UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Cristiane Tolio de Moraes

O Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: práticas de Educação em Saúde

Taubaté – SP

2019

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Cristiane Tolio de Moraes

O Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: práticas de Educação em Saúde

Dissertação apresentada a Universidade de Taubaté, para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.
Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.
Orientadora: Prof.a. Dra. Elisa Maria Andrade Brisola

Taubaté – SP
2019

Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/ UNITAU
Biblioteca Setorial de Pedagogia, Ciências Sociais, Letras e Serviço Social

M827e Moraes, Cristiane Tolio de
O enfermeiro na estratégia de saúde da família: práticas de Educação em saúde. / Cristiane Tolio de Moraes. – 2019.
121f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Elisa Maria Andrade Brisola, Departamento de Serviço Social.

1. Enfermeiro. 2. Estratégia de saúde da família. 3. Educação em saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Desenvolvimento Humano. I. Título.

CDD – 610.73

Elaborada pela Bibliotecária Luciene Lopes da Costa Rêgo CRB 8/5275

CRISTIANE TOLIO DE MORAES

O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada a Universidade de Taubaté, para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.
Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.
Orientadora: Prof.a. Dra. Elisa Maria Andrade Brisola

Data: 06/08/2015

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr. (a) Elisa Maria Andrade Brisola Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof. (a) Dr. (a) [illegible] Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof. (a) Dr. (a) Ivana Machado de Carvalho Baptista Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP

Assinatura

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

À minha família,

Base de todo meu desenvolvimento humano

E profissional!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por todas as graças concebidas e pela oportunidade de estar presente neste momento.

À minha família, que se estende aos amigos, pela paciência nos momentos de aflição, pelo apoio integral em qualquer decisão e amor sempre prestados.

Ao meu esposo, pela atenção, compreensão, auxílio e amor em todos os momentos deste meu desenvolvimento acadêmico e por partilhar deste sonho comigo.

Agradeço imensamente à professora Elisa, pela paciência e carinho a mim prestados durante todo este período, principalmente pelos conhecimentos repassados e respeito ao trabalho.

À banca examinadora, em geral, pelo acolhimento e atenção deliberados na avaliação e colaboração do desenvolver de meu trabalho.

À instituição UNITAU, pela oportunidade de desenvolvimento de meu conhecimento acadêmico.

Aos colegas de mestrado, sem o apoio dos mesmos esta conclusão seria mais difícil.

Agradeço finalmente aos entrevistados, pela colaboração na pesquisa e à prefeitura da cidade em questão pelo apoio e liberação de minha pesquisa.

A saúde do corpo começa pela educação da mente.

RANGEL LIMA

RESUMO

Sabe-se que o Brasil construiu um sistema de saúde baseado em autonomia do sujeito e acesso integral e universal, modificando a atenção e prestação de serviços à população. No entanto, estudos ainda concentram seus esforços em saber como se dá o atendimento real a população e sua qualidade. Atendimento este prestado por profissionais especializados, como destaca-se aqui o profissional enfermeiro, inserido no atendimento público da população e responsável pelo desenvolvimento de ações voltadas a promoção e proteção da saúde dos indivíduos. Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo principal conhecer a percepção de enfermeiros em relação às práticas de educação em saúde desenvolvidas em equipes de estratégias de saúde da família. Estudo de caráter qualitativo, utilizando a Metodologia da História Oral, por meio de entrevista com seis profissionais de enfermagem que atuavam em Estratégia de Saúde da Família. A análise foi realizada por meio da triangulação dos dados. A pesquisa foi desenvolvida no município de Taubaté, na região do Vale do Paraíba Paulista, estado de São Paulo. O estudo mostrou que, no referido município, os enfermeiros de estratégia de saúde da família, consideravam suas ações efetivas e eficazes para com a população, no que se refere a educação em saúde, no entanto, mostrando concepção e percepção de educação em saúde de forma pouco clara e pontual. Observa-se que há limitações e desafios quanto à atuação do enfermeiro em práticas de educação em saúde, reforçando a necessidade de formação deste profissional mais elaborada e atenta aos critérios estabelecidos pelo sistema de saúde vigente.

Palavras-chave: Enfermeiro. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde. Sistema Único de Saúde. Desenvolvimento Humano.

ABSTRACT

It is known that Brazil built a health system based on autonomy of the subject and whole and universal access, modifying attention and perform of services to the population. However, studies still concentrate your efforts in to known how is the real attendance to the people and your quality. Attendance performed by specialized professionals, we've highlighted the professional nurse here, inserted in public service to the population and responsible for the development of promotion and health protection actions for individuals. Is this sense, this present study aims to understand the perception of nurses in relation to the practices in health education developed in the family health strategy. This study, has a qualitative character, using the method of História Oral, the interviews it was made with six nurses, who act in family health strategy. The analysis was made by the data triangulation. The research was developed in Taubaté county, region of Vale of Paraíba Paulista, state of São Paulo. This study showed that, in that city, the nurses of family health strategy developed practices of health education, they considered their actions effective to the population, concerning health education, however, showing conception and perception of health education not clear way and punctual. Observe that exist limitations and challenges as to acting nurses in practices of health education, reinforcing the need for formation of a professional more elaborate and attentive to the established criteria through the health care system.

KEYWORDS: Nurse. Family Health Strategy. Health Education. Unified Health System. Human Development.

LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agente comunitário de saúde
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	-	Caixa de Aposentadoria e Pensões
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	-	Conselho Regional de Enfermagem
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DCN	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
DGSP	-	Diretoria Geral de Segurança Pública
DNSP	-	Diretoria Nacional de Segurança Pública
DNSP	-	Departamento Nacional de Saúde Pública
EAB	-	Equipes de Atenção Básica
ECA	-	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
IAPS	-	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	-	Instituto Nacional do Câncer
IST	-	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDB	-	Lei de Diretrizes e Bases
LOS	-	Leis Orgânicas de Saúde

MESP - Ministério de Educação e Saúde Pública

MTIC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAMO - Posto de Atendimento Médico e Odontológico

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem

SUS - Sistema Único da Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Perfil Profissional dos Enfermeiros Entrevistados 44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do município 20

Figura 2 - Mapa de localização das ESF participantes da pesquisa 22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **014**

1.1 Problema 018
1.2 Objetivos 019
1.2.1 Objetivo Geral 019
1.2.2 Objetivos Específicos 019
1.3 Delimitação do Estudo 019
1.4 Relevância do Estudo/Justificativa 022
1.5 Organização do Trabalho 023

2 REVISÃO DE LITERATURA **024**

2.1 Histórico da Reforma Sanitária Brasileira 024
2.2 Educação em Saúde 030
2.3 Formação do Profissional Enfermeiro 032
2.4 Práticas do Enfermeiro em Estratégias de Saúde da Família 038

3 MÉTODO **041**

3.1 Tipo de Pesquisa 042
3.2 População 043
3.3 Perfil dos entrevistados 044
3.4 Instrumentos 044
3.5 Procedimentos para Coleta de Dados 045
3.6 Procedimentos para Análise dos Dados 046

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **047**

4.1 Trajetórias Profissionais 047
4.2 Principais Demandas 055
4.3 Práticas de Educação em Saúde 072
4.4 Desafios Encontrados 088

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **098**

REFERÊNCIAS 100
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 109
APÊNDICE B - Biografia de Enfermeiras inspiradoras dos codinomes 111
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevistas 116
ANEXO A - Autorização de secretaria de saúde do município para pesquisa 117
ANEXO B - Parecer de Comitê de Ética 118

1 INTRODUÇÃO

A saúde da população brasileira foi marcada historicamente por lutas em busca de melhores condições de vida para todos. Por anos, observou-se o sistema de saúde favorecer as classes mais abastadas, no entanto, este modelo foi se alterando com as necessidades advindas e as buscas por melhores condições pela maioria da população.

Com o advento das revoluções, principalmente econômica e industrial, o Brasil passa por períodos nos quais se observou a necessidade de atentar-se para a saúde da população de modo geral, a qual é em sua maioria de trabalhadores que constroem a nação. Com o progresso da indústria desde o final do século XIX até os anos de 1960, a população passou a se deslocar em direção aos centros industriais mais importantes do país, em busca de emprego, o que gerou também as aglomerações em moradias subnormais como cortiços e favelas, fato que provocou a piora do quadro de saúde, higiene e saneamento básico da população.

Neste contexto, observou-se o aumento da medicalização e assistencialismo tanto no âmbito da saúde pública, quanto na previdência privada. Assim, a saúde era controlada de perto pelo Estado e seus interesses (BRAVO, 2007). Ainda segundo a autora supracitada, este período ficou conhecido pelo binômio “repressão-assistência”, onde o interesse do Estado e sua necessidade de controle sobre a questão sanitária ficava evidente e, sobretudo, a que interesses o Estado atendia.

Nos anos de 1980 o país já possuía grupos de diferentes setores sociais discutindo sobre saúde, entretanto, somente em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi aberto o debate sobre o tema saúde para a população brasileira, e também foi iniciada a formulação de um programa de saúde denominado Sistema Único de Saúde (SUS) (PAVÃO, 2016). O SUS foi instaurado e legalizado pela Constituição de 1988 e trouxe como princípios e diretrizes bases: a) universalidade no atendimento, ou seja, toda a população brasileira tem acesso ao sistema e pode utilizá-lo; b) integralidade, ou seja, todo brasileiro deve ser atendido da melhor forma possível e de forma integral à sua necessidade; c) igualdade, ou seja, todo brasileiro será atendido conforme sua necessidade sem considerar qualquer aspecto de raça, cor, credo ou classe social.

Neste sentido, o sistema de saúde tem como objetivo, atender a população de forma universal e igualitária, para que esta se torne independente do atendimento assistencial e promotora e responsável pela sua própria saúde.

Sendo assim, o SUS construiu estratégias para atender a população em conformidade a seus princípios. Uma destas estratégias é a Atenção Básica (AB), que foi uma das grandes conquistas no âmbito político e social para a sociedade brasileira.

A AB dentre outros aspectos, objetiva o atendimento básico à saúde da população, e – dentre as estratégias de aproximação às comunidades, recorre a chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta proposta objetiva atender as demandas situacionais da população que não tem acesso ao atendimento de saúde eficiente e principalmente próximo de sua residência.

Inovando em possibilidades e ofertas à população, incentivou-se o ideal de promoção da saúde e prevenção de agravos, com a instauração das ESF's no coração das comunidades. Estas se tornaram referência para famílias nos territórios, nos quais são instalados planos de ação com intuito de manter a população saudável e não a atender somente quando o processo de doença já está instalado.

Nessa direção, o SUS preconiza que as equipes de ESF sejam compostas por: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, e inclusão de outras especialidades, quando necessário. As ESF's têm o intuito de ofertar atendimento generalista, que acompanha de forma integral e igualitária toda a família em todas as faixas etárias do desenvolvimento humano.

Nesta composição, destaca-se a atuação do enfermeiro, como um dos "elos" de ligação entre a comunidade/população de forma a promover e preservar a saúde das famílias com apoio e suporte educacional compartilhado e fornecido pelos profissionais envolvidos. O Enfermeiro é o profissional da saúde formado para exercer suas atividades laborais em todos os ambientes e níveis de atenção à saúde da população, com ética, cientificidade, respeito e cuidado ao próximo.

Assim, levando em consideração as diretrizes propostas pelo SUS e as atribuições descritas para o enfermeiro, destaca-se aqui, também, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, as quais são norteadoras da formação do enfermeiro para atuar na AB de forma resolutiva. Diretrizes homologadas, no ano de 2001, pela Resolução nº 03 de 7/11/2001 (BRASIL, 2001). Estas, propõem a formação do enfermeiro generalista, amplamente integrada, humana, critica e reflexiva quanto "as competências e habilidades de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente" (SANTOS, 2003, p.364)

Corroborando a este pensamento de formação completa e complexa, Delors (2003) assinala que o enfermeiro deve desenvolver a capacidade de “aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e a ser”, com intuito de gerar um processo de discernimento nos profissionais, que “assegurem a integralidade da atenção à saúde com qualidade e resolutividade” (LOPES et al, 2007, p. 629)

Santos (2006, p. 218) ainda afirma que o enfermeiro é formado generalista, ou seja, deve ressaltar diversas qualidades, em trabalhos individuais ou coletivos, “seja na atuação direta/assistencialista, ou na educação em saúde, deve agregar à sua formação pró atividade e criatividade” na composição de ações voltadas ao seu campo de trabalho, promovendo a saúde da população.

Segundo Sícoli e Nascimento (2003, p. 102), o conceito de “promoção da saúde deve ir além das concepções de saúde-doença”, mas, incluir determinantes sociais da população como educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho e outros.

Para que estas premissas se tornem reais, o SUS, viabilizou outra estratégia para avanço da promoção da saúde e prevenção de agravos: trata-se do processo de Educação em Saúde, que deve ser pensado conjuntamente entre equipe e comunidade.

Segundo Kawamoto (2004, p. 29) a educação em saúde parte do pressuposto de que “é um processo para capacitar os sujeitos”, considerando os profissionais envolvidos também e a comunidade em questão com vistas a melhoria da qualidade de vida de todos, considerando que esta melhoria depende do esforço conjunto.

Assim, o enfermeiro tem a responsabilidade de obter conhecimentos teóricos e práticos para que possa intervir na comunidade em que atua, favorecendo a saúde dos indivíduos, também como promotor, protetor e educador em saúde.

O interesse em pesquisar sobre o tema educação em saúde se deu em razão de minha experiência acadêmica, no período de graduação, na qual tive a oportunidade de participar de atividades acadêmicas de relevância para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, experiências essas que influenciaram a escolha do objeto de estudo e os questionamentos quanto à atualidade e realidade da saúde da maioria da população brasileira.

A experiência vivenciada em atividades sociais junto a famílias de uma comunidade carente permitiu a aproximação como acadêmica de enfermagem à realidade de comunidades carentes e socialmente vulneráveis, o que provocou o conhecimento e o progresso de habilidades de comunicação e percepção diante dos problemas, como também, foi possível

desenvolver habilidades e características profissionais e humanas, por meio do Projeto "Adotando Famílias[1]".

Projeto este, da instituição de ensino a qual eu me inseri, proporcionava ao aluno do curso de graduação em enfermagem o acompanhamento de grupos de estudos, a vivência de enfermeiros de ESF, bem como partilhar experiências junto às famílias das comunidades atendidas, onde nos era proposto que, ao adotar uma família, que era previamente designada pelos enfermeiros das comunidades como as que mais necessitavam de auxilio, elencássemos as necessidades e desafios de cada família adotada, e por meio de diálogos e orientações conseguíssemos fazer com que as próprias famílias visualizassem e solucionassem seus desafios.

Em "minha família adotada", por meio de levantamentos de necessidades e conversas, conseguimos, enquanto grupo de alunos, solucionar questões relacionadas a higiene, alimentação saudável, educação básica para as crianças- orientar familiares sobre a importância de acompanhamento escolar; saneamento básico – neste período, o pai desta família construiu o primeiro banheiro da casa; encontramos também pontos de vulnerabilidade na agressividade do filho mais velho, posteriormente conectada a uma violência doméstica sofrida pela mãe, de forma que os dois puderam ser acompanhados pelo serviço social de referência, inclusive para os problemas de etilismo do patriarca da família.

Apesar de atualmente trabalhar como enfermeira assistencial em instituição hospitalar; salientando que a mesma é de atendimento exclusivo ao público que utiliza o SUS, me mantenho em contato contínuo com a AB do município. Assim, meu ambiente de trabalho atual, também me proporciona manter como objeto de estudo e fonte de questionamentos a qualidade de atendimento e preparação de profissionais enfermeiros para o serviço de AB à população.

A partir dessa experiência e a oportunidade de se compreender melhor essa temática, foi desenvolvida a presente pesquisa.

[1] O projeto "Adotando famílias", criado pelo curso de graduação em enfermagem da instituição Universidade Franciscana (UFN), situada em Santa Maria- RS, no ano de 2008. O mesmo tinha como objetivo inserir acadêmicos do curso de enfermagem em ações em comunidades consideradas vulneráveis pelo aspecto socioeconômico e desenvolver sua habilidade profissional perante as experiências vivenciadas.

1.1 Problema

A AB se estrutura conforme preconizado na legislação e nos programas de saúde vigentes. Uma das formas criadas para tal estruturação é o programa ESF que visa organizar a AB nos polos de maior vulnerabilidade, que se constituem pelas comunidades com menor aporte de renda e condições estruturais. É considerada pelo MS (2012, p.54) como "estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho".

Estas estratégias de melhoria do atendimento e acolhimento da população usuária do SUS têm como objetivo ampliar a resolutividade e impacto no processo saúde-doença. Neste contexto, a AB traz como atribuições necessárias de seus profissionais atuantes:

> V- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas coletivas e de vigilância à saúde; IX- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade; XIV- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; XV- Participar das atividades de educação permanente; XVIII- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (BRASIL, 2012, p. 44-45).

Nesse sentido, o enfermeiro se constitui em meio de comunicação imprescindível para a realização e alcance dos objetivos propostos pela política de saúde vigente, destacando-se, neste estudo, as práticas de educação em saúde.

Conforme Machado et al (2007, p. 37), o tema educação em saúde consiste em processo que requer pensamento crítico e reflexivo, que passa a permitir atenção a realidade para o desenvolvimento de ações em que o indivíduo alcance autonomia e emancipação, e seja capaz de opinar e decidir conjuntamente com a equipe de saúde sobre sua saúde e de sua coletividade.

Assim, questiona-se: qual a percepção de enfermeiros de ESF em relação as práticas de educação em saúde desenvolvidas, quais as principais demandas apontadas e quais os desafios são encontrados e vivenciados em seu âmbito do trabalho relacionados a educação em saúde.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção de enfermeiros em relação às práticas de educação em saúde desenvolvidas em equipes de ESF.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as trajetórias profissionais de enfermeiros que atuam na ESF;

- Identificar as principais demandas apontadas pelos profissionais de enfermagem de uma ESF, relacionadas a educação em saúde;

- Levantar os principais desafios enfrentados na prática de educação em saúde.

1.3 Delimitação do Estudo

Este estudo foi realizado na cidade de Taubaté, que se localiza em meio ao Vale do Rio Paraíba, no Estado de São Paulo, região sudeste do país. A cidade dista cerca de seis quilômetros do rio Paraíba, estando geograficamente privilegiada pela proximidade com os polos econômicos dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (ABREU, 1985).

O município de Taubaté foi fundado em 5 de dezembro de 1645, e uma população estimada hoje em 311.854 mil habitantes (PREFEITURA DE TAUBATÉ, 2018). A cidade possui limítrofes ao norte com o município de Tremembé, ao sul, o município de São Luiz do Paraitinga, ao leste, Pindamonhangaba e a oeste, a cidade de Caçapava (ABREU, 1985).

Figura 1: Mapa do município de Taubaté

Fonte: Prefeitura de Taubaté, 2018

O referido município teve por início seu povoamento por volta dos anos de 1628, quando por ordem da Condessa de Viemeiro - dona das terras da Capitania de Itanhaém- solicitou ao desbravador e pioneiro Jacques Felix que fosse reconhecido e povoado as terras mais adentro do vale do Paraíba, pois até então havia conhecimento sobre as terras do litoral e da Vila de São Paulo (ABREU, 1985).

A cidade conhecida pelo povoamento indígena, recebeu Jacques Felix para que com sua família e escravos ali permanecesse e construísse obras para formação de um povoado. Tal cidade recebeu diversos nomes até o atual – Taubaté- nome de origem indígena com significado de “taba verdadeira”, ou “muito barro ou argila” (IBGE, 2017).

Segundo descrições históricas, a cidade foi marcada pela evolução constante da economia brasileira, inclusive pela proximidade com a capital - São Paulo. A cidade experimentou a mineração do ouro, e, posteriormente, a economia cafeeira e açucareira, desenvolvendo também nos tempos mais atuais a indústria tecnológica, automobilística e militar (IBGE, 2017).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) recolhidos via censo demográfico, a cidade contava com aproximadamente 278.686 habitantes, destes 136.752 são homens e 141.934 são mulheres, o município conta ainda com

cerca de 59.259 mil crianças na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, também, possui uma gama de idosos, pessoas com mais de 60 anos, de aproximadamente 31.730 pessoas. O IBGE estima que atualmente a cidade conte com 311.854 mil habitantes.

Ainda considerando dados do IBGE (2010), Taubaté é uma cidade com densidade demográfica de 445,98 hab./km^2, com uma média salarial de 3,4 salários mínimos e com cerca de 81.963 domicílios urbanos e 1.793 em região rural.

A proposta de saúde foi se formulando juntamente com a cidade, no entanto, apesar de ter se tornado uma das cidades mais importantes economicamente da Região Metropolitana do vale do Paraíba, a mesma relutou a adaptar-se aos novos modelos e estratégias propostos pelo SUS, no que se refere a municipalização e estruturação da AB em relação às ESF.

Segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/ DATASUS, 2018), a ESF começou a se estruturar e instalar na forma prevista pela legislação e pelo SUS, no referido município, em 25 de fevereiro de 2003. Cabe registar que cidades como Lagoinha com aproximadamente 4.903 habitantes, Cunha criada com aproximadamente 21.639 habitantes, a cidade de Campos do Jordão com aproximadamente 51.763 habitantes e Pindamonhangaba com 166.475 habitantes, implantaram unidades de ESF no mesmo ano da cidade de Taubaté (CNES/DATASUS, 2018; IBGE, 2017).

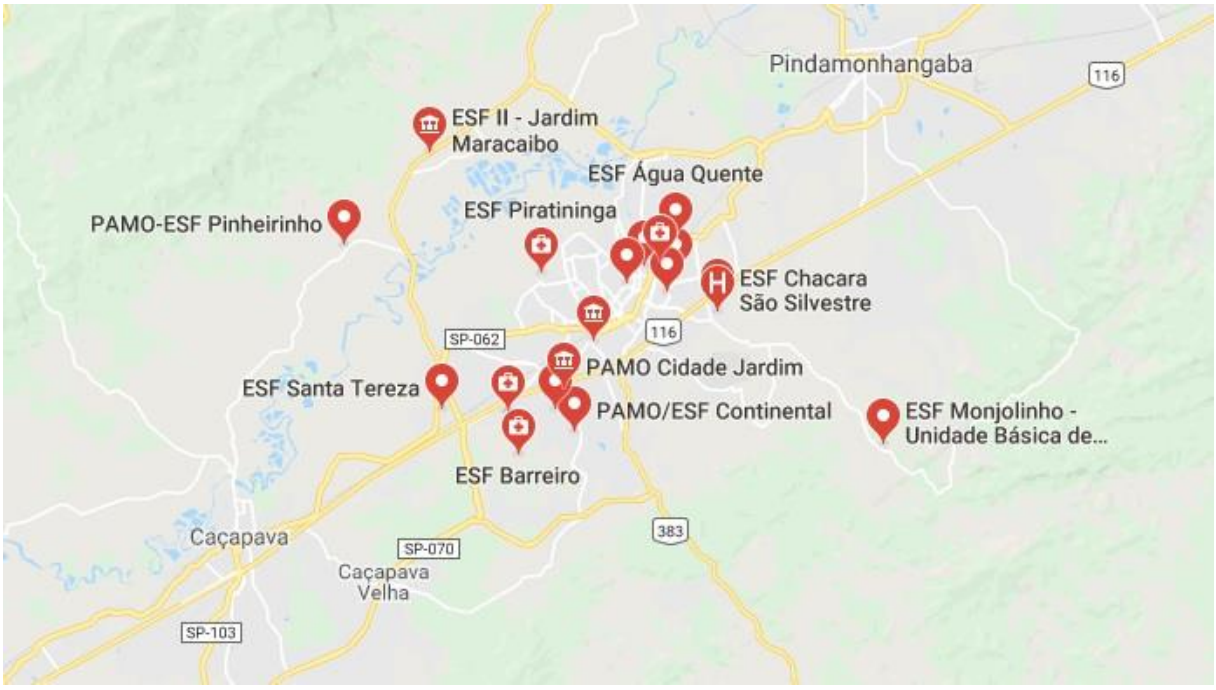
Destaca-se aqui, que as unidades de ESF foram escolhidas, pois são, segundo cronograma de AB, o ponto mais próximo de atenção às famílias e comunidades, referência inicial de atendimento.

As unidades, nas quais foram realizadas as entrevistas, encontram-se na periferia da cidade de Taubaté, em comunidades consideradas vulneráveis segundo o aspecto socioeconômico, onde em geral, os habitantes são trabalhadores da região central ou desempregados, e destinaram-se a morar na periferia por falta de condições financeiras, construindo comunidades com pouca estrutura sanitária e muitas vezes de difícil acesso ao sistema de saúde que encontrava-se, há alguns anos, primordialmente, na região central da cidade.

O município conta, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB- 2018) do município, com 21(vinte e uma) unidades de ESF, localizadas em diversos bairros da periferia urbana e zona rural, em comunidades consideradas vulneráveis. Dentre estas, 7(sete) unidades são consideradas subnúcleos de outras, 8 (oito) delas são compostas por Postos de Atendimento Médico e Odontológico (PAMO).

Segundo dados do CNES/DATASUS (2018) constam registradas 13 unidades de ESF. Segundo informações do DAB da prefeitura de Taubaté, algumas unidades estão em processo de alteração e cadastramento no CNES. A figura 2 evidencia a localização das ESF em Taubaté.

Figura 2: Mapa das unidades de ESF no município de Taubaté



Fonte: Prefeitura de Taubaté, 2018

1.4 Relevância do Estudo / Justificativa

Na atualidade, observa-se grandes discussões acerca do tema voltado aos profissionais da saúde, principalmente no que concerne à sua atividade laboral desenvolvida em AB. Neste sentido, traz-se como exemplo, a atividade do enfermeiro, o qual desenvolve práticas de educação em saúde seguindo preceitos e diretrizes preconizadas pelo SUS.

Considerando que a ESF é uma das principais formas de promoção da saúde e prevenção de agravos da população e que o profissional enfermeiro desenvolve importante papel em educação em saúde, entende-se a importância de conhecer tais práticas na medida em que esse conhecimento pode gerar reflexões acerca do processo vivido cotidianamente pelos profissionais, bem como produzir reflexões sobre o processo de formação do enfermeiro.

Nesse sentido, entende-se que a temática estudada é relevante e a partir da socialização dos resultados poderá produzir mudanças nas formas de ver e agir em educação em saúde.

1.5 Organização do Estudo

Este trabalho está estruturado em cinco partes interligadas. Em um primeiro momento, encontra-se a introdução do trabalho com o problema, objetivos, delimitação e relevância do estudo.

Em segundo lugar, traz-se a fundamentação teórica na qual se explicita as categorias fundantes do trabalho.

Em seguida aborda-se o método utilizado para o alcance dos objetivos propostos.

Na quarta seção, são apresentados os resultados obtidos neste estudo, a partir das narrativas estruturadas em eixos.

Por fim, tem-se a conclusão a pesquisa com considerações acerca das reflexões realizadas ao longo do trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Revisão de Literatura aqui proposta baseou-se na necessidade de compreender as principais categorias analíticas previamente definidas nesse estudo, entendendo, contudo, que outras categorias emergiram no contexto da análise das narrativas, visto que estas se encontram no real e se constituem em expressão da existência.

2.1 Histórico da Reforma Sanitária Brasileira

A reforma sanitária brasileira provém de um processo histórico embasado em tendências econômicas e políticas decorrentes do processo de evolução da sociedade no país. Ou seja, a questão saúde foi permeada em sua formulação, quase que sempre, pela atividade econômica do momento (KAWAMOTO, 2004).

No entanto, estas questões sócio econômicas influenciadoras do processo de construção de saúde, vem permeando debates em diversos países pelo mundo, desde o final do século XIX. Desde então, cada país tentou buscar, por seus meios e condições, soluções para a questão, que atendam às necessidades e demandas reais da população em questão.

Segundo Baptista (2007, p.30), "a historicidade da saúde no Brasil, insere-se num campo mais abrangente do que simplesmente na história do Brasil como Estado-Nação". A autora, relata que as ações de saúde implementadas no país datam do período colonial, juntamente com a vinda da família real portuguesa para o Brasil (1808), tomando como norte para manutenção da saúde da população, os interesses da família real, que à época voltava-se a sustentar uma mão-de-obra saudável a fim de manter os negócios da realeza.

Conforme Kawamoto (2004) corrobora dizendo que os conhecimentos em relação aos cuidados com a saúde eram provenientes de culturas e conhecimentos próprios da população aqui instalada.

Neste cenário, em 1808 foi inaugurada a primeira faculdade de medicina do país - a Escola médico-cirúrgica em Salvador, Bahia. Essa faculdade fora organizada com o intuito de a realeza instituir de forma normatizada a prática médica vigente e em conformidade com o modelo europeu trazido. Segundo Baptista (2007, p.31) "esta nova formulação do ensino resultou em controle das práticas populares e criação de instituições hospitalares para atender principalmente as doenças consideradas preocupantes para o Estado".

Em1852 inaugura-se o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro na cidade do Rio de Janeiro, denominado Hospital Dom Pedro II, o qual tinha como objetivo tratar medicamente

os denominados doentes mentais (COSTA, 1989). Neste período, conforme a autora o interesse da coroa voltava-se ao poder político e econômico, sendo que a maior preocupação era com a saúde da cidade, mais em sua função produtiva do que propriamente com a saúde da população.

Com a proclamação da República em 1889 inicia-se um novo ciclo na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira (PRADO, 2003). No entanto, uma preocupação ameaçava a evolução econômica, visto que, observava-se uma manifestação de endemias de doenças na população que servia de mão-de-obra.

Iniciado o século XX, começam as intervenções do Estado em relação às ações sanitaristas de combate a algumas doenças, como febre amarela, varíola e peste bubônica, as quais se tornaram, por um determinado momento, endêmicas.

