**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VALÉRIA MARLI LEONELLO

**COMPETÊNCIAS PARA AÇÃO EDUCATIVA DA
ENFERMEIRA: UMA INTERFACE ENTRE O ENSINO E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**SÃO PAULO
2007**

VALÉRIA MARLI LEONELLO

**COMPETÊNCIAS PARA AÇÃO EDUCATIVA DA
ENFERMEIRA: UMA INTERFACE ENTRE O ENSINO E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.**

**Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Amélia de Campos Oliveira

**SÃO PAULO
2007**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Leonello, Valéria Marli.

Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência da enfermagem. / Valéria Marli Leonello. – São Paulo, 2007.

156 f.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira

1. Educação em saúde 2. Enfermagem (educação)
3. Competência profissional 4. Assistência de enfermagem
5. Ensino superior (enfermagem). I. Título.

DEDICATÓRIA

Aos **meus pais**, por proporcionarem às suas filhas as oportunidades que
nunca tiveram;

Ao **Juliano**, pelo amor e apoio incondicionais;

Ao **Davi**, por ser uma boa surpresa sempre!

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. **Maria Amélia de Campos Oliveira, Méia**, como gosta de ser chamada, pela paciência, dedicação e por me fazer aprender a ser uma pessoa-mulher-mãe-enfermeira-pesquisadora muito melhor.

À Prof^a. Dr^a. **Maria Madalena Januário Leite** e à Prof^a. Dr^a. **Solange L'Abbate** pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos **familiares e amigos** que sempre apoiaram e deram suporte para o desenvolvimento e a finalização deste trabalho.

À **Marília** por apoiar e compartilhar os momentos alegres e tristes desta etapa

À **Maíra**, pela amizade e disponibilidade, fazendo-se presente, mesmo estando longe.

À **Jaqueline e Márcia** pela amizade, carinho e apoio.

Às colegas **Débora e Luzmarina** pelas contribuições ao trabalho.

Às **Professoras do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, em especial, à Prof^a. Dr^a. **Sayuri Tanaka Maeda**, pelo aprendizado no Programa de Apoio Pedagógico (PAE).

À **Amanda**, pela gentileza e ajuda nas transcrições.

Às **secretárias do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e da Pós Graduação** da Escola de Enfermagem da USP pela ajuda técnica.

À **Lucila e Nadir**, bibliotecárias da EEUSP, atenciosas e sempre disponíveis para ajudar.

A **todos os participantes da pesquisa**, professoras, alunas, enfermeiras, gestores e usuários, pela participação e pela contribuição.

RESUMO

Leonello, VM. Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tomou como objeto a interface entre o ensino de enfermagem e o processo de trabalho assistencial em sua dimensão educativa, no que se refere ao desenvolvimento de competências para práticas educativas alicerçadas na Educação Popular em Saúde. Seus objetivos foram construir um perfil de competências para ação educativa da enfermeira em seu processo de trabalho assistencial, a partir da perspectiva dos sujeitos implicados na formação inicial em enfermagem e identificar conhecimentos, habilidades e atitudes para essa ação educativa. Utilizou-se o materialismo histórico e dialético como base teórico-metodológica e, como categoria conceitual, a competência, tal como definida por Perrenoud, ancorada nas concepções de trabalho em saúde e no saber operante postulados por Mendes-Gonçalves. A pesquisa foi realizada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e em dois serviços de saúde vinculados à USP e utilizados como campo de estágio de disciplinas do Bacharelado em Enfermagem: Hospital Universitário (HU) e Centro de Saúde Escola Butantã (CSE). A coleta de dados envolveu cinco grupos de sujeitos: o grupo 1, formado por cinco docentes que participam do Grupo de Apoio Pedagógico (GAP) da EEUSP; o grupo 2, com cinco alunas concluintes do Bacharelado em Enfermagem da EEUSP; o grupo 3, formado por dez enfermeiras, sendo cinco do HU e cinco do CSE Butantã; o grupo 4, integrado por dois gestores desses dois serviços; e, finalmente, o grupo 5, com oito usuários dos serviços mencionados, totalizando 30 participantes. Utilizou-se o grupo focal como técnica de abordagem para os grupos 1 e 2 e, para os grupos 3, 4 e 5, a entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados empíricos, utilizou-se a técnica de análise de discurso proposta por Fiorin e adaptada por Car e Bertolozzi. Os discursos coletados foram decompostos em frases temáticas e essas em conhecimentos, habilidades e atitudes, segundo os quatro pilares da educação, para cada grupo abordado. Em seguida, à luz do referencial teórico utilizado, procedeu-se à recomposição desses conhecimentos, habilidades e atitudes, resultando na construção de dez competências para ação educativa da enfermeira: promover a integralidade do cuidado à saúde; articular teoria e prática; promover o acolhimento e construir vínculos com os sujeitos assistidos; reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecer e respeitar a autonomia dos sujeitos em relação à suas vidas; respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional; utilizar o diálogo como estratégia para a transformação da realidade em saúde; operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo com os sujeitos assistidos; instrumentalizar os sujeitos com informação adequada e, finalmente, valorizar e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde. A construção desse perfil de competências revelou, entre outros aspectos, a necessidade de ressignificar a ação educativa nos serviços de saúde, adotando-se a perspectiva da Educação Popular em Saúde. Neste sentido, construir competências para ação educativa da enfermeira constitui uma das tarefas para a formação inicial, na interface entre o ensino e o processo de trabalho assistencial da enfermagem.

Palavras-chave: educação em enfermagem; educação baseada em competências; competência profissional; cuidado de Enfermagem; educação em saúde.

ABSTRACT

Leonello, VM. Competencies for Educational Activities in Nursing: an Interface Between Education and Nursing Care. [dissertation] São Paulo (SP): University of São Paulo School of Nursing; 2007.

The focus of this qualitative study is the interface between nursing education and nursing care with regard to the development of competencies for educational practices based on Popular Health Education. The objective was to create a competencies profile for nursing care education activities by identifying requisite knowledge, abilities and attitudes. Historical and dialectical materialism was used as the theoretical and methodological framework. Competence was addressed as a conceptual category, as defined by Perrenoud, based on healthcare concepts and on instrumental knowledge as postulated by Mendes-Gonçalves. This study was conducted at the University of São Paulo Nursing School (EEUSP) and in two health centers linked to the University of São Paulo and used as a training ground for internship courses for the bachelor's degree program in nursing. Data collection involved five groups of participants: group 1, made up of five professors, who are members of the EEUSP Grupo de Apoio Pedagógico (Education Support Group - GAP); group 2, made up of five USP nursing school graduates (bachelor's degree); group 3, made up of 10 nurses, five from HU and five from CSE Butantã; group 4, made up of two managers of these two services; and finally, group 5, with eight users of the aforementioned services, for a total of 30 participants. A focus group was used for groups 1 and 2 and semi-structured interviews for groups 3, 4 and 5. Discourse analysis proposed by Fiorin and adapted by Car and Bertolozzi was used for analysis of empirical data. The statements collected were categorized into thematic phrases and these were further categorized into knowledge, abilities and attitudes, according to the four pillars of education for each group studied. In light of the theoretical framework employed, the knowledge, abilities and attitudes were reconstructed, resulting in the creation of 10 core competencies for nursing education activities: promoting full health care; integrating theory and practice; promoting embracement and building ties with patients; recognizing and acting as an agent for change in healthcare; recognizing and respecting the independence of participants; respecting the wisdom of common sense, recognizing the incompleteness of professional knowledge; using dialogue as a strategy to transform healthcare; employing educational techniques that facilitate dialogue with patients; empowering the participants with appropriate information and finally, promoting decentralization of healthcare. The building of this competency profile revealed, among other things, the need to redesign educational activities in healthcare around the Popular Health Education initiative. In this sense, building competencies for nursing education is one of the first tasks required to form the interface between education and nursing care.

