicional

Taxonomia nº. 5 – Tipos de ações educativas desenvolvidos pelo enfermeiro do PSF com os profissionais

Distantes da concepção de educação permanente em saúde	Próximas da concepção de educação permanente em saúde
Treinamento	Educação continuada no serviço
Treinamentozinho	Discussão de casos
Treinamento formal	Reuniões
Treinamento final	Conversas
Aulas	Correções
Orientações	Discussão nos corredores
Reciclagem	Conversas rápida
Cursos	Discussão rápida
Palestras	Tirar dúvidas
Educação continuada	Resposta rápida
Capacitações	Um formato que desmonta a proposta tradicional

Os informantes relatam a existência de vários tipos de ações de cunho educacional desenvolvidas com os profissionais no PSF, podendo ser classificadas conforme a sua proximidade em relação à concepção de educação permanente em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde.

Dentre as atividades que podem ser classificadas como distantes da concepção de educação permanente em saúde, destacam-se o treinamento, as capacitações e a educação continuada.

Durante a análise dos dados, a palavra treinamento esteve presente de forma marcante em todos os discursos, como *treinamento formal*, *treinamento final* e *treinamentozinho*.

A gente não consegue estar fazendo este treinamento no serviço.

No Programa Saúde da Família se torna muito a responsabilidade do enfermeiro, fazer esse treinamento tanto do Agente Comunitário de Saúde quanto do auxiliar.

Tem tido muito pouco trabalho assim, realmente de treinamento mesmo.

Mas, o treinamento formal é o que deixa a gente mais preocupado de não conseguir fazer com uma certa regularidade.

A gente prepara os treinamentos finais assim que são maiores, pega todos os auxiliares, a gente já fez uma série sobre diabetes, hipertensão, sobre essas doenças crônicas, todas.

A gente não tem um treinamento específico.

O termo *treinamento* apresenta vários significados, tais como: é a educação profissional que adapta o homem para um cargo ou função; processo educacional de curto prazo aplicado de maneira sistemática e organizado, por meio dos quais as pessoas aprendem conhecimentos, atitudes e habilidades em função de objetivos definidos; ato intencional de fornecer meios para possibilitar a aprendizagem; esforço dirigido no sentido de equipe, com a finalidade de fazer a mesma atingir o mais economicamente possível os objetivos da empresa, dentre outros (CHIAVENATO, 1997).

Portanto, o treinamento pode ser compreendido com uma prática executada em um local específico, com a finalidade de promover a aquisição de conhecimentos direcionados ao mundo do trabalho para a execução de uma tarefa de forma mais hábil.

Segundo Merhy (2005, p. 172), a aquisição de certas técnicas de trabalho pode ser adquirida por meio de treinamentos. No entanto, essa atividade é pontual e pode ser suprida sem muita dificuldade. O que é necessário é exercer educação em saúde e trabalho em saúde de forma articulada; para o autor “um produz o outro”.

Os enfermeiros expressam seus sentimentos e as repercussões ocasionadas no serviço em decorrência da falta do treinamento para eles, para os auxiliares e técnicos de enfermagem e para o ACS, conforme os relatos a seguir.

A gente precisava de um treinamento mais constante, a gente não tem. Então, tanto a gente não tem, quanto a gente não repassa, não consegue estar fazendo esse treinamento no serviço também.

A gente sente muito pesado, essa falta de treinamento do auxiliar de enfermagem.

Eles não são treinados pelos enfermeiros, eles são treinados uns pelos outros mesmo.

Eu acho que a gente está deixando uma lacuna. A gente não está conseguindo resolver esse problema, e eu acho, a gente sente muito frustrante.

Não tem um programa conjunto, coletivo para todos os ACS.

As capacitações são descritas pelos informantes como um momento de aprendizagem, embora não exista um planejamento dessa atividade e um conhecimento dos profissionais da equipe para o desenvolvimento dessa ação.

Não tem feito um planejamento certos dessas capacitações.

Para você poder viabilizar essa questão da capacitação em serviço, é saber o que você tem de recursos humanos.

Para Ceccim (2005 b, p. 165), as “capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas”, visto que são descontextualizadas e sustentadas pelas concepções tradicionais de educação.

A educação continuada também é relatada pelos enfermeiros com uma ocasião de instrução no serviço. Às vezes, ela é realizada e, em outros momentos, não.

A gente tem feito um trabalho mais de educação. Educação continuada.

A gente não tem conseguido fazer essa educação continuada.

A educação continuada apresenta alguns pressupostos, tais como: o conhecimento preside e define as práticas, a atualização é direcionada a saberes e profissionais específicos, os temas e conteúdos são trabalhados sob o formato de cursos padronizados. Essa atividade educativa é construída de maneira desarticulada, fragmentada, esgotando-se apenas neste momento (BRASIL, 2004 b).

É importante enfatizar que os cursos, as orientações, a reciclagem e as aulas foram também descritas como um tipo de ação educativa desenvolvida com os profissionais, mediante uma concepção de educação distante da preconizada pela educação permanente em saúde.

O termo *reciclagem* está presente também em outros estudos como uma ação pedagógica do enfermeiro voltada para o aperfeiçoamento dos profissionais em saúde (KERBER *et al.* 2005; MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

No entanto, algumas ações educativas que se estabelecem no cotidiano do trabalho do enfermeiro do PSF guardam relação com a concepção de educação permanente em saúde, preconizada pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Sob essa perspectiva, transformar as práticas de saúde requer dialogar e problematizar com a equipe no cotidiano dos serviços, construindo uma relação indissociável entre educação e trabalho.

As ações que se aproximam dessa concepção, segundo os relatos dos informantes, são: *a educação continuada no serviço, as discussões de casos, as reuniões, as conversas, as correções, a discussão nos corredores, as conversas rápidas, a resposta rápida e um formato que desmonta a proposta tradicional.* Algumas dessas expressões podem ser verificadas nas seguintes falas:

A gente consegue conversar sobre o assunto, mas não é considerada uma capacitação, porque ela é um pouco imprevisível, não tem um horário marcado, é muito dentro da correria do serviço. Acaba que aquele agente de saúde ou aquele auxiliar de enfermagem, vai captar aquilo que ele conseguiu naquele espaço de tempo.

A gente está querendo discutir casos mesmos para se ter uma coisa mais próxima daquilo que ele está fazendo e menos teórica. Então, eu acho que está sendo mais interessante, eu vejo elas também mais interessadas, discutindo mais com a gente, acompanhando mais o paciente.

