

O DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS, BRASIL

The considerations of the nurse regarding educational practice in the family health program in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil

Maria Cristina Pinto de Jesus¹, Sueli Maria dos Reis Santos², Arlete Maria Moreira do Amaral³,
Darcília Maria Nagen da Costa⁴, Keily Siukya Mendes de Aguiar⁵

RESUMO

Este estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa teve como objetivo caracterizar o discurso do enfermeiro sobre a educação em saúde, discutindo alguns fatores que interferem no desenvolvimento desta prática, no Programa Saúde da Família, em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Dezesesseis enfermeiros fizeram parte da pesquisa e a coleta de dados se deu por meio de uma entrevista com roteiro previamente estruturado. As ações de educação em saúde são realizadas em momentos específicos, em forma de palestras e atividades de grupo. Alguns entrevistados consideram as ações educativas segundo o modelo tradicional de atenção à saúde, enquanto outros as vêem como oportunidade para desenvolver nas pessoas uma consciência crítica acerca da importância da co-responsabilização de profissionais e usuários nas ações de promoção e proteção da saúde. Falta de investimentos em materiais, na estrutura física, em recursos humanos, grande demanda ao serviço e o excesso de atividades burocráticas são apontados como fatores dificultadores para a realização das práticas educativas. Conclui-se que a educação em saúde, nas Unidades de Saúde da Família, ocorre permeada de contradições e que, para compreendê-la, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, precisa considerar as novas formas de relações sociais e as necessidades de saúde da população, com vistas a superar as práticas que se limitam a ensinar comportamentos saudáveis.

PALAVRAS CHAVES: Educação em saúde; Centro de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

This study, exploratory, descriptive and qualitative by nature, sought to describe the considerations of the nurse regarding health education, discussing the factors interfering with its promotion within the Family Health Program in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. Sixteen nurses participated in the research, and data collection was carried out using a previously structured interview script. Activities in health education are performed at specific times through talks and group activities. Some participants consider educational activities according to the traditional healthcare model, while others see them as an opportunity to develop in patients a critical awareness of the importance of joint responsibility of healthcare professionals and patients in activities promoting and protecting health. A lack of investment in materials, infrastructure, human resources, a great demand for services and an excess of bureaucratic activities are listed as factors that hinder educational practices. The conclusion is that health education in Family Health Units are filled with contradictions and that to understand them, the healthcare professional, particularly the nurse, needs to consider new forms of social relations and the health needs of the population, in order to overcome the methods that limit the teaching of healthy behaviors.

KEY WORDS: Health Education; Health Centers; Nursing.

¹ Enfermeira, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

² Enfermeira, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Doutora em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: Rua Ivon José Curí, 120- Portal da Torre - 36037-467- Juiz de Fora - Minas Gerais - E-mail: sueli.santos@ufjf.edu.br

³ Enfermeira, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeira, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

⁵ Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante muitos anos, a educação em saúde foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas brasileiras, portanto, subordinada aos seus interesses. Predominava a imposição de normas e regras de saúde sem que a população tivesse o direito de participação. As primeiras intervenções ampliadas do Estado, voltadas para a saúde das classes populares ocorreram com o objetivo de combater as epidemias de varíola, peste e febre amarela nos grandes centros urbanos, no final do século XIX e início do século XX. (VASCONCELOS, 2001).

Naquele momento, as campanhas higienistas propunham a educação sanitária. Partia-se do princípio de que as doenças eram decorrentes da ignorância da população, sendo fundamental educar e ensinar comportamentos saudáveis. A higienização dos portos e das cidades era a principal estratégia para o controle das endemias. Com o desenvolvimento do capitalismo, o Estado sentiu a necessidade de se rearmar para as novas exigências de uma sociedade em constante mudança, surgindo, assim, uma preocupação com o educar para a vida e para a saúde (MELLO, 1987).

O modelo assistencial sanitário, no Brasil, foi hegemônico até meados dos anos 60 e, nesse período, a população era considerada incapaz de fazer parte do processo educativo.