Keywords: nursing education; education based on competencies; professional competencies; nursing care; health education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva de docentes da EEUSP. São Paulo, 2007.....	52
Quadro 2 -	Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva de alunas da EEUSP. São Paulo, 2007.....	54
Quadro 3 -	Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa das enfermeiras na perspectiva de enfermeiras do HU e do CSE. São Paulo, 2007.....	55
Quadro 4 -	Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva dos gestores do HU e do CSE. São Paulo, 2007.....	58
Quadro 5 -	Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva dos usuários do HU e do CSE. São Paulo, 2007.....	59
Quadro 6 -	Síntese das competências para ação educativa da enfermeira. São Paulo, 2007.....	61

FIGURA

Figura 1 -	Processo de análise de dados. São Paulo, 2007.....	51
-------------------	--	----

ANEXOS

Anexo I -	Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa da EEUP.....	103
Anexo II -	Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa do HU-USP.....	104
Anexo III -	Documento entregue à Diretoria do CSE Butantã.....	105
Anexo IV -	Aprovação da Direção do CSE Butantã	106
Anexo V -	Carta convite para grupo 1	107
Anexo VI -	Carta convite para grupo 2.....	108
Anexo VII -	Roteiro para grupo focal com grupo 1	109
Anexo VIII -	Roteiro para grupo focal com grupo 2.....	110
Anexo IX -	Roteiro para entrevista semi-estruturada com grupo 3	111
Anexo X -	Roteiro para entrevista semi-estruturada com grupo 4	112
Anexo XI -	Roteiro para entrevista semi-estruturada com grupo 5	113
Anexo XII -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado nos grupos 1,2,3 e 4.	114
Anexo XIII -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado no grupo 5	116
Anexo XIV -	Caracterização dos sujeitos abordados	117
Anexo XV -	Discursos e frases temáticas organizados pelos quatro pilares da educação na perspectiva de cada grupo abordado.....	119

SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ANEPS – Articulação Nacional da Educação Popular em Saúde

CES – Câmara de Educação Superior

CG – Comissão de Graduação

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CSE Butantã – Centro de Saúde Escola Butantã

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

GAP – Grupo de Apoio Pedagógico

GAP Central – Grupo de Apoio Pedagógico do Conselho de Graduação

HU – Hospital Universitário

HU-USP – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

IECs – Políticas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde

IES – Instituições de Ensino Superior

MHD – Materialismo Histórico e Dialético

NOB-RH/ SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde

SGETS – Secretaria da Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde

SENADEn – Seminários Nacionais de Diretrizes e Bases para a Educação em Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

O interesse pela dimensão educativa do trabalho da enfermeira desperta minha atenção desde a graduação em Enfermagem na Unicamp, no período de 1999 a 2002. Ao ingressar naquele curso, pouco conhecia a atuação de uma enfermeira, até me deparar com sua prática profissional nos diferentes campos de estágios.

Dentre as muitas atividades com as quais fui me defrontando ao longo desses estágios, desde o início chamaram minha atenção às relacionadas à ação educativa da enfermeira voltada para os diversos grupos sociais atendidos pelos serviços de saúde, como as escolas e as creches. Nesses cenários, percebi a dimensão do trabalho educativo da enfermeira e sua contribuição para intervenções em saúde mais próximas das necessidades de saúde das pessoas.

Observando essa dimensão educativa e sentindo, como graduanda de enfermagem, dificuldades em situar a forma e a importância como tal temática era trabalhada no currículo, comecei a indagar sobre as possibilidades e limites de formação da enfermeira para a realização de ações educativas.

O interesse por esse tema propiciou minha busca pela iniciação científica. Sob a orientação atenciosa da Professora Doutora Solange L'Abbate, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, realizei uma investigação sobre a formação do pedagogo para atuação como educador em saúde no ambiente escolar. Na época, como meu interesse estava voltado para o ambiente escolar, decidimos investigar como os profissionais de educação, no caso, as pedagogas, tratavam esse tema durante a sua formação.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que, na visão das graduandas em pedagogia, a temática da Educação em Saúde é tida como fundamental e indispensável em seu currículo. Foi possível observar ainda

que a ação educativa no espaço escolar não é restrita ao profissional da educação, mas sim composta pela articulação destes com os profissionais de saúde e com a população envolvida (Leonello; L'Abbate, 2006).

Esse resultado, em especial, estimulou-me a investigar a formação da enfermeira relacionada à ação educativa. Foi desta forma que, ao terminar a graduação em 2002, tentei ingressar no mestrado pelo Departamento de Enfermagem da Unicamp. Como ainda não estava preparada para enfrentar esse desafio, não pude dar continuidade à pesquisa e comecei então a trabalhar como enfermeira assistencial.

Trabalhando em uma instituição hospitalar na área de atenção à mulher e ao recém-nascido, deparei-me novamente com os desafios relacionados à ação educativa. Dessa vez, porém, como enfermeira e não mais como aluna. Dentre os muitos desafios envolvidos nessa primeira experiência profissional, incomodava-me a dificuldade em desenvolver ações educativas com as mulheres - gestantes e puérperas - e seus familiares. Percebia que a assistência de enfermagem estava repleta dessas ações e que eram necessários conhecimentos e habilidades para desenvolvê-las.

Sentindo a necessidade de maior capacitação, cursei, como aluna especial, a disciplina "*Práticas Educativas em Saúde*", oferecida pelo Departamento de Enfermagem da Unicamp para alunos da pós-graduação. Nela, tive contato com a produção de pensadores e educadores, dentre eles Paulo Freire, que fundamentam e norteiam algumas experiências educativas em saúde. Pude ainda compartilhar com outras colegas de profissão as dificuldades de desenvolver tais ações no cotidiano dos serviços.

Após seis meses de trabalho em instituição hospitalar, transferi-me para a Atenção Básica, passando a atuar como enfermeira do Programa Saúde da Família. Novamente, observei a importância da ação educativa na assistência de enfermagem.

Entretanto, ainda me incomodava a marginalidade com a qual o tema era tratado no próprio serviço. Percebia, juntamente com minhas colegas de

trabalho, que apesar de valorizarmos a ação educativa, tínhamos dificuldade e faltavam conhecimentos e habilidades para desenvolvê-la nas unidades de saúde.

A inquietude crescente levou-me a buscar novamente o mestrado, desta vez na Escola de Enfermagem da USP, onde pude transformar essa minha inquietação em uma proposta de investigação estruturada e de interesse para área da pesquisa e intervenção em enfermagem.

“Nem tudo que escrevo resulta numa realização, resulta mais numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem em tudo eu quero pegar. Às vezes quero apenas tocar. Depois o que eu toco às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos.”

Clarice Lispector em “A descoberta do mundo”

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA
AGRADECIMENTOS
RESUMO
ABSTRACT
QUADROS
FIGURA
ANEXOS
SIGLAS
APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 A formação em saúde: um olhar para a ação educativa	14
1.2 As ações educativas no Brasil: do higienismo à Educação Popular em Saúde	18
1.3 A ação educativa da enfermeira: um olhar sobre o processo de trabalho assistir.....	26
1.4 As ações educativas no ensino de enfermagem: um breve resgate histórico	28
2. OBJETIVOS	35
3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	36
3.1 Competências: delimitando o conceito adotado na pesquisa	37
3.2 Trabalho em Saúde: aproximando “competência” e “saber operante”	40
3.3 Locais do estudo.....	42
3.3.1 A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)	42
3.3.2 Centro de Saúde-Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (CSE Butantã)	44
3.3.3 Hospital Universitário (HU – USP)	44
3.4 Sujeitos da pesquisa.....	45
3.5 Técnicas de Abordagem.....	46
3.6 Abordagem dos sujeitos	47
3.6.1 Grupo Focal.....	47
3.6.2 Entrevistas semi-estruturadas.....	49
3.7 Análise dos dados	49
4. RESULTADOS	52
5. DISCUSSÃO	62
5.1 Promover a integralidade do cuidado à saúde	62
5.2 Articular Teoria e Prática – Exercitar a Práxis no cuidado à saúde	65
5.3 Promover o acolhimento e construir vínculo com os sujeitos	66
5.4 Reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde	70
5.5 Respeitar a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de andar a vida	71
5.6 Reconhecer e respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional.....	74
5.7 Utilizar o diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde	76
5.8 Operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo com os sujeitos	79
5.9 Instrumentalizar os sujeitos com informação adequada	80
5.10 Valorizar e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde.....	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
7. REFERÊNCIAS	93
8. ANEXOS.....	103

1. INTRODUÇÃO

1.1 A formação em saúde: um olhar para a ação educativa

A formação em saúde vem se tornando tema obrigatório nos debates referentes à efetivação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Grande parte desses debates tem como uma das questões principais o distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e a prática esperada nos serviços.