O que funciona mesmo é nas nossas reuniões. A gente tem uma reunião semanal, então a gente costuma esta trazendo algum tema para ser discutido nessa reunião.

Não é educação, é, são correções que a gente vai fazendo e que a gente tenta ampliar essas correções. Ampliar nesse sentido, [...] a gente tenta chamar o auxiliar, o ACS e explicar para eles, esse paciente, ele tem um quadro grave ou tem um problema emocional que esta precisando conversar.

Eu posso classificar que a gente tem criado um formato de educação, se a gente pode falar assim, porque ela fere vários princípios da educação, ela desmonta a proposta de educação tradicional.

Dessa forma, os enfermeiros inseridos na atenção primária vêm exercendo suas funções de coordenação e capacitação dos profissionais sob sua responsabilidade conforme a lei do exercício profissional (COREN, 2001) e as atribuições específicas no PSF (BRASIL, 2001 a).

Para Ceccim (2005 b, p. 161), a educação permanente em saúde possui uma concepção pedagógica para o processo educativo que coloca o dia-a-dia do trabalho em saúde sob análise. Ela perpassa “pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”.

Embora o enfermeiro do PSF exerça sua função educacional com os profissionais de enfermagem e o ACS, fundamentados na proposta de educação permanente em saúde, essas ações não são valorizadas pelos informantes, que atribuem maior eficácia àquelas ações sistematizadas, que requerem a retirada dos profissionais do seu posto de trabalho, como os treinamentos formais:

Eu acho que é muito uma educação continuada, é muito no serviço, porque a gente infelizmente não tem muito tempo para parar, para fazer uma coisa sistematizada, mas sempre que aparece uma situação problema, a gente tenta estar resolvendo dentro da equipe.

Segundo os enfermeiros, a educação que tem proximidade com a concepção de educação permanente em saúde

surgiu de acordo com a dificuldade, de não ter a possibilidade de fazer uma educação naqueles formatos. Ela traz a criação, a expectativa de outras

oportunidades, que nunca temos. Então, é uma metodologia que resolve, mas ela não traz, talvez, a satisfação como a metodologia de uma discussão, com um tempo determinado para aquilo, traria.

Não teve um momento que foi fechado, um treinamento firme, direcionado, sistematizado com elas, foi uma coisa mais a nível de dentro da sala de curativo.

Portanto, o treinamento é considerado pelos informantes como a principal forma de educação no cotidiano do PSF, uma vez que as ações que se aproximam da concepção de educação permanente em saúde são realizadas apenas diante da falta de oportunidade em programar, implementar e executar os treinamentos. Assim, as ações educativas valorizadas são sustentadas pelas concepções de educação tradicional e tecnicista voltadas para a implantação de cursos com o objetivo de qualificar o trabalhador somente na aquisição de conhecimento e habilidades destinadas a execução de determinadas tarefas.

Para que essas atividades sejam realizadas em sua plenitude, os enfermeiros identificaram que é necessário superar os obstáculos descritos no Domínio nº. 8 e na Taxonomia nº. 6.

Domínio Cultural nº. 8 – Tipos de situações que dificultam as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF

TERMOS INCLUSOS
A gente tem uma escala reduzida
A gente tem uma funcionária de licença há 05 meses
A porta é escancarada
A unidade funciona, a gente não pode parar e a gente tem que dar conta das duas coisas, o treinamento deles e o atendimento ao paciente
Às vezes a gente abre o centro de saúde aqui com 03 auxiliares de enfermagem para fazer coleta e para colocar o resto para funcionar
Às vezes é impossível, você prepara alguma coisa e não tem como tirar o funcionário dali
Às vezes eu tenho funcionário de férias, de licença, já não é uma escala completa totalmente
Até hoje nossas equipes não estão completas em número de auxiliares
É uma demanda grande
Com os apoios, são onze teoricamente, assim na prática a gente trabalha com sete ou oito
Dentro da nossa rotina, a gente não tem conseguido ampliar muito
É muito difícil tirar o auxiliar da linha de frente
Faltam auxiliares para dar esse treinamento
Infelizmente, não tem muito tempo para parar, fazer uma coisa sistematizada
Não foi complementado o recurso humano dos auxiliares e técnicos de enfermagem para funcionar o Programa de Saúde da Família
Não se aumentou o recurso humano das equipes, é do posto vamos dizer assim
Não tem como fechar os setores
Não tem como parar simplesmente e discutir com a unidade funcionando
O auxiliar de enfermagem tem uma sobrecarga muito grande
O auxiliar está ficando preso nos setores
O fechamento da unidade
Os auxiliares acham que eles deviam ficar na parte operacional e não educativa
Ter o funcionário ali para poder dar esse treinamento
Tirar o funcionário do setor sem prejudicar o paciente
Um local adequado para estar fazendo esses treinamentos, esses encontros

Taxonomia nº. 6 – Tipos de situações que dificultam as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF

Referente à unidade
A porta é escancarada
É uma demanda grande
Não tem como fechar os setores
O fechamento da unidade
Infelizmente, não tem muito tempo para parar, fazer uma coisa sistematizada
Um local adequado para estar fazendo esses treinamentos, esses encontros
A unidade funciona, a gente não pode parar e a gente tem que dar conta das duas coisas, o treinamento deles e o atendimento ao paciente
Dentro da nossa rotina, a gente não tem conseguido ampliar muito
Referente aos recursos humanos
Não tem como parar simplesmente e discutir com a unidade funcionando
Você preparar alguma coisa e não tem como tirar o funcionário dali
O auxiliar está ficando preso nos setores
Ter o funcionário ali para poder dar esse treinamento
Tirar o funcionário do setor sem prejudicar o paciente
É muito difícil tirar o auxiliar da linha de frente
A gente tem uma escala reduzida
Até hoje nossas equipes não estão completas, em número de auxiliares
Às vezes eu tenho funcionário de férias, de licença, já não é uma escala completa totalmente,
A gente tem uma funcionária de licença há cinco meses
Às vezes a gente abre o centro de saúde aqui com três auxiliares de enfermagem para fazer coleta e para colocar o resto para funcionar
Com os apoios, são onze teoricamente, assim na prática a gente trabalha com sete ou oito
Não se aumentou o recurso humano das equipes, é do posto vamos dizer assim
Não foi complementado o recurso humano dos auxiliares e técnicos de enfermagem para funcionar o Programa de Saúde da Família
O auxiliar de enfermagem tem uma sobrecarga muito grande
Os auxiliares acham que eles deviam ficar na parte operacional e não educativa
Faltam auxiliares para dar esse treinamento

As situações que dificultam o desenvolvimento de ações educativas realizadas pelo enfermeiro no PSF, podem ser classificadas naquelas relacionadas às características da unidade e aos recursos humanos.