Os avanços tecnológicos possibilitaram as mudanças no mundo do trabalho. No campo da educação e da saúde, foram incluídas novas concepções que exigiram o estabelecimento de articulação entre os dois campos e os movimentos sociais, de forma a serem evidenciadas como práticas sociais articuladas (MELLO, 1987).

Na Constituição Brasileira de 1988, teoricamente, se garantiu a saúde como sendo um direito de todos e foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios norteadores garantem universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização, participação popular e controle social e a participação complementar do setor privado nos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), constituindo uma transição para a posterior implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado em 1994, com o intuito de consolidar o SUS e incentivar o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, cujo foco de atenção é centrado na família, com ações individuais e coletivas, ressaltando-se a integralidade das ações de saúde (MELLO; LIRA, 2004).

O PSF constitui uma estratégia de ação da equipe de saúde que tem como proposta a mudança do modelo biomédico, hospitalocêntrico, curativista e fragmentado de assistência para a consolidação de um modelo voltado para o cuidado integral e a vigilância à saúde, o que pressupõe a criação de vínculo entre a equipe de saúde e a população. São previstas ações de promoção e proteção da saúde, por meio de práticas educativas participativas, inclusive no próprio domicílio das pessoas (MARCON; ELSEEN, 1999).

A Unidade de Saúde da Família é o cenário de atuação da equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários, estabelecendo o desafio do trabalho em equipe, multidisciplinar, com responsabilidade sobre o território onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas, ou mil famílias (BRASIL, 1997).

O PSF institui uma nova dinâmica de atuação profissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. O trabalho é viabilizado de modo a realizar assistência integral, contínua, com resolubilidade às necessidades de saúde da população adscrita, seja na unidade de saúde ou no domicílio. As equipes devem intervir nos fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo com a população; proporcionar parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997).

A saúde é entendida como um sério desafio pela exigência mundial de países, estados, municípios e cidades comprometidas com a qualidade de vida de seus moradores e, *“a educação em saúde passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e na sociedade”* (VASCONCELOS, 2001, p.30).

A educação em saúde é definida pelo MS como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos

indivíduos e grupos, estes devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde é entendida a partir de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é vista como responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai além de um estilo de vida saudável, em direção a um bem-estar global (BRASIL, 2001).

A ampliação do espaço para a discussão e experimentação de propostas que reorientem o modelo de atenção à saúde leva à possibilidade de participação efetiva da população. Esse enfoque se diferencia do antigo movimento sanitário brasileiro que acreditava ser possível penetrar em diversos segmentos da vida social de forma prescritiva, sem o entendimento dos mecanismos que envolvem o processo saúde-doença da população (VASCONCELOS, 2001, p.30).

No contexto do PSF, as ações educativas destacam o direito à saúde como eixo norteador. O usuário mantém-se vinculado ao seu cotidiano e a complexidade da relação educativa acentua-se, pois é, neste âmbito, que o usuário faz suas próprias escolhas, e o conhecimento sobre o seu estado de saúde e da relação deste com o seu modo de vida e trabalho passa a ser determinante para a sua qualidade de vida (BRASIL, 2001).

A educação em saúde coloca-se como tema relevante, quando discutido com a população, e pode ser entendido como uma estratégia para criação e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário. Além disso, propicia possibilidades de motivação para o autoconhecimento do indivíduo como ator social e possibilita neste o desenvolvimento de uma consciência crítica.

No contexto do modelo com as características descritas acima, denominado de vigilância à saúde, o enfermeiro precisa estar comprometido com a coletividade em relação ao exercício da cidadania, objetivando capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem a melhoria das condições de saúde de forma crítica e autônoma, com uma postura de mediador do processo de promoção e educação em saúde, em busca da construção do conhecimento no contexto da prática social, com o intuito de interagir e intervir na realidade.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o discurso do enfermeiro do PSF em Juiz de Fora sobre a educação em saúde, discutindo os fatores que interferem no desenvolvimento desta prática, tendo como referência as características principais dos modelos de atenção à saúde nos vários momentos da história da saúde pública no Brasil. Considera-se como modelo tradicional, aquele coerente

com as diretrizes políticas e práticas anteriores às que orientam o SUS.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Realizou-se uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de análise do discurso.