De fato, diversos autores concordam ao afirmar que o SUS não consegue ser efetivamente operacionalizado se não houver uma força de trabalho qualificada para efetivá-lo nos serviços. Seus princípios e suas diretrizes precisam ser compartilhados e exercitados pelos profissionais que atuam nos serviços para o atendimento das necessidades de saúde da população nos diferentes níveis do sistema (Feuerwerker, 2002; Oliveira, 2004; Ceccim; Feuerwerker, 2004; Rigoli; Rocha; Foster, 2006).

As diretrizes políticas para aos recursos humanos do SUS, expressas pela Norma Operacional Básica, NOB/ RH-SUS¹, também são enfáticas ao preconizar a formação dos profissionais de saúde pautada nos princípios e diretrizes do SUS, com a finalidade de operacionalizar o Sistema nos serviços de saúde (Brasil, 2003).

Apesar dessa preocupação com a formação em saúde, as Instituições de Ensino Superior (IES) formadoras dos profissionais de saúde por muito tempo resistiram em formar seus alunos com base nos princípios e diretrizes do SUS. Na verdade, essa resistência refletia, e em parte e ainda reflete, a preponderância do modelo curativo, especializado e individualizado, amplamente difundido nos serviços de saúde entre as décadas de 50 e 60.

¹ NOB/ RH-SUS - Norma Operacional Básica de recursos humanos para o SUS - é um instrumento elaborado a partir das contribuições propostas pela Comissão Intergestores Tripartite que tem a finalidade de normatizar a gestão do trabalho no SUS (Brasil, 2003).

Esse modelo, que também é fruto da tendência mundial mercadológica de entender a saúde como ausência de doença e a assistência como um processo curativo e individual, imputava às instituições formadoras à necessidade de formar um contingente cada vez maior de profissionais de saúde que pudessem atuar nas instituições de saúde com esse perfil.

A formação inicial em saúde tornou-se tema de debate crescente nas últimas décadas no âmbito das diretrizes políticas na área de educação, alcançando grande visibilidade com a promulgação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área de saúde.

As DCNs, entre outras características, reafirmam a necessidade e o dever das IES em formar profissionais de saúde voltados para as necessidades do SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira.

A interface entre as áreas de educação e saúde no que se refere à preocupação com a formação também pode ser exemplificada na atual política de formação da força de trabalho para os serviços de saúde no Brasil, da Secretaria da Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, expressa em três projetos: o AprenderSUS, o VerSUS e o Pró-Saúde.

Em linhas gerais, o projeto AprenderSUS, iniciado em 2004, apresenta como objetivo principal orientar mudanças nas graduações em saúde, com a finalidade de *“transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações”* (Brasil, 2004b, s/p).

O VerSUS, desenvolvido pela parceria SGTES, entidades estudantis dos cursos da área de saúde e secretarias municipais de saúde, tem como uma de suas propostas oferecer vivências e estágios no SUS a estudantes de graduação, com o objetivo de *“promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando em*

consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde” (Brasil, 2007b, s/p).

Finalmente, o Pró-Saúde, lançado em 2005, objetiva a reorientação do processo de formação em saúde com vistas a formar profissionais que possam operacionalizar o SUS nos serviços de saúde e responder às necessidades de saúde da população. Propõe uma intervenção no processo formativo para que as IES possam desenvolver programas de educação para os cursos de saúde que desloquem a formação centrada na assistência individual e especializada para um ensino baseado nas necessidades sociais e nos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2005).

Observa-se o esforço por parte do Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação e entidades representativas das profissões em saúde, dentre elas a de Enfermagem, para promover mudanças na formação em saúde que tenham como eixo de ensino o SUS. Entretanto, colocar o SUS, seus princípios e diretrizes, e a necessidade de saúde como ponto de partida para a formação dos profissionais de saúde implica aceitar o desafio de transformar o modelo tradicional de assistência à saúde.

Para Campos (2003), esse modelo, centrado na atenção individual e especializada, está se esgotando não só pelo seu alto custo, mas também pelo baixo impacto nas condições de vida e saúde das populações. Para reverter esse quadro, o autor defende a chamada reforma da Reforma Sanitária, na qual os diferentes saberes já produzidos na área da saúde possam ser articulados, integrados e aprofundados, com vistas a desenvolver novas formas de produzir saúde. Para realizar tal mudança no modelo de atenção é importante, dentre outros aspectos, ampliar as ações de promoção, prevenção à saúde e participação social.

Esse novo paradigma de saúde teria como elemento central os modelos de atenção voltados para o reconhecimento e participação ativa dos sujeitos sociais envolvidos na assistência à saúde, particularmente os usuários. Para isso, é necessário pensar modelos de atenção que reforcem

a **educação em saúde**, mas uma educação em saúde na qual os serviços e os seus profissionais apóiem a participação dos sujeitos sociais no controle e no planejamento de saúde de sua comunidade.

Com essa preocupação, o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde² (CNS) preconiza que um dos deveres das políticas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IECs), no SUS, é o *“fortalecimento da cidadania e do Controle Social, visando a melhoria da qualidade e a humanização dos serviços e ações de saúde”* (Brasil, 2001a, 173).

Em relação à formação do profissional de saúde para a ação educativa, o relatório da 12ª CNS, realizada em 2003, em seu sétimo eixo temático intitulado “Trabalho na Saúde”, no item “Formação dos profissionais de saúde” é enfático ao defender a necessidade de:

*“Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a **educação em saúde**, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS”* (Brasil, 2004a, 127, grifo meu).

Em que pese a importância dedicada às ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, vários autores denunciam que a maioria dos projetos educativos realizados nos serviços de saúde são ineficientes e desconsideram a inserção social da população. Destacam que

² Conferências Nacionais de Saúde “são instâncias com representação dos vários segmentos sociais, que têm como objetivos avaliar e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nas três esferas de governo: Nacional, Estadual e Municipal. Reúnem-se a cada quatro como o previsto na Lei 8.142/90” (Brasil, 2007a, 1).

a formação desses profissionais não os prepara para o enfrentamento das necessidades de saúde da população e, portanto, para práticas educativas que valorizem a participação e o controle social (Vasconcelos, 2001a; Valla, 2005).

1.2 As ações educativas no Brasil: do higienismo à Educação Popular em Saúde

Ao se falar sobre Educação em Saúde e ações educativas em saúde, observam-se diferentes concepções teóricas e metodológicas. De fato, o campo de teoria e prática relacionado à Educação em Saúde tem sido utilizado sob a égide de vários referenciais teóricos e metodológicos que, em um mesmo contexto histórico, político, econômico e social, disputavam e ainda disputam espaços de consolidação, coexistindo em diferentes cenários de práticas em saúde. Para entender essa polissemia de significados atribuídos à Educação em Saúde e também delimitar a concepção adotada e defendida neste trabalho é necessário revisitar, mesmo que brevemente, a história brasileira, mais precisamente, o início do século XIX.

De acordo com Silva (1986), no início desse século, o país passou por uma série de mudanças em sua organização política e econômica. No plano político, por exemplo, o Brasil passou a adotar a organização federativa, constituindo os diferentes estados brasileiros. No plano econômico, a cultura cafeeira, controlada pelas oligarquias rurais, cresceu sob a ótica do capitalismo, necessitando de uma força de trabalho produtiva e barata.

O café produzido era exportado por meio dos grandes portos comerciais do país. A ausência de preocupação em relação à saúde das classes mais populares e a inexistência de condições sanitárias urbanas propiciou o surgimento de epidemias de doenças transmissíveis, principalmente, a febre amarela, a varíola e a peste. Na medida que as epidemias atingiam os trabalhadores dos portos e, conseqüentemente, os tripulantes estrangeiros que vinham buscar o café, os grandes importadores

começaram a pressionar os governantes brasileiros para a resolução dos problemas sanitários (Vasconcelos, 1997).