Em relação à unidade, os empecilhos relatados são que *o usuário está com a porta completamente escancarada, infelizmente, não tem muito tempo para parar, fazer uma coisa sistematizada e não tem como fechar os setores*. É importante ressaltar, também, o aumento da demanda conforme a descrição abaixo.

É uma demanda grande, constante, freqüente, que às vezes a gente não consegue tirar um tempo maior para poder trabalhar essa questão interna. Ela é muito

importante. Então, a gente até chegou a planejar treinamento e não conseguiu depois executar.

Segundo Marques e Silva (2004, p. 548), uma dificuldade enfrentada pela enfermagem no PSF é “a sobrecarga de trabalho pela demanda e pela equipe desfalcada, o que tem gerado desmotivação para a equipe e insatisfação com o trabalho”.

Outras dificuldades estão relacionadas aos recursos humanos. No entanto, esse conceito de recursos humanos deve ser reconsiderado, uma vez que os trabalhadores do setor saúde devem ter um lugar central, finalístico e com políticas próprias para o setor. Essa situação promove a retirada da condição de “recursos” para o “estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde” (CECCIM 2005 b, p. 163).

Assim, os obstáculos referentes aos atores sociais são descritos como a gente tem uma escala reduzida. Até hoje nossas equipes não estão completas em número de auxiliares; não foi complementado o recurso humano dos auxiliares e técnicos de enfermagem para funcionar o PSF.

Apesar de as equipes de saúde da família possuírem a composição mínima de profissionais preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 a), o relato acima contradiz o estudo elaborado por Girardi e Carvalho (2002). Os autores afirmam que os auxiliares de enfermagem representavam 52,7% dos vínculos dos profissionais de saúde em 2000, tendo aumentado os seus postos de trabalho em relação a 1995 representando 49,1% do setor. Esses autores também enfatizam que as instituições pertinentes ao âmbito municipal passaram a deter 60% dos empregos de auxiliares de enfermagem.

Convém ressaltar que das 16 equipes de saúde da família dos centros de saúde que participaram da pesquisa apenas 4 não possuíam a composição preconizada pela SMSA, que é de 2 auxiliares por equipe (BELO HORIZONTE, 2001). Portanto, todas

as equipes apresentavam em sua composição a existência de um profissional auxiliar ou técnico de enfermagem.

No estudo realizado por Davim, Torres e Santos (2005 p. 47), a falta de profissionais é também apontada como uma das barreiras para o desenvolvimento de ações educativas.

Outra dificuldade descrita pelos informantes em relação ao auxiliar de enfermagem é que esse profissional *tem uma sobrecarga muito grande e está ficando preso nos setores*. Essa situação revela que esse profissional exerce grande parte de suas atividades dentro das unidades básicas de saúde. Isso reforça o fato de que é preciso *participar mais nas visitas de rotina da equipe*, sendo esta uma das suas características demonstradas no Domínio Cultural nº. 1 e na Taxonomia nº. 1.

Marques e Silva (2004, p 548) constataram que o auxiliar de enfermagem desenvolvia as mesmas atividades que realizava antes do PSF, “com uma limitação, principalmente, na frequência de visitas domiciliares, pela sobrecarga de trabalho dentro da unidade básica de saúde”.

Os enfermeiros relatam também que *tem o problema de fechamento da unidade e de tirar o auxiliar da linha de frente* na busca de executar os treinamentos, conforme as seguintes falas:

Agora em relação ao auxiliar, tem o problema do fechamento da unidade para isso. O problema de licença médica, férias, dificilmente a gente consegue juntar todos, para estar fazendo esse treinamento.

É muito difícil a gente conseguir tirar o auxiliar da linha de frente, e falar: hoje vamos fechar tal setor, e estar com a equipe completa para gente conseguir desenvolver mesmo o treinamento.

Esses relatos contradizem a concepção de educação permanente no sentido de que, para produzir mudanças nas atividades realizadas nos serviços de saúde, é fundamental que possamos dialogar com as práticas executadas, com as

concepções vigentes e problematizá-las nas situações concretas do trabalho de cada equipe (CECCIM, 2005 b).

Assim, a dificuldade mais evidente nos relatos dos informantes refere-se à retirada do trabalhador no exercício de sua função para a realização de atividades educativas sistematizadas, em local específico, fragmentadas e sustentadas por uma concepção tradicional de ensino com ênfase nas habilidades técnicas. O treinamento foi o termo que mais se evidenciou na construção dessa qualificação.

No dia-a-dia do PSF, existem circunstâncias em que a única escolha é realizar as atividades básicas nos centros de saúde para não prejudicar o usuário, conforme a descrição a seguir:

A gente abre o centro de saúde aqui com três auxiliares de enfermagem, para fazer coleta e colocar o resto para funcionar. Então, assim com os apoios são onze teoricamente, assim na prática a gente trabalha com sete ou oito, que tira férias, licença e tudo.

Essa fala representa que o quantitativo de funcionários lotados nas unidades, às vezes, não corresponde aos profissionais presentes no cotidiano.

Um dos grandes obstáculos para a efetiva consolidação do PSF é “a falta quantitativa e qualitativa de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo” (CAMPOS; AGUIAR, 2005, p. 40).

6 O TEMA CULTURAL: COMPREENDENDO A AÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NO PSF

Para compreender a ação educativa do enfermeiro no PSF, foi necessário conhecer como esse profissional desempenha as suas ações no cotidiano do seu trabalho nas unidades básicas de saúde da Grande Cabana.

Durante a análise de dados, emergiram algumas características importantes dos ACSs, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem no PSF. O ACS é descrito como um novo profissional na unidade básica de saúde, que apresenta boa vontade, responsabilidade com os pacientes adscritos na sua microárea e abertura para o processo de aprendizagem. Estes trabalhadores, porém, são pouco aproveitados em virtude da sua formação incipiente.

O enfermeiro é descrito como um profissional que apresenta uma identificação com a proposta do PSF, principalmente pela sua formação generalista.

Os profissionais de enfermagem de nível médio possuem uma dicotomia no exercício de suas atividades no PSF. Se por um lado eles ganharam maior autonomia com a implementação do programa, por outro eles realizam suas funções de forma mecânica e sem embasamento científico.