Nesse sentido, foi necessário iniciar a busca por conhecimentos e ações na área da saúde pública. Segundo Bravo (2007) iniciam-se mais fervorosamente as reclamações e a preocupação do Estado em relação à saúde do trabalhador, destacando-se neste momento, os trabalhadores de exportação.

Foi criada então a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que serviu como modelo propulsor para alguns ganhos científicos do período, como por exemplo a criação do Instituto Soroterápico Federal, em 1900, posteriormente transformado em Instituto Oswaldo Cruz (BAPTISTA, 2007).

Corroborando, Merhy e Onoko (2002) dizem que neste período a saúde da população brasileira se reduzia a intervenções com vacinas, internações compulsórias de pacientes considerados isolados e saneamento dos meios onde o Estado, basicamente controlado pela burguesia da época, achava ser meio de propagação de doenças, tudo isto com auxílio da chamada Polícia Sanitária.

Segundo Baptista (2007, p.203) “a reforma na saúde brasileira, foi iniciada no ano de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, o qual assume a DGSP e, no ano seguinte, propõe um código sanitário que institui a desinfecção, inclusive domiciliar e atuação intensiva da polícia sanitária”.

Nos anos de 1910 a 1920, Oswaldo Cruz, enfatiza o saneamento rural para o controle de endemias. Em 1920, cria-se a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), ainda mantendo a perspectiva de verticalização do atendimento e ações de saúde, com centralização do governo (HOCHMAN & FONSECA, 1999).

Neste contexto, explica Baptista (2007) os doentes que precisassem de internação, eram levados a fazendas distantes para recuperação, ou eram acomodados em hospitais públicos sem nenhuma estrutura de recuperação.

Na década de 1920, como ressalta Kawamoto (2004) as campanhas de vacinação impostas pelo estado, já não eram bem vindas pela maioria da população, neste sentido, começou-se a pensar em medidas mais eficazes, como o médico Carlos Chagas que propõe um reforma a qual leva posteriormente seu nome, onde exalta que deve-se atender as necessidades de propaganda e educação em saúde, intervenções em todo o país, priorizando também o nordeste e o interior e, também a criação de programas como as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs[2]) aos assalariados.

Porém, apesar de tantos esforços, ainda se viam algumas esferas da sociedade sem aporte de saúde, como por exemplo, a região portuária, que por algum tempo recebeu represálias em relação a higiene insalubre que mantinha. A cargo da situação, criaram-se novas ações de controle de doenças, tanto na área da saúde pública quanto na da assistência médica individual (COSTA, 1985). Entretanto, conforme explica Costa (1985), a sociedade começa a pressionar o Estado, com revoltas populares, fazendo com que em 1923, fossem regulamentados os CAPS. Contudo, essa regulação voltava-se a determinadas organizações trabalhistas, como os ferroviários e os marítimos, não abrangendo o conjunto da população.

Como salienta Menicucci (2014) que os beneficiários deste sistema de saúde, as CAPs, eram apenas os vinculados aos contratos de trabalho, utilizando-se da meritocracia e não o direito à cidadania.

Neste momento histórico, o direito à saúde no país, continuava voltado à saúde do segurado pelas CAPS. Somente nos anos 1930, que a situação da saúde no Brasil, começa a tomar diferentes formas. Um marco desta trajetória foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Enquanto o MESP realizava algumas discussões sobre a temática saúde da população a título e proteção, o MTIC reunia já, “propostas quanto a proteção do trabalhador” (KAWAMOTO, 2004, p.24).

---

[2] As CAPS eram organizadas por empresas e sustentadas por empresa e trabalhador; funcionava como um princípio de seguro social. Foi pelas CAPS, que, pelo menos, uma parcela da população, no caso os trabalhadores, passaram a obter uma espécie de aposentadoria, com direito a pensão e assistência à saúde (BAPTISTA, 2007; BRAVO, 2007).

Segundo Baptista (2007), é nesta fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), os quais passam a incluir em um mesmo instituto todas categorias profissionais, por exemplo, os marítimos, os comerciários, os industriais e outros. O referido Instituto passa a corroborar com o Estado no quesito administração, controle e financiamento. A esta altura, já se observa mesmo que timidamente, certa descentralização do controle Federal.

Surge então, outro momento da economia brasileira, que nos leva a uma nova mudança na proposta de saúde. O processo de crescimento industrial, passa a determinar uma evolução rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes (BRAVO, 2007).

Nesse contexto, emergem “os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos” (BAPTISTA, 2007, p. 38). Juntamente com a criação dos hospitais, novos acontecimentos acometem o setor saúde no país, como retrata Bravo (2007) os anos seguintes a implementação do novo regime, de 1964, e a nova forma de organização do Estado trouxeram mudanças para o sistema de saúde, como a ênfase na assistência médica e nas tecnologias trazidas do exterior, o crescimento do setor privado e do capitalismo, e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário, declinando a saúde pública.

No regime militar os programas de saúde e educação se desenvolveram com base no privilégio que era proposto pelo setor privado. Na perspectiva da elite envolvida, as deficiências na saúde pública se formavam pela ausência de planos e propostas, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada, consideravam então que os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela privatização dos serviços (BAPTISTA, 2007).

As doenças de grande parte da população eram de responsabilidade do MS, enquanto o atendimento médico individual de responsabilidade do setor previdenciário. A dicotomia saúde pública e saúde curativa permaneceu de forma acentuada, sendo dada pouca importância as medidas de atenção coletiva a saúde da população (PAVÃO, 2016).

Nesta perspectiva, ainda se preconizava a manutenção da saúde da população em virtude do poder econômico vigente, ou seja, o capitalismo.

Entre 1975 e 1977 respectivamente, ocorreram a V Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a VI CNS. Estas consagraram as teses da “medicina simplificada” e da “participação popular”, a fim de assegurar mais sucesso às ações integradas (PAVÃO, 2016).

Durante as décadas de 70 e 80, houve uma movimentação de vários setores da sociedade, incluindo universitários, profissionais de saúde, acadêmicos e especialistas, em busca de mudanças na área da saúde no Brasil. A proposta defendida tinha como diretrizes a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária. Suas propostas foram consolidadas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito à cidadania e o dever do Estado (BRAVO, 2007).

Após a realização da VIII Conferência, a Assembleia Constituinte de 1987 priorizou e encaminhou a aprovação do texto referente à saúde a ser inserida na Constituição de 1988.

Por conseguinte, e finalmente, instaura-se o Sistema Único de Saúde brasileiro, pela Constituição Federal de 1988, em cujo artigo 196, afirma que “ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A criação do SUS nos anos 80 foi um marco importante para a saúde pública brasileira, visto que, durante as décadas anteriores ao seu surgimento, a assistência à saúde era ligada à Previdência Social e se restringia apenas aos trabalhadores formais, ou seja, àqueles que contribuíam para a Previdência e tinham carteira assinada.

Ainda no que tange ao SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE-CONASS, 2003) foi aprovada em 1990 a Lei Orgânica de Saúde (LOS - Lei nº 8.080 de 1990) que regulamenta e condiciona o funcionamento do mesmo, e “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

No que se refere aos princípios e diretrizes que regem o SUS, o artigo 7º da LOS:

> O Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade; II - integralidade de assistência; III - preservação da autonomia das pessoas; IV - igualdade da assistência à saúde; V- Direito à

> informação; VI - divulgação de informações; VII - utilização da epidemiologia; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (CONASS, 2003, p 42).

Com intuito de atender às diretrizes apontadas acima, o Estado passa a instituir de forma progressiva e considerando sua demanda, programas de saúde voltados à população brasileira. Neste sentido, cita-se o programa de AB do SUS, que se configura até o presente momento de caráter essencial e preconizado, a disposição e necessidades da demanda populacional.

No Brasil, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (CONASS, 2003).

A fim de atender a esta demanda, cada vez mais próxima do usuário, instituem-se programas como o PSF, criado dentro do protocolo de AB, com comprometimento de estar à altura de responder, próximo das residências, próximo dos usuários, às necessidades com agilidade e qualidade. A Portaria nº 2.488 de 2011 (BRASIL, 2012) aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com diretrizes e normas para sua organização e utilização, como exemplos a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A AB orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A mesma, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A ESF visa à reorganização da AB no país, de acordo com os preceitos do SUS, é tida pelo MS, como:

> Estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de

> aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p. 56)

A proximidade e a capacidade de acolhimento, formação de vínculo entre usuário e profissional, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Existem diferentes formações profissionais inseridas na AB, que devem ser articuladas entre si, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também que se instituam processos interdisciplinares, para que juntos possam formular um campo rico de conhecimento e competente provendo a progressão da capacidade de cuidado de toda a equipe.

O maior desafio nos tempos atuais, está na manutenção dos princípios do SUS e o aperfeiçoamento desse sistema, que envolve um conjunto de equipamentos, estabelecimentos de saúde, profissionais de saúde, usuários e não usuários, insumos, informações, verbas e instâncias de participação (PAVÃO, 2016). Sobretudo por conta das políticas governamentais de ajuste fiscal, as quais reduzem gastos com políticas públicas, a exemplo da PEC 241/16 que congelou os gastos da saúde, educação e assistência social por 20 anos.

2.2 Educação em Saúde no Brasil

Como se observou na subseção anterior, a associação de Educação e Saúde provém de muitos anos, desde a Educação Sanitária, quando Oswaldo Cruz a inaugurou e gerou diversos desagrados na sociedade brasileira da época.

Afirmam Rodrigues e Santos (2010, p.322) no que tange à educação em saúde no país, “estas surgiram, no início do século XX, voltadas a incorporação de hábitos higiênicos pela população de maneira totalmente impositiva pelas autoridades sanitárias”. A partir dos anos 1920 passa a ser denominada “Educação Sanitária” mantendo o caráter normativo, voltado para a assimilação de hábitos e comportamentos ditos adequados (LUNELLI,2006).

No entanto, o SUS traz a proposta de alteração destas prerrogativas e condições ultrapassadas, trazendo formulações e diretrizes do sistema de saúde ainda vigentes: a educação em saúde torna-se prioritária e indispensável no labor diário dos profissionais de AB. Considerando isto, o profissional enfermeiro, como elo entre equipe e comunidade, tem

de estar apto e preparado para tal demanda, sendo resolutivas e atentas às necessidades de sua população.

Como coloca Salci et al (2013, p.255) a educação em saúde é vista como necessária para o processo saúde-doença, pois “serve para promover e proteger a saúde do indivíduo e população, como para retardar ou evitar a presença de doença”, o que gera qualidade de vida.

De acordo, com Rodrigues e Santos (2010, p.321) “o intuito de associar a educação em saúde nas práticas de promoção da saúde pode ser observada como parte integrante das Políticas Públicas na área da AB, pois o poder público preconiza a educação em saúde e a promoção desta em seus documentos elaborados”.

Segundo Kawamoto (2004) a educação em saúde, depende tanto das ações dos serviços de saúde, quanto da população envolvida, e que a crise sanitária brasileira pode ter como uma de suas motivações a falta de conhecimentos e reflexões sobre princípios básicos e simples de saúde.

L’abbate (2002, p.290) diz que vê a educação em saúde como um “tecido básico” sobre o qual outras habilidades e competências devem ser desenvolvidas para o aprimoramento da saúde coletiva e da construção eficaz do SUS.

A educação pode ser compreendida como processo pedagógico sistematizado da vida social, e segundo Rodrigues e Santos (2010, p.321) “considerada objeto de estudos científicos, com o objetivo de auxiliar a definição de políticas estratégicas para o desenvolvimento integral da sociedade”, ou seja, a educação pode ser entendida como uma forma de medida básica da vida social de todas as comunidades.

Assim, entende-se que educação e saúde tornam-se complementares no que se refere a cuidado frente à saúde da população, ambas mediadoras do processo de construção da educação e promoção da saúde da comunidade, priorizando a valorização do usuário, sua participação no processo saúde-doença e motivando a prevenção de doenças. Nesta abordagem da Educação em Saúde, cujo conceito pode-se definir como, segundo Salci et al (2013) não se faz educação em saúde apenas com meras práticas de transposição de informações de um sujeito ao outro, mas sim de forma pedagógica com instrumentos apropriados contando com a participação do indivíduo e comunidade, ou seja, a autora infere que é necessária a educação para que se promova saúde do indivíduo e sua população.

A educação em saúde pode ser traduzida como a responsável por mudanças ocorridas no comportamento das pessoas, através de transferência de conhecimentos e redefinição ou

formulação de novos valores agregados à sua vida cotidiana, desta forma sugere que as opiniões e vontades da comunidade em questão, sejam consideradas (ALVES, 2005). Corroborando com o pensamento exposto, a educação em saúde pode ser vista como uma forma de emancipação social do indivíduo, que ocorre conjuntamente com a melhoria da qualidade de vida, através da promoção da saúde seja individual ou coletiva.

Segundo Rodrigues e Santos (2010) trata-se de um processo em que se desenvolve o conhecimento já apropriado dos indivíduos uma reflexão crítica para que estes possam gerar autonomia e intervir sobre sua vida e suas ações.

A educação em saúde, além da sua evidente dimensão pedagógica, como cita na PNAB (BRASIL, 2012, p.38-39), deve ser encarada também como importante "estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano, bastante próximo das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

Para tanto, ressalta-se a necessidade da realização de encontros, reuniões, simpósios para discussão de adversidades e propostas de superação em conjunto às comunidades, com troca de experiências, gerando desenvolvimento do profissional, auxiliando em sua evolução.

É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente aos profissionais estabelecidos em ESF, pois estes tidos como dispensadores de conhecimento necessitam também de atualizações contínuas, a fim de que ao repassar informações e trocar conhecimentos com a comunidade, em forma de educação em saúde, o enfermeiro e a equipe como um todo sintam-se preparados para o cuidado e a promoção da saúde.

2.3 Formação do Enfermeiro

O processo histórico de evolução da formação do enfermeiro se deu conjuntamente com a evolução social e econômica brasileira e internacional, o enfermeiro vem sendo formado e construindo sua história, baseado nas estruturas social e econômica de cada geração. Corroborando, Ito et al (2006) afirma que o ensino em enfermagem reflete em suas fases de evolução os contextos históricos do momento, em consequência disto o perfil do enfermeiro e suas áreas de atuação também acompanham este processo de transformações sócio-políticas das populações.

O enfermeiro, como profissional reconhecido, foi ser vislumbrado somente anos após início de atividades já voltadas ao cuidado dos doentes, inicialmente as pessoas que

realizavam as tarefas do cuidar juntamente com o profissional médico, em período ainda colonial, se fazia por indivíduos menos abastados, com má reputação, sendo considerados muitas vezes sem respeito pela sociedade, tendo esta visão sido acompanhada por anos atrelada a profissão do enfermeiro considerada também como uma profissão legitimamente feminina trazendo consigo um estigma de profissão desonesta para mulheres de "boa índole".

Segundo Kruse (2006) os cuidadores dos doentes internados eram conhecidos por religiosas católicas que começavam neste tempo a organizar-se em relação aos cuidados humanizados, e outro grupo de pessoas consideradas "sem educação ou moral", ou seja, pessoas desvinculadas dos meios sociais, sem aporte financeiro. Em virtude deste início de cuidados por religiosas é que a enfermagem foi uma profissão atrelada ao sexo feminino, pois segundo Mott (1999), as mulheres possuíam mais qualidades e habilidades nos cuidados ao ser humano, como sendo uma atividade inata destas.

Após o período colonial onde a profissão era desfavorecida, passa-se a era em que a religiosidade e o catolicismo tomam as rédeas da atenção à saúde, onde criaram-se os ideais de que a profissão estaria ligada a pessoa que tivesse um dom elevado de religiosidade, ou seja, um dom divino do cuidado. Os primórdios deste período então, foi elencado por freiras ou por senhoras de alta casta social ligadas diretamente ao catolicismo, que realizavam os cuidados aos doentes em hospitais ou casas de misericórdia ainda insalubres e inadequados ao tratamento destes (TEODOSIO & PADILHA, 2016).

Com o advento das tecnologias, avanço da medicina e com as necessidades implantadas pelas guerras ocorridas, posteriormente, as profissões ligadas ao setor saúde necessitaram evoluir para aspectos mais sanitários e de cuidados preventivos.

Conheceu-se no mundo todo, a história da enfermeira Florence Nightingale, considerada o divisor de águas para a evolução da profissão de enfermeiro e sua cientificidade pelo mundo. Florence, jovem, nascida em Florença na Itália, mas residente e proveniente de uma família de posses na Inglaterra, mostrou-se interessada em conhecimentos que não eram pertinentes de sua época ou aceitos pela sociedade, designados, segundo ela, como um "Chamado Divino", encontrou na atividade do cuidar seu profundo interesse e futura profissão (COSTA et al, 2009). A mesma viajou por diversos lugares da Europa, a fim de conhecer mais sobre cuidados em relação a doentes hospitalizados, realizou estudos e publicou-os para conhecimento de outrem.

Durante a guerra da Criméia, Florence toma conhecimento da falta de instalações e cuidados aos feridos e juntamente com mais enfermeiras, voluntaria-se para ir à frente de batalha, realizar cuidados aos feridos de guerra, colocando em prática o que achava necessário para a melhora do quadro dos mesmos. Neste período que fica conhecida como a Dama da Lâmpada", pois fazia vigília a seus pacientes, rondando-os com uma lâmpada a noite. Neste momento ela começa a implementar ações voltadas a higiene, limpeza, ventilação local e alimentação adequada aos pacientes, realizando a separação também de alas de feridos e doentes graves (KRUSE, 2006). Neste mesmo momento, observa-se que Florence já possuía habilidades de gerenciamento e supervisão no campo de trabalho.

Florence trouxe consigo, segundo Costa et al (2009) questões primordiais de mudança e esclarecimento sobre as necessidades básicas de higiene e cuidado aos doentes e local adequado para cuidá-los, rompendo assim com o paradigma de profissão cristã, de amor ao próximo e "recompensa na vida eterna". Neste mesmo momento, o mundo toma sua iniciativa e passa a formar novas enfermeiras aos moldes dos processos de trabalho de Florence Nightingale na Europa e Inglaterra, posteriormente trazendo estes conhecimentos a América do Norte e após ao Brasil.

Uma característica que acompanha a formação do enfermeiro, desde os primórdios e parece permanecer, é o modelo de trabalho tecnicista e hospitalocêntrico. Teodosio e Padilha (2016) salientam que, o enfermeiro teve suas funções extremamente atreladas ao saber médico, durante muitos anos, onde o médico exercia controle sobre os saberes e a enfermagem realizava as "tarefas" delegadas. No entanto, segundo Kruse (2006), Florence rompe este estigma e faz com que os profissionais enfermeiros tivessem voz ativa no processo de cuidado.

As questões de saúde e também relacionadas aos profissionais de saúde, permearam principalmente a questão econômica de cada época, ou seja, somente observou-se uma real mudança nos pensamentos de formação dos profissionais com o advento da tecnologia e exportação, que trouxe a população do interior para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida. No entanto, estas aglomerações descontroladas acabaram por não se ajustar com as necessidades de saneamento básico e cuidados com a saúde.

Segundo Mott(1999) as cidades transformaram-se de tal maneira que atraíram tanto capitalistas como a população em busca de melhoria de vida, estes aglomerando-se em cortiços e regiões distantes e insalubres.

A partir dos anos 50 até anos 80, no estado do Rio de Janeiro, influenciado pela grande exportação e consumo de produtos por estrangeiros, o país precisou adaptar-se e cuidar de sua população trabalhadora, já visada no exterior como insalubre, tendo receio de interferir economicamente, o estado interveio na saúde de sua população com a criação de atendimento sanitário e hospitalar apenas para os trabalhadores assalariados e favorecidos pelo regime trabalhista da época. Segundo Mott (1999), os hospitais que antes cuidavam de pobres doentes, agora voltam-se ao capitalismo para atender apenas aos trabalhadores assalariados e com direito a atenção à saúde.

Segundo Thumé et al (2018) esta intensa urbanização da época, fez com que os cuidados em saúde da população tornem-se mais complexos, pois depende-se de saneamento básico, alimentação, doenças contagiosas e etc. Neste mesmo contexto, observou-se a necessidade de profissionais qualificados para tal atividade, sendo criadas então as escolas de enfermagem, baseadas no modelo de atenção anglo-americano, trazido pela fundação Rockfeller, que seguiam os preceitos de Florence Nightingale.

A fundação Rockfeller deu início ao processo de instalação de universidades para formação de enfermeiros, trazendo a equipe da enfermeira Ethel Parsons, o que chamou posteriormente de “missão Parsons” (KRUSE, 2006). Segundo o próprio autor, estas enfermeiras norte-americanas vieram com intuito de ensinar seus métodos e concepções de trabalho as futuras enfermeiras brasileiras, estas trabalhavam de forma rígida e aceitavam em sua turma de formação apenas mulheres, de “boa família” para que a profissão mantivesse o prestigio social.

Salienta Mott (1999), anteriormente a enfermagem era conhecida e formada em hospitais com a prática do dia-a-dia sob comando médico, não favorecendo um conhecimento teórico abastado.

Segundo Kruse(2006), o marco histórico da vinda das enfermeiras norte-americanas foi a criação do Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criando também a primeira escola de enfermeiras, situada no estado do Rio de Janeiro, conhecida hoje como Escola de Enfermagem Anna Nery.

Ito et al (2006) diz que, o ensino de enfermagem, foi instaurado após o Decreto nº 16300/23, que tinha como proposta, formar enfermeiras em prol da melhoria da situação sanitária no estado do Rio de Janeiro, para que as exportações não fossem prejudicadas. O

autor (ITO et al, 2006) ainda rememora a questão que, o enfermeiro neste período, se fazia formado centrado no cuidado curativista e individual dentro do ambiente hospitalar.

A enfermagem como profissão foi tomando padrões ingleses e outras escolas de formação foram criadas no país. Durante este período, os processos de formação do enfermeiro eram baseados no privilégio da técnica, em detrimento da pesquisa.

Ainda neste período, cria-se uma organização de ex-alunas da escola Anna Nery, denominada Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, hoje conhecida como Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com intuito de discutir a profissão e ampliar conhecimentos, agregando, posteriormente, enfermeiras de outras escolas. Com este pensamento, criou-se também a Annaes de Enfermagem, conhecida hoje como Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) que viabilizava a comunicação na profissão e a publicação de estudos e pesquisas.

Criada a ABEn, deu-se abertura para o diálogo sobre a cientificidade da profissão, retirando o estigma de profissão por amor ao próximo, mas sim como ciência do cuidado.

Nessa perspectiva de aprofundamento teórico e cientifico da enfermagem e maior controle e regulamentação da profissão, cria-se também o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 1973, pela Lei nº 5.905, e seus Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) como apoios descentralizados, que viabilizam:

> Normatizar e expedir instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais; -apreciar em grau de recurso as decisões dos CORENs; - aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes; -promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional. (COFEN, 2019)

Nos anos 80, observou-se na sociedade mobilização para o atendimento público da população, de forma integral, igualitária e universal, princípios estes inspiradores para a formulação do sistema de saúde criado no período, o SUS, para isto, também pensou-se na alteração das formações profissionais, que eram regidas pelos currículos bases da saúde e posteriormente pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB), alterando-se e sendo guiadas hoje pelas DCN, as quais ditam, baseadas no SUS, como se deve proceder e quais atribuições os enfermeiros devem ter (ITO et al, 2006; TEODOSIO & PADILHA, 2016).

Ito et al (2006, p.573) afirma que “a reformulação na saúde, iniciada com a Reforma Sanitária e garantida pela Constituição Nacional (1988) afirma que compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde”.

Considerando isto, em 1994, sob a Portaria de nº 1721/94, propôs-se uma nova grade curricular do curso de graduação em enfermagem, prevendo a formação em assistência, gerência, ensino e pesquisa em enfermagem (ITO et al, 2006).

Baseando-se no comprometimento da educação superior com a formação de profissionais da saúde, instaurou-se pela LBD, Lei nº 9.394/96, que os cursos da saúde teriam grades curriculares diferenciadas considerando a singularidade de cada profissão (ITO et al, 2006).

Após a consolidação da enfermagem como profissão, houveram alterações nos currículos e normas para a formação do enfermeiro, sendo a última delas, a qual norteia os cursos de enfermagem atuais, a Resolução CNE/CES nº 3, 7 de novembro de 2001, que institui as DCN do curso de graduação em Enfermagem, citando o perfil do formando egresso/profissional:

> I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Segundo Thumé et al (2018), as alterações curriculares fortalecem o desenvolvimento de boas práticas profissionais, e diz ainda que as universidades possuem papel decisivo na formação do profissional em prol da qualidade de cuidado prestado pelo egresso.

Santos et al (2018) corrobora dizendo que, a enfermagem no Brasil passou por mudanças constantes a fim de atender as necessidades de saúde da população em cada momento histórico, destacando a importância da educação em saúde para o profissional enfermeiro criar estratégias inovadoras de cuidado.

O COFEN, dentro de suas atribuições, aprovou pela Resolução Cofen nº 564, 6 de novembro de 2017, o novo código de ética dos profissionais de enfermagem, aplicado a Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrizes e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem, o qual passa a ordenar e orientar as atividades exercidas por estes profissionais (COFEN, 2017).

Até a atualidade, busca-se na enfermagem um avanço técnico e cientifico, pois, apesar das mudanças de diretrizes e sistemas de saúde, observa-se uma dificuldade de alteração do

modelo tecnicista de cuidado em grande parte das instituições de ensino superior na formação do enfermeiro, que sejam voltadas a AB no país, e mesmo voltadas a cientificidade e comprometimento da pesquisa na profissão.

Dias, David e Vargens (2016) citam que a evolução dos processos de ensino e pesquisa em enfermagem, proporcionam uma nova concepção de cuidado, utilizando a cultura, e política e a própria história como moldes para o aperfeiçoamento da profissão.

Os autores, Teixeira et al (2013); Fernandes e Rebouças (2013) e Pires (2013) corroboram afirmando que, a prática profissional como objeto de pesquisa, qualifica a comunidade científica, a formação profissional e o processo de cuidado prestado, considerando a educação em saúde como fundamental para capacitar e promover mudanças no campo da pesquisa e aprimoramento profissional.

2.4 Práticas do Enfermeiro de Estratégia de Saúde da Família

Em meados da década de 90, século XX, com a implantação concreta do PSF, e criação das ESF' s é que se observa o processo de descentralização do sistema de saúde, como fora preconizado pelo SUS em 1988 (BRAVO, 2007).

Neste sentido, foi necessário que se concretizasse um suporte favorável do sistema municipal em relação ao processo saúde de sua população, o qual adotou um conjunto de medidas para fortalecer a AB, e a partir deste momento, passou a ter responsabilidade plena pelas ações de AB em seu território (BRASIL, 1998).

A partir de então, denota-se grande importância ao trabalho do enfermeiro, como elo entre usuário do sistema de saúde e promotores da saúde, no sistema municipal. Este profissional, em contato diretamente com o território e suas demandas, consegue gerar relatórios e abarcar situações presentes na população, agindo de forma a solucionar problemas e promover saúde.

Conforme preconiza o SUS, os profissionais devem ser capacitados para determinadas atividades, relacionadas ao atendimento na AB. O enfermeiro, tem então, algumas atribuições a ele conferidas como reguladoras do exercício profissional, sendo:

> I – Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes; II – Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III – Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV – Planejar,

> gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V – Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e VI – Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. (BRASIL, 2012, p.48)

O enfermeiro responsável por uma ESF em que atuem Agentes Comunitários de Saúde (ACS), requer, além de suas atribuições de atenção à saúde e de gestão, habilidades como planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da UBS e os ACS.

Também é de responsabilidade do enfermeiro, a organização da atenção à saúde, qualificando o acesso, promovendo acolhimento e formulação de vínculo com a população, longitudinalidade[3] do cuidado e orientação a toda a equipe em função das prioridades levantadas em seu território de atuação.

Para tanto, ao se pensar em qualificação do profissional enfermeiro, depara-se com o próprio processo de formação. Nessa perspectiva, o Conselho Nacional de Educação (CNE), traz na Resolução CNE/CES nº3 de 2001(p.37), trata do perfil do enfermeiro egresso preconizado, embasado nas diretrizes e princípios do SUS e da AB.

Segundo a resolução acima citada do CNE, consta no Art. 4º que, o Curso de Graduação em Enfermagem tem como objetivo formar o enfermeiro, apto as seguintes competências e habilidades:

> I – Atenção à saúde :aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.; II – Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões; III – Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas; IV – Liderança: os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade; V – Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação; e VI – Educação permanente : os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. (CNE/CES nº3, 2001, p.37)

Considerando isto, a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com foco no que preconiza o SUS e assegurar a integralidade da atenção e do cuidado,

[3] Longitudinalidade, segundo Cunha e Giovanella (2011, p.1030), se refere ao "acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de atenção básica, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos"

como também a qualidade e humanização do atendimento. O enfermeiro, segundo preconiza o CNE/CES nº3, Art. 4º, Inciso I (2001, p.1-2):

> [...]deve realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Observa-se a intrínseca relação da formação do enfermeiro com as necessidades preconizadas e salientadas pelo SUS.

Essa condição, segundo Sícoli e Nascimento (2003) significa um processo proveniente da produção social, a qual tenta resgatar a concepção de saúde formulando políticas que atendam o indivíduo e o coletivo efetivando sua autonomia e melhoria da qualidade de saúde.

Nessa direção, o próprio SUS defende que a promoção da saúde e prevenção de agravos seja por meio da educação em saúde, a qual segundo Maciel (2009, p.776) deve-se manter "o diálogo com a população e a troca de saberes, a fim de promover autonomia e melhor qualidade de vida da população", ou seja, por meio de diálogo e observação das necessidades de uma determinada população, o enfermeiro capacitado para atuação, consegue promover e desenvolver o aspecto saúde do indivíduo, família e comunidade.

Evidentemente como política pública, a educação em saúde e o próprio SUS perpassam por inúmeras contradições e situações de ordem econômica, social, política e cultural que muitas vezes impedem a sua consecução dentro dos seus princípios e diretrizes.