O objetivo básico da análise do discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico. Visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. O discurso é a linguagem em interação, ou seja, é o efeito de superfície de relações estabelecidas e do contexto da linguagem. O texto é o discurso acabado para fins de análise (MINAYO, 1995).

Orlandi (1996) procura problematizar o discurso nas evidências e explicar seu caráter ideológico e revela que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia. Afirma, ainda, que o discurso estabelece diálogo com outros discursos, ao mesmo tempo em que é referido, ou seja, produz-se sempre no interior de instituições e grupos.

O cenário da pesquisa foi constituído por UBS, localizadas na região urbana de Juiz de Fora, onde tem implantado o PSF, e os sujeitos foram enfermeiros que atuam nessas unidades.

Em Juiz de Fora, a municipalização da saúde começou a ser estruturada a partir das discussões desencadeadas com o surgimento das primeiras leis que sustentam o SUS, na década de 90 – Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (JUIZ DE FORA, 2003).

O PSF foi sendo implantado de forma gradativa, na rede básica de atenção à saúde, sendo que nem todas as UBS funcionam com o PSF; algumas unidades atuam segundo o modelo tradicional de atenção à saúde e outras têm o PACS.

Em Juiz de Fora, aproximadamente 90 enfermeiros atuam em equipes de saúde da família, sendo que dezesseis participaram do presente estudo. Para a inclusão dos participantes, não foi feita distinção quanto à faixa etária, sexo, cor, grupo social, ou seja, não foi excluído nenhum participante.

Inicialmente fez-se a identificação das UBS com PSF e a identificação dos enfermeiros lotados nas respectivas

unidades. Os enfermeiros foram contatados por ordem de identificação das UBS, sendo agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade daqueles que aceitaram participar como sujeitos do estudo.

Os enfermeiros que concordaram em participar de forma voluntária da pesquisa manifestaram sua aquiescência formalmente por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Federal de Saúde (BRASIL, 1996).

Utilizou-se a técnica da entrevista para a coleta de dados, realizada nos meses de outubro e novembro de 2006. Os enfermeiros, escolhidos de forma aleatória, foram contatados por telefone para o agendamento das entrevistas.

Foi utilizado um roteiro, composto de questões abertas, buscando o entendimento do enfermeiro sobre educação em saúde e suas percepções sobre as dificuldades para desenvolver esta prática, a saber: qual é o seu entendimento sobre educação em saúde? Você foi capacitado para realizar educação em saúde?. Como você trabalha a educação em saúde no cotidiano de sua prática no Programa Saúde da Família?. O que você aponta como dificuldade para realizar ações de educação em saúde? Buscaram-se, ainda, informações relativas ao tempo de graduação, tempo de atuação no PSF e especialidade.

Os sujeitos da pesquisa preencheram o instrumento de coleta de dados na presença do pesquisador, individualmente, até a obtenção de um número suficiente de participantes para permitir a reincidência de informações e conseqüente saturação dos dados, o que ocorreu na décima sexta entrevista.