Durante as observações participantes e a análise das entrevistas, ficou evidenciado que as atividades de caráter educacional desenvolvidas pelos enfermeiros se concentram em dois campos específicos: a educação em saúde, voltada para a comunidade, e a educação profissional, direcionada, sobretudo, aos profissionais de enfermagem de nível médio e ACS.

O enfermeiro desenvolve grande número de atividades direcionadas à comunidade, que são o acolhimento, o mutirão de preventivo, os procedimentos de enfermagem, os passeios, as visitas domiciliares, a busca ativa, a consulta de enfermagem, a pós-

consulta, atividades em creches, trabalhos na rádio comunitária, trabalhos na escola e os grupos operativos.

Essas ações evidenciam, em primeiro lugar, a complexidade e as inúmeras atividades desempenhadas no cotidiano da Unidade de Saúde da Família. Em segundo lugar, demonstram como esse profissional tem se empenhado na construção de novas formas de produzir saúde, promovendo ações de caráter individual e coletivo, bem como realizando atividades que interligam o centro de saúde com a família e outros órgãos sociais.

Diante dessa realidade, os enfermeiros relataram que a sua prática educativa com a população está mais presente na realização de três atividades: o acolhimento, a consulta de enfermagem e os grupos operativos.

O acolhimento é descrito como a recepção do usuário no centro de saúde em um horário sistematizado pelas equipes, apesar de ser conceituado também como uma prática que perpassa toda ação profissional no serviço. Ele é relatado como um momento de pouca ação educativa em virtude do pouco tempo e do atendimento rápido que é prestado durante essa ação.

A consulta de enfermagem é considerada uma atividade importante na troca de conhecimentos, uma vez que apresenta uma parte educativa com o usuário no momento de sua realização.

Os grupos operativos são descritos como uma das principais maneiras de se realizar a educação em saúde. Além de ser uma atividade prazerosa, apresenta uma elaboração prévia, tem a participação de outros profissionais e possui uma função educativa maior quando comparada ao acolhimento.

A educação profissional desenvolvida pelos enfermeiros no PSF com os técnicos, auxiliares de enfermagem e ACS foi classificada conforme a sua proximidade da

concepção de educação permanente em saúde preconizada pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

O treinamento, as orientações, a reciclagem, os cursos, as palestras, a educação continuada, as capacitações e aulas foram agrupados como um tipo de ação educativa voltada para o trabalhador, sustentada por concepções tradicionais e tecnicistas de ensino e distante das tendências pedagógicas recomendadas pelo Ministério.

O treinamento é predominantemente o termo mais usado nos discursos dos enfermeiros como o principal mecanismo de ensino desenvolvido com os profissionais de enfermagem e ACS, no intuito de promover a aquisição de habilidades e conhecimentos a serem colocados em prática no exercício de suas funções. Todavia, para que essa ação possa ser concretizada, devem ser programadas, sistematizadas e executadas em local específico.

Dessa forma, embora ressaltem essa modalidade de educação, muitas vezes ela não é realizada, visto que demanda a retirada do trabalhador no exercício de suas funções nos serviços de saúde.

Entretanto, os enfermeiros também exercem no seu cotidiano ações educativas com os profissionais, com proximidade a concepção de educação permanente em saúde. São elas: a educação continuada no serviço, a discussão de casos, as reuniões, as conversas, as correções, as discussões nos corredores, as conversas rápidas, a discussão rápida, tirar dúvidas e a resposta rápida que tomam um *formato que desmonta a proposta tradicional*.

Ao desenvolver essa função educativa com os profissionais de enfermagem de nível médio e ACS, o enfermeiro possibilita a melhor qualificação destes trabalhadores no cenário em que eles atuam, proporcionando uma verdadeira integração entre estes dois eixos norteadores: a educação e a saúde.

Apesar do avanço dessas “modalidades” de educação profissional com os trabalhadores, os enfermeiros menosprezam essas atividades, ressaltando que são realizadas apenas em virtude da dificuldade em construir e implementar os treinamentos formais, para os quais é necessário *tirar os trabalhadores da linha de frente*.

Assim, esse profissional reforça a necessidade de retirar o funcionário do seu posto de trabalho, caracterizando-a como a principal dificuldade relacionada aos atores sociais no desenvolvimento de ações educativas. Contudo, seria mais propício a realização de uma educação profissional no cotidiano, fazendo junto, encontrando soluções diante das complexidades estabelecidas no relacionamento humano e promovendo uma articulação real entre a saúde e a educação, a qual só se faz no momento, no aqui e no agora.

Os informantes relataram a utilização de alguns recursos materiais para o desenvolvimento da educação com os profissionais. São usados CD-ROMs de anatomia, CDs de gravidez, material ilustrativo, fotos, Data Show, transparência, cartazes, questionários, bonecos e fantoches.

É importante enfatizar que os centros de saúde Cabana, Cícero Ildefonso e Vista Alegre possuem vários computadores em suas unidades, recurso tecnológico que representa uma importante ferramenta no auxílio da educação profissional.

Diante desse contexto, a SMSA do Município vem realizando teleconferências que interligam as unidades básicas de saúde a alguns centros de referência, no intuito de promover uma educação a distância com determinados profissionais na rede básica. Esse sistema de capacitação é relevante, pois permite a retomada de alguns temas importantes no cotidiano do PSF. Entretanto, eles são insuficientes, direcionados apenas a uma classe profissional, não retratam a realidade local e são ministrados de forma tradicional, revelando a pouca conexão entre o “educador” e os “educandos”.

Nas práticas de saúde desenvolvidas com os profissionais de enfermagem de nível médio e ACS, são abordados diversos temas que estão presentes no PSF, entre eles, dengue, TBC, nutrição, entrevista da família, violência à mulher, DST, leishmaniose, insulina, visita domiciliar, asma, tratamento de feridas, hipertensão, diabetes, vacinação, amamentação, catapora, incidência de lombalgia, dieta e verminose.

Os enfermeiros descrevem outras situações que dificultam a realização de atividades educativas com os profissionais de enfermagem e os ACSs. Em relação à unidade, alguns obstáculos são apontados, como o aumento da demanda, a necessidade de fechar a unidade e a de ficar com a porta escancarada para o atendimento à população.

A quantidade de auxiliares e técnicos de enfermagem é outro empecilho relatado, pois o quantitativo desses profissionais é insuficiente para o funcionamento do programa, uma vez que eles ficavam presos nos setores e apresentaram uma sobrecarga de trabalho. Cabe ressaltar que durante a realização das atividades no centro de saúde, o número de profissionais muitas vezes não condiz com os funcionários lotados na unidade de saúde e que apenas 4 das 16 Equipes de Saúde da Família não possuem o quadro completo de auxiliares conforme a recomendação da SMSA.