Contudo, importa salientar que o compromisso ético-político dos profissionais da ESF contribui significativamente com esse processo.

3. MÉTODO

O conhecimento pode ser apropriado de diversas formas, por meio da prática proveniente do entendimento empírico do real, como também pelo conhecimento teórico visando captar e reproduzir o real por meio do pensamento, do aprofundamento sistemático das ações, com o objetivo de investigar, interpretar ou desvelar um determinado objeto (GUERRA, 2009).

Inicialmente, como afirmam Gerhardt e Silveira (2009, p. 12) somente pode-se dar ênfase e começar uma pesquisa quando se tem a "dúvida para a qual se quer buscar a resposta". As mesmas autoras afirmam que "pesquisar é buscar respostas para alguma coisa, seja ela prática ou teórica".

O método científico é necessário em toda e qualquer pesquisa, e por essa razão, é imprescindível tratá-lo com rigor, pois segundo Minayo (2004, pg16) "a metodologia tem um papel importante para evitar que o pesquisador se enforque na corda da liberdade", ou seja, o bom uso do método científico favorece a qualidade do estudo.

Gerhardt e Silveira (2009, p. 25) afirmam ainda que o método científico se caracteriza por um "conjunto de dados iniciais e um sistema de operações ordenados, adequado para a formulação de conclusões, de acordo com objetivos pré-determinados".

Nesta mesma perspectiva, a importância do método científico se dá pelo fato de agrupar um conjunto de processos e operações mentais empregados na investigação, e a linha de raciocínio adotada no processo de pesquisa, fornecendo bases lógicas a investigação (LAKATOS E MARCONI, 1993).

Partindo desses pressupostos, este estudo objetivou se orientar pelo método histórico - dialético considerando que a história é movimento contraditório, construída por sujeitos sociais.

A partir da compreensão da história como processo contraditório, construído por homens e mulheres em sua vida cotidiana. Utilizou-se a Metodologia da História Oral na medida em que esta retrata, conforme Portelli (2001, p.10-11) "o que é falado em uma típica entrevista de história oral, usualmente, não foi contado dessa forma antes".

Na Metodologia da História Oral aborda-se história como um processo construído por homens e mulheres, levando-se em conta as contradições e ambiguidades que permeiam suas histórias relativamente aos contextos nos quais estas foram e são produzidas; busca-se apreender os "significados das relações sociais atribuídos pelos sujeitos históricos e da

mudança histórica compreendendo e incorporando a diversidade de perspectivas e pontos de vista como possibilidades alternativas colocadas no social" (KHOURY, 2001, p. 81).

Portelli (1997) entende que a História Oral é uma metodologia "diferente" porque busca dar voz para eventos desconhecidos ou aspectos desconhecidos dos eventos conhecidos.

Nessa perspectiva adotou-se a Metodologia da História para identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em equipes de ESF no município de Taubaté, considerando suas percepções e experiências.

A História Oral é considerada uma metodologia que traz consigo um profundo respeito ao que é dito ou explicitado pelo entrevistado segundo seu passado ou presente, um processo singular, que ocorre na interação dinâmica social e histórica. Para Portelli (1997, p.16), "as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou até sobrepostas". O autor ainda refere que a História Oral se concentra em pessoas comuns ou atores sociais sem grandes aparições na sociedade, ou seja, aqueles considerados minoria, que na maioria das vezes, não expressam sua voz ativa na sociedade.

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo, de caráter qualitativo, o qual está relacionado "aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem este mundo" (POPE & MAYS, 2009, p.118). Busca, portanto, interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que os sujeitos lhes atribuem e, em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa.

Minayo e Sanches (1993, p. 98-100) afirmam que:

> A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Nesta direção, Gerhardt e Silveira (2009, p. 31) defendem que a pesquisa qualitativa "não tem interesse em números ou quantidades, mas sim no aprofundar conhecimentos e compreensões de um grupo social ou de uma organização".

Em relação aos objetivos, a pesquisa classifica-se como exploratória, visto que o interesse foi o registrar, analisar e interpretar a prática do profissional enfermeiro enquanto gerador de saúde da comunidade por meio de ações de educação em saúde.

3.2. População

Para a elaboração desta pesquisa foram observados alguns requisitos para a escolha dos participantes os quais foram escolhidos tendo os objetivos do estudo e ao fato de melhor narrar a experiência de educação em saúde junto às comunidades, visto que na Metodologia da História Oral, a escolha dos sujeitos é intencional.

Neste cenário priorizou-se o trabalho do profissional enfermeiro. No município de Taubaté a Secretaria de Saúde conta com 53 enfermeiros os quais atendem a 21 UBS.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: 1) atuante em equipe somente de ESF; 2) atuantes em região urbana; 3) disponibilidade de participação do estudo; 4) atuantes há pelo menos dois anos na unidade e 5) unidades de saúde de fácil acesso à pesquisadora por meio de transporte público.

Como critérios de exclusão: 1) estar inserido em zona rural; 2) atuante conjuntamente em equipe de ESF e PAMO; 3) inserido há menos de dois anos na unidade e 4) unidades distantes ou de difícil acesso ao pesquisador por meio de transporte público.

Assim, participaram do estudo enfermeiros somente em Equipes de ESF de acordo com a disponibilidade para a pesquisa. Dos 53 enfermeiros, 14(quatorze) incluíam-se nos critérios de inclusão, e foram convidados a participar do estudo, porém 6 (seis) enfermeiros participaram assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O total de enfermeiros participantes do estudo se fez desta forma, pois no momento da coleta das entrevistas, as UBS do município encontravam-se em período de intenso processo de vacinação à população, não se fazendo disponível a maioria dos enfermeiros.

Destaca-se aqui, que segundo Minayo (2004, p.21-24) que “em uma pesquisa de natureza qualitativa, a preocupação do pesquisador deve ser tomada mais pelo aprofundamento da realidade vivida pelo pesquisado e os significados atribuídos a ela, do que a quantidade de objetivos de pesquisa contatados”.

Neste estudo, ressalta-se que todos os entrevistados foram informados sobre todos os dados da pesquisa, seus benefícios e a possibilidade de negar o uso de suas falas a qualquer momento, tendo possibilidade de contato telefônico direto com a pesquisadora, fornecido pela mesma. Ressalta-se também, que foi elucidado aos entrevistados quanto à ética e compromisso de sigilo de pesquisa a fim de evitar qualquer prejuízo aos sujeitos. Desta forma, todos os entrevistados assinaram o TCLE.

Os entrevistados foram denominados por codinomes de enfermeiras que tiveram destaque na profissão e são admiradas pela pesquisadora.

3.2.1 Perfil dos entrevistados

As entrevistadas foram nomeadas neste estudo, com nomes de teoristas de enfermagem, que tiveram grande importância para a construção do conhecimento científico da profissão.

Os codinomes foram escolhidos pela pesquisadora, considerando-se também algumas particularidades das enfermeiras para tal nomeação.

O perfil dos entrevistados encontra-se explicitado abaixo em forma de quadro:

Quadro 1: Perfil Profissional dos Enfermeiros Entrevistados.

Codinome	Idade	Sexo	Tempo de Formação em anos	Tempo de atuação na unidade
Florence Nightingale	37	Feminino	15 anos	3 anos
Wanda Horta	44	Feminino	9 anos	2 anos e 6 meses
Madeleine Leininger	33	Feminino	9 anos	6 anos
Hildegard Peplau	32	Feminino	8 anos	4 anos
Callista Roy	46	Feminino	26 anos	2 anos
Dorothea Orem	30	Feminino	8 anos	7 anos

Fonte: elaboração da autora, 2018

Descreveu-se a biografia das enfermeiras inspiradoras dos codinomes das participantes da pesquisa ao final do estudo (APÊNDICE B).

3.3. Instrumentos

Estudo realizado com a Metodologia da História Oral, que segundo Portelli (1997, p.16), “tende a representar a realidade, não como um tabuleiro, em que todos os quadrados são iguais, mas como um mosaico ou colcha de retalhos, em que os pedaços são diferentes”.

Neste sentido, foi utilizado como instrumento a entrevista guiada por um roteiro (APÊNDICE C), intrinsecamente ligado aos três objetivos propostos pelo estudo, que se

configuram como: 1º) conhecer a trajetória do enfermeiro inserido em ESF, 2º) identificar as demandas que o enfermeiro diagnostica em seu território de atuação e quais as ações de educação em saúde que desenvolve junto a sua comunidade e, 3º) quais os desafios encontrados por ele. As entrevistas foram coletadas com consentimento pré-estabelecido, dentro do período de novembro de 2017 e janeiro de 2018.

As entrevistas foram realizadas com gravador eletrônico, ou seja, um aplicativo denominado "GRAVADOR +" instalado no dispositivo móvel da pesquisadora no mês de novembro de 2017 e posteriormente transcritas para o computador, para que fossem analisadas.

3.4. Procedimentos para Coleta de Dados

Antes da coleta de informações, as enfermeiras foram orientadas e posteriormente foi entregue o TCLE, que foi assinado pelas partes.

As entrevistas foram realizadas em datas pré-agendadas, com no mínimo 48 horas de antecedência, conforme disponibilidade dos entrevistados e, realizadas em ambientes por elas escolhidos. Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho das enfermeiras, ou seja, nas unidades de ESF, nas datas solicitadas por elas.

As gravações de áudio tiveram duração de no mínimo vinte e dois (22) minutos e no máximo cinquenta e nove (59) minutos, tempo que a pesquisadora considerou ideal para captar a expressividade dos sujeitos conforme pressupõe as abordagens qualitativas.

Por utilizar seres humanos para a coleta de dados, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP-UNITAU), que tem a finalidade maior de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Neste estudo, está incluída a autorização prévia da Secretaria de Saúde do município em questão (ANEXO A), mediante solicitação anterior via protocolo municipal (nº 31425-17). A pesquisa foi aprovada via CEP-UNITAU em 15 de setembro de 2017, sob registro do parecer 2.286.359 (ANEXO B).

As informações armazenadas no formato digital serão mantidas sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos a contar da data de coleta, quando então serão inutilizadas.

3.5. Procedimentos para Análise de Dados

A análise das narrativas coletadas junto às enfermeiras que atuavam na ESF em Taubaté se deu por meio da Triangulação a qual, segundo Brisola e Marcondes (2011, p.135) "é um método em que o pesquisador se compromete a manter um comportamento reflexivo conceitual e prático da realidade assistida, por vários ângulos diferentes, corroborando assim com uma melhor interpretação do objeto de estudo favorecendo a consistência das conclusões".

A técnica de análise dos dados visa articular a narrativa dos sujeitos pesquisados ao contexto em que foram produzidas considerando-se o passado (memória) e o presente, e o diálogo com autores estudiosos da temática visando a interpretação dessas narrativas.

Sendo assim, triangulação de dados consiste em coletar dados de diferentes pessoas, em diferentes momentos, integrando com estudos já existentes sobre o tema, construindo, assim, um novo texto.

Contextualizando, Gomes et al. (2010, p. 207) citado por Brisola e Marcondes (2011, p.131,132, 134), diz que:

> A organização do primeiro processo interpretativo, ocorre mediante três etapas: primeira, preparação e reunião dos dados; segunda, avaliação de sua qualidade e; terceira, elaboração de categorias de análise. Na primeira etapa, deve-se proceder a transcrição das entrevistas gravadas. Na segunda etapa, realiza-se a avaliação dos dados primários coletados. A terceira e última etapa, representa o "ápice da interpretação". Nesta etapa, é necessário realizar uma reinterpretação, em outras palavras, uma interpretação das interpretações, uma construção de síntese mediante diálogo entre a literatura pertinente ao tema e as narrativas orais, textos e contextos, informações coletadas e as categorias de análise estabelecidas, num contínuo movimento dialético.

Após a leitura minuciosa de cada entrevista, considerando a interpretação de palavras e expressões, também considerando as expressões faciais e comportamentos apresentados no momento das entrevistas, foi realizada análise em conjunto, visando encontrar pontos de congruência ou divergências; sem desconsiderar sua individualidade.

Nessa perspectiva, apresenta-se a seguir a análise das narrativas das enfermeiras, sujeitas desta pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta etapa do trabalho, desenvolveu-se a análise das narrativas das entrevistadas buscando identificar pontos de convergência e distanciamentos entre as sujeitas da pesquisa. Para identificar e compreender as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em equipes de ESF foi necessário, em primeiro lugar, conhecer suas trajetórias profissionais e suas demandas de trabalho.

4.1 Trajetória profissional

Nessa subseção analisam-se as trajetórias profissionais das entrevistadas considerando-se que tais relatos podem contribuir para elucidar aspectos fundantes das práticas profissionais que realizam hoje.

Nas narrativas foi possível identificar as influências do processo formativo na escolha por determinadas áreas, bem como compreender as dificuldades vividas pelas profissionais tão logo concluíram a graduação para a inserção no mercado de trabalho.

Como destacado por Oliveira et al (2016, p.128), o enfermeiro ainda nestes últimos anos, tem sido encaminhado logo após formação ao mercado de trabalho, mais direcionado ao meio hospitalar, pois esta é ainda a área que mais tem absorvido mão-de-obra da saúde.

Callista Roy salientou que, desde sua formação, anterior a implantação do SUS, a área que mais absorve profissionais da saúde é o ambiente hospitalar.

> ***Então, eu sempre gostei da área de saúde pública****; eu sou formada há 25 anos, tenho 25 anos de experiência na enfermagem [...]****eu me inseri na parte hospitalar, até porque quando eu me formei, acho que 99% dos enfermeiros iam para o hospital.*** *Essa área de atenção básica era...estava começando, foi na época de implantação do SUS. Então, a gente não tinha essa opção, na área de atenção básica, saúde pública, era muito voltado para a área hospitalar. Então, eu entrei no hospital, passei alguns anos, os dez primeiros anos trabalhando no hospital[..]* (CALLISTA ROY – **grifos nossos**)

Callista Roy ainda diz em sua narrativa que, após a implantação do SUS é que houve uma proposta diferente de trabalho para o profissional enfermeiro, em que poderia atuar em saúde pública e se fizeram também mudanças em diretrizes curriculares para que as formações dessem conta do sistema de saúde proposto.

Ferreira, Pereira e Xavier (2012) afirmam que, é necessário que os processos pedagógicos sejam moldados conforme as necessidades do sistema de saúde, e não postos rigidamente interferindo na autonomia e criatividade do aluno de enfermagem, ou seja, o docente precisa elaborar uma prática pedagógica que insira seu aluno e torne-o comprometido com a situação de saúde do país.

Madeleine Leininger, ao contrário, vem de uma formação mais atual, pós formulação do SUS e com implantação de medidas de formação associadas a seus propósitos, no entanto, segundo ela, houve aspectos desafiadores pós formação para atuação em saúde pública, em que a mesma teve que "aprender várias coisas" no processo de adaptação da prática de trabalho.

> ***[...] no início foi bastante difícil para mim, porque tive que em razão da minha experiência, eu tive que aprender várias coisas que eu ainda não tinha muitas delas contato****, na minha graduação. Então, eu tive que aprender muito com as pessoas que já trabalhavam.* (MADELEINE LEININGER - **grifos nossos**)

Revendo a fala de Madeleine me reporto a minha experiência enquanto acadêmica de enfermagem, na qual, tive a oportunidade de vivenciar, por meio de projetos da instituição de ensino, conviver em comunidade e poder observar diretamente e quase que diariamente as condições e atuações profissionais de diferentes locais e diferentes profissionais, o que me proporcionou uma certa tranquilidade em relação a inserção no mercado de trabalho.

Segundo De Jesus et al (2013, p. 337), o processo de mudança da graduação para o campo de atuação profissional é um grande desafio, pois é neste momento de transição que o profissional passa a desenvolver suas habilidades sem uma orientação prévia, ou seja, passa a andar com as próprias pernas.

As Diretrizes Curriculares do curso de enfermagem (aprovadas em 2001) pressupõem novo perfil profissional a ser formado o qual visa:

> I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano;
> II – Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem (BRASIL, PORTAL MEC – CNE/CES, 2018, p. 1).

O novo perfil, profissional para o enfermeiro, portanto, busca a formação generalista em substituição ao modelo biomédico, especializado, fragmentado e hierarquizado. Traz a ruptura com a concepção biologicista, curativista, especializada e hospitalocêntrica.

A formação pretendida é comprometida com a oferta de ações de saúde com terminalidade e resolutividade. Nas Diretrizes Curriculares são estabelecidas as competências e habilidades a ser desenvolvidas no profissional em formação, quais sejam: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento; educação permanente. Todas essas competências e habilidades devem gerar a capacidade de prestação de assistência à saúde, seja no âmbito individual como coletivo, com terminalidade e resolutividade em todos os níveis de complexidade.

Evidentemente, a implementação das Diretrizes Curriculares em seu conjunto nos diferentes cursos espalhados pelo Brasil não se dá de maneira uníssona, considerando as muitas determinações e contradições que envolvem tal processo, como por exemplo, a incorporação por formadores dos novos pressupostos ali estabelecidos. Nesse sentido, percebe-se que em muitos cursos há ainda ênfase maior no caráter técnico com o privilégio do ambiente hospitalar, em detrimento de outros espaços de atuação do enfermeiro, sobretudo aquele que se volta à AB.

A pesquisa realizada por Püschel et.al. (2017, p.1290) entre 2006 e 2012 com enfermeiros egressos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) no período de 2006 a 2012 objetivou "verificar a inserção, as facilidades e dificuldades dos egressos no mercado de trabalho e apreender suas habilidades e competências no mundo do trabalho". A referida pesquisa dentre outros aspectos, revelou que dos 172 entrevistados, 56,7% tiveram seu primeiro emprego no hospital; em UBS 14,7%; Ensino profissionalizante 7,6%; Assistência domiciliar 5,1%; Ensino superior 2,6%; Laboratório 1,9%; CAP's 0,6%; outros 10,8%, corroborando com a narrativa das enfermeiras sujeitas de nossa pesquisa.

Na narrativa de Florence observa-se que a sua trajetória profissional a levou a ser enfermeira de saúde pública e que posteriormente, vinculou-se ao trabalho e desenvolveu sua preferência profissional. Neste ponto, começa-se a observar determinadas diferenças em relação ao tempo de formação, visto que quatro entrevistadas foram, já durante o período de graduação, inseridas no contexto da saúde pública, e outras duas foram inseridas depois de sua formação acadêmica.

A respeito da inserção na saúde pública, a entrevistada Florence explica:

> *Eu sou daqui da cidade, prestei faculdade, eu me formei em 2003, e assim que me formei já comecei a enviar currículos, tanto para hospital como para unidades básicas.* ***Era assim que tinha para poder começar a trabalhar, era isso.*** *Me formei em dezembro de 2003, quando foi em janeiro de 2004 a prefeitura de uma cidade no litoral me chamou por um currículo que eu enviei, e fizeram a entrevista. Quando foi em fevereiro já comecei a trabalhar na estratégia de saúde da família, eu tinha tido, um contato com a ESF na época de estágio. Então,* ***ali com o decorrer eu comecei a gostar da parte de saúde pública, de ter esse contato com a população, e principalmente, a ESF você tem muito contato com a pessoa em domicílio, o vínculo é maior e eu comecei a me envolver nisso. Quando vi foram sete anos só em ESF.*** (FLORENCE NIGHTINGALE - **grifos nossos**)

Oliveira et al (2016) afirmam que cabe a instituição de ensino a responsabilidade de prover ao estudante os conhecimentos, bem como auxiliá-lo a desenvolver habilidades e promover ações básicas para o seu pleno desenvolvimento profissional em todas as áreas.

Nesse sentido, reforça-se que as mudanças ocorridas com o passar dos anos nos processos de cuidado da população brasileira, ou seja, a implantação do SUS teve impacto direto sobre as formações dos profissionais da saúde.

Puschel et al (2017) afirma que a formação do profissional enfermeiro e sua qualificação pós-formação tem maior probabilidade de ser efetiva quando se oportunizam ao aluno uma inserção/interseção entre a universidade e os serviços disponíveis na área.

Muitos profissionais, como no caso citado por Callista, à época de sua formação, tiveram a oportunidade de acompanhar as transformações na área da saúde, e, consequentemente, seu impacto na área de formação e atuação do enfermeiro. Já, em contraponto, os profissionais que não obtiveram a oportunidade de vivenciar a realidade da saúde pública, em período de formação, afirmam que tiveram dificuldades no período de adaptação ao novo espaço.

> *Comecei a minha faculdade em 2005,* ***inicialmente eu não tinha muita noção do que era a profissão isso eu fui descobrindo durante a graduação****, hoje, descobri muito mais,* ***a gente aprende muito mais quando você vai para a prática****, aí eu pude aprender muitas coisas na prática, aprofundar meus conhecimentos que eu tive durante a graduação e logo meu primeiro emprego foi na estratégia da saúde da família. Trabalhei lá durante um ano,* ***no início foi bastante difícil para mim, porque tive que em razão da minha experiência, eu tive que aprender várias coisas que eu ainda não tinha muitas delas contato****, na minha graduação, então eu tive que aprender muito com as pessoas que já trabalhavam.* (MADELEINE LEININGER, **grifos nossos**)

De Jesus et al (2013) afirma que as instituições de ensino pelo país têm tentado aproximar os planos de ensino às Diretrizes Curriculares Nacionais (2001). Os autores consideram que o maior desafio encontrado é formar o enfermeiro para atuar com as demandas a eles apresentadas e solucionar os problemas advindos de uma realidade complexa, em territórios pobres ou hospitais sem os recursos necessários.

Sobre este aspecto, alguns autores como Teixeira, Fernandes e De Sordi (2006) apontam que o currículo do enfermeiro era voltado ao modelo hospitalocêntrico e biologicista, expressando uma perspectiva mecanicista no processo do cuidar em enfermagem, dificultando a compreensão dos processos de saúde-doença.

Os autores ainda ressaltam que a formação em enfermagem não deve se voltar apenas a competência técnica, mas, atentar-se para as expressões da questão social também.

As demais enfermeiras formadas no mesmo período afirmaram que suas formações foram determinantes para sua escolha laboral posterior, ou seja, apontam que na graduação foram inseridas no campo de atuação da saúde pública e que acabaram por "*tomar gosto pela saúde pública*", como citado em diferentes narrativas.

> *[...]* ***desde a graduação minha intenção era trabalhar em estratégia de saúde da família, que eu me identificava muito com o trabalho****. Terminada a graduação, um ano depois vim para cá. Antes disso minha única experiência na enfermagem foi na cidade onde eu morava que foi num serviço de saúde mental, ia fazer um ano. Então, eu fui chamada no concurso aqui, em março de 2012 e desde então estou aqui.* (WANDA HORTA, **grifos nossos**)

> *Então, eu comecei aqui em 2011, e a minha primeira vivência foi em uma cidade próxima, na faculdade, que lá a gente tem assim, bastante atuação na saúde pública, os estágios, e eu gostei disso desde então.* ***Então, o meu objetivo quando eu me formei era trabalhar na saúde pública mesmo, se pudesse ser na saúde da família melhor ainda, que era o que eu tinha mais contato lá – período de graduação-. Então, eu me formei início de 2010, e voltei para minha cidade, que é próximo daqui e logo fui trabalhar em hospital, não gostei do hospital, trabalhei também em Homecare e depois eu trabalhei no ambulatório de saúde mental infantil que atendia SUS, mas aí logo me chamaram aqui, daí eu vim para cá, acho que foi janeiro ou fevereiro, e em maio eu comecei a trabalhar*** *aqui.* (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

> *Então,* ***ali com o decorrer eu comecei a gostar da parte de saúde pública, de ter esse contato com a população****, e principalmente, a ESF você tem muito contato com a pessoa em domicílio, o vínculo é maior e eu comecei a me envolver nisso.* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

Em todas as narrativas, a opção pela AB e pela ESF parece ter sido uma escolha imediata, ou uma oportunidade muito almejada. A narrativa de Dorothea explicita que não houve nenhum tipo de conexão ou "gosto" pela atuação em área hospitalar, salientando o desejo pela atuação em AB.

Teodosio e Padilha (2016) salientam que, ao ingressar ao curso de graduação em enfermagem, o aluno traz consigo alguns preceitos e identificações sobre a profissão que podem ser modificadas ou não no decorrer de seu período acadêmico.

Oliveira et al (2016) explica que a enfermagem voltada a assistência hospitalar deve, em alguns anos, deixar de ser a realidade predominante da profissão, considerando que o SUS e sua legislação doutrinam as profissões da saúde e atuam no sentido de capacitar o profissional para atuar junto as comunidades e famílias, a fim de promove saúde e prevenir agravos.

As narrativas se referem também às formações complementares e/ou outras formações, como pós-graduações em AB ou outra área da saúde. Segundo De Jesus et al (2013), as escolhas por pós-graduações ou a continuidade dos estudos, são de grande importância para a atuação do enfermeiro atualmente, pois promove mudanças no cotidiano de trabalho destes.

Trata-se de aspecto importante, pois mostra que a escolha pela AB se concretiza e leva o profissional em busca de novos conhecimentos e aprofundamento de sua educação profissional. Como apontam Souza et al (2011), a busca pelo mercado de trabalho e sua manutenção nele, faz com que o profissional se aperfeiçoe cada vez mais em sua área de atuação, seja para manutenção do serviço prestado, por opção pessoal ou para agregar áreas de trabalho, por meio de especialização, seja *stricto* ou *lacto sensu*.

> *Eu tenho outra formação inicial,* ***eu sou formada em psicologia, e aí, há não muitos anos, eu resolvi fazer enfermagem****, e não sou técnica, fiz a faculdade direto.* (WANDA HORTA - **grifos nossos**)

> *Nesse meio tempo,* ***fiz uma pós-graduação em saúde pública pela – universidade - e me apaixonei pela estratégia de saúde da família*** *[...] Então, faz quatorze anos de formada [...] E daí de lá para cá, desse ano que eu vim para cá e aí fiz uma especialização em saúde da família.* (FLORENCE NIGHTINGALE - **grifos nossos**)

> ***Eu entrei aqui sem experiência na área de atenção básica****,* ***eu fiz pós-graduação em saúde pública, mas nunca tinha atuado****, e aí eu passei nesse concurso e aí eu vim para cá.* (CALLISTA ROY - **grifos nossos**)

Na narrativa acima de Callista Roy, observa-se que, apesar da não atuação profissional imediata após formação, percebeu a necessidade de especializar-se em sua área de preferência, demonstrando comprometimento com a escolha profissional.

Em uma parte das narrativas, a entrevistada Callista Roy relata que sua última atuação profissional foi em AB, pois esta, uma das mais antigas em tempo de formação, diz ter tido seu início de trabalho em área hospitalar, posteriormente na docência de enfermagem e, finalmente, a ESF. Esta mesma narrativa mostra que, existe receio pela atuação em setor ou área desconhecida independente do tempo de formação e experiências anteriormente vividas, ou seja, as entrevistadas dizem que sem experiência na área, necessitaram de auxílio para adaptação e desenvolvimento de suas habilidades.

> *[...] trabalhei alguns anos como enfermeira do presídio, e nessa época eu comecei a dar aula e eu dei aula durante uns 15(quinze) anos da minha vida [...] trabalhei no presídio, dando aula e até esse ano, meio do ano eu dava aula, inclusive na faculdade, e aí eu passei no concurso aqui,* ***era uma área assim que sempre me chamou a atenção, sempre gostei****, mas nunca tinha atuado,* ***sem experiência nenhuma, eu entrei aqui sem experiência na área de atenção básica****, eu fiz pós-graduação em saúde pública, mas nunca tinha atuado* (CALLISTA ROY - **grifos nossos**)

> ***[...] no início foi bastante difícil para mim, porque tive que em razão da minha experiência****,* ***tive que aprender várias coisas que ainda não tinha contato na minha graduação. Então, eu tive que aprender muito com as pessoas que já trabalhavam*** *[...]* (MADELEINE LEININGER - **grifos nossos**)

Oliveira et al (2016) apoiados em Pava e Neves (2011) relatam que as primeiras escolas de enfermagem surgiram com o intuito de formar enfermeiros para tratamentos curativos e não para promoção de saúde. Oliveira et al (2016) também se apoiam nos estudos de Vieira e Oliveira (2001), os quais enfatizam que com a criação do SUS, e consequentemente, das ESF, as ofertas de trabalho vieram a modificar-se, oferecendo ao enfermeiro mais uma oportunidade de trabalho, talvez, com melhor remuneração e estabilidade.

Em relação as narrativas acima citadas, concorda-se com De Jesus et al (2013) o qual afirma que as habilidades profissionais não consistem apenas em demonstrações de conhecimentos técnicos, mas da capacidade de o enfermeiro utilizar-se destes para atuar com ética em situações reais e salientam que as experiências dos profissionais enfermeiros são

diretamente conectadas aos novos desafios que enfrentam no cotidiano e na forma como agem sobre este.

Pelas narrativas observa-se que apesar das diferentes formações, das diferentes trajetórias profissionais, todas possuem forte identificação com o trabalho em AB. Neste sentido, observa-se também que, as entrevistadas mais recentemente formadas ressaltam a importância de se ter este contato com saúde pública desde o período de graduação, como forma de desenvolver habilidades para a atuação futura com a AB, em particular ESF.

Por meio das atividades educativas, ou atividades de estágio é que o aluno desenvolve suas dúvidas, questionamentos e desencadeia crescimento ou mudanças em seu processo organizacional, produtivo e inovador, sendo importante a vivência e o compartilhamento enquanto academia para rever questões de gerenciamento e assistência prestados (FERREIRA, PEREIRA e XAVIER, 2012)

Após o conhecimento proporcionado pela trajetória dos profissionais acerca de suas escolhas e experiências, busca-se a seguir conhecer as principais demandas advindas de suas práticas profissionais na ESF.