Nesse contexto de ameaça ao desenvolvimento econômico, a questão sanitária tornou-se uma preocupação constante do Estado que, em maio de 1903, nomeou Oswaldo Cruz como diretor geral de Saúde Pública. Médico e sanitarista, Oswaldo Cruz começou a organizar e desenvolver as primeiras atividades de prevenção e controle das doenças transmissíveis. O objetivo principal era melhorar as condições sanitárias para o crescimento e desenvolvimento econômico do país (Barreira, 1992).

Sob influência européia, as atividades tomaram a forma de campanhas, na qual sobressaía o discurso militar que pregava a doença e o agente transmissor como “ser invasor” ou “o inimigo” a ser aniquilado e os conhecimentos da medicina como “as armas” a serem adotadas. A maior parte da população, em geral os pobres, eram vistos como seres potencialmente portadores de germes e totalmente ignorantes sobre sua condição de saúde. Por essa razão, as práticas educativas baseavam-se na coerção e na imposição de normas e hábitos de higiene (Barreira, 1992).

Do ponto de vista epidemiológico, as campanhas foram eficientes, pois diminuíram os índices de mortalidade. Entretanto, o método autoritário utilizado e o propósito exclusivo de atender os interesses econômicos, em detrimento da atenção às condições de vida e de trabalho da população foram severamente criticados, por meio de diversas manifestações populares, dentre as quais a mais emblemática é a “Revolta da Vacina”.

Aliada a essa situação de insatisfação com o serviço de saúde pública, a intensa recessão econômica vivida pelo Brasil por conta do início da Primeira Guerra Mundial em 1914, aumentou as manifestações populares que protestavam contra a fome e o desemprego. Desgastado pela crise no serviço de saúde pública e impedido de continuar no cargo por conta de uma lei que proibiu a acumulação de cargos remunerados, Oswaldo Cruz deixou o comando da saúde pública em 1909 (Barreira, 1992).

Com a finalidade de inovar e melhorar o serviço de saúde pública, o presidente Epitácio Pessoa nomeou, em 1918, o médico e sanitarista Carlos Chagas diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública. Sob a direção de Carlos Chagas, com o aumento da expansão urbana, o desenvolvimento de grandes cidades e o surgimento de uma classe média mais independente da oligarquia rural, as práticas educativas em saúde adquiriram um caráter menos autoritário. Para Vasconcelos (1997), os intelectuais da época começaram a contestar a crença dominante que vinculava a salvação do país à europeização dos brasileiros, por meio da imigração estrangeira e da imposição de padrões de comportamentos.

Com uma perspectiva de saúde mais moderna, sustentada pela Administração Pública dos Estados Unidos e trazida ao Brasil pelo médico sanitarista Geraldo de Paula Souza, as práticas educativas em saúde perderam o caráter autoritário e coercitivo, voltando-se para a mudança de comportamentos em relação à saúde e para valorização do saber científico dos técnicos sanitários, que estimulavam a população a incorporar saberes e adotar comportamentos cientificamente aprovados (Vasconcelos, 2001 b).

Na década de 30, as ações do Estado em relação à saúde passaram a priorizar o desenvolvimento de um setor previdenciário e da assistência médica a determinadas categorias de trabalhadores, organizadas politicamente. Dessa forma, as práticas de saúde com caráter coletivo, como as de educação em saúde, ficaram à margem da expansão da assistência médica individual. As práticas educativas que sobreviveram continuaram a focar a prevenção de doenças, a mudança de comportamento e a aquisição de conhecimentos científicos sobre a saúde.

Esse contexto permaneceu até o governo militar, iniciado em 1964, quando emergiram experiências de educação em saúde diferentes das desenvolvidas anteriormente. Caracterizado pela repressão política e pela ênfase na expansão da economia, esse governo, entre outras medidas, reduziu os recursos financeiros destinados às políticas sociais. As práticas

educativas em saúde continuaram a ceder espaço para o aumento da assistência médica individualizada e hospitalar.

Entretanto, a repressão política do período da ditadura militar levou a população a desenvolver formas de resistência, apoiadas em alguns grupos sociais, dentre eles os grupos radicais da igreja católica e intelectuais de diversas áreas. Essa resistência caracterizou-se pela articulação entre as classes populares e os intelectuais.

O método norteador desta articulação, denominado Educação Popular, foi sistematizado de forma pioneira por Paulo Freire, educador brasileiro que, mesmo antes da ditadura militar, desenvolvia no interior de Recife um método de alfabetização de adultos em “círculos de cultura”, valorizando a relação entre educador (intelectual) e educando (população), visto como elemento ativo no processo de aprendizagem. Paulo Freire promovia a alfabetização de adultos por meio da reflexão e discussão de seu contexto de vida (Gadotti, 2001).

Vasconcelos considera que esse método nasceu no final da década de cinquenta *“quando intelectuais e educadores ligados a Igreja católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, se voltam para as questões populares”* (Vasconcelos, 2005, s/p).

Na área da saúde, o movimento de Educação Popular começou a ser observado com maior intensidade em experiências da década de setenta, nas quais profissionais e intelectuais acadêmicos da área, inclusive os de enfermagem, procuraram a aproximação e articulação com a população (Fantin, 2005).

Essa forma de entender as práticas educativas em saúde, construída a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico, difundida para diversos estados brasileiros, representou uma ruptura com a tradição normativa e impositiva das práticas educativas que até então eram desenvolvidas nos serviços de saúde. Ruptura porque tomava como ponto de partida do processo pedagógico o saber popular, ou seja, dava vida ao educando no processo de aprendizagem.

Além disso, estimulava a aproximação entre educando e educador, possibilitando uma relação mais horizontal e dialógica. Segundo Vasconcelos (1997, 47) *“esta valorização do saber popular permite que o educando se sinta ‘em casa’ e mantenha sua iniciativa. Neste sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais”*.

O processo pedagógico de aproximação e diálogo entre os saberes popular e acadêmico tinha como objetivo possibilitar a reflexão da realidade social. Para Vasconcelos (2001a), a realidade é ponto de partida e de chegada do processo pedagógico, pois a reflexão visa à ação, ou seja, a transformação da realidade. Nas palavras do autor:

“Ela [a Educação Popular em Saúde] busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento de estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social” (Vasconcelos, 2001a, 124).

Entendida como uma estratégia social que tem como propósito fomentar a capacidade de organização consciente e coletiva das populações em busca de transformações na realidade de saúde, a Educação Popular em Saúde diferencia-se de outras estratégias de educação, pois é feita **com** a população e não **para** a população (Valla; Melo, 1992).

Vasconcelos (2001a) alerta que não se trata de venerar o saber popular em detrimento do saber técnico dos profissionais de saúde. Trata-se de possibilitar a articulação e o respeito entre esses diferentes saberes, para buscar novas formas de enfrentamento aos problemas sociais. L’Abbate (1994) defende que é fundamental integrar esses diversos saberes, promovendo uma aproximação maior entre os profissionais que prestam o atendimento à saúde e os usuários para os quais a assistência é dirigida.

Vasconcelos também ressalta que o termo **popular**, presente no conceito de Educação Popular, não se refere ao público da ação educativa,

mas sim à sua perspectiva política, ou seja, que o processo educativo esteja *“a serviço de todos os interesses dos oprimidos desta sociedade, na maioria das vezes pertencentes às classes populares, bem como de seus parceiros, aliados e amigos”* (Vasconcelos, 2001a, s/p).

A Educação Popular em Saúde designa um modo comprometido e participativo de condução do trabalho educativo em saúde, orientado por uma perspectiva que luta pela realização dos direitos sociais. Para Vasconcelos, só investem nessa perspectiva os sujeitos que realmente acreditam *“na força transformadora das palavras e dos gestos, não só na vida dos indivíduos, mas na organização global da sociedade”* (Vasconcelos, 2001a, s/p).