Diante do exposto, para que o enfermeiro realize a ação educativa é necessário *tirar o trabalhador da linha de frente* e, considerando as inúmeras atividades de atores nas práticas de saúde, as ações educativas se resumem em conversas em serviço.

Assim, da análise dos discursos dos atores sociais das práticas de saúde do PSF emergiu o tema cultural deste estudo representado pela frase “Realizar educação demanda tirar o trabalhador da linha de frente”, demonstrada na FIG. 2.

No significado atribuído pelos enfermeiros de ação educativa está subjacente a concepção tradicional e tecnicista de educação, visto que, para que esta seja

exercida, é necessário o afastamento do profissional do trabalho, o fechamento do setor, aulas expositivas relacionadas a temas selecionados *a priori*, caracterizadas por uma ruptura da concepção de educação como princípio do trabalho.

Assim, os enfermeiros vêm executando de forma tímida e crescente uma ação educativa diferente com os profissionais de enfermagem e o ACS. Essa educação, embora inicial e sem denominação específica, traz consigo alguns pressupostos de acordo com a concepção de educação permanente.

Essas atividades, embora não valorizadas e sem uma definição específica, possuem uma concepção de educação que se realiza enquanto princípio do trabalho, demonstrando uma maneira de promover a aprendizagem significativa com o objetivo de transformar as práticas de atenção no SUS.

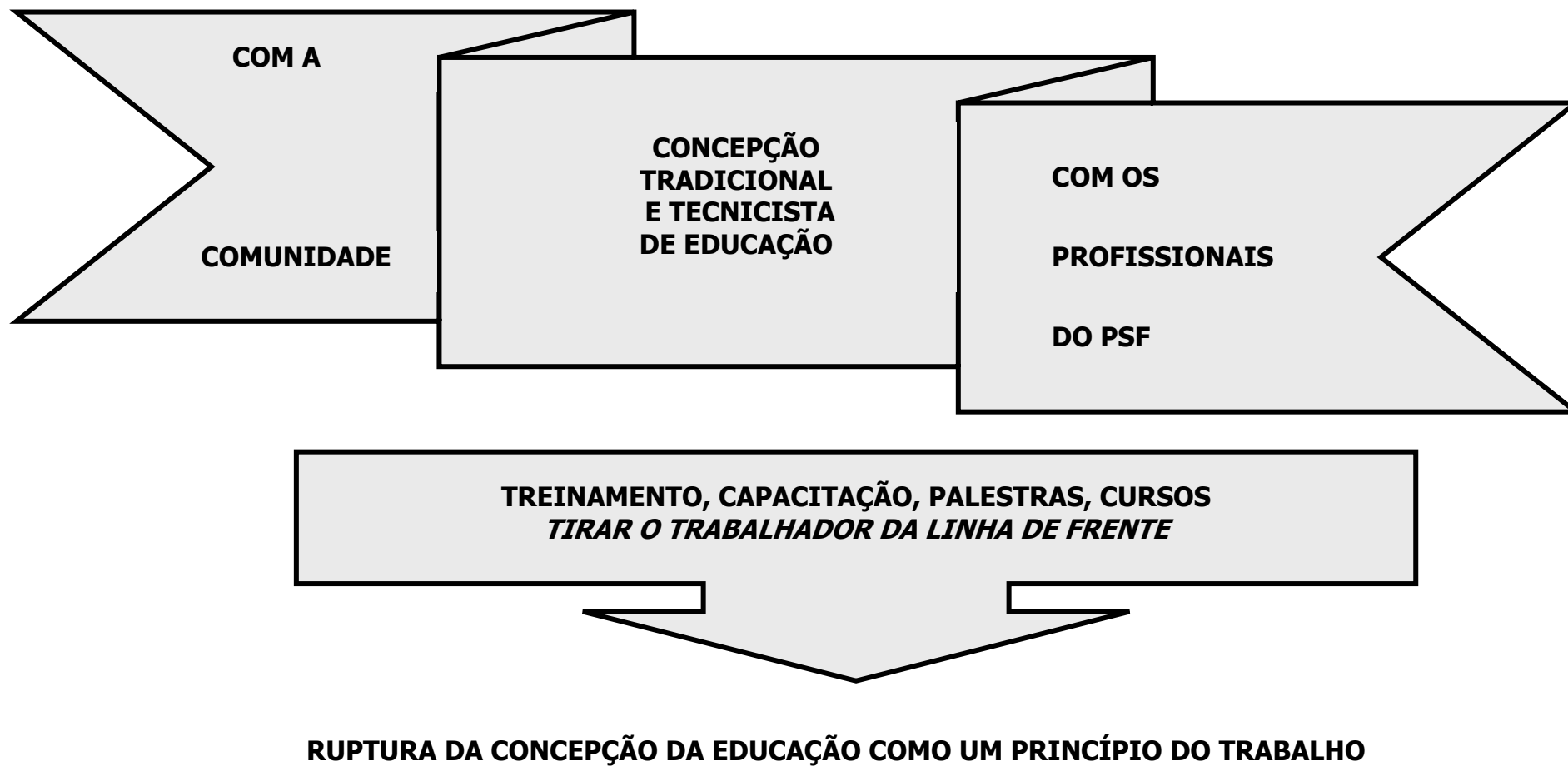


FIGURA 2 – Ação educativa do enfermeiro no PSF.

7 TRAÇANDO UM CAMINHO

A ação educativa desenvolvida pelo enfermeiro é sustentada por uma concepção de educação coerente com a sua visão de mundo, com os objetivos que pretende atingir e com a finalidade que essa ação deve cumprir.

Os enfermeiros que atuam no PSF apresentam dificuldade e limitação no desenvolvimento de sua ação pedagógica no que se refere à melhoria da qualificação dos profissionais sob sua coordenação.

Essa situação deve-se a vários fatores, entre eles a formação profissional voltada para a aquisição de habilidades técnicas, a execução de treinamentos como única forma de aprimoramento, a falta de capacitação pedagógica com ênfase na problematização, a descontextualização das atividades educativas ocorridas no dia-a-dia do trabalho, a falta de interlocução entre o mundo da saúde e da educação, dentre outros.

A formação profissional do enfermeiro tem sido alvo de investigação nos últimos anos, em virtude, principalmente, das reformas curriculares ocorridas nos cursos de graduação em enfermagem.