4.2. Principais demandas

Uma das questões abordadas pelas entrevistadas refere-se às demandas identificadas no cotidiano do trabalho em ESF. Em geral, pode-se observar que estas se assemelham nas ESF, sendo que a maior parte do atendimento destas se volta à saúde da mulher, da criança e do adulto/ idoso com doenças crônicas.

As enfermeiras relataram que parte de seu atendimento, ou seu público-alvo voltava-se a puericultura, ou seja, cuidados relativos à criança, principalmente na primeira infância. Os atendimentos relativos à saúde da mulher também eram frequentes considerando as ações previstas nos programas instituídos pelo SUS para atendimento integral e efetivo destas.

As entrevistadas relataram que seu cotidiano e suas demandas, considerando a singularidade da área de atuação.

> *[...] e aqui assim,* ***a gente atende as consultas de puericultura, de pré-natal, tem os preventivos, a questão da saúde da mulher [...] é, mulher e criança são o que mais assim, é o mais gritante****... Assim,* ***a gente tem algumas ações na escola****, a gente tem o Programa Saúde na Escola*[4]***, que é um conjunto da saúde com a educação****, da prefeitura.* ***Então, tem algumas***

[4]O programa Saúde na Escola, segundo Brasil (2018) "visa a integração permanente entre os setores educação e saúde, preconizando uma melhoria na qualidade de vida do educando".

ações que os profissionais daqui vão até as escolas, junto com o pediatra da prefeitura. Então, fazem ações de prevenção de verminoses, fazem teste ocular, para ver a questão da visão da criança [...] a questão da vacina, a criança tem que levar a carteira de vacinação para a gente estar vendo. Então, são ações que a saúde vai até a escola e faz uma ação em conjunto ali com a escola. Então isso acontece algumas vezes no ano, cada unidade vai às escolas próximas e faz esse tipo de ação[...] não sei se isso é bom ou ruim, aqui eu tenho muito acolhimento[5], eles vêm muito mais em acolhimento do que em consulta. Então, muitas vezes eles vêm com alguma queixa; acolhimento normalmente quem atende sou eu*, ou é a técnica de enfermagem que atende, mas assim, está com algum problema,* ***está com uma alergia, com coceira, ao invés de vir agendar uma consulta, eles vêm no acolhimento***. (CALLISTA ROY - **grifos nossos**)

É uma comunidade bem carente, bem populosa*, a gente tem muito assim, muita criança, muita gestante [...]****tinha uma época aqui que tinha bastante travesti sabe, prostituição, mas agora quase não tem, eles foram embora. Então, a demanda é mais disso, tem bastante idosos também, tem acamados****, mas assim não é muitos acamados aqui[...]a demanda assim por exemplo, quando a criança vem muito,* ***aqui tem a questão do acolhimento , quando uma criança tem alguma alteração, por exemplo, se está com algum resfriado, se está com febre tudo, a maioria das crianças que vem nessa parte de acolhimento assim, são das mães que não fizeram acompanhamento certinho, que não tão fazendo****[...]assim criança até um ano de idade tem que passar todo mês, a gente tem que fazer um acompanhamento, justamente para evitar assim, alguma coisa que complique, para gente vê como que está o ganho de peso, ver como que está a alimentação bonitinho,* ***para evitar que a criança fique doente mesmo e se desenvolva bem***. (DOROTHEA OREM - **grifos nossos**)

A minha abrangência é uma área com bastante viciados em drogas*, bastante "drogaditos",* ***por isso tem bastante IST[6], principalmente sífilis****[...]****É claro que tem hipertensos, como tem idosos tem complicações de hipertensão, de diabetes, tem bastante, então tem bastante AVC[7] também[...] os ACS[8] tem uma coisa, eles trazem pra gente as demandas e a gente vai tentando resolver, todas as especialidades médicas é mediante encaminhamento médico.*** (HILDEGARD PEPLAU - **grifos nossos**)

A minha área as pessoas não vivem muitas situações de risco*, mas* ***tenho grande quantidade de pessoas que são hipertensas, diabéticas, pessoas que já tiveram AVC, já enfartaram****,* ***não tenho grande quantidade de adolescentes grávidas, nem de mulheres mais velhas grávidas também, mais tem uma grande quantidade de gestantes a maior parte fica entre 20***

[5] Acolhimento, segundo o MS (BRASIL, 2010), diz que é uma ação adotada pelo SUS em que o profissional da saúde, se faz presente e disponível as necessidades da população, a fim de promover sua saúde.
[6] Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que segundo Brasil (2017) são infecções por vírus, bactérias ou fungos, as quais são transmitidas prioritariamente pelo contato sexual sem proteção.
[7] Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo Brasil (2017) é uma das maiores causas de morte em adultos no país, este pode ser classificado como hemorrágico ou isquêmico, sendo o isquêmico o mais frequente.
[8] Agentes Comunitários de Saúde (ACS), segundo Brasil (2012), os ACS provem da criação de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, agregados às ESF, como objetivo trabalhar diretamente, cadastrar e orientar as famílias adstritas; desenvolver ações que integrem ESF e comunidade, acompanhar as famílias por meio das visitas domiciliares.

e 30 anos. ***Aí, fora isso a gente atende também as diversas queixas, que eles chegam aqui***. *A gente atende crianças que tem febre, crianças que chegam com dor de garganta, dor de ouvido, e com ferimentos agudos, a gente também faz esse tipo de atendimento,* ***não só consultas agendadas, não só as visitas programadas, mas também é uma porta aberta, que é o que a gente chama de acolhimento [...] as demandas são diversas, tanto as questões agudas, quanto as doenças crônicas, quanto as questões de pré-natal... Você vai ter o trabalho do agente comunitário, que a gente, que é enfermeiro não é todos os dias, que a gente consegue fazer as visitas na rua, mas o agente comunitário, não, o agente comunitário está todo dia na rua***. *O funcionamento a gente vai ter aí, consultas médicas, para hipertenso e diabético, para puericultura, pré-natal, para clínica. São três médicos, três equipes, para três diferentes áreas aqui. Aí, você vai ter* ***as consultas de enfermagem a gente faz coleta de preventivo, faz consultas pré-natal intercalado com médico, consulta de puericultura intercalado com médico e visitas domiciliares e também vê os resultados de preventivo, encaminha quando necessário e também faz os acolhimentos e também faz os trabalhos educativos, grupos educativos tanto nas escolas, quanto igrejas, quanto aqui no posto mesmo*** (MADELEINE LEININGER – **grifos nossos**)

Então.... Na verdade, assim, as estratégias de saúde da família, elas têm sempre a mesma estrutura de funcionamento, isso não varia muito.... Aí *a gente entra nas diferenças individuais, e nas oportunidades mesmo que vão acontecendo para gente né [...]* ***a demanda da população de uma forma geral, é uma demanda assim muito pontual e muito em cima de uma queixa***. ***O povo acaba vindo assim, acaba muito em cima de queixa, daquilo que é pontual,*** *como puericultura, por exemplo, as mães vêm, mas elas não têm aquele valor de "estou levando na* ***puericultura para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento"*** *[...] desde que eu vim para cá, foi colocado assim,* ***grupo de Hiperdia e grupo de gestante é algo que tem que acontecer****, e não era uma rotina quando eu vim para cá o trabalho em grupo, ações educativas, e aí, desse tempo que eu estou pra cá, se estabeleceu. Então* ***a gente está garantindo, por exemplo, Hiperdia que acontece uma vez por mês e grupo de gestante a gente tenta fazer*** [...]. Existe ***um trabalho da dentista****, que faz os exames, faz as orientações de escovação, ela tem o calendário dela, ela não faz só nessa porque tem outra para baixo também (escola),* ***e existe o Programa Saúde na Escola,*** *então assim, a gente trabalha com o cronograma do programa Saúde na Escola.* (WANDA HORTA - **grifos nossos**)

Aqui na unidade, a gente procura atender todos os ciclos, né desde o pré-natal de toda mulher, faz o acompanhamento, o nascimento dessa criança e o acompanhamento de puericultura, acontece. A parte de saúde do homem, a saúde da mulher, a população adulta, né, hipertensão, diabetes, essas doenças crônicas, *é, a gente tem uma agenda do clínico de segunda a sexta-feira com os horários pré-determinados.* ***Tem o acolhimento que acontece todos os dias. Eu tenho uma população variada, uma população talvez um pouco, idoso talvez. Adulto e idoso. Criança puericultura não tem tanto*** *[...]* ***Testes rápidos que a gente começou a fazer aqui****, né, tem poucos meses que eu comecei a receber os testes. HIV, Hepatite B, C, sífilis, está começando a ter uma adesão legal, pessoal está vindo procurar, a gente tem feito isso.* ***A vacina aqui na unidade tem funcionado uma vez na semana***. *Então eu tenho uma vacinadora que é uma técnica de enfermagem*

> *que vem toda terça fazer [...] A população já se acostumou. Terça feira é dia de vacina, aí vem todo mundo vacinar.* ***Uma coisa que houve de bom aqui para gente na unidade foi o início da coleta de sangue****, a gente nunca coletou sangue, né a gente começou agora em janeiro então toda sexta feira tem a coleta então acho que isso ajudou muito a população [...]* ***o médico, ele faz a visita, ele faz visita uma vez na semana toda quinta de manhã, é agenda livre só pra visita médica, eu não fecho um dia muito específico, se, por exemplo, se elas (ACS) vem aqui eu terminei, não tem atendimento a gente vai sai a enfermagem, é mais a gente que consegue sair mais [...] assim o médico atende 14 pacientes pela manhã e 10 à tarde, então se há uma falta aí permite o encaixe, agora se chegar uma paciente tá com queixa, não tá se sentindo bem, eu faço acolhimento, eu não mando embora eu passo para ele****[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

A fala de Callista Roy mostrou sua realidade de atuação, ressaltando que, o processo de "acolhimento" acontece de forma frequente e que o enfermeiro se constitui em referência para esse atendimento, e muitas vezes é o profissional mais procurado do que o próprio método tradicional de tratamento e atendimento.

Em relação ao acolhimento concorda-se com Costa e Cambiriba (2010, p. 494) os quais afirmam que este se "constitui uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, visando garantir acesso e integralidade a todos", entendendo o ato de acolher conforme "o estabelecimento de uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, usuários, profissionais e equipes de saúde que favoreça a construção de uma relação de confiança e respeito para com aquele que busca o atendimento".

Dorothea Orem afirmou que a maior demanda de atendimento que possuía era de crianças e gestantes, mas explicou que não era o público único, existiam também os demais atendimentos. Já Hildegard possuía, segundo falas e vivência da enfermeira, uma abrangência um pouco diferenciada em função do grande número de usuários de drogas que residiam no território em que atua.

Madeleine Leininger tem como demanda, gestantes, crianças, no entanto, ressaltou que trabalhava mais com idosos com doenças crônicas de base como hipertensão e diabetes.

Wanda, por sua vez, disse que em sua área de abrangência, as queixas eram mais pontuais, que esta possuía demandas semelhantes a outras ESF e mantinha também, o que ela classificou como grupos de atividade de educação em saúde.

Florence nos trouxe que a demanda de sua área de abrangência apresentava majoritariamente como público alvo adulto/idoso tanto homens quanto mulheres, referindo que o atendimento de puericultura não possuía demanda alta. Referia-se também a vacinação,

visitas domiciliares, e o processo de acolhimento instituído pelo SUS para o melhor atendimento em AB.

Em todas as narrativas, observa-se que as mulheres eram o público que mais procurava atendimento nas ESF, estas possuem via SUS um programa específico de cuidados e procedimentos, conhecido como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual

> [...] busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004, p.5).

Cabe aqui reflexão acerca do fato de as mulheres serem as que mais frequentam as ESF: estudos (BOTTON; CÚNICO, STREY, 2017) apontam que são elas as que mais cuidam da saúde em relação aos homens, seja também porque são elas as que mais se responsabilizam pelo cuidado dos filhos, idosos e pessoas com deficiência, evidenciando, nesse sentido uma questão de gênero, a qual deve ser abordado no trabalho social desenvolvido na AB (HIRATA; KERGOUAT, 2007).

Corroborando com o assunto citado acima, o IBGE (2015, p. 40) pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, traz em amostragem que, cerca de 71,2% da população brasileira buscou consultas médicas no período de realização da pesquisa, dentro deste percentual, 78% da população feminina usufruiu de consultas médicas, enquanto somente 63,9% dos homens buscaram atendimento médico no referido período.

Santos (2004) afirma que os programas atuais para atenção à saúde da mulher visam um atendimento integral a esta, de forma a atendê-la em todas as etapas do seu desenvolvimento, desde infância até idade adulta, considerando as doenças que podem acometê-la e elaborando planos de ação preventiva, de acordo com a necessidade da população feminina de determinado local. Dentro das características apresentadas acima, as unidades de ESF estabelecem seus atendimentos, pois dentro dessa política desenvolvem-se estratégias de atuação para melhor atender a população e suas necessidades. Como esclarecem as falas a seguir.

> *[...]* ***grupo de gestante a gente tenta fazer, porque é um grupo difícil****, a gente até teve os últimos grupos de gestante que a gente acabou decidindo fazer sala de espera, porque a gestante não quer vir na unidade em um outro período que não seja aquele que ela está vindo para consulta.* (WANDA HORTA – **grifos nossos**)

> ***Todas as mulheres, com aquela faixa etária de 24 a 64 anos, no caderno, quem está com o preventivo em dia, quem não está, busca ativa****[...] preventivo quando tem esses casos[...]aparecem várias com queixa de corrimento alguma coisa assim eu converso com o médico no final do dia, a hora que ele termina o atendimento ele está tranquilo, eu já pego o prontuário vou atrás, converso, já resolvo tudo com ele e elas me procuram no dia seguinte[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

Wanda na narrativa acima, diz que é de certa forma difícil a manutenção de ações propostas pela ESF, considerando que a população precisa organizar-se para deslocar até a unidade em virtude do grupo oferecido, fora de horário previsto de consultas ou outros procedimentos.

Florence diz que, possui controle sobre atendimentos e necessidades de retorno de rotina a saúde das mulheres de sua área de abrangência, como também ressalta a grande procura de atendimento e resolutividade da necessidade apresentada.

Outro ponto ressaltado nas narrativas de todas as enfermeiras é em relação ao cuidado da saúde da criança, ou seja, a chamada puericultura, a qual recobre todas as crianças e adolescentes do país, conhecida como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na qual Kawamoto (2004, p.115) relata que o cuidado a saúde da criança está atrelado também a outros programas instaurados pelo SUS, como gestação e pré-natal e cuidados com o puerpério, também ressalta que "a saúde da criança pode ser medida conforme o aumento ou diminuição do coeficiente de mortalidade infantil, pois, se coeficiente diminui maior a qualidade de vida das crianças".

A PNAISC propriamente dita, instituída em agosto 2015, pela Portaria nº 1130, em seu Artigo 2º que, a PNAISC tem como objetivo :

> Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (PNAISC, 2015)

A criança também é respaldada de cuidados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual, segundo Kawamoto (2004) versa sobre os direitos fundamentais da criança e viabiliza ações e políticas de atendimento a este público.

Na narrativa de Wanda Horta, a mesma salienta a importância de a puericultura ser bem orientada e acompanhada para que as famílias entendam seu valor no desenvolvimento de suas crianças.

> [...] *como puericultura, por exemplo, as mães vêm, mas elas não têm aquele valor de "estou levando na puericultura para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento".* (WANDA HORTA)

As narrativas, em geral, apontam para a realidade de intervenção conjunta entre equipes de saúde e escolas ou creches próximas a ESF. Considerando isto, o SUS instituiu um programa que pudesse abranger esta realidade e uni-las para que juntas, educação e saúde desenvolvam, promovam e preservem a saúde dos indivíduos. Trata-se do Programa Saúde na Escola, instituído pelo decreto nº6.286 de 5 de dezembro de 2007. No artigo Art. 3º diz que "constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica".

> *[...]* ***a gente tem o contato com a escola assim, com a creche no programa Saúde na Escola, que faz a pesagem tudo, e faz triagem visual, e faz, quando as mães autorizam, faz a questão de tomar o vermífugo e tudo, de acompanhamento do peso e estatura para ver se está acima ou abaixo do peso, que isso a gente faz em parceria com a secretaria da saúde.*** (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

> *Atende uma demanda delas quando precisam de alguma coisa, elas vem procuram orientação, curativo, queda,* ***a gente tem essa parceria de sempre ajudar eles nesse sentido, mas de trabalho até hoje é mais a parte de saúde bucal, de dengue, alguma virose isso que a gente fez com elas****[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

As narrativas acima mostram as diferenças de necessidades e atendimentos relacionados ao mesmo programa de saúde, onde cama uma, em sua área de abrangência, institui o que considera de mais importante ao atendimento da criança e adolescente sob sua responsabilidade.

Ainda no contexto das narrativas acima, salientamos um dos eixos do SUS, a territorialização, diretriz que deve ordenar também o trabalho do enfermeiro de ESF, a qual segundo o Programa Nacional de Promoção da Saúde, pela Portaria número 2.446 de 11 de novembro de 2014, traz em seu artigo 4º, inciso IX que:

> A territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos

> condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime (BRASIL, 2014)

Ou seja, cabe ao enfermeiro, realizar atividades de saúde voltadas as necessidades apresentadas pela sua população abrangente, considerando suas singularidades e por meio disto desenvolver suas propostas de trabalho. As narrativas, como um todo, demonstram o conhecimento das enfermeiras sobre seus territórios de atuação, cientes de suas individualidades e necessidades a serem supridas em cada espaço de trabalho. Como cita Wanda abaixo, as ESF podem proceder de forma semelhante, no entanto, o enfermeiro precisa estar atento as diferenças de cada local e suas solicitações de atenção.

> ***Então... Na verdade assim, as estratégias de saúde da família, elas tem sempre a mesma estrutura de funcionamento, isso não varia muito...*** *Aí a gente entra nas diferenças individuais, e nas oportunidades mesmo que vão acontecendo para gente né.*(WANDA HORTA – **grifos nossos)**

Ainda neste contexto, Tetemann, Trugilho e Sogame (2016, p.357) dizem que a territorialização é uma construção e organização dos serviços e práticas de saúde no SUS, em situações locais. Os mesmos autores (p.362) ainda afirmam que o território em saúde pública é "dinâmico, e não se deve criar cercas que delimitem áreas geográficas[...] deve haver flexibilidade nas delimitações das áreas, a fim de favorecer as necessidades da população adstrita".

Justo et al (2017) afirma que a territorialidade e a educação em saúde, juntas, se afastam do modelo biologicista, o qual foi durante muitos anos utilizado na formação dos profissionais da saúde, e se adequam as novas orientações em saúde, sendo o conhecimento de territorialização primordial para esta evolução. Também Sucupira(2003) citado por Justo et al (2017, p. 1346) diz que o território "deve ser considerado um espaço vivo, capaz de produzir saúde", ou seja um espaço que se modifica e necessita de um diagnóstico frequente de suas necessidades a fim de melhorar a atuação profissional e promover a saúde de sua população.

Dentre os processos de cuidado citados, as narrativas ressaltaram muitas vezes, o chamado "Acolhimento", o qual é utilizado em todas as ESF, de diferentes formas considerando suas demandas singulares. O Acolhimento é uma diretriz instituída pela Política Nacional de Humanização (PNH) entendido como "postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da

cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde" (BRASIL, 2006, p.3-4).

Ainda segundo a PNH (BRASIL, 2006, p.4), não se pode isolar o termo acolhimento ao simples recebimento de forma afetiva ao atendimento de uma demanda espontânea, mas sim "tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade, como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção".

> *[...] se vem com a criança, que às vezes vem mãe com a criança da creche que está com febre, a gente acaba acolhendo essa pessoa também, que é o acolhimento que a gente fala....aí a pessoa vem para o acolhimento, passa na triagem, vê pressão, ou vê se está com febre, peso essas coisas e daí vem para o atendimento comigo ou com a enfermeira, aí a gente acaba acolhendo essa pessoa e vendo qual é a queixa dela...se é febre, se é uma dor de cabeça, se é uma diarreia, se é vomito.*(DOROTHEA OREM)
>
> *O acolhimento seria a emergência para população que sabe o que é o acolhimento, por que tem coisas que eles vêm aqui e a gente consegue resolver, mas tem caso que precisa mesmo uma atenção maior, mais secundária [...]*(HILDEGARD PEPLAU)
>
> *Aí, fora isso a gente atende também as diversas queixas, que eles chegam aqui. A gente atende crianças que tem febre, crianças que chegam com dor de garganta, dor de ouvido, e com ferimentos agudos, né, a gente também faz esse tipo de atendimento, não só consultas agendadas, não só as visitas programadas, mas também é uma porta aberta, que é o que a gente chama de acolhimento.* (MADELEINIE LEININGER)
>
> *Assim, o médico atende 14 pacientes pela manhã e 10 à tarde. Então, se há uma falta aí permite o encaixe, agora se chegar uma paciente com queixa, não está se sentindo bem, eu faço acolhimento, eu não mando embora, eu passo para ele [...]* (FLORENCE NIGHTINGALE)
>
> ***Aqui eu tenho muito acolhimento, eles vêm muito mais em acolhimento do que em consulta.*** *Então, muitas vezes eles vêm com alguma queixa,* ***acolhimento*** *normalmente quem atende sou eu, ou é a técnica de enfermagem que atende, mas, assim, está com algum problema, está com uma alergia, com coceira não sei o que...ao invés de vir agendar uma consulta, eles vêm no acolhimento.* (CALLISTA ROY, **grifos nossos**)

Observa-se com as narrativas, que há certa divergência no que é realizado como acolhimento pelos enfermeiros entrevistados e o que a PNH preconiza, ou seja, como citado acima, a política pública preconiza que o enfermeiro, ou profissional da saúde presente nas comunidades, sejam afetuosos e próximos de seus munícipes, e não somente acolha-os quando necessita de alguma demanda especifica de doenças ou problemas já existentes, tanto quanto não se considera acolhimento o que é realizado apenas em salas de recepção. O

processo de Acolhimento deve ser utilizado nas ESF, pelo profissional enfermeiro como meio de trabalho e acesso a população de forma que promova a autonomia destes e proporcione melhoria da qualidade de vida por meio principalmente da educação em saúde, considerando suas singularidades e necessidades especiais.

As enfermeiras entrevistadas dizem em suas narrativas que, todos os programas ou politicas abordados em ESF, são preconizados e solicitados como primordiais pelo MS, instituição que regula e normatiza as ações em AB e o trabalho dos profissionais nestes ambientes. Neste contexto, três narrativas abordam o tema acima exposto e também salientam as ações da gestão municipal responsável pelas orientações e controle de atuação dos profissionais.

> *Sim, é na verdade os programas do Ministério da Saúde que é o que a gente se baseia para fazer as nossas consultas. A gente tem todos os cadernos da atenção básica que a gente utiliza. Falando especificamente da enfermagem, de protocolo de enfermagem, aí a gente tem unicamente o protocolo do pré-natal que aí o enfermeiro pode fazer as solicitações de exames, prescrição de medicação, que é o que está implantado aqui, aí, você tem municípios que tem protocolos para hipertensos e diabéticos que o enfermeiro pode fazer mais coisas, também solicitar exames, prescrever medicações.* (MADELEINE LEININGER)

Madeleine Leininger na narrativa acima, realiza uma crítica quanto a atuação, segundo ela, restrita do enfermeiro em certas demandas, onde poderiam ser instaurados modelos a seguir, protocolos, para que o enfermeiro possua mais autonomia no ambiente de trabalho e atendimento à população.

Em contrapartida, nas narrativas a seguir, de Dorothea e Wanda, as mesmas ressaltam que as mudanças de gestão pública municipal fomentaram o investimento em ESF, e estes foram positivos nos últimos anos, na medida em que permitiu o aumento da demanda, ou seja, a população passou a acreditar mais no trabalho dos profissionais envolvidos em AB e ESF.

> *Aí desde 2011 para cá muita coisa mudou, por questão de política mesmo,* ***que a gente percebe quando muda a gestão, muda bastante a nossa forma de trabalhar também****[...]. Então, a demanda de serviço era muito pequena porque as pessoas podiam passar onde queriam. Então, como aqui é estratégia de saúde da família e o médico é generalista, e os PAMOS que são as UBS tem o ginecologista e o pediatra. Então, a pessoa, não sei...é cultura, acho que é uma* ***questão cultural mesmo a pessoa quer passar com especialista... as pessoas preferiam passar lá.*** *Então, passava muito pouco aqui, puericultura, criança, gestante, saúde da mulher, pra coleta de preventivo, era muito pouco que as pessoas procuravam[...].****, passava mais hipertensos, diabéticos, adulto, idoso*** *e só.* ***Aí de 2013 para cá mudou, porque a gestão começou a implantar o que é preconizado mesmo pelo SUS, que é a pessoa ser atendida na sua área de abrangência que se ela***

> ***mora aqui no bairro, ela tem que passar aqui [...]aí começou a aumentar bastante a demanda[...]*** (DOROTHEA OREM - **grifos nossos**)

> *[...] mudaram-se os personagens, aumenta-se o investimento em estratégia, então nós temos muitos PAMOS que foram se transformando em ESF nesses anos, e estava tudo caindo aos pedaços, era tudo estragado, então realmente reformou muitas unidades, começou a equipar, ainda falta equipamento, mas hoje a gente tem computador, não tinha nada informatizado, era assim uma coisa indescritível, pra gente pensar que essa é a segunda maior cidade do Vale do Paraíba, então assim, não dava para acreditar, que era daquela situação [...]* (WANDA HORTA)

Dorothea e Wanda salientam a importância de uma gestão municipal participativa e comprometida, que segundo elas, as mudanças ocorreram como se era esperado, e os munícipes passaram a ser atendidos em suas áreas de abrangência, contemplando diretrizes do SUS, desenvolvendo suas propostas e buscando a melhoria da qualidade de vida da população.

Silva, Motta e Zeitoune (2010, p.442) afirmam que desde a criação do novo sistema de saúde vigente no país, estimulam-se os municípios a fim de que aumentem a cobertura da população atendida, principalmente via ESF, estratégia esta que promove e propicia a prevenção de agravos a saúde de sua população adstrita.

Ainda na fala de Dorothea, percebe-se que as demandas atendidas pela ESF eram muito concentradas em adultos e idosos, com diagnósticos pontuais sem uma orientação de linha de atendimento, onde não se via um atendimento mais voltado à prevenção e a população, aparentemente, não possuía referência de atendimento em seu bairro. Percebe-se que após mudança de gestão no município, houve um investimento em orientar a população quanto as linhas de atendimento, ampliar a demanda e primar pelos princípios e diretrizes do SUS.

As narrativas apontam que o quadro de pessoas idosas atendidas pela ESF aumentou, entretanto, cabe destacar que este segmento sempre foi a maior demanda, de forma que programas como HIPERDIA- codinome de uma programação seguida por todas as unidades de ESF, onde há o "cadastramento, acompanhamento e distribuição de medicamentos para portadores de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus" aos pacientes, com encontros e palestras conjuntamente, se fazem de suma importância, mantendo há alguns anos na saúde pública (BRASIL/DATASUS, 2019).

Segundo Rocha et al (2011) a saúde do idoso tem como principal acesso a AB, ou seja a ESF, como ponta de referência para o desenvolver das ações voltadas a este público, de

forma a prevenir agravos e promover saúde. O mesmo autor (2011, p.187) ainda infere que os profissionais que atuam em ESF devem "resgatar um cuidado mais humanizado, pois a população idosa, inclusive por sua história de vida e por situação de fragilidade pela idade, necessita de mais atenção, carinho e respeito aos valores que traz consigo".

> [...] *Então, toda última quinta-feira do mês, a gente tem o encontro do Hiperdia, dos hipertensos e diabéticos, eles vêm, a gente faz uma palestra, os que precisam renovar receita que perderam, que molhou, que não sei o que... aí eles vem, renovam, esse mês vai ser amanhã no caso, que vai ser a última quinta-feira do mês, a gente vai...nesse período a última quinta-feira do mês a gente bloqueia a agenda do médico, por causa da questão do Hiperdia, que fica todo mundo voltado pra isso, ai no caso amanhã, como é época do novembro azul, a gente vai fazer atendimento para homens.* (DOROTHEA OREM)

> *[...] desde que eu vim para cá, foi colocado assim, grupo de Hiperdia e grupo de gestante é algo que tem que acontecer, e não era uma rotina quando eu vim, o trabalho em grupo, ações educativas, e aí, desse tempo que eu estou pra cá, se estabeleceu [...] Então, a gente está garantindo, por exemplo, Hiperdia que acontece uma vez por mês.* (WANDA HORTA)

As demandas salientadas pelas narrativas, em relação à saúde do idoso, estão pautadas pela Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída pela Portaria º 2.528 de 19 de outubro de 2006, onde a mesma traz como finalidade "recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS" (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL, 2006).

Kawamoto (2004, p.193) salienta que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é toda pessoa com sessenta anos ou mais, a mesma também ressalta que nos últimos anos obtivemos um aumento na expectativa de vida, um aumento do tempo de vida do indivíduo, sendo assim os profissionais e o estado devem se atentar e objetivar um "cuidado preventivo, progressivo, integral e continuado; dessa forma, mantém-se o idoso com sua plena capacidade e independência, o que permitirá uma adequada integração familiar e social".