Na década de oitenta, com a redemocratização do país e a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), como resultado do Movimento de Reforma Sanitária, essa aproximação entre profissionais de saúde e usuários conquistou um espaço formal nos serviços de saúde por meio da participação social, um dos princípios do SUS.

Assegurado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o princípio da participação social afirma que, além das funções do poder legislativo, o SUS também deve contar com instâncias colegiadas para compor a Conferência Nacional de Saúde e os Conselhos de Saúde. Essas instâncias devem ser integradas por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e membros da comunidade. Dessa forma, fica garantida legalmente a participação social no controle e na organização dos serviços de saúde (Brasil, 1990b).

Paradoxalmente, a institucionalização da participação social parece ter enfraquecido o Movimento de Educação Popular em Saúde, nascido como força de resistência à repressão militar e ao modelo de saúde excludente vigente na época. Os próprios técnicos e lideranças que atuaram no movimento passaram a ocupar e valorizar os espaços institucionais, distanciando-se da convivência mais direta com a população (Vasconcelos, 1997).

De acordo com Fantin (2005), apesar das décadas de setenta e oitenta terem sido marcadas pela forte presença do movimento de Educação Popular em Saúde, a década de noventa apresentou um outro cenário. O projeto neoliberal adotado e implementado pelo estado brasileiro dificultou, entre outros aspectos, o posicionamento dos movimentos sociais frente ao novo “papel” do Estado que, paulatinamente, diminuiu sua responsabilidade em relação às políticas sociais, dentre elas, as de saúde. Houve, então, um *“esgotamento de velhas formas de luta”* social, sendo fundamental o desenvolvimento de novos mecanismos de articulação desses movimentos sociais frente ao novo Estado neoliberal.

Atualmente, os serviços de saúde convivem com uma realidade marcada pela diversidade e pela complexidade, na qual diferentes representantes sociais lutam por interesses muitas vezes conflitantes. Assiste-se então, a um significativo alargamento e complexificação das lutas dos movimentos sociais. Para Vasconcelos:

“Esta situação nem sempre é compreendida pelos técnicos e militantes envolvidos, que continuam presos ao modelo antigo, tornando suas estratégias inadequadas e insuficientes. Os profissionais que avançam no processo de institucionalização passam a ser vistos como traidores das concepções de democracia de base. Muitas experiências não conseguiram consolidar e expandir institucionalmente, difundindo a idéia de fixação saudositas da educação popular com práticas marginais e informais” (Vasconcelos, 2005, 11).

Questionando o papel da Educação Popular nos serviços de atenção à saúde e o direcionamento do III Seminário Interamericano de Educação em Saúde de 1991, que preconizou o aperfeiçoamento de técnicas de difusão de conhecimentos e mudança de comportamento, profissionais de saúde engajados em práticas educativas populares criaram a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS).

A ANEPS surgiu como uma nova forma de articulação entre os diversos movimentos e práticas populares, os profissionais de saúde e os

pesquisadores da área, com a finalidade de *“qualificar suas práticas, desenvolver processos formativos e reflexivos a partir da práxis e construir referências para a formulação de políticas públicas”* (Stotz, 2004, 181).

Dentre as proposições desse movimento estavam o fortalecimento e a participação social, a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS e a afirmação de que as práticas de educação em saúde devem estar fundamentadas na perspectiva da Educação Popular.

O relatório produzido a partir das discussões estabelecidas na última Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, no tópico referente à Gestão da Educação em Saúde, também demonstra essa preocupação ao enfatizar a necessidade de:

“incentivar financeiramente os processos de educação popular, originados nos movimentos sociais, em relação ao SUS e o fortalecimento do controle social, recuperando a criação de grupos de arte popular voltados para objetivos de educação em saúde e orientação da comunidade” (Brasil, 2004a, 126).

Os encontros realizados pela ANEPS buscaram destacar o papel da Educação Popular em Saúde como um instrumento para a criação de uma sociedade mais solidária, mais justa e com mais saúde. As experiências de educação popular em saúde relatadas nos encontros estão voltadas para a superação do distanciamento existente entre os serviços de saúde e os movimentos sociais, reconhecendo cada vez mais a diversidade e heterogeneidade das necessidades de saúde que os legitimam (Stotz, 2004).

Superar esse distanciamento significa promover a aproximação e o diálogo entre profissionais de saúde e sujeitos sociais, com vistas a construir uma atenção à saúde integral e adequada às condições de vida da população.

1.3 A ação educativa da enfermeira: um olhar sobre o processo de trabalho assistir

A Enfermagem, como profissão historicamente dedicada ao cuidado humano, também têm se dedicado ao longo de seu percurso a uma dimensão educativa. São várias as autoras que discutem essa dimensão educativa, considerando-a como elemento fundamental no trabalho da enfermeira. (Monticelli, 1994; Dilly; Jesus, 1995; Meyer, 1998; Budó; Saupe, 2004).

De maneira sintética, pode-se dizer que essa dimensão educativa se expressa em diferentes atividades: no ensino de enfermagem, praticado em instituições de ensino; na educação permanente da equipe de enfermagem e nas ações educativas desenvolvidas durante a assistência de enfermagem a usuários dos serviços de saúde, podendo ser individuais ou grupais, no interior dos serviços e da comunidade.

Essas atividades, apesar de distintas, coexistem no cotidiano de trabalho da enfermeira, permeando suas ações. É assim que durante a gerência de uma unidade de internação hospitalar, por exemplo, a enfermeira toma como função a educação permanente de sua equipe, propiciando informação e capacitação aos profissionais, a chamada educação em serviço. Com outra finalidade educacional, desta vez a educação formal, uma enfermeira licenciada, professora de uma instituição de ensino técnico, leciona aos seus alunos. Em outro cenário, uma enfermeira da atenção básica, durante sua assistência, seja esta uma consulta, visita domiciliária, participação em grupos comunitários, nas reuniões do conselho local de saúde ou até mesmo em um procedimento técnico pontual (vacina, curativo, coleta de sangue, exame de Papanicolaou, entre outros) estabelece uma relação educativa com os usuários dos serviços de saúde.

Os exemplos que não se encerram nos aqui descritos, servem apenas para ilustrar a presença desse componente educativo na ação da enfermagem, nos processos de trabalho administrar, ensinar ou assistir.

Esta pesquisa toma como objeto o processo de trabalho assistir em sua dimensão educativa, entendendo que toda a assistência de enfermagem tem um caráter educativo, mesmo que este não esteja explícito ou que não seja, a priori, o principal objetivo do cuidado planejado.

Dilly e Jesus (1995) confirmam essa posição ao considerar a enfermeira como peça fundamental nas ações educativas em saúde desenvolvidas com os usuários dos serviços. Budó e Saupe (2004), ao investigar as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras de comunidades rurais do Rio Grande do Sul, também concluíram que as práticas educativas permeiam todo o processo de trabalho assistencial de enfermagem. Monticelli (1994), ao estudar as ações educativas em enfermagem, constatou que estas não apenas estão presentes no cotidiano de trabalho assistencial da enfermeira, mas constituem um instrumento de trabalho dessa profissional.

Apesar da importância dada ao papel da enfermeira no desenvolvimento de ações educativas e do fato de estarem fortemente presentes em sua prática assistencial, observa-se que ainda há um grande distanciamento entre os projetos educativos desenvolvidos pelas enfermeiras nos serviços de saúde e as necessidades da população.

Conforme descrito no capítulo que revisita a história da educação sanitária no país, as práticas em saúde têm se prestado a atender diferentes interesses que variam e disputam espaço ao longo do tempo. O mesmo ocorre com as práticas educativas realizadas pela enfermeira. Alguns estudos evidenciam que tais práticas ainda estão voltadas para o simples repasse de informações ou para a mudança de comportamentos, não valorizando a perspectiva da participação social (Budó; Saupe, 2004).

O estudo de Budó e Saupe (2004) também destaca que a formação inicial da enfermeira não a prepara para a prática educativa mais participativa e dialógica, como a defendida pela Educação Popular em Saúde, pois faltam competências e habilidades para que a enfermeira possa desempenhar seu papel educativo.