Após a coleta de dados, passou-se à etapa de organização e interpretação dos mesmos. Inicialmente, os discursos foram recortados nos pontos mais significativos, com a finalidade de identificar a idéia central das respostas dos entrevistados. Após esse processo, os recortes foram agrupados por afinidade ou semelhança, construindo-se assim os núcleos de pensamento das categorias empíricas que foram analisadas à luz do referencial teórico sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 17 de agosto de 2006, com o Parecer nº 204/2006.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

A prática de educação em saúde no PSF em Juiz de Fora

O discurso do enfermeiro mostrou resquícios do enfoque da educação em saúde pautada no modelo sanitário brasileiro prescritivo, com ênfase no controle das doenças e capaz de intervir no comportamento da população. Esse posicionamento tradicional é explicado por Martins (1998) quando afirma que, sob esse enfoque, a educação em saúde se ocupa, em essência, do comportamento humano e de como modificá-lo para a melhoria da saúde individual e comunitária. O seu objetivo é tentar modificar comportamentos considerados prejudiciais à saúde.

Observa-se a presença da proposta tradicional de educação em saúde nos discursos dos participantes desta pesquisa revelada nos relatos a seguir:

[...] É a prática que divulga conhecimento teórico-prático para a população. (S7); [...] É orientar, como fazer, como preservar a saúde... (S9); [...] Educar usuários e comunidade em como ter melhor qualidade de vida [...]. (S8).

Por outro lado, alguns enfermeiros se mostraram bastante preocupados com a participação da população como agente ativo no processo saúde-doença. Vêem as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da responsabilização de todos os envolvidos na promoção e proteção da saúde, tanto o profissional, quanto os indivíduos e a comunidade.

[...] é muito mais do que informar, mas sim dar subsídios ao indivíduo, comunidade necessários para a manutenção da saúde, bem como atuar no âmbito da recuperação de sua saúde. É buscar que o outro seja sujeito da sua própria saúde, é tentar sensibilizá-lo no tocante ao cuidado com a mesma [...]. (S11); [...] Significa a mudança de comportamentos e condutas do indivíduo a partir do entendimento-conhecimento da necessidade real dessa mudança: visando à melhoria da saúde individual e coletiva [...]. (S3).

A educação em saúde, hoje, coerente com as propostas atuais da atenção à saúde do SUS, visa à promoção da saúde e à ampliação da participação da população no acesso e gestão de bens e serviços de saúde. Deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais de seus problemas e, ao mesmo tempo, criar prontidão para atuar no sentido da mudança (PETRY; PRETTO, 1999).

Para Vasconcelos (2001), nessa perspectiva, a educação em saúde é entendida como processo que visa capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade

cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social.

A educação em saúde apresenta-se como uma das bases da atual política de saúde e sua importância ganha cada vez mais destaque como estratégia para a transformação da qualidade de vida da população. O processo de trabalho da equipe de saúde da família pressupõe a organização de ações voltadas, prioritariamente, à prática de promoção, manutenção da saúde e prevenção de doença (BRASIL, 1997).

As respostas dos enfermeiros mostram uma confirmação da importância dada por esses profissionais às práticas educativas na atenção à saúde da população. Todos os entrevistados afirmaram realizar educação em saúde em sua prática.

[...] A prática educativa participa o tempo todo de minhas ações como enfermeiro. Não há como fazer assistência sem educação em Saúde [...]. (S16); [...] minha prática está totalmente pautada na aliança entre educação e saúde, que se transforma em espaço de construção e reflexão sobre temas de saúde, como também sobre o indivíduo, a família, a comunidade [...]. (S4).

Todos os entrevistados afirmaram acreditar na educação em saúde como sendo uma estratégia que influencia e interfere na vida da comunidade.

[...] a partir dos ensinamentos, temos a certeza de que aquele que consegue captar o que passamos também passará adiante as informações, dicas e orientações... (S8); [...] Com certeza, quando a pessoa entende o que se passa, o que tem acontecido, esta se torna aliada no controle de sua saúde. (S10); [...] através do acolhimento, o indivíduo muda e se torna agente de mudança [...]. (S3).

Essas idéias apresentadas pelos enfermeiros estão consoantes com a afirmação de que a educação está presente em todas as relações que se estabelecem entre os diversos profissionais e o público, desde a porta de entrada da Unidade de Saúde até os níveis de atenção de maior complexidade. “É importante fazer destes momentos ação educativa consciente e crítica, pois só é possível o processo educativo transformador se houver um movimento de parte a parte, se os sujeitos estiverem efetivamente envolvidos no processo” (JUS-SARA, 1998, p.03).