Outro processo de trabalho presente nas narrativas, em pelo menos duas delas são citados, diz respeito ao trabalho em conjunto com outras classes profissionais, principalmente os médicos generalistas e pediatras, onde salientam o acompanhamento de gestação e puerpério, como diz Dorothea:

> *Hoje já tem atendimento, agenda de puericultura, atendo criança, atendo gestante, a primeira consulta é comigo depois intercalando comigo e com o*

> *médico, uma vez no mês comigo, uma vez com o médico até 32 semanas depois só com o médico [...]* (DOROTHEA OREM)

> *No dia da consulta de pré-natal eu vou focar em algum tema. Falar um pouco da mama hoje com você, ou então do banho do bebe, dou uma pincelada [...] O único protocolo que a gente tem hoje que eu posso prescrever ácido fólico, um sulfato ferroso, é o protocolo de gestante, pode pedir os exames, podemos acompanhar a gestante até a trigésima segunda semana... faço intercalado com o médico mensal, depois quinzenal, depois ele assume de trigésima segunda semana em diante, mas enquanto isso a gente consegue fazer o atendimento baseado em protocolo.* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Também integram as equipes de ESF, os dentistas e psicólogos, que atuam conjuntamente em alguns dias da semana na unidade. As narrativas pouco trazem este assunto, apenas duas, talvez, por serem atendimentos esporádicos, fazem parte da rotina de trabalho das enfermeiras, porém são profissionais terceirizados pelo município e realizam atendimentos em determinados períodos e datas nas unidades, não há uma interação diária entre os profissionais.

> *[...] tem o dentista, auxiliar do dentista, mas eles são mais, o trabalho deles é mais deles mesmo, mas a recepção também tem que dar conta da agenda deles, é a mesma recepção [...]tem psicóloga também, duas psicólogas, só que elas vem em um período só, porque é terceirizado também da prefeitura[...]*(DOROTHEA OREM)

> *Tem dentista, também, tem consultas de dentista, tem auxiliar de dentista, tem a parte da recepção que agenda com especialidades, que agenda consulta aqui no posto, que agenda exames. Tem vacinas, também, que funciona quase todos os dias da semana, tem coleta de sangue uma vez por semana, tem atendimento psicológico duas vezes por semana, tem atendimento ginecologista duas vezes por semana, de pediatria duas vezes por semana, fora isso tem a funcionária da limpeza também, que também está aqui todos os dias.* (MADELEINE LEININGER)

Da mesma forma, as enfermeiras, de forma geral, reconhecem que a gama de trabalho é extensa, pois acumulam funções assistenciais e administrativas ao mesmo tempo, considerando que o tempo para atendimento da demanda se torna reduzido pelo fato de o administrativo ocupar maior tempo. Silva, Motta e Zeitoune (2010, p.444) dizem que há a necessidade de organização do trabalho nas ESF, pois em seu estudo, o mesmo salienta que "o tempo gasto em ações gerenciais é maior do que o gasto com ações de promoção a saúde da população", o que foge do proposto pelo SUS.

> *A rotina assim, agora é bem, bem corrido, porque além dos atendimentos que a gente tem que fazer e com criança e com gestante, idoso, visita*

> *domiciliar a gente tem a gestão da unidade também[...] porque assim a gente, as vezes tem outros municípios que tem a parte que a enfermeira é assistencial e tem a enfermeira que faz a gerencia da unidade, aqui não,* ***a gente faz tudo, a gente tem que fazer tanto o que é questão burocrática, preenchimento de papel é, a gente faz tudo, tanto a parte de assistência, quanto a parte de gerencia também, e geralmente é bem corrido assim, a gente tem pouco tempo assim****[...]* (DOROTHEA ORE - **grifos nossos**)

A perspectiva apontada pelas enfermeiras em relação à burocracia na gestão da unidade pode estar relacionada à lógica contemporânea de produtivismo, quer dizer, a pressão pela produção de dados que visam responder as agências multilaterais[9] que impõe agendas e modos de gestão das políticas públicas aos governos dos países em desenvolvimento.

Outro ponto levantado pelas enfermeiras em suas narrativas nos revela que as comunidades socioeconomicamente vulneráveis, trazem consigo o convívio em seu dia a dia com situações de violência, seja ela de forma física ou psicológica. Contudo, apesar disso não há interferência, segundo a enfermeira, no trabalho desenvolvido por ela no cuidado prestado a população, ou seja, ela consegue fazer o acompanhamento da comunidade sem problemas.

> *[...] a questão de violência existe de relação com drogas essas coisas assim, mas nada assim que impeça de a gente fazer visita, de a gente ficar acuado, nada assim, é [...]* (DOROTHEA OREM)

Ainda relatando as demandas de Dorothea Orem, a mesma revela que sua demanda se torna mais de pessoas domiciliadas do que acamadas em função da dificuldade de mobilidade dentro de sua área de abrangência na comunidade, ou seja, sua demanda se faz alterada, ou seu trabalho se faz diferente do que inicialmente seria, pelas condições geográficas de seu local de atuação e a estruturação de sua comunidade.

> *[...] a gente tem mais domiciliados, porque como aqui é bastante morro, aqui é muito morro. Então, tem a última rua lá, que a gente chama de rua Quatro, porque tem um nome muito gigante. Então, a gente abrevia para rua Quatro, eu ponho aqui por números, é bem longe, se você for daqui a pé lá para o final da quadra, dá uma meia hora andando, é bem grande o bairro. Então, a gente não tem tantos acamados, tem acamado, mas não são tantos, na área da –outra enfermeira- tem mais do que a minha, só que assim, acaba tendo bastante assim, mais idosos e tudo de visita por essa*

[9] As agências multilaterais banco Mundial, Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD/Banco Interamericano de Desenvolvimento -BID e Comissão econômica para a América latina e Caribe-CEPAL, as quais desde 1990 apontam a agenda para os países em desenvolvimento. Nessa agenda constam: crescimento econômico com equidade; desenvolvimento com competitividade; redimensionamento dos serviços sociais, com eficácia e eficiência. Em nome dessa agenda, as políticas públicas são submetidas à lógica de competividade e alcance de metas, sem levar em conta as condições objetivas de cada realidade.

> *dificuldade de locomoção, porque é morro, ou às vezes o idoso tem dificuldade de subir no ônibus e tudo, porque uns vem de ônibus pra cá, lá do final.* (DOROTHEA OREM)

Assim, observa-se que, a demanda e o trabalho em ESF desenvolvido pelo enfermeiro precisa se pautar na realidade de sua população, mas também nas condições geográficas locais, as quais podem facilitar ou dificultar o acesso e atendimento à saúde. No caso acima citado, observou-se uma enfermeira que precisou adaptar sua demanda e seu ritmo de trabalho ao quadro estrutural do bairro adstrito.

Em duas narrativas, as enfermeiras salientam a dificuldade de acesso ao público jovem, aos adolescentes, relatam que possuem contanto com as meninas apenas quando necessitam de acompanhamento de pré-natal. No entanto, não conseguem intervir nesta faixa etária a título de prevenção de agravos e promoção da saúde como preconizado, por diversos motivos, como citam a seguir.

> *[...] Então, é bem carente, a gente tem poucos...**não sei se é uma realidade de outros postos também, pouco contato com os adolescentes, o contato que a gente tem com os adolescentes é quando o adolescente vem fazer pré-natal**... Porque o que acontece também, ações na escola, **não tem escola para adolescente aqui**, são só pequenos de quarto a quinto ano. E**ntão, eles acabam tendo que sair do bairro, nosso contato fica pior ainda**, ai os que estão na escola tudo bem, os que não estão na escola acabam se envolvendo com a criminalidade, e o nosso acesso fica mais difícil, e com as adolescentes meninas a gente consegue contato quando elas vem fazer o pré- natal. A gente aborda nos atendimentos mesmo, em um preventivo, que a gente orienta em relação as DST' s e tudo, às vezes no teste rápido tem, a demanda maior de teste rápido são de adultos mesmo, as gestantes que a gente faz, mas as vezes vem adolescente e a gente já acaba orientado[...]* (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

> *Eu não tenho um grupo específico de adolescente não, não tenho, os adolescentes que procuram a gente são por livre demanda ou os agentes comunitários que captam eles e fazem a orientação de procurar, no início de pílula anticoncepcional, coleta de preventivo, de teste rápido[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Silva, Motta e Zeitoune (2010) confirmam em seu estudo o pouco contato da ESF com jovens, pois a grande maioria dos enfermeiros participantes de seu estudo, afirmaram não possuir nenhuma atividade na comunidade que seja voltada ao público jovem. Os autores continuam ainda, apoiados em Ferrari, Thomson e Melchior (2006) afirmando que a ESF por ter acesso mais próximo a comunidade e a realidade dos adolescentes possui forte potencial de atenção a esta demanda, no entanto as políticas de saúde para esta população ainda se encontram em desenvolvimento.

Como salientado em um estudo (DUARTE et al) para que os atendimentos ao adolescente sejam eficazes em saúde pública, necessitamos de recursos humanos suficientes e capacitados, aporte tecnológico de qualidade e um preparo do profissional atuante no critério de comunicação, sendo este o ponto de formação de vínculo ou a maior limitação de atendimento ao público jovem.

Contrapondo, uma das enfermeiras diz que realiza atendimento aos adolescentes de sua abrangência, tanto em unidade de saúde, quanto nas escolas.

> *Quanto a adolescência, é na minha área, tem algumas questões relacionadas de uso de drogas[...]a gente fez diversas palestras educativas, sobre educação sexual nas escolas, tanto no ensino médio quanto no ensino fundamental, pra aquelas séries que o diretor autorizou, a gente foi falou sobre as infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, então a gente fez trabalho educativo nas escolas. É fora isso a gente também trabalha com eles aqui, né, sempre quando eles vêm até o posto, faz pergunta alguma coisa também a gente responde as dúvidas, também faz a consulta de enfermagem, orienta também aqui e nas escolas.* (MADELEINE LEININGE)

Entretanto, o estudo de Reis et al (2013) aponta que as medidas adotadas em AB para atendimento ao adolescente, não se enquadram ainda no caminho de ver o jovem como um complexo sistema de funcionamento, e sim detém-se ao binômio saúde-doença. Neste sentido, este mesmo estudo (REIS et al, 2013) nos traz que os jovens atualmente iniciam suas relações sexuais precocemente, principalmente do sexo masculino, e o mais importante e relevante é que os meninos referem não utilizar preservativos e as meninas a não utilização de preservativos e/ou contraceptivos de nenhum modelo proposto.

Nas narrativas, observa-se também, que o aumento da demanda na área física da ESF, acaba por "prender" um pouco o enfermeiro, sendo que o mesmo precisa administrar o tempo para as visitas domiciliares acontecerem.

> *[...] agora a gente pouco sai,* ***tipo sai só quando precisa mesmo, quando tem um curativo de acamado, quando tem uma troca de sonda, porque a demanda aqui no posto é muito grande****. Então, a gente acaba não conseguindo sair... agora está mais tranquilo, teve um ou dois meses atrás que a nossa demanda de curativo estava muito grande, e assim curativos extensos, curativo que demora mais de uma hora. Então, uma que entrava ali na sala de curativos, já chegou época de ficar a tarde inteira, de entrar à uma e sair às quatro da tarde. Então, essa estava lá, e o resto bombando aqui fora, entendeu?* (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

Bonfim et al (2016) diz que o enfermeiro dispende mais tempo em reuniões e documentações do que qualquer outro profissional, sendo o enfermeiro que gerencia, organiza e orienta as atividades desenvolvidas na ESF.

Além das atividades já previstas, as narrativas das enfermeiras ressaltam que, por vezes, exercem atividades além do previsto durante o turno de trabalho nas unidades de ESF, tendo que se adaptar às necessidades do local, ainda que haja na unidade uma rotina previamente organizada.

> *[...] se eu tenho agenda de puericultura, então eu fico aqui atendendo, não tem como, tem eu atendendo, dois médicos, uma técnica de enfermagem e a – outra enfermeira- para ajudar na recepção também, tem que fazer as triagens dos médicos e as triagens minhas de puericultura. Então são três atendimentos para fazer triagem, para pegar remédio, tem uma técnica de enfermagem e uma enfermeira disponível só, disponível assim, que está ali na recepção, essas duas tem que dar conta de fazer as triagens, fazer os curativos, dispensar remédio[...] tem vacina também, que terça e quinta tem vacina[...]os médicos tem 12 pacientes agendados de manhã e 12 à tarde, dia normal, dia de pré- natal e puericultura são 10 também, por que acaba demorando mais nos atendimentos[...]* (DOROTHEA OREM)

> ***[...] além de você ter que fazer consultas de enfermagem, você ainda tem que fazer as atividades educativas, além disso, você tem que liderar a equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional que atua na estratégia, também é responsabilidade do enfermeiro****, além disso você cuida da parte administrativa, dos papéis, da liberação, até de parte do RH, liberação de folgas dos funcionários, de toda essa parte[...]*(MADELEINE LEININGER, **grifos nossos**)

Silva, Motta e Zeitoune (2010, p.447) apontam que "o enfermeiro de ESF possui certa dificuldade de exercer todas as funções que lhe cabem, pois o produtivismo cobrado cerceia a reflexão sobre ações e cotidiano", considerando que além das práticas clínicas o enfermeiro precisa gerir, administrar, capacitar e orientar sua equipe, comunidade e população adstrita.

Corroborando, Bonfim (2016, p.7) salienta que "é fundamental o levantamento de questões e estudos referentes aos profissionais de apoio administrativo nas USF para que, assim, os profissionais de saúde possam dedicar o tempo de trabalho ao usuário/família/comunidade".

As enfermeiras também narram sobre a demanda de urgência e emergência que muito eventualmente acontece nas unidades, na qual as mesmas têm orientado a equipe quanto a atendimento e procedimentos necessários.

> *[...] a gente sempre orienta a menina da recepção se não estivermos ali na frente, se a pessoa falar "estou com dor no peito", é 10:30 da manhã, você não vai deixar essa pessoa ir embora, tem que chamar para poder falar[....]e a gente passa para o médico, porque como tem 12, então o médico atende até mais 3 encaixes do acolhimento, acaba atendendo até 15 no período. Então se é um hipertenso, se é uma pessoa diabética que está descompensada, se é uma febre, uma dor de garganta isso entendeu!!(*DOROTHEA OREM)

> *O acolhimento seria a emergência para população que sabe o que é o acolhimento, por que tem coisas que eles vem aqui e a gente consegue resolver, mas tem caso que precisa mesmo uma atenção maior, mais secundário enfim ... mas assim nós temos alguns medicamentos aqui de uso pra uma emergência, né...tem alguma coisa, tem o hidrocortisona, temos medicamentos aqui que dá pra gente usar num caso mais especifico mesmo, tem adrenalina, temos umas coisinhas que é assim quando é uma asma mais severa, para uma coisa ou outra a gente tem, mas é claro que não é um atendimento de urgência mesmo, de pronto socorro nada disso, mas uma coisinha a gente tem pra não ficar tão na mão nós temos, algumas coisinhas assim...(HILDEGARD PEPLAU)*

> *A pessoa chega com qualquer tipo de queixa, a gente atende ela a qualquer horário e qualquer quantidade de pessoas[...]* (MADELEINE LEININGER)

> *O médico atende 14 pacientes pela manhã e 10 à tarde, então se há uma falta aí permite o encaixe, agora se chegar uma paciente está com queixa, não está se sentindo bem, eu faço acolhimento, eu não mando embora eu passo para ele[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Novamente nestas narrativas observa-se o acolhimento como tratamento pontual de urgência e/ou emergência nas unidades de ESF, onde a enfermeira realiza o atendimento e repassa as necessidades ao médico. Em citações anteriores esclarecemos, no decorrer do texto, que o programa de acolhimento deve ser entendido como formação de vinculo da unidade com a comunidade, e não atendimento extra para a equipe medica, quando de situações urgentes, ou seja, o acolhimento exerce função primordial de aproximar o enfermeiro de sua população para que esta sinta-se à vontade e autônoma em relação a sua saúde.

As narrativas ressaltam também a importância da rotina de trabalho do profissional técnico de enfermagem nas unidades, como Leininger cita:

> *Fora isso a gente tem o trabalho dos técnicos de enfermagem, que eles fazem as pré-consultas, também fornecem orientações, também fornecem medicações, orientam com o uso de medicações, fazem controle da farmácia, fazem curativos, que são as diversas funções do técnico de enfermagem[...]* (MADELEINE LEININGER)

> *Isso é muito importante dentro de uma ESF se você não tiver parceria com teus funcionários as coisas não andam[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Denota-se aqui, a importância de unidade de equipe para o desenvolver das ações dentro de uma ESF. As narrativas das enfermeiras, como geral, apenas citam o trabalho dos técnicos de enfermagem sem grandes ênfases, a explicação seria, pois, os técnicos cumprem suas funções e são os profissionais que lidam mais diretamente com os enfermeiros, não tendo, segundo as falas, situações relevantes a declarar.

Segundo Bonfim et al (2016) o enfermeiro deve refletir sobre a atuação e importância do trabalho do técnico de enfermagem, considerando o potencial profissional que pode estar corroborando com as atividades e processo de trabalho dentro da equipe e unidade.

Sendo assim, após explicitar as demandas de cada unidade e enfermeiro de ESF, podemos dar continuidade ao estudo, avaliando no próximo tópico quais as práticas de educação em saúde que são desenvolvidas considerando estas demandas.

4.3 Práticas De Educação Em Saúde

Como já ressaltado anteriormente, os temas educação e saúde são complementares no que concerne à promoção da saúde e prevenção de agravos da população brasileira. As entrevistadas, em geral, consideraram de grande importância a prática de atividades voltadas à educação em saúde. Considerando isto, descreve-se no decorrer deste texto, as atividades de educação em saúde propostas e realizadas pelas enfermeiras entrevistadas.

Conforme já destacado em seções anteriores desde a implantação das Diretrizes Curriculares (2001) há ênfase na chamada educação continuada, no aprender a aprender, sendo o aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. Ou seja, o enfermeiro de ESF necessita prioritariamente ouvir, analisar e coordenar suas ações pautadas no diagnóstico que realiza em sua localidade de atuação, sendo imprescindível que este esteja aberto a novas propostas e flexível quanto a divergências e alterações necessárias, sejam elas solicitadas pela população ou visualizadas pelo próprio enfermeiro ou equipe.

Segundo De Jesus et al (2013, p. 337) “a educação é fundamental, principalmente na construção de novos saberes e adaptação deste ao meio em que vive”. Ou seja, a educação é fundamental para o desenvolvimento humano, estando inteiramente conectada ao espaço saúde que envolve o indivíduo.

Nesta etapa do trabalho, abordaremos o que foi relatado nas entrevistas sobre as práticas de educação em saúde que são elaboradas e utilizadas pelas enfermeiras de ESF, ou o que estas consideram como ações de educação em saúde em sua área de atuação, conforme suas demandas diagnosticadas.

Segundo Carbogim et al (2013 apud Puschel et al, 2017), afirmam que um estudo realizado, constatou que a construção de um profissional habilitado para lidar com promoção da saúde e prevenção de agravos, o mesmo deve ser incluso nesta realidade desde o período de graduação, ou seja, para que possa formar vínculos, aprender a dialogar com o usuário e valorizar e respeitar seus saberes, com cuidado humanizado e transformando a realidade por meio da educação em saúde.

Dentro deste contexto, a saber, o MS, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) diz que a promoção de saúde da população brasileira visa melhorar a qualidade de vida do indivíduo e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados ao seu ambiente de vivencia, familiar, laboral e de educação e lazer (BRASIL/PNPS, 2010).

Neste sentido, Wanda Horta relata que todo e qualquer contato com a comunidade, família ou usuário pode promover uma prática de educação em saúde, tudo dependerá, segundo ela, do profissional envolvido.

> *[...]* ***as práticas educativas elas acontecem desde o encontro único do profissional com um cliente, um usuário do serviço, aí depende da postura do profissional****, se ele se entende como alguém que, a informação que ele vai trocar com essa pessoa e a maneira como ele vai escutar aquilo que a pessoa já traz, ele tá sendo um agente que pode trazer alguma mudança, alguma novidade que pode fazer essa troca, tem profissional que tem essa postura e tem profissional que não tem[...]* ***Então as práticas educativas elas se dão de todas essas maneiras, nas visitas dos agentes, nas visitas de nós outros profissionais da equipe, nos grupos estruturados, nas salas de espera e no encontro do profissional com o usuário também.*** (WANDA HORTA - **grifos nossos**)

Autores, como Sousa et al (2010), elucidam em seu estudo que, o enfermeiro torna-se meio importante no trabalho de educação em saúde da população, onde este como profissional de mais fácil acesso, formula vínculos mais facilmente com a comunidade adstrita. A educação em saúde, segundo os autores citados (2010, p.59) afirmam que o "o processo pedagógico da enfermagem" é um modelo de trabalho promissor no desenvolvimento positivo de desafios encontrados nas unidades de ESF.

No entanto, observa-se na narrativa, que o enfermeiro entende como educação em saúde, qualquer atendimento ou troca de informação realizados dentro ou fora da unidade,

demonstrando a dificuldade de compreensão do tema e a abordagem, talvez, incorreta da população, em que o mesmo percebe educação em saúde muito próximo do conceito de acolhimento, anteriormente esclarecido.

Wanda refere ainda, em sua narrativa que, todos os profissionais envolvidos, se tornam responsáveis pela educação em saúde propostos. Corroborando Kawamoto (2004, p. 30) afirma que todas as classes de profissionais de saúde são capazes e devem exercer as ações de educação em saúde, independentemente do local ou do tempo ofertado, que esta educação em saúde pode "ser feito informalmente ou de forma organizada e planejada".

Callista Roy, em sua narrativa, nos informa que, durante mesmo as esperas em dias de consulta médica, utilizam-se deste momento para intervir e promover ações educativas, segundo conceituação das enfermeiras, com as famílias e usuários ali presentes.

> *Então a gente né, por exemplo, segunda feira é dia de atendimento de puericultura, pediatra, é o dia que a pediatra vem aqui, então é o dia que vem crianças aqui,* ***então a gente faz essa ação educativa assim, sala de espera, conversa com as mães, dá orientação****, então as que estão aqui é mais fácil, elas já vem aqui, já estão aqui,* ***a gente faz as orientações, faz palestras, então a gente dá esse tipo de orientação... então assim a gente faz ações aqui no posto****[...]* (CALLISTA ROY – **grifos nossos**)

> *[...] a gente aborda nos atendimentos mesmo, assim tipo num preventivo, que a gente orienta em relação as IST's e tudo, às vezes no teste rápido, a demanda maior de teste rápido são de adultos mesmo, também as gestantes que a gente faz, mas ás vezes vem adolescente e a gente já acaba orientado.* (DOROTHEA OREM)

> *Grupo de gestante, é que assim, essa estratégia que eu quis fazer aqui de marcar um dia do mês e convocar todas elas, eu estou vendo que não está dando muito certo. O que tem que fazer, que nem eu fazia na área rural, é o dia da consulta! Então tem que fazer o grupo antes, porque aí pega todo mundo que está sentado ali para participar. Aí o que eu procuro fazer! No dia da consulta de pré-natal eu vou focar em algum tema. Falar um pouco da mama hoje com você, ou então do banho do bebe.* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Nestas narrativas acima, explicita-se o funcionamento das atividades de educação em saúde proporcionados pelos enfermeiros de ESF, em que as mesmas relatam não conseguir realizar atividade estritamente voltada a educação em saúde, mas sim oportunizar trocas de informações em pequenas palestras ou orientações pontuais, durante atendimentos ou determinadas situações já previstas, como as consultas de gestantes. Neste contexto, necessita-se salientar que, autores como Sousa et al (2010), ressalta em seu trabalho que a busca e desenvolvimento dos processos de educação em saúde, vão além do aspecto e cuidado

biologicista, mas que atualmente a educação em saúde, para fim de promoção da qualidade de vida da população, precisa voltar-se também ao campo político, econômico, sanitário/ambiental e cultural.

Como refere L'abbate (2002) os profissionais que atuam em saúde pública devem ter em mente a construção de ações concretas e significativas, afim de atender com qualidade a grande parcela da população que depende exclusivamente do sistema de saúde público, e que mera ações "inovadoras" não serão suficientes para abarcar estas demandas, sendo de suma importância a compreensão da necessidade e adequação dos profissionais à atuação em educação em saúde. A autora (2202, p. 290) ainda diz que "a vida é individual e coletiva, é singular e plural; é frágil e forte; é definitiva e efêmera...".

Portanto, como afirma também Kawamoto (2004) a educação em saúde não é uma mera transmissão de conhecimentos, não se configura como processo estático, pois esta ação não significaria mudanças efetivas e eficazes na melhoria da qualidade de vida da população.

O processo de educação em saúde como forma de prevenção e promoção deste, segundo as entrevistadas ainda é visto com certa dificuldade pelos usuários e comunidade. Como demonstrado também no tópico anterior, a demanda se torna mais pontual.

> *[...] a questão preventiva ainda é difícil, ainda as pessoas não têm essa consciência. Então, é ai que pega mais, e é isso que a gente tem que estar orientando, que a prevenção muitas vezes é mais importante do que a questão curativa.* (CALLISTA ROY)

Segundo salientado nas narrativas e em tópicos anteriores, existem ações voltadas as escolas, segundo as enfermeiras, ações de educação em saúde em escolas ou creches que se encontram nas proximidades da ESF.

> *Assim, a gente tem algumas ações na escola, a gente tem o programa Saúde na Escola, que é um conjunto da saúde com a educação, então da prefeitura, então tem algumas ações que os profissionais daqui vão até as escolas, junto com o pediatra da prefeitura,* ***então fazem ações de prevenção de verminoses, fazem teste ocular, pra ver a questão da visão da criança, a questão da vacina, daí a criança tem que levar a carteira de vacinação pra gente estar vendo, então são ações que a saúde vai até a escola e faz uma ação em conjunto ali com a escola****, então isso acontece algumas vezes no ano, cada unidade vai nas escolas próximas e faz esse tipo de ação.* (CALIISTA ROY – **grifos nossos**)

> *[...]* ***a gente fez diversas palestras educativas, sobre educação sexual nas escolas, tanto no ensino médio quanto no ensino fundamental****, para aquelas séries que o diretor autorizou, a gente foi falou sobre as doenças, as infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos,* ***então a gente***

> ***fez trabalho educativo nas escolas.*** *É fora isso a gente também trabalha com eles aqui,* ***sempre quando eles vêm até o posto, faz pergunta alguma coisa também a gente responde as dúvidas, também faz a consulta de enfermagem, orienta*** *também aqui e nas escolas, a gente costuma ir todos os anos, vários meses assim[...]* (MADELEINE LEININGER– **grifos nossos**)

> *O que teve em conjunto que foi feito aqui com eles – creche* ***- até hoje foi a parte de saúde bucal, orientação de escovação****, foi com a doutora D., a gente foi lá e* ***trabalhar a dengue, orientação de dengue até com os professores, deixar cartaz, folder isso****, que como é creche, bebê a gente não chegou a fazer nada assim com eles especificamente não.* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

Conforme as narrativas, a educação em saúde voltadas ao infante/adolescente em período escolar, se faz algumas vezes ao ano, em geral, seguindo protocolos pré-definidos de atuação via programas de saúde implementados, assim observa-se mais uma ação de controle vacinal e de aspectos pontuais da saúde da criança/adolescente, do que propriamente ações de educação em saúde.

Roecker e Marcon (2011) citam que orientações baseadas apenas nas doenças, em seus agravos e a identificação do culpado pela mesma, não se enquadra como educação em saúde, mas sim seria, a procura pela conscientização da comunidade em relação aos fatores relacionados e as determinantes das enfermidades, para que haja prevenção da saúde.

Corroborando com o tópico anterior, onde se citou a importância do agente comunitário de saúde, neste momento, também as enfermeiras trazem o assunto em pauta e ampliam dizendo que, toda a equipe deve colaborar nos processos de educação em saúde da população, onde todos devem "falar a mesma língua".

> [...] *as agentes comunitárias elas tem um conhecimento muito grande da sua área, conhecem todo mundo pelo nome e sobrenome, elas tem um conhecimento muito grande assim, você vê que elas tem um envolvimento grande com a comunidade, então isso ajuda bastante, qualquer informação que a gente queira saber a gente vai na agente comunitária e ela passa todas as informações e isso facilita bastante o trabalho.* (CALLISTA ROY)

> *[...]* ***então todo mundo tem que andar junto, falar a mesma língua****, então por isso são importantes as reuniões de equipe, a gente discute os casos, vê as necessidades de cada um e cada um expressa sua opinião, sobre determinado caso que precise ser analisado, investigado, então as reuniões de equipe auxiliam muito nesse trabalho, nesse diálogo entre os profissionais.* (MADELEINE LEININGER – **grifos nossos**)

> *[...]****Então, sempre com a participação nossa, ora mais próximo, ora supervisionando, ora discutindo um tema, ora esclarecendo alguma coisa,***

> ***ora fazendo a fala propriamente, participando mais ativamente, todos os profissionais devem estar envolvidos nas ações de prática educativa certo!!*** (WANDA HORTA – **grifos nossos**)

> ***Todo mundo tem um objetivo comum que é procurar atender bem as pessoas e a gente procura resolver os problemas delas***. *A gente procura fazer uma reunião de equipe quinzenal,* ***é o dia que a gente conversa, põe os casos clínicos, lava a roupa suja e procura resolver o que tem que resolver*** *e melhorar na unidade[...] por exemplo, tem 2 técnicos fixos meus que ficam aqui também. "Super" de boa, tranquilos, já pegaram o esquema, o que é para fazer, não preciso cobrar, me ajudam muito, lançam a produção, fazem visita, fazem grupo educativo também.* ***Todo mundo participa****[...] dia de terça que é o dia da "muvuca", tem pediatra, tem ginecologista e tem o clínico, o que que tem mais aglomeração então vamos fazer sala de espera, gente. Quem vai fazer? Qual é o tema? Elas já sabem. Dia de terça alguém tem que fazer uma sala de espera lá para mim. Tudo registrado [...] a gente, em reunião de equipe, acabou conversando até para fazer um rodízio das pessoas que vão ficar falando dos temas.* ***Isso é muito importante dentro de uma ESF se você não tiver parceria com teus funcionários as coisas não andam****, são cinco ACS que eu tenho aqui, o ACS é tudo na formação da estratégia de saúde da família vou falar pra você, as nossas pernas, querendo ou não, do contato com a população[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Nas falas acima, cria-se uma unidade de equipe para que as ações de educação em saúde possam acontecer, da maneira vista pelas enfermeiras, e que todo profissional é responsável pela promoção desta atividade educativa. Confirmando isto, nas falas, em que todas citam que reuniões de equipe são frequentemente realizadas, para que este modelo de trabalho seja esclarecido e estabelecido para toda a equipe.