1.4 As ações educativas no ensino de enfermagem: um breve resgate histórico

A discussão sobre as práticas educativas em saúde na enfermagem remonta ao período de criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). É a partir dessa instituição, que enfermeiras norte-americanas convidadas por Carlos Chagas fixam-se no país para atuar no controle e prevenção das epidemias e para aqui desenvolver a Enfermagem profissional (Silva, 1986).

Foi assim que em 1923, fundou-se a primeira Escola de Enfermeiras Profissionais do DNSP que, a partir de 1926, passou a se chamar Escola de Enfermeiras Ana Néri, atualmente Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Com a direção de Ethel Parsons, enfermeira norte-americana, a Escola adotou o modelo de educação em Enfermagem preconizado nos Estados Unidos, fundamentado no Informe elaborado por Abraham Flexner, que defendia, entre outros aspectos, a formação baseada nas ciências básicas, restringindo a compreensão do processo saúde-doença à dimensão biológica. Esse modelo de educação estava alinhado com o discurso preventivo e higienista proposto pelo DNSP (Arantes, 1999).

O objetivo da Escola era formar enfermeiras de saúde pública e, portanto, o currículo estava direcionado para o conteúdo e atividades preventivas, com ênfase nas ações educativas em saúde (Germano, 1983; Rizzoto, 1999; Budó; Saupe, 2004).

As práticas educativas realizadas pelas enfermeiras constituíam um instrumento para que o Estado contivesse as grandes epidemias e controlasse sua força produtiva, os trabalhadores e suas famílias. Nesse aspecto, merecem destaque as enfermeiras visitadoras, que, ao adentrar as residências, tinham em mente mudar o comportamento das famílias em relação à saúde, para deter e conter as doenças.

Ainda que marcadas pelo padrão de ensino norte-americano, baseado no modelo flexeneriano e sob a lógica da mudança de

comportamentos, as ações educativas realizadas pelas egressas da Escola produziram impactos positivos na saúde das populações atendidas, contribuindo para a diminuição das taxas de mortalidade por doenças epidêmicas e endêmicas (Saupe, 1998).

Em 1949, o modelo curricular de ensino passou por uma mudança, determinada pela lei nº775 e pelo decreto nº27.426. A lei uniformizou o ensino de Enfermagem, enquanto o decreto estabeleceu o currículo para formação de enfermeiras.

De acordo com Germano (1995), não houve uma mudança expressiva entre o primeiro currículo, estabelecido em 1923 e o currículo de 1949. Ambos privilegiavam os conteúdos de cunho preventivo e com caráter higienista. Entretanto, a mesma autora adverte sobre o surgimento de uma nova tendência: a formação para a assistência hospitalar. A porcentagem de enfermeiras atuando em saúde pública caiu de 66%, em 1943, para 17,2% no ano de 1950, enquanto que a porcentagem de enfermeiras trabalhando no campo hospitalar saltou de 9,5% para 49,4% no mesmo período (Saupe, 1998; Germano, 1983).

Essa nova tendência refletia a aceleração da industrialização e a preocupação com a manutenção da força de trabalho operária. Assim, as medidas de saúde começam a enfatizar a restauração da saúde dos trabalhadores por meio da assistência médica individualizada. Criaram-se grandes complexos médico-hospitalares nos centros urbanos, aumentando a demanda por cursos de Enfermagem voltados para a formação hospitalar. As ações educativas fortemente presentes no currículo e na prática assistencial de enfermagem até 1940, cederam espaço para a assistência individualizada, hospitalar e privada (Oliveira, 2004).

Mesmo no ambiente hospitalar, as ações educativas realizadas pelas enfermeiras também tinham como principal objetivo o controle das enfermidades, a partir da mudança de comportamentos das pessoas.

Na década de 60, com um modelo econômico caracterizado pela concentração de renda e pela continuidade da privatização da assistência

médica individualizada, o ensino de Enfermagem passou por nova reformulação por meio do parecer n.º 271 de 1962. Nesse novo currículo, a principal transformação foi referente à inclusão das especializações. O currículo apresentava uma formação básica ou mínima e uma formação específica, representada pelas especializações em Saúde Pública e Enfermagem Obstétrica (Germano, 1983).

A formação básica, com duração de três anos, incluía disciplinas de Administração e excluía as relacionadas às Ciências Sociais e à Saúde Pública. Segundo Oliveira, *“o deslocamento do conteúdo vinculado à Saúde Pública para a especialização evidenciava a ênfase nas ações individuais e curativas, num processo de medicalização da assistência à saúde”*. (Oliveira, 2004, 11).

Para Saube (1998), esse novo currículo alterou o caminho que a Enfermagem trilhava desde a década de trinta, passando de uma orientação enfocada na saúde da totalidade da população para uma focalização na assistência prestada ao indivíduo hospitalizado. A formação para o desenvolvimento de ações relacionadas à Educação em Saúde ficou restrita à formação de enfermeiras com especialização em Saúde Pública. Aqui se verifica um grave problema, pois as ações educativas foram entendidas como atividades relacionadas, exclusivamente, à saúde pública. As ações educativas desenvolvidas nos espaços hospitalares não foram levadas em consideração.

Com a imposição da ditadura militar em 1964, observou-se a redução dos recursos destinados às políticas sociais, redirecionados para a introdução de novas tecnologias e o desenvolvimento econômico. A assistência de saúde permaneceu médico-centrada e hospitalocêntrica e as ações educativas ainda voltadas para a mudança de comportamentos (Galleguillos; Oliveira, 2001).

O currículo de 1962 perdurou até 1972, ocasião em que houve a instituição do novo currículo por meio do Parecer n.º 163. A nova estrutura curricular apresentava algumas novidades, dentre as quais se destacavam:

a organização do currículo em matérias, possibilitando seu desdobramento em disciplinas; a constituição de um núcleo mínimo obrigatório, que poderia ser incrementado de acordo com as necessidades regionais; a mudança das especializações para as habilitações - em Saúde Pública, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Médico-Cirúrgica e, finalmente, a inclusão da Licenciatura (Saupe, 1998).

Em relação à formação pedagógica relacionada à Educação em Saúde, observa-se a inclusão da disciplina “Didática aplicada à Enfermagem”. Essa disciplina, inserida no núcleo comum do currículo, tinha como propósito assumir *“a discussão do papel do **educador em saúde**, que o enfermeiro exerce junto aos indivíduos, grupos, famílias, população, e no treinamento em serviço do pessoal de Enfermagem”* (Bagnato, 1994, 167, grifo meu).

À Licenciatura em Enfermagem coube a responsabilidade de formar enfermeiros para os cursos profissionalizantes de Enfermagem e pelo ensino de Ciências no primeiro e segundo graus.

Ressalta-se que a Licenciatura em Enfermagem havia sido proposta por alguns profissionais da área como um espaço para a formação pedagógica do enfermeiro em todas as suas dimensões, do ensino formal às ações de educação em saúde. Essa preocupação com a formação pedagógica da enfermeira foi albergada pela Associação Brasileira de Enfermagem em 1991, na *“Proposta de Novo Currículo Mínimo para o Curso Superior de Enfermagem: a formação do enfermeiro”*. Entre as idéias sugeridas estavam a inclusão da Licenciatura como parte da formação comum da enfermeira (Associação Brasileira de Enfermagem, 1991).

Entretanto, a proposta não foi reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura e o novo currículo de Enfermagem, aprovado em 1994, excluiu da modalidade bacharelado a disciplina *“Didática aplicada em enfermagem”*. A formação pedagógica da enfermeira foi entendida pelos legisladores do MEC como restrita à formação em Licenciatura. De acordo com Saupe (1998), o currículo mínimo de 1994 evidenciava uma grave

distorção e desconhecimento do papel educativo da Enfermagem, visualizando-o como limitado ao ensino formal e ausente da prática assistencial.

Atualmente, a formação inicial em Enfermagem é regida pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB), de 1996. Nos aspectos referentes ao ensino superior, a LDB propõe, entre outras medidas, a superação dos currículos mínimos e a adoção de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para cada curso de graduação. As DCNs apresentam-se como uma nova orientação geral a ser seguida pelas escolas de ensino superior, contendo elementos indicadores e norteadores da formação neste nível de ensino.