A despeito da explicitação da necessidade de realização da educação em saúde no cotidiano do trabalho, parece que os profissionais participantes do estudo realizam, conforme

suas falas, essas ações predominantemente em momentos especificamente destinados a essa atividade e nem sempre utilizando metodologias participativas que possibilitariam participação ativa dos usuários dos serviços: “[...] através de palestras em grupos ou sala de espera [...]”. (S8); “[...] na orientação de grupos, dinâmicas [...]”. (S1).

Ao contrário dessa situação, todos os momentos de contato entre os profissionais de saúde e os usuários são considerados importantes e, estando a pessoa doente ou não, esses contatos deveriam ser considerados oportunidades de educação em saúde (SMELTZER; BARE, 2000).

Fatores que interferem na realização da prática de educação em saúde no Programa Saúde da Família

A maioria dos entrevistados mencionou falta de investimentos financeiros em material, em recursos humanos e na estrutura física da Unidade de Saúde, grande demanda ao serviço e elevada atividade burocrática no PSF como dificuldades para realizar práticas de educação em saúde:

[...] falta de investimento e valorização do poder público, desmotivação institucional [...]. (S11); [...] falta material didático e falta de espaço físico. (S6); “[...] acúmulo de serviço burocrático, desgaste com atendimento, demanda [...]”; (S8) [...] Excesso de atribuições na UBS, muitos papéis para preencher no PSF [...] (S4).

Observa-se na realidade que, nas Secretarias Municipais de Saúde, em geral, há um discurso sempre repetido sobre a importância de mudar o funcionamento dos serviços locais de saúde, mas o que é exigido, insistentemente, dos profissionais é uma maior produtividade de atendimentos individuais, limitando suas disponibilidades para atividades educativas (VASCONCELOS, 2001).

Outro aspecto identificado refere-se ao modo de atuação dos profissionais de saúde. É importante salientar que, no Brasil, esses profissionais, às vezes, demonstram conhecer pouco sobre as dinâmicas familiares e comunitárias no que diz respeito à convivência e ao enfrentamento das doenças e se mostram controladores, autoritários e capazes de mudar a população que considera ignorante. Nesse contexto, muitas vezes, esquecem de respeitar as dimensões subjetivas e culturais da comunidade, o que dificulta a relação profissional/usuário, gerando falta de motivação e interesse das pessoas pelas práticas educativas (OLIVEIRA, 2000). Pode-se perceber essa postura na fala de alguns entrevistados: “[...] É difícil despertar o interesse da população [...]” (S1); “[...] Dificuldade de sensibilizar valores que se encontram arraigados

nas famílias e na sociedade(S7); “[...] comunidade não frequenta as práticas educativas desenvolvidas [...]” (S16).

Observa-se, ainda, em alguns relatos, que os enfermeiros do estudo consideram que a comunidade contribui para que permaneça a prática tradicional, na medida em que ainda predomina a cultura do modelo biomédico de assistência. “[...] *A população só dá importância às consultas médicas [...]*” (S2); “[...] *a população que está acostumada à prática curativista e preza o modelo médico [...]*” (S14).

Vasconcelos, (2001), entretanto, considera que a população, estando sufocada com a urgência de seus problemas de saúde e com a insuficiência dos serviços para atendê-la, tem as atividades educativas e comunitárias como novidades com valor ainda não reconhecido.

Destaca-se também o fato, apontado pelos enfermeiros, em relação ao não-reconhecimento do valor das práticas educativas no contexto da equipe.

[...] compreensão dos colegas sobre a importância da educação no cotidiano do enfermeiro [...]. (S2); [...] desmotivação pessoal, não acreditar que esse é o caminho para se buscar promover saúde nas comunidades. Equipe não compreende e acha que você está embromando. ‘Que hora que você vai acabar com essa conversa fiada!’, me exclamou um técnico de enfermagem. (S11).