Segundo Campos (2002) citado por Mehry e Onoko(2002, p.230), afirma que "o trabalho em saúde para se tornar eficaz e resolutivo, depende muito da autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública", ou seja, todos os envolvidos no processo de promoção da saúde, sejam usuários ou profissionais, possuem autonomia responsável sobre os cuidados desta tanto individuais quanto coletivos.

Silva, Motta e Zeitoune (2010, p.444) afirmam que em seus estudos que, em geral, as equipes não possuem um percentual de reuniões e debates sobre sua atuação de forma eficaz, o enfermeiro passa mais tempo em relações administrativas, citam também que "[...]os momentos das reuniões de equipes e, principalmente, das consolidações dos dados mensais podem constituir ocasiões fundamentais, para a construção de propostas de intervenções multidisciplinares voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, apresentadas pelo território[...]".

Ainda, neste sentido, Roecker e Marcon (2011) apontam que é de responsabilidade de toda a equipe de ESF, a formulação e participação em ações educativas, incluindo também a participação efetiva da comunidade, com a finalidade de melhoria da qualidade de vida do usuário.

As enfermeiras em seus relatos nos dizem que a educação em saúde é um "processo longo", no qual o enfermeiro deve ser persistente e perseverante, para que possa com ações de educação contínuas, obter mudanças ao longo do tempo.

> *[...] é aquela coisa, você tem que ir e ser persistente!* ***A gente tem que orientar e orientar e orientar um dia as coisas acabam mudando****,* ***eu vejo isso como um processo longo****, e ai você fala e você fala e você fala...ai você orienta e orienta e orienta[...]orienta a equipe, "gente vamos fazer", "vamos falar. Então é isso,* ***a gente tem que ter paciência, tem que ter perseverança, pra estar orientando e um dia as pessoas acabam se conscientizando e mudando****,* ***é um processo longo mesmo****,* ***a gente não pode piscar o olho e querer que as coisas estejam mudadas, não muda do dia para a noite****[...]* ***é uma luta, é uma batalha diária, as vezes parece que a gente faz, faz e faz e as coisas não saem do lugar, não mudam, mas devagarzinho a gente vai vendo uma mudançazinha aqui outra ali****, e a gente vai vendo que o trabalho não é em vão[...]* (CALIISTA ROY- **grifos nossos**)

> *[...] aí a gente vai se reorganizando, porque o processo ele modifica mesmo, muda muita coisa. Então, agora como que a gente vai fazer,* ***a gente tem que ir sendo maleável e revendo aquela ação e mudando****[...] isso se faz com muitas pessoas, e isso se faz é como na casa da gente, eu posso por exemplo a...eu...eu tomei a decisão que a partir de hoje eu não lavo mais galão de água sozinha na minha casa...****gente não adianta eu chegar escrever isso num papel, grudar na parede e pronto e acabou****...sabe?! Eu tenho que sentar, eu tenho que conversar todo mundo tem que entender, estar consciente do porquê não, porque eu estou com um problema de coluna, porque isso é um papel de todos, porque todo mundo bebe água, sabe isso* ***é um processo de amadurecimento, e isso precisa acontecer****, quanto mais você faz, mais você é cobrado, mesma coisa na saúde, quanto mais você oferece, mais demanda você vai ter, eu sempre falei isso pros profissionais,* ***quanto melhor tratado é um munícipe, quanto melhor atendido na necessidade dele, ele é, mais ele vai procurar o posto****.* (WANDA HORTA – **grifos nossos**)

Alves e Aerts (2011, p.321) afirmam que a educação em saúde é um processo no qual preconiza-se desenvolver no indivíduo um pensamento crítico sobre sua saúde, utilizando o diálogo como método de trabalho, assim propiciando, segundo eles "um modo de trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas".

Silva, Motta e Zeitoune (2010) referem que seus estudos demonstraram pouca participação da comunidade nos planejamentos e tomadas de decisões junto das ESF, pois

segundo eles não houve um repasse ou discussão sobre os resultados de demandas evidenciadas. Roecker e Marcon (2011, p.704) afirmam que as ações educativas devem integrar a comunidade, "demonstrando a ela a importância de sua participação efetiva junto a equipe que possa determinar os objetivos e as propostas de trabalho para com a comunidade, visando a promoção da saúde".

Em algumas narrativas as enfermeiras sentem que ainda necessitam de algumas atividades a mais para desenvolver por completo suas ações educativas na comunidade, como o relato de Dorothea Orem referindo que "sente falta" de ações diferentes e justifica a ausência destas pela falta de tempo e de Florence considerando aumentar o número de grupos realizados em demandas diferenciadas.

> ***Eu sinto assim dificuldade de às vezes fazer alguma coisa diferente, até praticar, por exemplo, alguma ação um pouco diferente por falta de tempo mesmo****.... Eu gosto de atender, todos os atendimentos que eu faço, de puericultura, pré-natal, atendimento seja para hipertenso, seja diabético, eu gosto de fazer, eu gosto disso, tanto que é por isso que estou aqui entendeu!!* (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

> *[...]* ***talvez um grupo acho que seria interessante*** *de Doenças Sexualmente Transmissíveis, gestação precoce,* ***é uma coisa que a gente pode até programar para estar fazendo futuramente****, mas não tem uma, alguma coisa específica agora[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

Estas falas nos levam a pensar que, o enfermeiro é promotor do processo de educação em saúde, apesar de outras classes profissionais estarem envolvidas, recai sobre o enfermeiro o início de proposta de trabalho. O que revela também que, segundo autores (SOUSA et al, 2010) afirmam que, para que se atinja o ideal de educação em saúde na atualidade, o enfermeiro deve primeiramente entender-se como educador e realizar ações que façam o indivíduo pensar sua situação de saúde, e não colocar as dificuldades e as soluções prontamente expostas.

Autores como Roecker e Marcon (2011) também corroboram dizendo que a educação em saúde precisa estar presente em todas as ações desenvolvidas em ESF, para promover saúde e prevenir doenças, utilizando métodos que façam o indivíduo refletir sobre sua saúde e incluam em seu dia-a-dia as ideias de promoção de saúde considerando sua singularidade.

Encontramos também nas narrativas, o reconhecimento da enfermeira de que, muitas vezes, mesmo orientando a população e educando quanto a saúde, as escolhas feitas pelo

usuário e por sua família, em relação à saúde, são de responsabilidade deste que é totalmente autônomo e capaz.

> *Então assim, elas têm o conhecimento do uso do anticoncepcional, mas elas não querem mesmo, elas querem engravidar... é uma escolha da pessoa, a gente lógico orienta, fala alguma coisa em relação a isso mas mais uma forma de orientar[...] iniciou um pré-natal adequado, a gente orienta depois que tem que fazer um acompanhamento direitinho[...] ai tem assim, não são todas, tem as mães que vem direitinho na puericultura, tem uma que vem todo mês revezando, a gente orienta em questão da amamentação, do leite materno, não são todas que conseguem, mas vem orientando direitinho tudo[...]* (DOROTHEA OREM)

Autores, como Sousa et al (2010) dizem que o indivíduo somente conseguirá enfrentar suas dificuldades de saúde sozinho, se for abordado com este algo em relação ao desenvolvimento pessoal, com ênfase em ampliar suas capacidades pessoais, ou seja, o indivíduo deve se conscientizar da responsabilidade que tem sobre seu aspecto saúde, tornando-se promotor da própria saúde gerando autonomia e clareza dos fatores associados e colaboradores para sua saúde ou doença.

Hildegard Peplau e Madeleine Leininger esclarecem em seus relatos que, é necessário criar vínculo com as famílias e a comunidade, para que disponibilize melhor alcance e visibilidade do cuidado individual, promoção da saúde e prevenção de agravos por meio da educação.

> *[...]**você tem que entrar na família mesmo**, que igual um tempo atrás: eu estou com uma paciente que vinha quase todos os dias com dor nas costas, dor nas costa; foi feito tudo por ela, nada resolvia, ai quando fomos na casa dela a gente descobriu que o filho batia nela, era "drogadita" e então, assim ficava olhando a neta de uma outra filha, a neta tinha um ano, então ficava carregando peso o dia inteiro. **Vendo aqui não é só a dor, mas todo um complexo ali, uma complexidade ali para essa dor.** Exemplo: tem muitos pais, como tem mãe solteira, tem muitos pais solteiro, então a gente, a gente chega pede exame, a gente conversa, alguns já chegam com o agente de saúde que tem mais contato "oh!!aconteceu isso, isso" e conta o caso e como posso fazer exame de IST. Então, assim é um cuidado onde eles permitem mesmo, uns tem mais cuidado outros já tem pouco. Então, mas assim é um cuidado que eles permitem, infelizmente não tem muito, não dá pra gente invadir, entende, a gente orienta como um todo, nós fizemos uma orientação com um todo. A hora que permitem a gente chega mais a fundo faz um exame, mede sorologia, faz uma coisa mais, mas se não permitem não tem muito o que a gente fazer, a gente tem que orientar somente.* (HILDEGARD PEPLAU - grifos nossos)

> *[...]* ***o vínculo que a gente tem com a população a gente estabelece um vínculo com a população bastante forte, de você entrar na casa deles, conhecer a família, você acompanha a gestante desde o bebezinho quando está na barriga, quando cresce, dependendo o tempo que você fica numa em uma unidade de saúde, você vai acompanhar aquele bebê, ele fica adolescente, até quando esse adolescente, jovem for engravidar de novo****, é* ***um vínculo bastante forte que a gente estabelece com a família, a família confia muito no trabalho do enfermeiro****. Tem muitas famílias, muitas pessoas que elas vêm, a primeira opção delas é vir atrás do enfermeiro. Então, elas confiam muito no nosso trabalho, elas têm essa relação de confiança bem estabelecidas, com a gente, isso é muito bom, muito legal, por conta desse trabalho, que a gente desenvolve na comunidade, de estar presente nas casas, nas ruas, nos lares delas. Eles vêm até aqui, a gente vai até lá. Então, isso, é uma das principais potencialidades da estratégia, é essa relação mais próxima que a gente tem com o usuário, a gente não espera a pessoa vir até aqui no posto a gente vai até ele. (*MADELEINE LEININGER - grifos nossos)

Alves e Aerts (2011) afirmam que o profissional de saúde, envolvido na saúde pública deve se dispor a envolver-se com o usuário de forma a criar vínculos, utilizando o diálogo como instrumento desta interação e compromisso para com o indivíduo e sua saúde ali envolvidos.

Também, Roecker e Marcon (2011, p.704) defendem que "cabe ao profissional de saúde, conhecer a forma de cuidado, crenças e valores dos usuários, tomando estes como ponto inicial de planejamento de suas ações".

A narrativa de Hildegard também revela que as usuárias de drogas- uma realidade de sua área de abrangência, procuram a enfermeira de ESF como referência para quaisquer eventualidades. As usuárias não possuem uma atitude de proteção prévia de sua saúde, mas sim procuram atendimento quando necessário, fazendo com que a enfermeira aproveite somente estes momentos de procura por atendimento para educar quanto à saúde e cuidados das mesmas. Refere também que, em contraponto a abertura que as mulheres possuem, os homens nesta situação de envolvimento com drogas não são acessíveis e pouco procuram a ESF.

> *[...] as mulheres "drogaditas" elas permitem, então, assim elas vêm aqui, elas usam anticoncepcional, qualquer hora que elas chegam a gente dá, porque elas se prostituem para usar droga. Então, qualquer momento que elas vem a gente já dá o medicamento, dá a injeção. As mulheres são mais abertas, a gente conversa com elas, elas tem a mim como referência, então ela fala – "enfermeira aconteceu isso, isso, isso", aí a gente intervém[...] agora os homens é muito diferente, quando permitem e quando vem também no posto, quase não vem no posto, então assim, mas eles respeitam muito eles passam, sabem quem é a enfermeira, sabem quem é o agente da saúde, respeita muito a gente, mas isso é muito superficial[...] mas eles respeitam,*

> *é bem superficial eles não procuram atendimento médico, só as mulheres que vem elas se abrem elas falam, mas somente elas[...] é, os que permitem a gente dá uma atenção legal*. (HILDEGARD PEPLAU)

As narrativas salientam as diversificadas práticas de educação em saúde, ou maneiras encontradas pelas enfermeiras de certa forma, interagir com a população, desenvolvendo estas ações em função da demanda diagnosticada. No caso de Peplau, abaixo, sua demanda abrange muitas famílias com problemas com uso de drogas e prostituição. Esta enfermeira então, usa de métodos e oportunidades diferenciadas para promover e proteger a saúde de sua população.

> *[...] nós temos os testes rápidos, mas a maioria não faz né,* ***nós temos assim, uma estratégia no posto que todo paciente que vem para qualquer coisa, a gente pede sorologia****, essa é uma estratégia que nós temos no posto, mas as vezes a pessoa vem, sei lá, para ver uma pressão, vem aqui deixa ver aqui... alguma coisa ali vamos pedir uma sorologia, a gente pede sorologia para ela entendeu? Para pouca coisa que a pessoa vem pedir um atestado médico para alguma coisa, já faz sorologia então é uma estratégia que nós temos aqui no posto, a gente costuma pedir sorologia,* ***para qualquer coisa a gente pede sorologia, por que IST não tem cara*** *[...]* (HILDEGARD PEPLAU – **grifos nossos**)

> *[...] a cada visita, então a gente brinca, a gente fala gente,* ***vamos tentar fazer uma frase que seja a frase mais curta e objetiva possível, pra que vocês reproduzam isso nas visitas de vocês****, a gente sabe que é chato que é cansativo falar a mesma coisa, mas isso precisa acontecer e isso faz parte do processo, então: "não deixe água parada", então cada casa que for, pelo menos isso, está lá com a dona Maria no portão, "Dona Maria então tá aqui já resolvemos esse negócio da consulta, dona Maria só queria reforçar com a senhora por favor não deixar água parada o verão está vindo aí". Então a gente fica nessa luta assim entendeu!!* (WANDA HORTA – **grifos nossos**)

> *Grupo de gestante, é que assim, essa estratégia que eu quis fazer aqui de marcar um dia do mês e convocar todas elas, eu estou vendo que não está dando muito certo. O que tem que fazer, que nem eu fazia na área rural, é o dia da consulta! Então tem que fazer o grupo antes, porque aí pega todo mundo que está sentado ali para participar. Aí o que eu procuro fazer!* ***No dia da consulta de pré-natal eu vou focar em algum tema. Falar um pouco da mama hoje com você, ou então do banho do bebe****.* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Wanda e Florence usam de meios diferenciados, como com falas previamente estabelecidas para que a população frise e memorize determinado cuidado naquele momento ou também utilizar de momentos em que a população está presente para realizar alguma palestra ou orientar sobre cuidados necessários, como no caso das gestantes. Considerando estas ações expostas, fica-se claro de que, isso não se enquadra nos moldes de educação em

saúde preconizados, no entanto, é o modo de repasse de conhecimentos e informações cabíveis no momento para estes profissionais.

Alguns autores, como Alves e Aerts (2011) salientam em seu estudo que, toda equipe de ESF deve ter como proposta orientar e implementar as ações de saúde, dando ênfase nas ações de educação em saúde, pois estas são ferramentas essenciais para a promoção da saúde da população, considerando trabalhar com conteúdo crítico-reflexivo e de forma contextualizada. O que não se concretiza em nenhuma narrativa até o momento.

Segundo Garcia et al (2018) o enfermeiro é peça importante na formulação do papel social das práticas de educação em saúde voltadas a população, porém, a equipe de saúde como um todo deve estar inserida no processo e buscar melhorias e modificações conjuntas da realidade.

Hildegard Peplau em sua fala nos demonstra um conhecimento de sua área de abrangência e das necessidades desta, salientando que orienta a equipe quanto aos atendimentos e informações, principalmente os agentes comunitários de saúde, pois estes que estão mais próximos das famílias no dia a dia pelas visitas domiciliares. A mesma ainda em sua fala ressalta a importância de se orientar as mulheres em situação vulnerável, principalmente em situação de prostituição.

> *[...]* ***a gente pede para os agentes de saúde sempre levar uma camisinha na bolsa,*** *vendo alguém que começa a conversar com ele na rua, eles, são muito abordados, daí já chamam você para perguntar, para questionar, então* ***sempre com a camisinha na bolsa, se começou a falar alguma coisa, já dá a entender que dá uma abertura para falar sobre isso, ele já oferece o preservativo***. ***É por que as mulheres elas ficam em situação de rua****, elas largam filho, largam tudo para usar o craque mesmo, então assim para essas mulheres é difícil, fazem programa e não usam camisinha mesmo.* (HILDEGARD PEPLAU – **grifos nossos**)

Segundo Hildegard, os homens se tornam mais receptivos em relação ao processo de educação em saúde e, por vezes, aceitam as orientações oferecidas, pois os mesmos, segundo ela não se prostituem para o uso de drogas.

> [...], *mas os homens conseguem, os que dão abertura a gente consegue por que assim,* ***elas se prostituem, os homens não, somente as mulheres,*** *então para eles é mais fácil a gente tem no momento que dá abertura, a gente trabalha mais, a gente sente-se um pouco responsável pela saúde deles.* (HILDEGARD PEPLAU – **grifos nossos**)

Madeleine Leininger, em sua narrativa nos diz que a ESF exige do enfermeiro um conhecimento abrangente em relação aos cuidados em todas as faixas etárias do desenvolvimento humano.

> *Eu que já trabalhei em hospital e estratégia da saúde da família, a estratégia, ela exige mais de você na questão de conhecimento, você tem que saber de todas as áreas,* ***você tem que entender de saúde da criança, do adulto, de pré-natal, de saúde da mulher, do idoso, de todas as áreas, para você poder prestar atendimento qualificado para sua população****[..] aqui na estratégia você tem que estar preparada para atender todo mundo. Então te exige muito um conhecimento bastante amplo, de várias áreas, tem que saber administrar tudo isso.* (MADELEINE LEININGER – **grifos nossos**)

Leininger levanta em sua narrativa um aspecto importante da atividade laboral do enfermeiro de ESF, o mesmo precisa estar preparado para as adversidades do dia-a-dia, mas também precisa ter conhecimento para atuar em todas as etapas do desenvolvimento humano, desde gestação até o idoso em sua área de abrangência. Estes conhecimentos também acordam as ações voltadas a educação em saúde, o enfermeiro de ESF tem de estar preparado para que, com seu conhecimento prévio para o cuidado de doenças, possa então discernir e avaliar ambientes e condições de vida de sua população, e trabalhar com ela, de forma a fazer este indivíduo perceber a responsabilidade quanto a sua saúde e fazê-lo pensar sua qualidade de vida e os fatores que possui em seu entorno, qualificando-os como necessários, prejudiciais ou facilitadores.

As ações de educação em saúde, segundo Kawamoto (2004) são componentes das ações básicas previstas pelo sistema de saúde, e deve ser considerada, uma postura, um comportamento e um compromisso com as reais necessidades da população adstrita, visando sempre a qualidade do atendimento. Ainda neste contexto, Alves e Aerts (2011) afirmam que a promoção da saúde via práticas de educação em saúde, visa fortalecer a autonomia e a capacidade de decisão dos usuários, ou seja, as ações devem ser claras, simples e reflexivas para que de forma contextualizada o profissional trabalhe a promoção da saúde com intuito de formar usuário autônomo.

> *[...] a gente vai aprendendo durante a nossa vivencia, mas é uma área bem diferenciada, das outras, que é uma área que você consegue trabalhar com a promoção, com a prevenção de saúde, que também é diferente do ambiente hospitalar, na atenção básica você consegue evitar que o paciente, que as pessoas se agravem, você consegue* ***promover ações para que ela tenha mais saúde, para que ela seja mais responsável pela saúde dela, que a família seja responsável, a comunidade, pra que ela não adoeça*** *e não*

> *precise chegar , né, até ambiente hospitalar e precise ficar internada, então que* ***essa é uma das principais funções da atenção básica é esse a gente trabalhar com educação , promoção da saúde***. (HILDEGARD PEPLAU- **grifos nossos**)

Na narrativa, Hildegard esclarece que tem ciência da necessidade de suas atividades educativas, a mesma ressalta a importância de manter ou gerar a autonomia de seus usuários e famílias, e tendo como principal objetivo da ESF, a promoção da saúde e prevenção de agravos, para que a população não precise utilizar de outras formas de atendimento.

Segundo autores como Sousa et al (2010) as ações de educação em saúde devem ultrapassar as condições biomédicas do indivíduo, mas sim trabalhar com este para que se realize um trabalho amplo e complexo, no sentido de que não se façam apenas transmissões de conhecimentos, e sim possuir um objetivo mais amplo, de acolher o indivíduo e prepara-lo para que este seja autônomo e capaz de promover sua saúde e de sua família.

Roecker e Marcon, (2011) dizem que o usuário de saúde, não deve ser orientado apenas por meio de palestras ou falas previamente arranjadas, mas sim ideias elaboradas e contextualizadas com a realidade daquela comunidade, com o objetivo de promover a saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, modificando seu pensamento crítico sobre sua saúde e processo de prevenção desta.

Observa-se aqui também, a clareza dos princípios e objetivos do SUS e da AB onde, o atendimento deve ser de forma integral, igualitária e gerando a autonomia do indivíduo e comunidade sobre sua saúde.

Alves e Aerts (2011, p.320) e Sousa et al (2010) em seus estudos, retomam um pouco da história da educação em saúde para contextualizar a necessidade de mudança de pensamento e atuação dos profissionais envolvidos, dizendo que as ações educativas eram preconizadas no sentido de "domesticar" as pessoas para um determinada norma e conduta, cerceando os profissionais da saúde a oportunidade de refletir sobre suas práticas e atuação em saúde.

Wanda Horta, nos diz que, algumas formas de educação em saúde se tornam um tanto padronizadas, onde esta refere que algumas atividades "tem que acontecer", ou seja, estão previamente colocadas como rotina de ESF.

> *[...] desde que eu vim pra cá, foi colocado assim, grupo de Hiperdia e grupo de gestante é algo que tem que acontecer, e não era uma rotina quando eu*

> *vim pra cá o trabalho em grupo, ações educativas, e aí, desse tempo que eu estou pra cá, se estabeleceu [...]* (WANDA HORTA)

> *A questão dos grupos educativos a gente faz. Tem o grupo de HIPERDIA? Tem. Tem o grupo de gestante? Tem. Então a gente procura trabalhar com a prevenção né, dentro da ESF*. (FLORENCE NIGHTINGALE)

Wanda horta é a única enfermeira que nos relata sobre o trabalho conjunto com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o qual segundo o MS (2018), diz que é "uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das ESF, das Equipes de AB para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes". Wanda, que nos cita isto, também salienta que as ações em grupos são forma de educação em saúde que devem ser priorizadas nas ESF.

> *[...] formaram equipe do NASF, e aí de lá para cá o NASF eles vêm trabalhando muito, incentivando muito essa questão do grupo, de* ***trabalho em grupo, porque realmente é um modelo prioritário de você trabalhar ações educativas na atenção básica, você consegue atingir um grupo maior e fazer esse trabalho****, e aí a gente teve algumas experiências, tem algumas que ficou, tem outras que não.* (WANDA HORTA - **grifos nossos**)

Wanda e Florence narram também, que há a atuação de outros profissionais junto a ESF e estes também participam das atividades realizadas dentro das ESF, no entanto, são situações pontuais e não configuram ações de educação em saúde.

> *Então, na verdade assim, existe um trabalho da dentista, que faz os exames, faz as orientações de escovação, ela tem o calendário dela, ela não faz só nessa porque tem uma outra para baixo também[...]* (WANDA HORTA)

> *[...] a gente tem parceria com assistente social, no sentido de quando tem bolsa família já ligo para ela tanto que já tem data em abril e outubro para fazer palestra aqui de orientação para os beneficiários. Aí eu a convido para fazer palestra junto com a gente, para falar das condicionalidades porque pesar, "super" participativa, muito bom fazer isso com ela, muito legal[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE)

Observa-se nas falas acima, que o entendimento de palestras sobre determinados assuntos, se enquadra perfeitamente, segundo as enfermeiras, como ações de educação em saúde, sejam estas realizadas por elas ou outros profissionais, permitindo uma ação mais articulada com os demais serviços do território, garantindo, de certa maneira a intersetorialidade.

Dando seguimento, Wanda em sua narrativa a seguir, diz que, segundo ela, poderiam ser construídos o que ela chama de protocolos de educação em saúde, para os atendimentos de ESF, para guiar os profissionais que iniciam na atuação e também os que possuem dúvidas sobre suas atuações. Tais protocolos, são entendidos como documentos a serem formalizados, com conteúdo explicativo e possíveis diagramas de como proceder em determinadas atividades ou ações realizadas em ESF.

A profissional considera que estes protocolos devem ser construídos pelos profissionais envolvidos na área com conhecimento prático do que acontece no município, região ou comunidade.

De forma clara, estabelecemos durante este estudo, que educação em saúde não se configura como uma ação estática e programada, sendo então a fala da enfermeira interessante para se analisar que, estes profissionais ainda não se percebem educadores e precisam, muitas vezes, de formulações prontas e previamente escritas que pautem suas atividades laborais, fugindo do que é preconizado pelo sistema de saúde e programas de saúde vigentes na AB.

> *[...]* ***protocolo é você construir junto com a equipe que trabalha, como elas vão fazer e elas estarem consciente da importância disso, para elas saberem o porquê estão fazendo.****...isso é um protocolo...isso requer trabalho em grupo, discussões, opiniões de profissionais entendidos do assunto, que estão envolvidos na rede com o trabalho, não é opinião de pegar um "mega blaster" especialista lá do outro lado do país ou de – alguma cidade - que seja, que ele não sabe da realidade daqui e aqui a gente tem bons profissionais[...]* (WANDA HORTA, **grifos nossos**)

Segundo Alves e Aerts (2011, p.323) as EFS tem como proposta fundamental prevenir e promover a saúde da população, sendo assim, deve organizar o serviço para atender a demanda espontânea, mas, também, organizar-se de forma a ampliar os cuidados até atingir aqueles que não procuram ou desconhecem esta forma de atendimento, para isto, "é necessário que conheçam seu território e as pessoas moradoras nessa área e, tenham como rotina de trabalho a realização da visita domiciliar". Ou seja, os autores explicam que sim, as ESF precisam de uma rotina de trabalho, precisam conhecer sua área e sua população, no entanto, a promoção da saúde e prevenção de agravos por meio da educação em saúde deve sempre estar em foco, e para que isto aconteça, formas prontas de trabalho não serão efetivas.

Florence em sua narrativa, salienta que, segundo sua experiência prévia profissional, observa a diferença entre atuação em área urbana e área rural, afirmando ainda que as práticas de educação em saúde se tornam mais facilmente desenvolvidas e a população adere melhor na área rural do que na urbana.

> ***Fiquei, quer ver, fiquei 5 anos, 4 anos nessa área rural. Uma população totalmente diferenciada, carente, a adesão deles é muito maior na unidade, nos grupos educativos. Eu acho que a receptividade também com a gente dentro do domicilio também é bem diferente****. A população aqui é outro nível financeiro, de orientação, as pessoas são mais assim, te recebem em domicilio, mas não é como o pessoal da área rural, e assim, a participação e a adesão em grupo educativo eu acho muito baixo. Grupo de hipertenso, diabéticos, gestantes não tem tanta adesão como tinha na área rural.* (FLORENCE NIGHTINGALE, **grifos nossos**)

Dando continuidade, percebe-se que a educação em saúde é uma forma de atenção em saúde pública que deve ser encorajada e estimulada até que se consiga cumprir com todas as propostas instituídas pelo sistema de saúde vigente, considerando sempre a atuação do enfermeiro com primordial nesta construção, a fim de propiciar uma melhora na qualidade de vida dos munícipes sob sua responsabilidade.

Sousa et al (2010, p. 59) diz que "Diálogo, consciência e emancipação são palavras-chave" no processo de educação em saúde nas comunidades, e que o novo ideal de educar a população quanto aos seus cuidados de prevenção e promoção da saúde, interfere inclusive na "conscientização e emancipação dos próprios enfermeiros como educadores em saúde".

Os autores, Costa, Borenstein e Padilha (2013) apontam que o profissional baseia sua atuação em meras atividades assistenciais ou em modelo curativo e não preventivo, e, nesse sentido, as ações se tornam ineficazes ou insuficientes para atender as necessidades expostas pela população. Os mesmos ressaltam que para que estas questões sejam sanadas, as instituições de ensino superior necessitam rever projetos pedagógicos e buscar novos paradigmas para a formação e qualificação profissional do enfermeiro.

Assim, observou-se neste tópico, pelas narrativas expostas, quais as ações e qual a concepção de educação em saúde visualizada pelas enfermeiras de ESF entrevistadas. No tópico seguinte será salientado, quais os desafios que estas enfermeiras enfrentam em seu ambiente de trabalho, para desenvolver principalmente as ações de educação em saúde.

4.4 Desafios Encontrados

Dentro deste último tópico, abordaremos alguns desafios trazidos nas falas das entrevistadas, importantes para uma reflexão sobre as condições e efetividade das ações produzidas nestas unidades de ESF.

As narrativas, de três enfermeiras, apresentaram dificuldades em relação à compreensão da população sobre orientações básicas como alimentação e higiene pessoal, como também salientam a falta de compreensão sobre as ações preventivas, razão pela qual os enfermeiros precisam de diversas estratégias para buscar a população e persistir em suas ações.