Para aproximar o ensino da prática profissional, a Enfermagem realizou diversos fóruns de debates com professores, alunos e profissionais da área, por meio dos Seminários Nacionais de Diretrizes e Bases para a Educação em Enfermagem (SENADEn), promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) (Moraes, 2003).

Como resultado desses fóruns de debates, a categoria elegeu o SUS como referência para formulação de propostas para os cursos de graduação e o processo saúde-doença e seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos como elementos norteadores da formação em Enfermagem.

As DCNs para o Curso de Graduação em Enfermagem resultaram desse movimento de discussão realizado pela Enfermagem ao longo das duas últimas décadas. Homologadas por meio da resolução nº 3 de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES), as DCNs preconizam a formação da enfermeira generalista, crítica e reflexiva, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas de saúde mais prevalentes, além de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Brasil, 2001b).

As DCNs também recomendam que a formação do profissional de Enfermagem seja orientada para o desenvolvimento de competências. No

parecer 16/99 do CNE e na CES o termo competência designa a capacidade de mobilizar conhecimentos, informações e habilidades para aplicação em situações concretas do exercício profissional (Kobayashi; Leite, 2004, 224).

Das competências gerais e específicas listadas nas Diretrizes Curriculares para o Ensino Superior em Enfermagem, observa-se uma que relaciona a assistência de Enfermagem às ações educativas em saúde, referindo que a enfermeira deve ser capaz de *“planejar e implementar programas **de educação** e promoção à saúde, considerando a especificidades dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento”* (Brasil, 2001b, grifo meu).

No item *“Conteúdos Curriculares”*, o documento também postula que o ensino de Enfermagem deve orientar-se para *“uma formação e **capacitação pedagógica independente da licenciatura em enfermagem**”* (Brasil, 2001b, grifo meu). Fica evidente a preocupação em preparar enfermeiras para práticas educativas. Entretanto, o documento não especifica quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para desenvolver competências relacionadas à prática educativa na assistência de enfermagem. Além disso, não deixa claro qual é a noção de educação em saúde empregada, dando margens para diferentes interpretações.

Apesar disso, as Diretrizes preconizam que a formação de todas as profissões da área de saúde deve estar orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, de modo a assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização da assistência e o atendimento das necessidades de saúde (Brasil, 2001b).

Nesse sentido, é possível aceitar uma aproximação com a temática da educação em saúde, na perspectiva da Educação Popular em Saúde, considerando que as práticas em saúde e a formação dos profissionais devem estar alicerçadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, faz-se necessário construir competências que possam conduzir as

enfermeiras ao desenvolvimento de ações educativas nesta perspectiva. Foi com esse grande desafio que se desenvolveu este trabalho.

Considerando que a atenção à saúde possui um caráter educativo e que este deve estar alicerçado em uma prática pedagógica dialógica que parta das necessidades de saúde dos sujeitos sociais e, portanto, de seus conhecimentos e representações sobre seus modos de viver e de andar a vida, este trabalho destaca a dimensão educativa da enfermeira em seu processo de trabalho assistencial, entendendo que a assistência de enfermagem tem uma dimensão educativa.

Frente ao distanciamento constatado entre a formação em saúde e as necessidades de saúde da população atendida pelos serviços de saúde, faz-se necessário que os processos formativos na área de saúde promovam a formação de profissionais de saúde que possam acolher essas necessidades e, a partir delas, promover práticas pedagógicas dialogadas e participativas, diminuindo assim o abismo criado entre o “mundo” da academia e o “mundo” do trabalho. Essa proposta pedagógica é a base da Educação Popular em Saúde.

Para promover esta formação, de acordo com as DCNs, faz-se necessário o desenvolvimento de competências durante a formação inicial que favoreçam a promoção de práticas educativas emancipatórias. Desta forma, este estudo toma como objeto **a interface entre processo de trabalho assistencial da enfermeira em sua dimensão educativa e o ensino de enfermagem, no que se refere ao desenvolvimento de competências para práticas educativas alicerçadas na Educação Popular em Saúde.**

2. OBJETIVOS

- Construir um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira a partir da perspectiva dos diferentes sujeitos implicados na formação inicial em Enfermagem.
- Identificar conhecimentos, habilidades e atitudes para ação educativa da enfermeira em seu processo de trabalho assistir.

3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Este estudo exploratório e qualitativo tem como marco teórico-metodológico o Materialismo Histórico e Dialético (MHD), tendo em vista sua contribuição para investigação e intervenção em Enfermagem, ao considerar os fenômenos sociais como parte da realidade. É histórico porque entende que esses fenômenos estão situados em um tempo e uma realidade historicamente construídos, e dialético porque considera que essa realidade está em constante contradição e em transformação pela ação do ser humano (Egry, 1996).

Toma como premissa³ a ação educativa em saúde na perspectiva da Educação Popular postulada por Freire (1979, 1987) e trabalhada na área da saúde por Vasconcelos (1997, 2001a,b,c; 2005) e Valla (2000, 2005). Neste sentido, a ação educativa é entendida como prática pedagógica dialógica porque investe no diálogo entre os diferentes saberes – popular e o técnico-científico; participativa porque considera fundamental a participação social dos sujeitos implicados na atenção à saúde, e transformadora porque defende que somente a partir do diálogo e da participação esses sujeitos podem articular formas de enfrentamento e de transformação em relação a suas vidas e seu processo saúde-doença.

A categoria conceitual⁴ que servirá como baliza para o conhecimento do objeto proposto é a competência, tal como definida por Perrenoud (1999), ancorada nas concepções de trabalho em saúde e saber operante formuladas por Mendes-Gonçalves (1994).

³ Considera-se premissa como cada uma das proposições que servem de base para a conclusão, diferenciando-se, portanto da definição de pressuposto, entendida como ato ou efeito de pressupor, ou seja, supor de antemão, presumir (Ferreira, 2004).

⁴ Egry (1996, 51) define categoria conceitual como um “conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado”.

3.1 Competências: delimitando o conceito adotado na pesquisa

O termo competências tem sido associado a uma diversidade de concepções originárias de áreas distintas, como a psicologia, a administração, a sociologia e a educação.

No campo educacional, Lima (2004) afirma que há três principais concepções de competência: a primeira, em que competência é definida como um conjunto de atributos pessoais; a segunda, que a associa à realização correta de determinadas tarefas e a terceira, em que a competência é vista como o resultado da combinação de atributos pessoais adquiridos e que, aplicados em diferentes contextos, podem atingir determinados resultados. Nesse último caso, a autora considera que:

“há um resgate integrador dos dois enfoques semânticos do termo competência uma vez que coloca os atributos pessoais em relação com distintas construções sociais que legitimam esses atributos de acordo com a história das sociedades em diferentes épocas” (Lima, 2005, 371).

Essa concepção, defendida pela autora como uma concepção dialógica de competência, é discutida por vários autores, dentre eles, Perrenoud (1999), para o qual desenvolver competências significa desenvolver diferentes atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) que combinados podem configurar diferentes formas de realizar com sucesso determinadas atividades vinculadas a uma prática profissional. Perrenoud (1999) também afirma que é na ação desenvolvida nos diferentes cenários em que se realiza uma determinada prática social que o estudante consegue articular esses conhecimentos, habilidades e valores pessoais para solucionar com eficácia uma série de situações.

De acordo com a concepção dialógica de competência, a construção do perfil de competências desejado para uma determinada área profissional deve partir da investigação dos processos de trabalho e de todos os sujeitos neles envolvidos (Perrenoud, 1999; Hager; Gonsci, 1996).

O eixo estruturante dessa construção coletiva de competências é o diálogo estabelecido entre o “mundo” da academia e o “mundo” do trabalho. Para Ribeiro e Lima (2003), somente o diálogo entre as diferentes concepções e representações sobre a prática profissional em saúde pode subsidiar a construção de um perfil de competências pactuado coletivamente e condizente com as DCNs e aos princípios do SUS.