Para Faustino (1999), existe uma contradição entre o perfil desejado e a formação do aluno. Amantéa (2000) afirma que para ocorrer uma transformação é necessária uma ação reflexiva dos docentes, discentes e da instituição formadora. Lâmega (2000) e Fortes (2001) revelam uma desarticulação entre o ensino e o serviço durante a realização dos estágios curriculares, dentre outros.

Portanto, mesmo diante dos incansáveis movimentos em razão das mudanças curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, torna-se necessária a reflexão do ensino na graduação. A formação acadêmica deve promover uma verdadeira articulação entre a educação e os serviços de saúde, valorizando as

relações existentes no cotidiano do trabalho, sobretudo na estratégia de saúde da família, que se apresenta como um eixo norteador para as transformações no setor da saúde.

De acordo com Carrijo, Pontes e Barbosa (2003, p. 157),

a problemática que envolve a formação do enfermeiro, para atuar no PSF, a inadequação dos currículos gera o despreparo dos profissionais, sendo detectadas as dificuldades com relação ao trabalho com a comunidade, trabalho em equipe, compreensão das diretrizes do programa e trabalhar a prevenção.

Convém enfatizar que, embora não tenha sido objeto deste estudo, é preciso analisar o projeto político-pedagógico do curso de especialização para o PSF, visto que os informantes apresentam dificuldade no desenvolvimento de uma atividade educativa direcionada aos trabalhadores de saúde, sustentada pela concepção de que a educação é um princípio fundamental no dia-a-dia das relações de trabalho.

Diante dessas circunstâncias, o enfermeiro reproduz, na sua prática profissional, a mesma concepção pedagógica de educação que recebeu durante sua vida acadêmica, seja na graduação ou na pós-graduação, o que pode ser evidenciado por meio dos relatos que enfatizam o treinamento formal como a principal maneira de promover a qualificação dos trabalhadores de enfermagem e ACS.

Para mudar a realidade nos serviços de saúde, torna-se necessária a disseminação pedagógica sustentada por metodologias progressistas com o intuito de instrumentalizar os enfermeiros para que exerçam de maneira plena a sua função educacional com os trabalhadores na complexidade das ações em saúde.

É importante ressaltar que a formação dos profissionais de enfermagem de nível médio também deve ser reconsiderada. Para Torrez, Barros e Goulart (2000), mesmo com as reformas educacionais direcionadas às profissões de nível técnico, a sua essência continua a mesma, ou seja, de criar competências específicas e

fundamentadas no interesse exclusivo do mercado de trabalho, sem preocupar-se com a sua finalidade social.

Esse aspecto é preocupante, pois a maioria (70,4%) das instituições de educação profissional em saúde está localizada na Região Sudeste. De todos os estabelecimentos distribuídos no Brasil que oferecem cursos na área da saúde, 80,6% estão vinculados ao setor privado, sendo que as escolas de enfermagem representam 57,2% do total de cursos oferecidos (LIMA *et al.*, 2003).

Assim, para que ocorra uma reformulação do ensino, seja na formação técnica ou nos cursos superiores, é fundamental que várias mudanças sejam praticadas nas ações de saúde com objetivo de formar cidadãos e profissionais vinculados à proposta do SUS.

Entretanto, é preciso também uma reestruturação na atenção, gestão e controle social no intuito de promover uma verdadeira transformação em todas as instâncias vinculadas ao setor saúde.

Nesse sentido, torna-se necessária a reestruturação das políticas públicas de saúde, como a implementação efetiva da Educação Permanente em Saúde, pois esta representa um importante avanço na consolidação e na reestruturação do SUS com ênfase na educação como princípio do trabalho.

A concretização da educação permanente em saúde possibilitará uma verdadeira integração entre as diversas esferas do setor saúde, proporcionando uma articulação de vários saberes com o objetivo de qualificar a assistência diante dos anseios da sociedade.

Diante do exposto, acredito que este trabalho seja apenas um passo na produção do conhecimento, sendo necessário o desenvolvimento de outros estudos para desvelar como a educação profissional é estabelecida no cotidiano dos serviços de saúde, principalmente quando envolve uma equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**, Londrina, ano 5, n. especial, p. 41-42. nov. 1999.

AMANTÉA, M. L. **Transitando entre o velho e novo**: um estudo da influência do sistema de valores e crenças do docente na implementação de um novo currículo na Escola de Enfermagem da UFMG. 2000. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107. jan./mar. 2000.

ARAUJO, M. R. N. *et al.* Saúde da família: cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122. dez. 2000.

ARAÚJO JUNIOR, F.; GOMIDE, M. O agente comunitário de saúde e sua incorporação ao Programa Saúde da Família no Ceará: houve mudanças?. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-154. 2004.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa BH vida**: Equipes de Saúde da Família (ESF). Belo Horizonte, 2001. 10 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **BH vida**: saúde integral. Belo Horizonte, mar. 2003 a. 16p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal**. Belo Horizonte, 2003 b. 25 p.

_____. Prefeitura Municipal. **Anuário estatístico de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2003 c.

_____. Prefeitura Municipal. **Informatização das unidades de saúde**. Belo Horizonte, 2003 d. Disponível em: www.portal2.pbh.gov.br/saúde. Acesso em 18/03/2006.

BENIGNA, M.J.C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 23-31, jul./dez. 2004.

BEZERRA, A. L. Q. *et al.* O papel educador do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev. Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 22-28. jan./abr. 2005.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto (Portugal): Porto, 1994. 367p.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Capacitação e desenvolvimento de recursos humanos CDRHU**. Natal: UFRN. 1999. p. 261-268

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modelo de qualificação da estratégia saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a. 36 p. (Versão premilinar).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde 2001a. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde. jan. 2001 b. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. **Formação**

pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. Educação, trabalho e profissão. 2. ed. rev. e amp. Brasília: Ministério da Saúde 2003a. 87 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **Informação: Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2003b. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem.** Proposta pedagógica: o plano da ação. Brasília: Ministério da Saúde 2003c. 67 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF.** Brasília. Ministério da Saúde. 2002. 14 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde:** pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2004 b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. **Notícias:** saúde da família (24/11/05). Brasília: Ministério da Saúde 2005 a. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 29/11/05.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família,** Brasília, ano 6. n. 8, dez. 2005 b. 72 p.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 25-35. jan./abr. 2003.