> *[...] então assim essa parte de orientação, falta de conhecimento básico, eles tem muita,* ***muita falta de conhecimento****, então* ***tem algumas coisas que são muito precárias mesmo, a questão da orientação, de você estar ensinando o básico mesmo, a questão de higiene, de alimentação*** *[...] os preventivos a gente percebe que poucas pessoas vem, a gente tem que ficar muito em cima pra vir, tem que todo ano colher preventivo [...]* ***a gente tem um trabalho junto com as ACS, para elas estarem falando, procurando, vendo quem está com o preventivo atrasado, correndo atrás, e se a gente não fica em cima, elas não vem****,* ***as pessoas não tem muita noção da importância que tem, ter um acompanhamento [...] puericultura a mesma coisa, ás vezes a criança nasce, passa um mês, passa dois meses e a mãe não traz pra consulta, você tem que ir lá na casa, pra ver o que que está acontecendo, por que que essa criança não foi na consulta, então, tem que ficar em cima****.* (CALLISTA ROY – **grifos nossos**)

> *[...] por exemplo, a mãe morava aqui, daí não sei porque, ela foi embora pro nordeste [...] ela fez o pré-natal na mãe taubateana, aí acho que antes do bebê nascer ela foi pro nordeste, ela voltou pra cá, o bebê acho que tinha uns dois meses, isso foi nesse atendimento que eu fiz nela semana passada, que* ***eu soube que ela voltou e o bebê tinha dois meses, e o bebê já está com seis meses****, e a menina veio 'super' congestionada, aí eu falei 'nossa é a primeira vez que ela está passando aqui?', ela falou assim é, eu falei 'você mora, tá morando a pouco tempo pra cá?'* ***Aí ela falou assim – 'não, eu vim pra cá ela tinha dois meses', eu perguntei –'você não passou nenhuma vez em consulta?', - 'Não'. Assim, criança até um ano de idade tem que passar todo mês, a gente tem que fazer um acompanhamento, justamente pra evitar, alguma coisa que complique, pra gente ver como que está o ganho de peso, ver como que está a alimentação, para evitar que a criança fique doente mesmo e se desenvolva bem****, e ela – 'a tá, daí eu vou trazer''.* (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

Com a narrativa de Dorothea, reitera-se o pensamento de que é necessário que a população seja trabalhada com as ações de educação em saúde, para que situações como a exposta não ocorram com tanta frequência como queixam-se as enfermeiras. Uma população, um indivíduo que se encontra informado e consciente dos fatores que o envolve, seu ambiente de trabalho, moradia, lazer e qualidade de vida, e que interferem em sua saúde, importa-se e responsabiliza-se por sua saúde e de seus dependentes, ou seja, torna-se autônomo e previne agravos.

Alves e Aerts (2011, p.322) corroboram com as falas, dizendo que “um dos grandes problemas vivenciados pelas equipes de ESF, é o trabalho com grupos na comunidade, onde a dificuldade se dá no entendimento da linguagem e concepção de mundo dos usuários”.

Diferentemente, Florence relata que, visualiza sua população com dificuldade de compreensão do trabalho do médico que atende em ESF, onde o mesmo é generalista e, em geral, as pessoas buscam pela especialidade que lhe afligem no momento.

> ***As pessoas estão acostumadas com um especialista.*** *Chega aqui na recepção, eu quero falar com o ginecologista, eu quero passar com o cardiologista, e não é essa a realidade da ESF. A gente tem que sentar, conversar [...]* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

Callista Roy em sua narrativa, ressalta que é um grande desafio conscientizar a população quanto aos cuidados preventivos e a promoção da saúde, de como ainda o aspecto tecnicista e curativista estão implantados na memória da população.

> ***Então o desafio é grande, é um grande desafio você conscientizar a população, de fazer prevenção a saúde****, porque as pessoas tem na cabeça que só vai no postinho quando está doente,* ***só procuram o serviço de saúde quando estão doentes, mesmo a atenção básica****, que a gente sabe que é a parte mais preventiva, mas as pessoas ainda procuram o postinho, quando estão doentes [...]de uns anos pra cá isso mudou, mas assim,* ***ainda vai muito tempo para que as pessoas tenham esta consciência****, então,* ***é trabalho de formiguinha mesmo, você vai orientando, vai explicando, um dia as coisas mudam****, a gente tem que fazer a nossa parte, que é orientação, conscientização.* ***É uma luta, é uma batalha diária, as vezes parece que a gente faz, faz e faz e as coisas não saem do lugar, não mudam, mas devagarzinho a gente vai vendo uma mudançazinha aqui outra ali****, e a gente vai vendo que o trabalho não é em vão*[...] *(CALLISTA ROY –* ***grifos nossos****)*

Como Sousa et al (2010) salientou em seu estudo, realizando uma busca histórica, de que a noção de saúde para a população foi por muitos anos atrelada ao conceito de produtivismo, como citado em tópicos anteriores, sendo o indivíduo preocupado somente com a questão curativa, onde se encaminhava ao atendimento de saúde, quando alguma situação pontual interferia em seu processo de trabalho e produção.

Kyrillos e Jung (2017) nos trazem que a comunicação é aspecto fundamental para o desenvolvimento do ser humano, e que deve ser levado pelo profissional presente como linha primordial de atendimento. Também salientam que se deve ter atenção a comunicação realizada, pois “entre quem fala e quem escuta, há a interferência das motivações, das expectativas, das histórias de vida de cada um. Nossas experiências moldam a interpretação daquilo que ouvimos. ” (p.56)

Outro desafio relatado é relacionado ao trabalho, segundo narrativas, pouco eficaz do ACS em identificar necessidades e repassar a enfermeira da ESF, para que se obtenha um atendimento integral e efetivo de saúde da comunidade. Também as enfermeiras, Dorothea, Wanda e Florence, falam que, muitas vezes, a vivência e harmonização com os ACS se torna difícil, estas explicam suas situações nas falas a seguir.

> *[...]* ***a gente esbarra também no trabalho do ACS, porque se assim, ela tá há quatro meses aqui, porque que o ACS, se ele foi lá, se ele conheceu a família, ele poderia ter agendado uma consulta pra esse bebê*** *[...] porque assim, eu não sei se eles têm essa visão também, de tipo, eu vou bater de frente porque daqui eu sei que eu não saio,* ***porque agente comunitário não sai do posto, porque assim, ele é morador daqui, então ele tem que ficar aqui,*** *então se ficar batendo de frente, batendo de frente e não estiver dando certo com a equipe, eu que vou sair daqui [...]* (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

> *[...]* ***é mais fácil você começar a fazer uma casa nova da laje, do que você reformar uma casa velha cheia de defeito, a gente é uma casa velha cheia de defeito****, então* ***nós temos agentes comunitários que estão trabalhando, muitas vezes, com a cabeça lá daquele tempo que não era nem PAMO nem estratégia, era algo em transição****, então, eles pensam 'a gente vai fazer grupo porque daí a gente pode ficar na unidade', uma justificativa pra ficar na unidade, mais ou menos isso [...]* (WANDA HORTA – **grifos nossos**)

> *[...]* ***lá na área rural quando eu cheguei as agentes comunitárias eram antigas e tinham um certo vicio, então eu tive muita dificuldade*** *[...] então, ela (coordenadora) que cobra a gente agora em relação a isso, cadastro, visita, o número de visitas estava muito baixo então ela chegava a mandar e-mail para os enfermeiros para estar cobrando cadastro, que* ***a unidade há mais de ano já que funciona e a ESF não tinha 50% de cadastro pra você ter uma ideia,*** *por que o Ministério estava de olho, senão ia fechar a unidade, daí caiu em cima cobrando dos enfermeiros em relação a isso, um dia teve uma reunião de pessoal e* ***os enfermeiros até comentaram 'mas a gente não consegue cobrar não consegue fazer isso do agente comunitário como que a gente faz'*** *[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE - **grifos nossos**)

As narrativas apontam que mesmo dentro da equipe de ESF, necessita-se da incorporação e harmonização para que as situações aconteçam ou que se evite determinadas situações prejudiciais ao trabalho naquela comunidade, ou seja, o enfermeiro tem papel fundamental de tornar-se referência e estabilidade de sua equipe, onde por meio do diálogo e conscientização de este é um educador e com seus meios e processos pedagógicos consegue realizar ações até mesmo com sua equipe a fim de unifica-la. Observa-se nas narrativas também o receio que os enfermeiros possuem de sua estabilidade da comunidade e a confiança de ACS de sua estabilidade local e profissional.

Em relação a atuação dos ACS, Alves e Aerts (2011, P. 322) afirmam que o ACS tem papel fundamental na EFS, pois *"ele pertence aquela comunidade, ele sabe dos problemas e da cultura local, sendo assim, torna-se, sem bem orientado, um ótimo regulador das necessidades da população e de como agir perante esta".*

A PNAB, revisada no ano de 2017 e regulamentada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece que, se enquadra como atribuição especifica do enfermeiro, dentre tantas outras

> VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

Santos et al (2018) falam em seu estudo, sobre a responsabilidade das instituições formadoras em enfermagem de serem potencializadoras de ações de educação em saúde e construção de habilidades como comunicação e formação de vínculo do enfermeiro com a equipe, favorecendo o ambiente de trabalho.

De Jesus et al (2013) afirma que o enfermeiro como líder de sua equipe, tem capacidade para resolução de conflitos buscando sempre a equidade nas decisões da equipe, considerando a ética profissional e sua habilidade de comunicação.

Neste contexto, Kyrillos e Jung (2017, p. 15) citando Cláudio Queiroz, afirmam que, a liderança é:

> A capacidade de influenciar e inspirar indivíduos ou grupos a realizarem tarefas voluntariamente, exige conhecimentos específicos, como administrar conflitos, oferecer *feedback*, motivar e transformas pessoas, o que se faz com palavras e atitudes, ou seja, por meio da comunicação.

Neste sentido, observa-se uma posição positiva, na narrativa de Florence o enfermeiro de ESF, segundo ela, é o mediador da equipe, onde precisa harmonizar a mesma e orientar quanto ao espaço e organização de trabalho de cada um, para que os atritos sejam evitados.

> *É o que eu mais tenho dificuldade,* ***a gente tem que procurar acho que estabelecer o profissional dentro da unidade****, a gente fica o dia inteiro dentro da unidade,* ***então se a gente não procurar cada um saber qual sua função seu espaço, vira bagunça*** *[...] eu sei que tem outras equipes que tem essa dificuldade com o agente comunitário, então a gente acaba as vezes, até vindo enfermeiro de fora pra ver como que a gente lida com isso aqui, talvez eu tenha tido um pouco dessa facilidade por que quando a equipe inaugurou elas foram novas que chegaram, então* ***como eu já tenho uma experiência do que que é o trabalho já direcionei o que que cada uma tem***

> ***que fazer como que é a visita como que é o horário, montei um caderno pra elas aqui***. (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

Segundo De Jesus et al (2013), as equipes de ESF, devem ter em mente uma boa convivência, para que esta seja percebida pela comunidade e reflita em suas ações de educação em saúde, também para que dentro da própria equipe as construções de pensamentos críticos e reflexões sobre as atuações na comunidade e suas necessidades sejam efetivas e integradas com os interesses dos usuários.

Em sua narrativa, Florence ainda diz que não há um treinamento ou orientação mais específica, ou pelo menos, esta não teve, quando assumiu a unidade de ESF, ficando a cargo da mesma a descoberta de programas, funções e ações a serem desenvolvidas neste novo âmbito de trabalho.

> *[...]* ***eu não tive instrução nenhuma quando eu cheguei aqui em Taubaté, quando me chamaram, era o que eu tinha de conhecimento quando eu vim de outra unidade, ninguém sentou comigo e me mostrou as fichas que contemplam as ESF****, esses pré-natal, Hiperdia, ninguém falou isso para mim, eu vim com o que eu tinha de conhecimento e fui agregando com o que tinha aqui [...]* ***não existe um treinamento que a coordenação dá pro enfermeiro quando chega assim não*** *[...]* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

Duas das entrevistas, em suas narrativas trazem como desafio, o envolvimento da coordenação ou da gestão nas relações de trabalho e nos processos de trabalho dentro da ESF, ou seja, a coordenação deve ser referência para as demandas mais especificas das unidades e até mesmo para, como exposto acima, o direcionamento e treinamento das equipes, para que os déficits, inclusive de harmonização das equipes seja claro e minimizado.

Um estudo realizado pelos autores Pegoraro, Schaefer e Zoboli (2017) mostra que o enfermeiro possui ainda muitas funções administrativas e gerenciais sob sua responsabilidade, mesmo na AB, considerando que sua atividade é prioritariamente voltada ao cuidado a população. Também relatam que na análise de seu estudo, realizado em forma de oficina para gestores, para que estes consigam reconhecer, compreender e enfrentar as situações geradoras de "desgaste psíquico-moral" em seus colaboradores, a fim de que haja melhoria da qualidade de vida do profissional, melhor desempenho e melhor promoção de saúde para a população.

Florence faz uma ressalva quanto as avaliações periódicas dos funcionários, que são também de responsabilidade da enfermeira, e salienta as dificuldades de se realizar a avaliação de forma correta sem sofrer retaliações, também comenta sobre as avaliações dos

médicos, realizadas por enfermeiros, a mesma não acredita ser a personagem certa para tal ação e justifica na fala.

> *[...] acho que tem que ter assim algumas regras dentro do trabalho, senão vira bagunça,* ***senão cada um faz o que quer e infelizmente tem umas unidades que são assim, tem colegas que perderam totalmente o controle*** *e falam, teve colega que já veio comentar comigo que por exemplo que o ACS conseguiu tirar ela da unidade, por que começou a cobrar um pouco mais e conseguiu transferir essa colega, essa enfermeira pra um outro posto eu não acho isso certo,* ***o enfermeiro tem que ter respaldo também da coordenação****. [...] eu faço as coisas que tenho que fazer certo, é assim que funciona, a* ***avaliação é a avaliação, preto no branco****, também a única forma da gente poder segurar um funcionário infelizmente aqui na prefeitura é com a avaliação, depois que passa o período é muito difícil [...]* ***avaliação do ACS é do enfermeiro, e os técnicos também do enfermeiro e o médico do enfermeiro também*** *[...] assim eu não vou ficar avaliando o atendimento dele, não sou eu que faço isso, eu fiz a avaliação três vezes de um médico da outra unidade, tive que fazer de uma pediatra, que trabalhava comigo uma vez na semana e do médico da unidade entendeu, então assim* ***fica uma coisa complicada por que não cumprem horário, eu estou olhando para a cara dele ali, se não cumpre o horário e aí, sabe é difícil, isso quem tem que fazer é o corpo médico, da gerência da coordenação deles, a enfermagem eu concordo que eu estou diretamente com eles, eu vejo o trabalho e acompanho****, os agentes comunitários a mesma coisa eles estão na minha responsabilidade aqui, nem do médico, nem dos técnicos,* ***então são três anos, nesses três anos são sete avaliações você imagina****, já tive problema em avaliações já fui quase agredida, você imagina por que a pessoa, eu ponho o que realmente é, como é que eu vou te avaliar e não vou te dar uma nota boa se não é a realidade que está acontecendo na unidade.* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

> *[...] às vezes você quer alguma coisa e* ***você não sabe a quem você recorrer****, você passa para a coordenação que não sabe te informar e então passam pra um, passam para outro, isso toma muito trabalho da gente,* ***essa falta de organização da gestão, isso acaba refletindo muito na gente aqui que está na ponta, no processo de trabalho****,* ***eu acho que essa é a maior dificuldade que os enfermeiros, as equipes encontram*** *nessa falta de organização, falta de pulso, falta de liderança, você saber a quem você pede ajuda, quem que é responsável pelo que [...]* (CALIISTA ROY – **grifos nossos**)

As profissionais ressaltam então, que sentem falta de uma referência para as ações necessárias, principalmente as questões mais administrativas, nas quais o enfermeiro fica impossibilitado de resolver por si só na unidade. As enfermeiras chamam a atenção para a questão de acesso a informações, mesmo com coordenação presente, ou seja, a organização de trabalho no ponto de referência das ESF não se faz efetivo.

Segundo DE JESUS et al (2013) a coordenação ou o responsável de um setor de saúde, na qual possua funcionários e profissionais que dependam de suas ações e

orientações, precisa estar preparado tanto quanto e até mais do que seus subordinados, pois se uma liderança não fornece aporte de confiança e responsabilização conjunta, esta pode tornar-se questionada e não oferecer concretude de sua capacidade para ocupar tal posição, sendo negligenciada ou tornando o serviço desorganizado de forma que interfira na qualidade de vida e atendimento à população.

Algumas profissionais salientam em suas narrativas que um dos desafios enfrentados é em relação à adaptação ao Programa Mais Médicos[10], onde atuavam no momento da coleta das entrevistas, juntamente com as equipes de ESF, médicos cubanos. Dorothea relatou dificuldades de comunicação e conduta médicas prestadas, já Hildegard fala que sua dificuldade era mais em relação ao idioma, mas que conseguia de maneira harmoniosa solucionar.

> *Os médicos são do programa Mais Médicos, os dois são cubanos, assim a* ***dificuldade que a gente tem com relação aos médicos, é algumas vezes numa conduta mesmo, de diferente, não sei se é da formação deles que a gente às vezes tem que estar atenta, é em questão de visita também deixa a desejar, às vezes tipo, de não examinar mesmo o paciente, de não tocar no paciente, isso gera reclamação*** *[...]* (DOROTHEA OREM – **grifos nossos**)

> *[...] mas ela- médica-* ***por ter chegado a pouco tempo o pessoal está com um pouco de dificuldade mesmo de entendê-la****, eu entendo bem por que é uma coisa que, entendo bem espanhol, mas a população está com dificuldade [...]* ***ela fala, vem aqui me ajuda traduz pra mim,*** *ou outra pessoa da equipe, ela chama outra pessoa, e tem pessoas do nordeste, então eles falam e ela não entende, e ela chama 'vem aqui, não estou entendendo o que ela está falando' [...] mas ela pergunta – 'você entendeu o que eu falei?'-, ela repete sem problema nenhum,* ***a cultura um pouco diferente sim, como é um país totalmente diferente do nosso, mas assim ela é bem aberta*** *[...]*(HILDEGARD PEPLAU – **grifos nossos**)

Florence ressalta que uma dificuldade encontrada, em sua área de abrangência, são os agendamentos com especialidades e/ou especialistas, ou seja, o que a ESF não possui de atendimento é repassado a locais especializados, no entanto, estes encaminhamentos, pela grande demanda, demoram em ser agendados, atrasando o acompanhamento e resolução dos problemas da população.

> *Por exemplo uma especialidade hoje, é, otorrino ou ortopedia não tem vaga disponível.* ***Eu ponho o paciente na lista de espera até o paciente ser chamado****. Quando é muito urgente o médico coloca o encaminhamento para recepcionista e ela vem e me traz o teste via e-mail justificando o porquê.*

[10] O Programa Mais Médicos, segundo Brasil (2013) foi instituído pelo MS como programa destinado a aumentar a demanda da classe médica em cidades e locais com escassez destes, com intuito de promover saúde da população; por meio da Lei nº 12.871, 22 de outubro de 2013, a qual infere que em seu Art.1º "[...] a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS[...]".

> ***Tem demorado um pouco desses últimos tempos para cá.*** *Antes elas me respondiam imediatamente. Eu não sei o que aconteceu. Está demorando um pouco para responderem e vaga de ultrassom de mama e transvaginal são os que mais demoram.* (FLORENCE NIGHTINGALE – **grifos nossos**)

A enfermeira expos este dado, pois considera que, esta demora de agendamento e atendimento pelas especialidades, pode agravar qualquer situação de saúde do indivíduo que necessite de cuidados e não esteja ciente de seu quadro clinico. Principalmente saliente-se em relação aos exames fornecidos pelo SUS, que enquadram o programa de atenção à saúde da mulher, que nestes últimos anos tem se tornado de extrema valia, pois os preventivos e ultrassons de mama fornecem diagnósticos sobre câncer de colo de útero e mama.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS, 2018), pela estatística lançada em novembro de 2018, o câncer de mama em mulheres no país no último ano, somou 59.700 novos casos, cerca de 29,5% do total de casos de câncer, e o câncer de colo de útero com 16.370 novos casos, somando 8,1%. Dados alarmantes e preocupantes, sendo necessário todo o aporte de saúde funcionante e eficaz para que estes números sejam reduzidos, melhorando a qualidade de vida das mulheres.

Considerando os desafios expostos pelas enfermeiras, observa-se que estes não são tão singulares e que em sua maioria aproximam-se de outras unidades, nessa direção, portanto, a leitura e o conhecimento da realidade são condições fundamentais na qual se atua, bem como o estabelecimento de articulações Inter setoriais a fim de que as ações sejam eficazes e produzam o resultado desejado, qual seja, a prevenção e promoção da saúde.

Apesar de não estar explicitada claramente na narrativa das enfermeiras, a intersetorialidade está presente ainda que subliminarmente, na medida em que estas apontam a necessidade de parceiras com a Educação, por exemplo.

A intersetorialidade ocupa lugar de destaque na agenda das políticas públicas sobretudo pela complexidade da questão social, a qual abarca a pobreza, a desigualdade social, a questão de gênero, a violência, a drogas, dentre outros aspectos.

O conceito intersetorialidade conforme explicam Monnerat e Souza (2014, p.42) apesar da diversidade de abordagens, em linhas gerais, pode ser compreendido como uma "estratégia de gestão voltada a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais) ", visando o enfretamento das complexas questões existentes nos diferentes territórios das cidades.

Entre estudiosos do campo da saúde coletiva, conforme as autoras acima citadas, há a compreensão de que a atuação a partir de múltiplas determinações do processo saúde-doença incorporadas ao conceito de promoção de saúde é promissor, porém desafiador. As autoras também ressaltam que um dos principais desafios no âmbito da saúde da família é a concepção endógena prevalecente no campo da saúde que se expressa ainda na prática de muitos profissionais.

Também a interdisciplinaridade deve ser buscada com intuito de promover a interlocução horizontal entre os diversos saberes e práticas as quais devem redundar em acesso às políticas públicas, garantindo a cidadania a população ainda que essa se inscreve nos limites dos direitos e deveres, próprios da cidadania formal.

Por outro lado, tendo em conta a dinâmica da realidade em que se atua, os avanços e retrocessos obtidos na área da saúde enquanto política pública depois da implantação do SUS, a educação permanente é condição fundante para o enfermeiro e demais membros da equipe ESF.

Nessa direção destaca-se que no contexto contemporâneo de implementação da agenda neoliberal as políticas públicas em geral, e o SUS em particular, sofrem desmontes sistemáticos com o privilégio da saúde privada. Exemplo mais significativo desse desmonte é o congelamento do gasto público pelo governo federal (Governo Michel Temer- 2016-2018) para os próximos 20 anos conforme disposto na emenda Constitucional 95.

O estudo realizado pelas autoras (SILVA et al, 2010) traz importantes contribuições para a área da enfermagem, quando se propõe a estudar as práxis utilizadas para educação continuada de profissionais, questionando durante o estudo, se o enfermeiro atualmente utiliza-se de criatividade e inovação, ou simplesmente mantém-se atrelado ao sistema de reprodução de saberes, treinamentos e o que a autora denomina como adestramento dos profissionais. Ou seja, a práxis transformadora, torna-se a alternativa mais provável e viável para que haja mudança nos meios e modos de trabalho do enfermeiro, preparando este para uma mudança de si e também de sua população adstrita, provendo e promovendo a saúde destes (SILVA et al, 2010, p. 559).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos propostos na pesquisa, pode-se concluir que na cidade delimitada pelo estudo, o enfermeiro atuante em ESF possui diferentes demandas, e nesse sentido, realiza ações que denominam de educação em saúde.

No que tange à formação e trajetória das profissionais estudadas, estas interferiram diretamente sobre suas escolhas e atuação nas ESF, salientando que todas frisaram o "gosto" pela saúde pública e a satisfação no trabalho com comunidades. Considerando as diferentes experiências, o contato com a área da saúde pública durante a graduação favoreceu, bem como o contato com a realidade vivenciada nos territórios permitiu a qualificação do trabalho.

Em relação as demandas, os profissionais demonstraram conhecimento e habilidades em diagnosticar as necessidades de sua área adstrita, de forma a refletir sobre suas ações de educação em saúde.

No quesito educação em saúde, as enfermeiras mostraram percepção de educação em saúde pontual e pouco clara, considerando cada demanda e atividade realizada como educação em saúde, desconhecendo que o processo educativo deve se manter de forma processual, considerando etapas essenciais como: ação, registro e avaliação.

Em relação aos desafios e vulnerabilidades constata-se que no âmbito da saúde existem déficits de comunicação e gestão de pessoas pela liderança ali presente na pessoa do enfermeiro, interferindo nos processos de educação em saúde da ESF.

Pode-se afirmar que a saúde pública carece de atenção maior, não somente em relação aos programas dispostos pelo MS, mas, em relação a atuação do enfermeiro e sua percepção sobre educação em saúde e qual seu propósito.

A compreensão da população acerca da proposta contida na ESF é outro desafio, pois se não há compreensão, não há adesão, logo não há prevenção. Cabe ao enfermeiro responsável em conjunto com a sua equipe promover a comunicação com a população, construindo mecanismos que facilitem tal processo. Evidentemente, a comunicação da população com a equipe da ESF exige a conquista da confiança e a certeza do compromisso dos profissionais. Por outro lado, exige a desconstrução do paradigma da doença, substituindo-o pelo paradigma da saúde.

Nesse sentido, conclui-se que as enfermeiras participantes deste estudo, consideravam suas ações em torno de suas demandas como educação em saúde e as tomam como efetivas e

eficazes dentro de sua área de atuação, ainda que existam desafios a serem superados, como em toda a atenção de saúde do país, seja ela pública ou privada.

Assim, questiona-se ao final deste estudo, a formação do profissional enfermeiro se mostra eficaz no que concerne à atuação futura deste profissional para atuar na saúde pública?

Ainda se ressalta a necessidade da Educação Permanente dos profissionais visto que a realidade na qual se atua é dinâmica e exige respostas profissionais qualificadas.

REFERENCIAS

ABREU, M. M. **Taubaté de Núcleo irradiador de bandeirismo a centro industrial e universitário do vale do Paraíba**. Editora: Santuário. 1ª ed. 1985.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro –RJ, 16 (1):319-325, 2011.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, 9 (16):39-52, 2005.

BAPTISTA, T. W. F.. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, G. C.. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 284 p., 2007. ISBN: 978-85-98768-23-6.

BOTTON, A; CÚNICO, S. D; STREY, M.N. Diferenças de Gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Revista Mudanças. Psicologia da Saúde**, 25 (1), p. 67-72, Jan-jun 2017.

BONFIM, D.; FUGULIN, F.M.T.; LAUS, A.M.; PEDUZZI, M.; GAIDZINSKI, R.R. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. **Rev Esc Enferm USP**. 50(1):118-26, 2016. Acesso em 12 de agosto de 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. **Diário Oficial da União.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer nº 3, de 7 de novembro de 2001 – institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2001. Portal MEC. Acesso em 10 de janeiro de 2018. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete Mellitus. **Diário Oficial da União.** 102p., Brasília, 2001. ISBN 85-334-0432-8.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília : CONASS, 2003. 604 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes – **Diário Oficial da União.** 82p. Brasília, 2004. ISBN 85-334-0781-5

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde – 2ª edição – 44 p. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União.** Brasília – DF. Acesso em 03 de outubro de 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Decreto nº6.286 de 5 de dezembro de 2007. Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** – 2ª edição, 5ª reimpressão – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. ISBN 85-334-1268-1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª Ed. **Diário Oficial da União.** Brasília –DF. 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). V.4.3.8.15.5, 2017. Prefeitura de Taubaté, 2010. Acesso em 07 de agosto de 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/taubate/historico

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2010, Brasil.. Acesso em 24 de setembro de 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/taubate/pesquisa/23/27652?detalhes=true.

_____. Ministério da saúde. Departamento de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2012.

_____. Ministério da saúde. Programa Mais Médicos. Medida Provisória nº621, Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União.** Acesso em 05 de junho de 2018. Disponível em : http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/mais-medicos

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2446, de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União.** Acesso em 10 de janeiro de 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

_____. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1.130, de 5 de agosto de 2015. Artigo 2º. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. **Diário Oficial da União.** Brasília – DF, 2015.

_____. Ministério da saúde. Saúde de A a Z. Acidente Vascular Cerebral. Atualizado em 30 de agosto de 2017. Portal Ministério da Saúde. Acesso em 06 de outubro de 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Acesso em 12 de agosto de 2019. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. Ministério da educação. Observatório da educação. Secretarias. Órgãos vinculados. Programa Saúde na Escola. Portal Ministério da Educação. Acesso em 06 de outubro de 2018. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/16795-programa-saude-na-escola-saiba-mais

_____. Ministério da saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Público Geral. O que são IST. Portal Ministério da Saúde. Acesso em 06 de outubro de 2018. Disponível em : http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist

_____. Ministério da saúde. Programa Saúde na Escola. Portal Ministério da Saúde. Acesso em 05 de junho de 2018. Disponível em : http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola

_____. Ministério da saúde. Glossário do SUS. Disponível em: **http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/glossario-do-sus .** Acesso em 10 de setembro de 2018.

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Acesso em 10 de setembro de 2018. Disponível em: **http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp**

_____. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saude da Família. Acesso em 03 de outubro de 2018. Disponível em : http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php

_____. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Hiperdia. Portal Ministério da Saúde. Acesso em: 13 de junho de 2019. Disponível em : http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª Edição, São Paulo: Cortez, 2007.

BRISOLA, E.M.A.; MARCONDES, N.A.V. A História oral enquanto metodologia dentro do universo da pesquisa qualitativa: um foco a partir da análise por triangulação de métodos. **Revista Ciências Humanas** – Universidade de Taubaté, Taubaté-SP, vol.4, n.1, janeiro a julho de 2011, p.124-136.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: Merhy, E.E.; Onoko, R (ORGS). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. Hucitec, São Paulo, 2002. ISBN: 85-271-0407-5.