Interferindo na realização da educação em saúde, foram mencionadas as carências no âmbito da formação e o não-despertar do profissional para o seu compromisso com a sua formação contínua através de cursos de atualização, com vistas a acompanhar as mudanças no mundo do trabalho e o desenvolvimento profissional.

Embora alguns entrevistados tenham afirmado que se capacitaram adequadamente para o desempenho da educação em saúde durante o tempo de formação, além de terem participado de cursos de pós-graduação para se atualizarem, deve-se considerar que vários enfermeiros afirmaram que a formação recebida durante a graduação não foi suficiente, conforme seguinte fala:

[...] tivemos orientações gerais, sabemos orientar muito bem, porém não fomos orientados sobre como abordar esse paciente de forma que ele saia do atendimento com algo construído. Ele sai das consultas com muita informação que, ao longo do caminho, irá se perder [...]. (S10).

Um dos enfermeiros faz o alerta: “[...] *nunca estamos completamente preparados. Durante a graduação, tive algumas oportunidades, ainda tenho muito que buscar [...]*” (S11).

Várias são as iniciativas do SUS, no campo da formação e do desenvolvimento em saúde, dentre elas, salientam-se a capacitação e formação em saúde da família; a profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE); aperfeiçoamento e especialização de gestores; incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde (BRASIL, 2004).

Sabe-se que as diretrizes atuais que reorientam a formação dos profissionais de saúde no Brasil, particularmente as da área de enfermagem, apontam a necessidade de um profissional mais participativo, com senso crítico e que tenha sensibilidade para entender os diferentes problemas vivenciados pelos indivíduos, família e comunidade e que seja capaz de aprender a aprender, buscando continuamente sua capacitação para o trabalho, entretanto, as mudanças na formação ainda estão sendo implantadas.

Assim, o Ministério da Saúde aponta a educação permanente em saúde como uma “*ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras*” (BRASIL, 2004, p.8).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao caracterizar a percepção do enfermeiro do PSF sobre a prática de educação em saúde, em Juiz de Fora, verificou-se que existem algumas lacunas no desenvolvimento das ações relacionadas por este profissional, que remetem a questões complexas ligadas ao modelo tradicional de atenção à saúde, como a postura conservadora e autoritária de se fazer educação em saúde, alimentada por décadas, e que refletem na prática em saúde ainda hoje.

Neste estudo, os enfermeiros apontaram, em seus discursos, várias dificuldades para incluir, na prática cotidiana do serviço, a educação em saúde. Dentre estas, se destacam a falta de investimento em materiais, recursos humanos, estrutura física, grande demanda ao serviço e elevada quantidade de atividades burocráticas.

A maioria destes profissionais, entretanto, ainda evidencia em seus discursos divergência entre o entendimento e a prática de educação em saúde no contexto do PSF. No âmbito do discurso, os sujeitos do estudo expressam uma definição coerente aos princípios do modelo de atenção à saúde preconizado e defendido pelo MS no contexto do SUS. Em contrapartida, foi captada a ênfase no modo tradicional de realizar a práxis da educação em saúde no cenário de prática. Essa afirmativa está respaldada na

identificação do posicionamento desses profissionais que predominantemente referem-se às práticas educativas realizadas com o objetivo de ensinarem comportamentos saudáveis à população.

Constata-se que os sujeitos da pesquisa não assumem o papel de facilitadores do processo educativo, capaz de estimular no sujeito a autocapacitação para lidar com problemas fundamentais da vida e que influenciam na manutenção da própria saúde.

Não se pode negar que foi unânime entre eles, o reconhecimento da prática educativa como elemento imprescindível em seu cotidiano de trabalho e como alternativa capaz de proporcionar uma vida melhor para a comunidade. Entretanto, percebe-se uma significativa lacuna entre esta postura e a prática efetiva de educação em saúde nos serviços.