CAMARGOS, C. C. R. L. **Atenção à saúde da criança de 5 a 10 anos pela equipe saúde da família em Juiz de Fora.** 2002. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

CAMPINAS, L. L. S. L. **O acolhimento ao doente com tuberculose**: estudo comparativo entre uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades médicas. 2004. 222 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em saúde da família: uma estratégia para o apoio à extensão da atenção básica nas grandes cidades. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 8, p. 38-46. out./dez. 2005.

CARRIJO, C. I. S.; PONTES, D. O.; BARBOSA, M. A. Reflexão sobre a importância da temática saúde da família no ensino da graduação em enfermagem **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 56, n. 2, p. 155-159. mar. /abr. 2003.

CARVALHO, S. C. **Programa Saúde da Família**: imaginário do cliente sobre seu atendimento e suas possibilidades de participação. 2000. xi, 91 [12] f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CAZELLI, C., M. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2003. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 10, n. 4, p. 975-986. out./ dez. 2005 a.

CECCIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v 9, n. 16, p. 161-168. set. 2004/ fev. 2005 b.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 14, n. 1, p. 41-65. 2004.

CEZAR, L. S. B. **Programa de saúde da família**: uma avaliação no morro do Borrel. 2003. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CHAVES, L. M. **Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritos em Goiânia**. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997. 524 p.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; SOUSA, M. F. Enfermeiros capacitados para atuar no Programa Saúde da Família de São Paulo: relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n.67, p. 91-99. maio/ago. 2004.

CHIESA, A. M.; VERISSIMO, M. D. LOR. **Educação em saúde na prática do PSF**. Manual de enfermagem (on-line) 2001. Disponível em www.ids-saude.org.br/enfermagem p.34-42. Acesso em 18/04/05.

CHIESA, A. M. ; BATISTA, K. B. C. Desafios da implantação do Programa da Saúde da Família em grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. **Mundo Saúde**, v. 28, n.1, p. 42-48. jan./mar. 2004.

CICONI, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sob o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Rev. Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 193-202. abr./jun. 2004.

COLOME, C. M.; LANDERDAHL, M. C.; OLIVO, V. F. Diretriz pedagógica na formação em saúde: buscando uma relação educador/ educando de cunho transformador. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n.1, p. 166-173. jan./ abr. 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Legislação e normas**. 2001, n. 1. Belo Horizonte: Coren – MG, 2001. 69 p.

CONSELHO, F. M. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS 196/96. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2 suplemento. 1996.

COSTA, M. B. S.; LIMA; C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 149-152. dez. 2000.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; SANTOS, S. R. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49. dez. 1999.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. 4. ed. São Paulo: Papyrus, 1998. 160 p.

_____. **Educação e conhecimento**. Relação necessária, insuficiente e controversa. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000. 184p.

FAUSTINO, R. L. H. **Desafios e possibilidades da mudança curricular na Escola de Enfermagem da UFMG**: a percepção discente. 1999. 192 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

FERREIRA, M. L. F.; *et al.* Efetividade da aplicação do sulfato ferroso em doses semanais no Programa Saúde da Família em Caruaru, Pernambuco, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 375-381, mar./abr. 2003.

FONSECA, T., M., M. **Estudo etnográfico sobre o significado da estratégia da saúde da família, atribuído por famílias do município de Vitória**. 2003. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

FORTES, A. F. A. **Há falhas por parte de todos os atores**: visão do enfermeiro assistencial sobre o estágio curricular supervisionado. 2001. 203 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família no município de Petrópolis/ Rio de Janeiro. 2004. 154 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2003. 148 p.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede serviço de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289. set./dez. 2003.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. *In*: NEGRI, B.; *et al.* **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, 2002. p. 221-254.

GONCALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas**: desafio da prática do Programa Saúde da Família. 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, 2002.

GOULART, F. A. A. **Experiências em saúde da família**: cada caso é um caso? 2002. 387 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

GOUVEIA, R. M. C.; CENTA, M. L. A enfermagem vivendo uma experiência bem sucedida: Programa de Saúde da Família. **Texto e contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, pt 2, p.792 – 799, maio/ago. 2000.

GRESTA, M. M. **A espera é que mata**: a trajetória dos pacientes submetidos ao transplante hepático. 2000. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

GUIMARÃES, G. L. O perfil do enfermeiro-educador para o ensino de graduação. **Esc. Anna Nery R Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 255-260, ago. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil**: população de Belo Horizonte-2000. Disponível em: <www.portal2.pbh.gov.br/saúde/indicadores>. Acesso em: 20/10/2005.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B.; MACHADO, M. H. Gestão do trabalho e da educação. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. especial, p. 86-103. ago. 2004.

JESUS, P., B. R. **Assistência à saúde: percepção de usuários de uma Unidade de Saúde da Família** – Uma contribuição da enfermagem. 2002. 137 f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

KERBER, N. P. C. *et al.* Trabalho do enfermeiro na rede básica de serviços de saúde: uma visão do trabalhador. **Rev. Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n. 3/4, p. 227-234. 2005.

KOHLRAUSCH, E.; ROSA, N. G. Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: subsídios para a ação educativa da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. especial, p. 113-122. 1999.

LAMÊGO, B. L. **Relação ensino/serviço na formação do enfermeiro**. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

LIBANEO, J. C. **Democratização da escola pública**. A pedagogia crítico-social dos conteúdos. 19. ed. São Paulo: Loyola, 2003. 150 p.

LIMA, J. C. F. *et al.* Mapeando a educação profissional de nível técnico em saúde no Brasil. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 293-316.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, p. 503-510. mar./abr. 2003.

MALTA, D. C. *et al.* Acolhimento: uma reconfiguração no do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. *In*: Campos, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610. set./out. 2004.

MARQUES, C. M. S.; PADILHA, E. M. Contexto e perspectivas da formação do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 345-352. 2004.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-550. set./out. 2004.

MELLEIRO, M. M.; GUALDA, D. M. R. Experiências e expressões de gestantes na interação com os sistema de saúde: um enfoque etnográfico. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 503-510. maio/jun. 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174. set. 2004/fev. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1999. 269p.

MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo, EPU/ EDUSP, 1996. 119 p.

MOTTA, J. I. J. *et al.* Educação permanente em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73. jan./abr. 2001.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. Programa saúde da família: impacto na assistência de pré-natal. **Rev. Chilena de Saúde Pública**, Chile, v. 7, n.1, p. 25-32, 2003.

PEIXOTO, M. R. B. **A prioridade, o isolamento e as emoções**: estudo etnográfico do processo de socialização em um centro de tratamento intensivo. 1996. 248 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PEREIRA, A. L. F.; As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PEREIRA, C. M. O. **O Programa Saúde da Família: a visão do enfermeiro sobre sua inserção na implantação do programa em Belo Horizonte**. 2002. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/ estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2004.