CARBOGIM, F.C. et al. Nursing education in Brazil: a look at holism in care. **Jornal Nursing Education Practice**[Internet]. 2013;3(2):93-101. Available from: http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v3n2p93

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **A vida de Florence Nightingale**. 2010. Acesso em 02 de agosto de 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/a-vida-de-florence-nightingale-a-criadora-da-moderna-enfermagem_5455.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). 2017. Resolução COFEN nº 564/2017, 6 de novembro de 2017. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). O Cofen. 2019. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/o-cofen

CONSELHO NACIONAL DE SAUDE. Ministério da Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 [online]. Brasil, 1996. [acesso em 03 de junho de 2018]. Disponível:

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, M.A.R.; CAMBIRIBA, M.S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Rev Cienc Cuid Saude**. Maringá- PR .9(3):494-502, jul/set, 2010.

COSTA, N. R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; A., L. N.; COSTA, E.; BOCK, L. F. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto Enfermagem**. Vol. 18, n. 4, outubro-dezembro, 2009, p. 661-669.

COSTA, R..; BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. Grupo de estudos de história do conhecimento da enfermagem e saúde (GEHCES): produção de conhecimento na pós-graduação stricto sensu. [internet] **Texto e Contexto Enferm.** . Florianópolis - SC .22(1): 71-8, 2013. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827003

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro – RJ, 16 (Supl. 1):1029-1042, 2011.

DE JESUS, B.H. et al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem** Escola Anna Nery. Rio de Janeiro – RJ, 17 (2):336 - 345, abril-junho de 2013. Acesso em 08 de agosto de 2018. Disponível em : http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367019 .

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. 2ed. São Paulo: Cortez Brasília, DF: MEC/UNESCO, 2003.

DIAS, J.A.A.; DAVID, H.M.S.L.; VARGENS, O.M.C. Ciência, enfermagem e pensamento crítico-reflexões epistemológicas. **Rev enferm UFPE**. Recife- Pernambuco. [internet], 10(Supl. 4): 3669-75, 2016. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenferm agem/article/view/11142/12645

DUARTE, S.J.RH. et al. O programa saúde do adolescente na opinião de técnicos em Enfermagem da estratégia saúde da família. **Cogitare enferm**. Curitiba - PR.18(4):709-14, out/dez de 2013.

FERNANDES, J.D.; REBOUÇAS, L.C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. [internet]. **Rev Bras enferm**, Brasília – DF, 2013. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Caderno de Saúde Pública, 22(11):2491-5, 2006. Citado por: Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. Prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2010;12(3):441-8. Disponível em:http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm.

FERREIRA, R. M. F.; PEREIRA, M. M. N.; XAVIER, S. M. M. A formação contínua e o desenvolvimento de competências no professor. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife-Pernambuco [online], v. 6, n. 9, p. 2.298-2.306, 2012. Acesso em: 13 junho 2019. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/ revistaenfermagem/index.php/revista/article/ view/2735/pdf_ 150

GARCIA, S.D. et al. Internato De Enfermagem: Conquistas E Desafios Na Formação Do Enfermeiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 319-336, jan./abr. 2018

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. ISBN 978-85-386-0071-8

GUERRA, Y. "A dimensão investigativa no exercício profissional". In: **Serviço Social***:* Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 701-717

HIRATA, H; KERGOAT, D. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Cad. Pesqui. [online]. vol.37, n.132, pp.595-609, 2007. Acesso em: 01 ago. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: Pandolfi, D. (ORG.) **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativa de Câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância e Análise de Situação. Brasília –DF, 2018. Acesso em 07 de Março de 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer

ITO, E.E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo , SP. 40(4):570-5, 2006

JUSTO, L.G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Revista Interface: comunicação, saúde educação**. São Paulo, SP 21(Supl.1):1345-54, 2017.

KYRILLOS, L.; JUNG, M. **Comunicar para liderar**. Contexto: 1.ed., 3ª reimpressão. 192p. São Paulo, 2017. ISBN 978-85-7244-917-5.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. Coordenadora Emilia Emi Kawamoto. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. 2ª Reimpressão, 2004. ISBN: 85-12-12500-4.

KHOURY, Y. A. "Narrativas orais na investigação da história social". In: **Proj. História**, São Paulo, v. 22, p. 79-103, jun. 2001. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10731/7963. Acesso em março de 2018.

KRUSE, M.H.L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília – DF. 59(esp): 403-10, 2006.

L'ABBATE, S. Comunicação e Educação: uma prática de saúde. IN: Merhy, E.; e Onoko, R(ORGS). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2ª edição, São Paulo, Hucitec, 2002. ISBN: 85-271-0407-5.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1993.

LOPES, N.D. et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília – DF. 60 (6): 627-34, 2007.

LUNELLI T. **Equipes de saúde da família**: concepções e práticas de educação em saúde [dissertação de mestrado]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2006.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro – RJ. 12(2):335-342, 2007.

MACIEL, M.E.D. Educação Em Saúde: Conceitos E Propósitos. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba - PR; 14(4):773-6, Out/Dez de 2009.

MENDES, A.L.T.M. et al. Nursing master's program at Anna Nery school 1972-1975: singularities of graduating and challenges in its implementation. [internet] Esc Anna Nery, Revista Escola Anna Nery, Rio de Janeiro – RJ, 2015. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_14148145-ean-19-01-0011.pdf

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde**: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, janeiro- março. 2014, p.77-92.

MERHY, E.E.; ONOKO, R(orgs). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2 Ed., São Paulo, Hucitec, 2002. ISBN: 85-271-0407-5.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo - Qualitativo:** Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____.(Org.).Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. P.9-29.81p. ISBN 85.326.1145-1.

MONNERAT, G.L; SOUZA, R.G de. Intersetorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. In. MONNERAT, G. L; ALMEIDA, L. T de; SOUZA, R.G. de (ORGS.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas/SP: Papel Social, 2014.

MONTEIRO, A.K.C et al. Aplicabilidade da teoria de Callista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. **Revista de Enfermagem Atenção Saúde**. Uberada – MG. [Online]. Jan/Jul 2016; 5(1):84-92.

MOTT, M.L. **Revendo a história da enfermagem em São Paulo** (1890-1920). Cadernos Pagu (13) 1999: pp.327-35.

OLIVEIRA, L.R. et al. Trajetória profissional de egressos de enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, Teresina – Piauí. v. 9, n. 1, p. 125-134, jan. fev. mar. 2016.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. **Online *brazilian jornal nursing*** [online]. 2005, 4 (2): 24-30. Disponível em: http://www.objnursing.

PAVÃO, A.L.B. SUS: em construção ou desconstrução?. RECIIS – **Revista Eletrônica Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. 2016 jul.-set.; 10(3) | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

PEGORARO, P.B.B.; SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E.L.C.P. Desgaste psíquico-moral nos trabalhadores da atenção primária. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo. 2017:51:e03257. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016035203257

PIRES, D.E.P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. [internet]. **Rev bras enferm**. Brasília, DF. 2013. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea05.pdf

POPE, C.; MAYS, N. (ORGS.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: 3ª edição, Artmed; 2009. Acesso via Google-book em 06 de outubro de 2018. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Pesquisa_qualitativa_na_aten%C3%A7%C3%A3o_a_sa%C3%BA.html?id=sI4VxLcXWVYC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

PORTELLI, A. **"O que faz a história oral diferente"**. In: Projeto História, São Paulo, n. 14, p. 25-39, fev. 1997.

_____. **Tentando aprender um pouquinho**: algumas reflexões sobre a ética na história oral. Revista do Programa de Estudos Pós-graduação em História Oral do Departamento de História – PUC-SP, n.15, p.13-52, abril de 1997.

_____. "O que faz a história oral diferente". In: **Projeto História**, São Paulo, n. 14, p. 25-39, fev. 1997.

_____. **História Oral como gênero**. Trad. Maria Therezinha Janine Ribeiro. Projeto História. São Paulo. n.22, junho, 2001.

PRADO, L. C. D. A economia política das reformas econômicas da primeira década republicana. In: FILHO, F.F. (Org.). *Análise econômica*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Faculdade de Ciências Econômicas. Ano 21, n° 39, março de 2003.

PREFEITURA DE CAMPOS DO JORDÃO (SP). In: Enciclopédia dos municípios brasileiros. v. 28. p. 208-210, 1957. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv27295_28.pdf . Acesso em: jan. 2016. IN: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Acesso em 24 de setembro de 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/taubate/pesquisa/23/27652?detalhes=true

PREFEITURA DE PINDAMONHANGABA. 2015. Disponível em: http://www.pindamonhangaba.sp.gov.br/cid_resumohistorico.asp. Acesso em: jan. 2015. IN: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2010. Acesso em 24 de setembro de 2018. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/taubate/pesquisa/23/27652?detalhes=true

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ. São Paulo. 2018. Acesso em 06 de setembro de 2018. Disponível em : **https://www.taubate.sp.gov.br/taubate/historia/**

PÜSCHEL V.A.A; COSTA D, REIS P.P; OLIVEIRA, L.B; CARBOGIM, F. C. O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília – DF. [Internet]. 2017;70(6):1220-6. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0061

REIS, D.C. et al. Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência. **Cienc Cuid Saude**, Curitiba – PR, 2013 Jan/Mar; 12(1):063-071.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E.. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. São Paulo. 2010;28(4):321-4.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 2013, Jan-Mar; 22(1): 224-30.

SANTOS, S.S.C. Currículos de enfermagem do Brasil e as diretrizes: novas perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília- DF, 2003; 56(4): 361-64.

_____. Perfil de egressos do Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília- DF, 2006; 59(2): 217-21.

SANTOS, F.B.O. et al. História da enfermagem brasileira (1950-2004): o que tem sido discutido na literatura? **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais. 2018;8:e 1876. Acesso em: 13 de junho de 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1876

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface – **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Unesp – São Paulo. v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, L.A.A et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre – RS, 2010 set;31(3):557-61.

SILVA, V.G.; MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. Prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2010;12(3):441-8. Disponível em:http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm.

SOUSA, L.B. et al. Práticas de educação em saúde no brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):55-60.

SUCUPIRA AC. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. SANARE (Sobral). 2003;4(1):11-4. Citado por: Justo L.G.; Severo A.K.S.; Félix-Silva A.V.; Sares L.S.; Silva-Júnior F.L.; Pedrosa, J.I.S. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Revista Interface: comunicação, saúde educação**, Unesp, São Paulo, 21(Supl.1):1345-54, 2017.

THUMÉ, E. et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. [Ensaio]. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 275-288, Setembro-2018.

TEIXEIRA, E. et al. Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília – DF, 2006 jul-ago; 59(4): 479-87.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. [internet] **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília – DF, 2013. Acesso em 13 de junho de 2019. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/2670/267028669014

TEODOSIO, S.S.C., PADILHA, M.I. "To be a nurse": a professional choice and the construction of identity processes in the 1970s. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília – DF [Internet].

2016;69(3):401-7. Acesso em : 13 de junho de 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690303i

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes **. Revista Texto & Contexto**, Porto Alegre-RS, v. 15, n. 2, p. 356 - 369, agosto a dezembro, 2016.

VASCONCELLOS, C. M**. Emoções e Aprendizagem em um Curso para o Desenvolvimento de Competências Empreendedoras**. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia. Salvador – BA, 2008. Acesso em 05 de Junho de 2018. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/clara_mutti.pdf

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA INSTITUIÇÃO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: "As Práticas de Educação em Saúde desenvolvidas por enfermeiros em Estratégias de saúde da Família de um município no Vale do Paraíba"
Pesquisador Responsável: Mestranda Cristiane Tolio de Moraes, Telefones para contato: (inclusive ligações a cobrar): (12) 997950030.
Orientadora responsável: Prof.ª Dra. Elisa Maria Andrade Brisola. Telefone para contato (12)996217281.
DESCRIÇÃO DA PESQUISA: Esta pesquisa destina-se a elucidar quais as práticas de educação em saúde que enfermeiros de estratégias de saúde da família, desenvolvem em seu âmbito de trabalho e como lidam com sua demanda, com fragilidades e potencialidades.
OBJETIVO GERAL

- Identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em equipes de Estratégia de Saúde Família em um município no Vale do Paraíba paulista.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as trajetórias profissionais de enfermeiros que atuam junto a estratégia de saúde da família;
- Identificar as principais demandas apontadas pelos profissionais de enfermagem de uma ESF e como estes fazem o diagnóstico do território de atuação;
- Conhecer as ações desenvolvidas pelos enfermeiros de ESF tendo em vista as demandas identificadas;
- Levantar os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros de ESF.

LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA: Unidades de Estratégia de Saúde da Família em uma cidade do interior da região do Vale do Paraíba.

POPULAÇÃO ALVO DA PESQUISA: Enfermeiros atuantes em estratégias de Saúde da Família.

INSTRUMENTO /TÉCNICA DA PESQUISA: a pesquisa será realizada por meio da Metodologia da História Oral à qual objetiva dar voz aos sujeitos, os quais não são nem heróis, nem políticos, nem celebridades, mas aqueles que vivenciaram situações que merecem ser estudadas a partir dessas vivências.
INSTRUMENTO: entrevista guiada por um roteiro (em anexo)
PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Dezembro de 2017 á Março de 2018

COMO SERÁ A PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E O TEMPO ESTIMADO PARA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO NA PESQUISA: as participantes terão total liberdade para escolher o local e o horário para realização das entrevistas. Utilizaremos equipamentos de Audi gravação para a coleta dos dados, após a transcrição das

gravações (que poderão ser revisadas pelas mesmas) e divulgação dos resultados, serão arquivadas pela pesquisadora durante o período de cinco anos em local seguro, as entrevistadas receberão uma cópia das gravações em CD.

RISCO/BENEFÍCIO PARA OS SUJEITOS DA PESQUISA: A realização da pesquisa acarretará risco mínimo às participantes, visto que falarão nas entrevistas sobre ações sociais desenvolvidas e formação profissional.

A entrevista será realizada tendo em consideração as dificuldades apresentadas pelas entrevistadas ao narrarem suas vivências de trabalho. Nesse sentido, será esclarecido que seus nomes não serão divulgados, como também buscar-se-á um ambiente de segurança e acolhimento visando proporcionar momento de reflexão. As entrevistas se darão em local e horário definidos pelas participantes.

O QUE SE ESPERA DA PESQUISA EM RELAÇÃO AOS SUJEITOS: Anseia-se que os participantes possam refletir e contribuir com a pesquisa trazendo insumos sobre o processo de formação do profissional enfermeiro, contribuindo ainda com as atividades realizada em sem campo de trabalho e na formação de novos profissionais.

PRIVACIDADE DOS SUJEITOS: Os dados coletados na entrevista serão transcritos, entregues para os sujeitos ratificarem seus depoimentos e permanecerão arquivados durante cinco anos com a pesquisadora. Manter-se-á o sigilo sobre as suas identidades a fim de protegê-las. As participantes desta pesquisa poderão se retirar a qualquer momento da pesquisa.

✓ Nome e assinatura do pesquisador: Cristiane Tolio de Moraes

_____

Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE B

BIOGRAFIAS

A) Florence Nightingale

Fonte: https://www.ebiografia.com/florence_nightingale/

Florence Nightingale foi criada na Inglaterra, porém nasceu no ano de 1820 em Florença na Itália, de onde se originou seu nome. Conhecida também como a “dama da lâmpada”, pois permanecia vigilante dos indivíduos aos quais prestava cuidados, em tempo integral, inclusive durante a noite fazendo vigília com uma lâmpada nas mãos. Florence ao invés de ser uma menina como todas as outras de sua época temerosa a Deus e cuidadora do lar, destinou-se a servir a vontade divina como a mesma referia, porém, cuidando de enfermos em hospitais pelo mundo todo. Fato não bem visto, por sua família, pois na época as enfermeiras não eram vistas como profissionais, nem tampouco como profissão digna de uma menina de classe social abastada (COFEN, 2010).

Durante a chamada Guerra da Crimeia, Florence foi chamada por um conhecido para atuar junto aos soldados que estavam por adoecer e ir a morte em hospitais de campanha. Durante este período Florence também se preparou de forma cientifica e desenvolveu e defendeu sua teoria de enfermagem até hoje estudada, a chamada “Teoria Ambientalista”, onde a mesma diz que o ambiente influencia diretamente na recuperação do indivíduo ali exposto (COFEN, 2010).

B) Wanda Horta

Fonte: Gonçalves, 1988.

Brasileira, nascida em Belém do Pará no ano de 1926, posteriormente mudou-se com a família, pais e 7 irmãos para Ponta Grossa no Paraná, onde inicia seu conhecimento pela profissão enfermagem, indo para São Paulo para concluir seus estudos. Retorna ao estado do Paraná a fim de trabalhar, no entanto, pouco tempo depois volta à São Paulo como docente da Universidade de São Paulo (USP), onde formou-se (GONÇALVES, 1988).

Neste período, como docente da Escola de Enfermagem da USP, Wanda desenvolve sua "Teoria das Necessidades Humanas Básicas", teoria que retrata que o ser humano possui necessidades básicas de sobrevivência que devem ser evidenciadas, como alimentação, segurança, aspectos biopsicossociais que interferem em sua adaptação ao meio e desenvolvimento humano (RODRIGUES E MARIA, 2009).

C) Dorothea Orem

Fonte: https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/teoria-de-dorothea-e-orem/25162

Dorothea Orem, enfermeira americana, nascida em 1914 em Baltimore, Estados Unidos, país este onde iniciou sua carreira na enfermagem, desenvolveu suas habilidades profissionais e dedicou-se aos estudos da enfermagem como ciência, sendo docente e consultora de enfermagem em universidades. Dando continuidade em seus estudos, Dorothea fez mestrado e doutorado em Ciências a fim de complementar conhecimento (REMOR, 1986).

Publicou em 1959 a “Teoria do Autocuidado”, onde afirmava que o ser humano deve ser capaz de cuidar de si mesmo, no entanto, quando não possa prove suas necessidades deve ser atendido por alguém com capacidade de cuidar, como o profissional enfermeiro, que o orienta e acompanha até que possa recompor sua capacidade de autocuidado (REMOR, 1986).

D) Callista Roy

Fonte: https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/teoria-de-callista-roy/25161#

Sister Callista Roy, nasceu em 1963, americana, enfermeira, conclui mestrado e doutorado em instituições dos EUA, mantendo-se como docente destas instituições. Desenvolveu seu trabalho sob orientação da enfermeira Dorothy, trabalho que posteriormente tornou-se uma importante teoria de enfermagem.

Roy desenvolveu a Teoria da Adaptação, constituída por etapas que se congregam atualmente com as ações de enfermagem utilizadas no mundo todo, norteava-se por elementos internos e externos os quais a autora salientava que o indivíduo estava em constante adaptação durante todo o período de sua vida e que o profissional enfermeiro é incumbido de auxiliar nesta adaptação. (MONTEIRO et al, 2016, p.85).

E) Hildegard Peplau

Fonte: https://www.nursingtimes.net/hildegard-peplau-developed-the-concept-of-psychodynamic-nursing/5012105.article

Hildegard Elizabeth Peplau nasceu em 1º de setembro de 1909, na Pensilvânia. Iniciou sua carreira como enfermeira em 1931 no estado onde nasceu e cresceu. Posteriormente, trabalhou como enfermeira na Segunda Guerra Mundial pelo exército dos EUA, dentre os anos de 1943 e 1945 (ALMEIDA et al, 2005, p. 203-204).

Tornou-se mestre e doutora pela Universidade de Columbia, iniciando seus trabalhos mais voltados a área de psiquiatria, dentre os anos de 1947 e 1953, período este em que formulou sua teoria, conhecida como Teoria das Relações Interpessoais, concluída no ano de 1948, porém não autorizada. Sua publicação ocorreu quatro anos depois. A Teoria das Relações Interpessoais se refere principalmente a relação do usuário/paciente com o enfermeiro, sendo esta relação de cumplicidade e desenvolvimento mútuo segundo Peplau (ALMEIDA et al, 2005, p. 204-207).

F) Madeleine Leininger

Fonte: https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/teoria-de-madeleine-m-leininger/25171

Madeleine Leininger nasceu em Nebraska, EUA; iniciou sua carreira em 1948 na faculdade de Denver, no Colorado, logo após ter concluído o curso de Ciências Biológicas no Kansas. Após estas faculdades, atuou como instrutora e chefe de unidade psiquiátrica no Hospital em Omaha. Neste período obteve o título de mestre em Washington DC (ORIÁ et al, 2005, p. 25-26). Continuou seus estudos, e após a conclusão do doutorado, manteve seu foco em estudos transculturais. Em 1991 Leininger publicou a teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural, cuja tese principal é que todos os seres humanos são dotados de uma cultura específica e individual e que esta deve ser respeitada e considerada pelo profissional enfermeiro em suas ações de saúde junto ao indivíduo ou comunidade (ORIÁ et al, 2005, p. 25-26).

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Gerais

Nome:_____

Nome de entrevistado escolhido:_____

Idade : ___ Sexo: _____ Tempo na Instituição:_____

Área de atuação da ESF: _____

Roteiro de entrevista:

Iniciar gravação com primeiro nome, sexo, idade, nome atribuído pelo entrevistado, e a explicitação novamente do objetivo do trabalho e confirmação de compreensão pelo entrevistado.

Em seguida, esclarecer que a entrevista será gravada para uso em pesquisa e que a cessão da mesma implica em autorização para uso exclusivo em pesquisa.

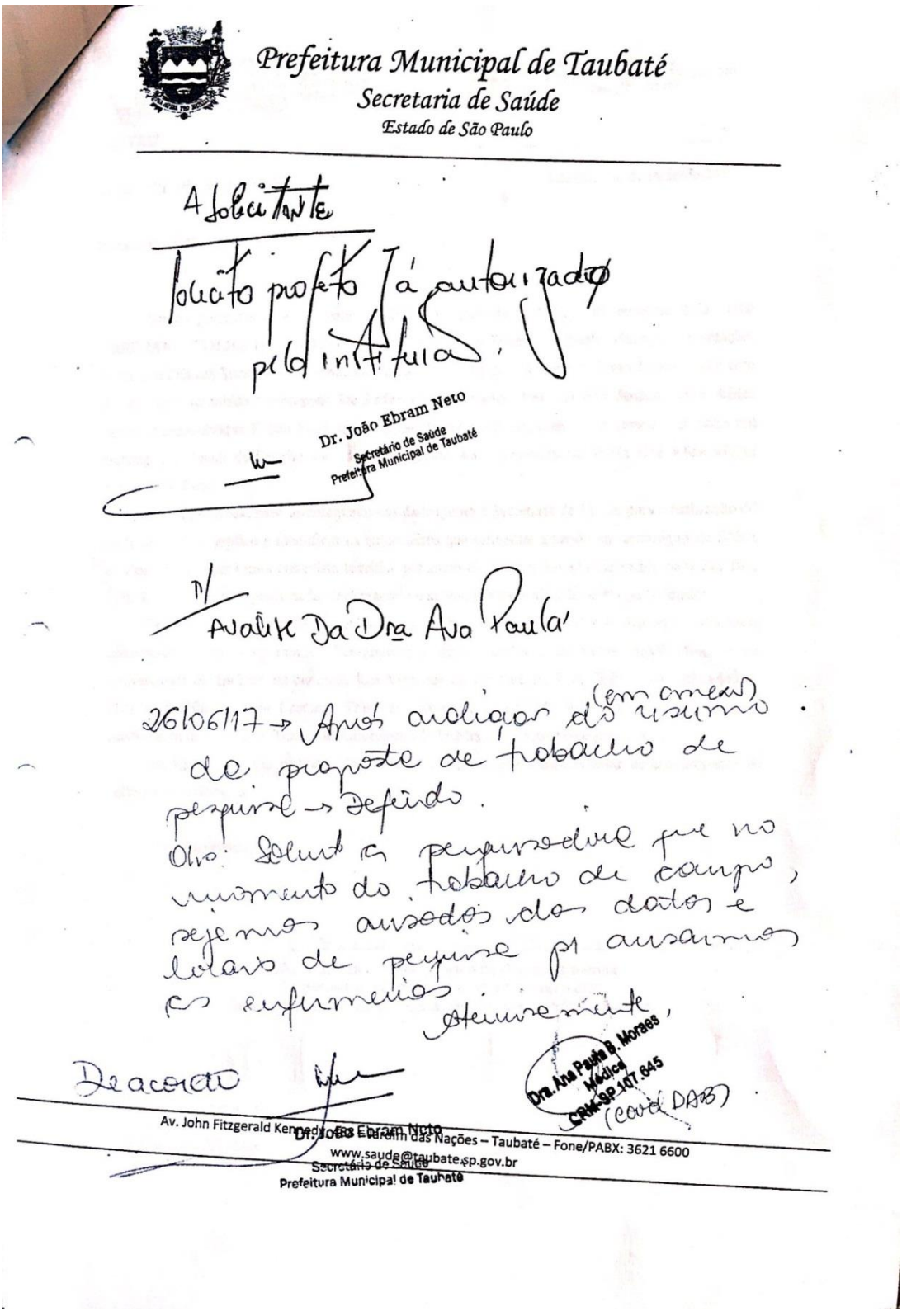
Parte II

Eixos Norteadores do Estudo

1. Seria possível nos descrever qual sua trajetória profissional até o prezado momento? Quais as experiências profissionais já vivenciadas?
2. Neste momento, enquanto enfermeiro de Estratégia de Saúde da Família, como você percebe sua demanda e como realiza o reconhecimento de seu território?
3. Tendo em vista as demandas descritas, quais as práticas de educação em saúde e como você as desenvolve a fim de ter resolutividade no campo de atuação?
4. Segundo sua percepção, quais os principais desafios encontrados neste território? E como você os soluciona?

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE PARA PESQUISA



Prefeitura Municipal de Taubaté
Secretaria de Saúde
Estado de São Paulo

A solicitante

Solicito projeto já autorizado pela Instituição.

Dr. João Ebram Neto
Secretário de Saúde
Prefeitura Municipal de Taubaté

P/ Avalie Da Dra Ana Paula

26/06/17 → Após avaliação do resumo (em anexo) do projeto de trabalho de pesquisa → Deferido.
Obs: Solicita pesquisadora que no momento do trabalho de campo, sejamos avisados dos dados e locais de pesquisa p/ ausência de enfermeiros.
Atenciosamente,

Dra. Ana Paula B. Moraes
Médica
CRM-SP 107.645
(Coord DAB)

De acordo

Dr. João Ebram Neto
Secretário de Saúde
Prefeitura Municipal de Taubaté

Av. John Fitzgerald Kennedy, 83 – Jardim das Nações – Taubaté – Fone/PABX: 3621 6600
www.saude@taubate.sp.gov.br

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Práticas de Educação em Saúde desenvolvidas por enfermeiros em Estratégias de saúde da Família de um município no Vale do Paraíba

Pesquisador: CRISTIANE TOLIO DE MORAES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76315417.2.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.286.359

Apresentação do Projeto:

O tema saúde tornou-se palco de inúmeras discussões pelo mundo, sendo até o momento influenciado por inovações tecnológicas e pela globalização de informações. Neste sentido, observa-se também o desenvolvimento de discussões á cerca dos trabalhadores desta área de conhecimento, sendo estes de suma importância para o desenvolver de projetos e estratégias em busca da melhoria da saúde da população. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo principal identificar quais as ações de educação em saúde são desenvolvidas por enfermeiros atuantes em unidades de estratégias de saúde da família, em uma cidade situada no Vale do Paraíba paulista. Como metodologia, serão colhidas entrevistas, previamente autorizadas, de enfermeiros atuantes em atenção básica, da mesma forma serão estas entrevistas transcritas e analisadas conforme o método de História Oral. Como resultados esperados, considera-se encontrar como temas elucidados, as formas de atuação em educação em saúde propostos e realizados por enfermeiros de atenção básica. Espera-se neste estudo, encontrar fatores favoráveis, vulnerabilidades e dificuldades do desenvolver de ações por enfermeiros de atenção básica em sua área de atuação, de forma á corroborar com a construção de conhecimentos e desenvolver de tecnologias pedagógicas, afim de favorecer a atenção á saúde da população.(transcrito do projeto)

Continuação do Parecer: 2.286.359

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:
Identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em equipes de Estratégia de Saúde Família em um município no Vale do Paraíba paulista
Objetivo Secundário:
- Conhecer as trajetórias profissionais de enfermeiros que atuam junto a ESF;
- Identificar as principais demandas apontadas pelos profissionais de enfermagem de uma ESF e como estes fazem o diagnóstico do território de atuação;
- Conhecer as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros de ESF tendo em vista as demandas identificadas;
- Levantar os principais desafios e vulnerabilidades enfrentados pelos enfermeiros de ESF.(transcrito do projeto)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:
Em toda pesquisa científica corre-se o risco de não contemplar o objetivo proposto, dependendo da demanda, dos entrevistados e da posterior análise dos dados.

Benefícios:
Há o intuito de com esta pesquisa, beneficiar a sociedade acadêmica, quanto aos conhecimentos fornecidos sobre o tema proposto, como também proporcionar um retorno favorável e de melhoria da qualidade de vida da população (transcrito do projeto)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, levantar como os enfermeiros de estratégia estão desenvolvendo suas práticas, ações, se existem fatores favoráveis, vulnerabilidades para o trabalho é importante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos.

Recomendações:

Recomenda-se substituir o termo sujeito por participante da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté recomenda a entrega do relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos no estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 15/09/2017, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_972758.pdf	08/09/2017 16:04:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	08/09/2017 15:59:26	CRISTIANE TOLIO DE MORAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/09/2017 15:46:42	CRISTIANE TOLIO DE MORAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	04/08/2017 00:24:58	CRISTIANE TOLIO DE MORAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	protocolo.pdf	04/08/2017 00:24:30	CRISTIANE TOLIO DE MORAES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/08/2017 00:11:15	CRISTIANE TOLIO DE MORAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TAUBATE, 20 de Setembro de 2017.

Assinado por:
José Roberto Cortelli
(Coordenador)