Nas entrelinhas dos discursos, fica evidente que, na prática, ainda permanece o modelo assistencial de atenção à saúde, centrado no atendimento médico, no qual predomina uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se preferencialmente para as ações curativas. Este modelo destaca-se como fator que interfere para a não efetivação da educação em saúde no sentido da promoção da saúde com a participação ativa da população.

Os aspectos identificados parecem estar refletindo na forma como as práticas educativas estão sendo concretizadas para a comunidade. A falta de investimento na capacitação dos profissionais, entretanto, foi um dos entraves relatados pelos enfermeiros no desenvolvimento de uma educação capaz de transformar a realidade dos serviços de saúde no tocante à educação em saúde.

Os fatores mencionados contribuem para a falha na relação profissional/usuário, dificultando a criação de vínculos que estimulem a participação da população e a crença desta quanto à valorização das práticas educativas para melhorar as condições de saúde e de vida dos indivíduos e da comunidade.

Um grande desafio é colocado, pois não bastam as propostas. Entre o discurso e a prática, há, em geral, uma grande distância, porque esta passagem da reflexão para a ação não é automática ou mecânica nem somente racional.

Tentar compreender como ocorrem as contradições entre o discurso e a práxis é fundamental para a área de saúde e para a enfermagem, principalmente quando se pretende alcançar uma ação transformadora e democrática.

Ressalta-se o apoio das políticas de educação e saúde às instituições de ensino responsáveis pela formação de profissionais para área de saúde em parceria com as instituições de saúde para consolidar modificações dos currículos de

graduação e adotar metodologia participativa no processo de formação profissional.

O processo educativo transformador se consolida se houver um movimento facilitador, compreensivo e comprometido com as questões sociais entre profissional de saúde e usuário efetivamente envolvidos no processo. O grande educador brasileiro Paulo Freire salienta que *“quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”* (FREIRE, 2003, p.23). Assim, o processo educativo deve possibilitar ao homem a discussão corajosa de sua problemática. Deve colocá-lo em diálogo constante com o outro (FREIRE, 1996). Assim, é importante neste momento deixar uma crítica também à pedagogia tradicional de transmissão do conhecimento, em que aquele que ensina é considerado autoridade máxima e o único responsável e condutor do processo educativo.

O caminho para um processo educativo transformador, por vez, pode ser árduo, já que essa transformação precisa considerar as novas formas de relações sociais e ocorrer no interior de cada um, profissionais de saúde e usuários, tendo como fundamentação os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde SNAS. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

- JUIZ DE FORA. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. Gerência de Promoção da vida. Departamento e Atenção Primária. **Programa Municipal de Expansão da Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2003.
- JUSSARA, C. R. S. Quem educa quem na educação em saúde. In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 6., 1998, Rio de Janeiro: SESC-Tijuca. 1998.
- MARTINS, E.M. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. **Cadernos de Odontologia**, São Paulo, v.1, n.2, p.30-40, jan./jun. 1998.
- MELLO, J.A.C. De Educação Sanitária: uma visão crítica. **Caderno CEDES - Educação em Saúde**, São Paulo, n.4, p.28-43, 1987.
- MELLO, M. S.; LIRA, R.C.M. Estratégia de Saúde da Família: uma análise do processo de trabalho do Enfermeiro. **Ciência Mater-Revista de Ciências da Saúde**, Sobral, v.3, n.1 jul. 2003/jun. 2004, p.63-73, 2004.
- MARCON, N.S.S.; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família. **Revista Saúde, Família e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26 jan./dez. 1999.
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes,1995.
- OLIVEIRA, D.L. **Educação em saúde no programa de saúde da família: uma tecnologia institucionalizada?**. 2000. 160f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2000.
- ORLANDI, E.P. A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso. In. MINAYO, M.C.S. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal** – Associação Brasileira de Odontologia Preventiva. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p.365-370.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

Submissão: julho de 2007

Aprovação: outubro de 2007