RIBEIRO FILHO, B. **Avaliação de qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do Programa Saúde da Família do município de Manaus – AM**. 2004. 90 f. – Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

RIVIÉRE, E. P. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 239 p.

ROSA; W. A. G.; LABETE, R. C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 230-235. maio/jun. 2003.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez, 1985. 103 p.

SENNA, M. C. M. **Racionalidade de técnica e lógica política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo/ RJ**. 2004. 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

SERRA, C. G. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégia para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro**. 2003. 223 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SHIMIZU, H. E. *et al.* A prática do auxiliar de enfermagem no programa saúde da família. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 713-720 set./out. 2004.

SILVA, D. G. V. *et al.* Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, jan./mar. 2003.

SILVA, R. M. **A autonomia municipal na implementação de políticas nacionais de saúde: o PSF em Camaragibe – PE.** 2002. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2002.

SILVEIRA, M. R. **O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: desafios e oportunidades.** 2001. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

SILVEIRA FILHO, A. D. *et al.* Programa Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. *In*: DUCCI, L. *et al.* **Curitiba: a saúde de braços abertos.** Rio de Janeiro: Centros de Estudos de Saúde. 2001. p. 239-251.

SIQUEIRA, L. G. **Avaliação dos registros de controle de hipertensão arterial e características dos grupos educativos de hipertensos no Programa Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais.** 2000/2001. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000/2001.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30. dez. 2000.

SOUZA, S. M. B.; ANDRADE, J. Soroprevalência para HIV em gestantes acompanhadas pelo Programa Saúde da Família em Campina Grande. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 27, n. 1/2, p. 28-37, jan./ jul. 2003.

SOUZA, H. M. Análise das práticas assistenciais na área da saúde da mulher nas equipes do Programa de Saúde da Família: um estudo de caso em estado selecionada. *In*: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Segrekar, 2003. p. 201-248.

SOUZA, K. K. B.; FERREIRRA FILHO, M. O.; SILVA, A. T. M C. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na atenção à saúde mental. **Cogitare**. Curitiba, v. 9, n. 2, p. 14-22. jul./dez. 2004.

SPRADLEY, J. P. **The ethnographic interview**. New York, Holt Rinehart & Winston, 1979. 247 p.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York, Holt Rinehart & Winston, 1980. 195 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

STEDILE, N. L. R.; Ensino de enfermagem: momento privilegiado de construção do conhecimento. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 79-86, jul./set. 2000.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 4, p. 1039-1047. jul./ago. 2003.

TORREZ, M. N. F. B.; BARROS, L. R.; GOULART, V. M. P. A educação profissional de nível técnico e a estratégia saúde da família: renova-se o desafio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 61-69. dez. 2000.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 7, n. 3, jun. 2002. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 17/8/04.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NOS CENTROS DE SAÚDE DA GRANDE CABANA




PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO REGIONAL MUNICIPAL OESTE
SECRETARIA ADJUNTA DE ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SERVIÇOS SOCIAIS OESTE
GERÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO OESTE

De	Gerência do Distrito Sanitário Oeste	Data: 15 / 02 / 05
Sra.	Marília de Azevedo Jannotti Guerra	
	Tel.: 3277-7019	
Para	Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP Conselho Nacional da Saúde	
Assunto	Autorização.	

Conforme solicitado, autorizo a realização da pesquisa do aluno **Rodrigo Conti Vieira de Alencar**, nas Unidades de Saúde Cabana, Waldomiro Lobo, Cícero Ildefonso, Vista Alegre e Vila Imperial; pertencentes ao Distrito Sanitário Oeste.

Atenciosamente,


Marília de Azevedo Jannotti Guerra
Gerente do Distrito Sanitário Oeste

Marília de A. Jannotti Guerra
 BM 39.844 - X
 Gerência Distrito Sanitário - Oeste

ANEXO 2 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

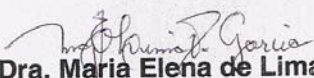
Parecer nº. ETIC 024/05

**Interessada: Profa. Marisa Antonini Ribeiro Bastos
Escola de Enfermagem/UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 30 de março de 2005, o projeto de pesquisa intitulado « **A vivência da ação educativa do enfermeiro no PSF** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO 3 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)


Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 0082005

Título do projeto: “A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF)” (Título provisório)

Nome do pesquisador: Rodrigo Conti Vieira de Alencar

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realizada no dia 10 de março de 2005.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 11 de março de 2005.

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Belo Horizonte, de 2005

Prezado (a) Sr(a),

Sou aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e, como requisito para obter o título de Mestre, estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de compreender o significado da ação educativa atribuído pelos enfermeiros do Programa de Saúde da Família nos centros de saúde da região da Grande Cabana.

É importante enfatizar que as informações obtidas pelas entrevistas serão mantidas em absoluto sigilo, garantindo o anonimato de cada informante. Todos os relatos serão utilizados apenas para fins científicos e ficarão sob responsabilidade do pesquisador.

Cabe ressaltar que a sua participação é estritamente voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar. O participante terá todo o direito de esclarecer qualquer dúvida a respeito da pesquisa, sempre que julgar necessário.

Nesse sentido, solicito a sua autorização para entrevistá-lo(a), usando como recurso o gravador, pois os dados coletados serão analisados sob a perspectiva qualitativa.

Atenciosamente

Rodrigo Conti Vieira de Alencar

Termo de Consentimento Informado

Diante dos esclarecimentos acima, eu _____, aceito participar da pesquisa “A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF)”. Aceito ser entrevistado (a) pelo pesquisador, bem como autorizo a gravação da entrevista e a utilização das informações para fins científicos.

Belo Horizonte, ___/___/ 2005.

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: Rodrigo Conti Vieira de Alencar
Telefone: (31) 88518939 – 33124914

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (31) 3499 4592

ANEXO 5 – REGISTROS DAS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES

Observação participante nº. _____ Local _____
 Data: ___/___/2005 Duração _____ Página _____

Anotações descritivas	Anotações reflexivas
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	

ANEXO 6 – REGISTRO DAS ENTREVISTAS ETNOGRÁFICAS

Entrevista nº.
Informante

Páginas

Data ___/___/2005
Duração.....

Registro	Termos inclusos	Notas
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		

ANEXO 9 – REGISTROS DAS TAXONOMIAS

Taxonomia nº. _____

--