Depresbiteres (2001) alerta, no entanto, que ao discutir a formação voltada para o trabalho, por meio do desenvolvimento de competências, é preciso compreender que formar para o trabalho implica, em grande medida, formar para cidadania.

Nas palavras de Moraes (2003, 24) o ensino de terceiro grau, mesmo que voltado para a prática profissional, *“precisa incorporar em seus currículos os referenciais que levem simultaneamente ao desenvolvimento de projetos individuais e coletivos”*.

O Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, postulou que os quatro pilares da educação do futuro são o saber conhecer, o saber fazer, o saber ser e saber o conviver. Esses pilares são entendidos pelo Relatório como sendo os eixos norteadores para a educação que vise um projeto comum, incorporando assim conhecimentos, habilidades às atitudes pessoais e sociais (Delors, 2003).

Saber conhecer refere-se não só à aquisição de conhecimentos, mas ao domínio dos instrumentos da esfera cognitiva. Desta forma, o processo de aprendizagem nunca está acabado, pronto, devendo ser construído ao longo das experiências cotidianas dos sujeitos, pressupondo “um aprender a aprender” contínuo, no qual a educação consiga *“transmitir às pessoas o impulso e a base que façam com que continuem a aprender ao longo de toda a vida, no trabalho, mas também fora dele”* (Delors, 2003, 93).

Já o *saber fazer* não se restringe ao preparo para uma determinada tarefa, por meio da transmissão de técnicas ou procedimentos. O Relatório postula a necessidade articular e combinar o preparo técnico às aptidões pessoais e relacionais, que envolvem, entre outros aspectos, o trabalho em

equipe, a iniciativa e a tomada de decisão frente às diferentes situações da prática profissional (Delors, 2003).

Segundo o Relatório, o *saber conviver* representa o maior desafio da educação. Moraes (2003, 25) considera que a educação que valoriza a convivência *“tem por finalidade ensinar a diversidade e, ao mesmo tempo, favorecer a conscientização da semelhança e da interdependência entre todos os seres humanos do planeta”*. A convivência com o outro depende da descoberta desse como sujeito e da construção coletiva de projetos comuns, respeitando-se os valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz (Delors, 2003).

Finalmente, o *saber ser*, que implica comprometimento e compromisso social do trabalhador em relação a sua realidade, reconhecendo-se como sujeito capaz de transformar e melhorar essa realidade. Para o Relatório, preparar os sujeitos para tal desafio implica *“fornecer-lhes constantemente forças e referências intelectuais que lhes permitam compreender o mundo que os rodeia e comportar-se nele como atores responsáveis e justos”* (Delors, 2003, 100).

No campo da saúde, especialmente no que se refere à formação profissional, os quatro pilares da educação permitem compreender que a construção de competências implica articular os diferentes saberes para construção de uma prática profissional pautada não somente na aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais que visem à construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde.

Tomando como objeto a formação inicial em Enfermagem e sua interface com processo de trabalho assistencial em sua dimensão educativa, considera-se que a elaboração de um perfil de competências capaz de contribuir para uma prática profissional mais condizente com as necessidades de saúde da população passa pela construção coletiva dos sujeitos envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem em Enfermagem.

Moraes (2003) advoga que a formação em Enfermagem deve visar ao desenvolvimento de competências para os distintos processos de trabalho, em especial, os processos assistir e administrar, com a finalidade de reorientar a prática profissional para o atendimento das necessidades de saúde.

3.2 Trabalho em Saúde: aproximando “competência” e “saber operante”

Para Ramos (2006a), a idéia que mais se difunde na área da educação em relação à compreensão de competência é de que esta teria a capacidade de aproximar a formação do mundo do trabalho. Desta forma, o plano pedagógico antes estabelecido com foco no conteúdo das disciplinas para a apreensão de conhecimentos considerados importantes, agora tem seu eixo nas situações concretas que serão encontradas na futura prática profissional do estudante. Para a autora, ao partir das situações concretas, a pedagogia por competências recorre às disciplinas na medida das necessidades que essas situações determinam.

Seguindo essa lógica, o mundo da escola começa a atribuir um sentido mais prático aos saberes escolares, responsabilizando-se pela ordenação das atitudes e práticas profissionais, tomando como perspectiva o funcionamento e a organização dos processos produtivos.

Entendendo competência como a capacidade de integrar conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de tarefas em diferentes contextos e de formas distintas, coloca-se a importância da articulação dessa proposta de ensino com o mundo do trabalho, cenário no qual se desenvolvem as diferentes atividades características de determinada prática profissional.

A necessidade de abordar o mundo do trabalho para o desenvolvimento de competências parte desse reconhecimento de que as práticas de ensino só fazem sentido se desenvolvidas no ambiente em que

se desenvolvem as práticas profissionais. Ramos alerta para o fato de que o trabalho, neste caso:

“É tomado como princípio educativo não porque sob o modo de produção capitalista ele se transforma em mercadoria e aliena o homem de sua própria produção. Mas, porque, sob a dimensão civilizatória do próprio capitalismo, este tende a revolucionar permanentemente os meios de produção, a ponto de as forças produtivas entrarem em contradição com o próprio modo de produção” (Ramos, 2006b, 300).

Na área de saúde, Mendes-Gonçalves (1994) foi um dos pioneiros a utilizar a categoria trabalho para apreender e compreender as práticas de saúde, partindo da premissa de que trabalho e conhecimento científico são intrinsecamente históricos e sociais. Ao aproximar as dimensões do trabalho e do conhecimento, o autor toma o saber em saúde como uma forma de apreender o objeto de trabalho em saúde. Mesmo não tendo dimensões materiais, como outros instrumentos do processo de trabalho, o saber em saúde tem uma dimensão técnica ou operante, pois opera no sentido de recortar da realidade elementos que constituem os objetos de intervenção em saúde (Peduzzi, 2002).

Segundo Mendes-Gonçalves, o agente do trabalho em saúde opera com um saber que é resultado não apenas de um processo intelectual, mas, sobretudo, de *“generalizações conscientes e estruturadas a partir da prática, que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas”* (Mendes-Gonçalves, 1994, 65).

Essa noção de saber é denominada pelo autor de “saber operante” que, nas palavras de Peduzzi (2002, 81), significa *“conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas”*.

A mesma autora afirma que o saber operante é uma forma de mediação entre a ciência e a ação/intervenção, na qual se define o que será feito, de fato, diante de um problema social ou da necessidade apresentada.

É nessa mediação que os sujeitos, agentes do trabalho em saúde, articulam instrumentos e atividades para a transformação do objeto de intervenção.

Ao identificar as competências para a atuação da enfermeira em Saúde Coletiva, Moraes (2003) conclui que a concepção de saber operante promove uma aproximação necessária entre as categorias competência e trabalho ao compreender o trabalho em saúde como prática social realizada por sujeitos autônomos na mediação com diferentes instrumentos e com a finalidade de atender as necessidades de saúde.

3.3 Locais do estudo

Compõem os locais desta investigação a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), representada por docentes e estudantes de Enfermagem; o Centro de Saúde Escola Butantã (CSE - Butantã) e o Hospital Universitário (HU), dois campos de estágios vinculados à essa Universidade nos quais se desenvolve parte do processo de ensino-aprendizagem da formação inicial em Enfermagem, representados por enfermeiras, gestores e usuários.

3.3.1 A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

A EEUSP, desde sua criação, pelo Decreto-lei Estadual N.º13.040/1942 em 1942, dedica-se e preocupa-se com a qualidade e a excelência do ensino de Enfermagem.

É com esta dedicação, que ao longo dos seus 64 anos de existência, a Escola de Enfermagem compromete-se com a missão de preparar enfermeiros, pesquisadores, docentes e especialistas, com a finalidade de *“formar e qualificar recursos humanos na enfermagem, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, para a transformação dos perfis de saúde-doença da coletividade”* (Egry, 2002).

Desde então, a preocupação com as questões pertinentes ao ensino leva a Escola a acompanhar as discussões relacionadas à temática no

cenário de desenvolvimento e implantação de políticas educacionais para o ensino superior no Brasil.

Em consonância com as discussões referentes à implantação da LDB e das DCNs, e com o objetivo de aprofundar os conhecimentos e promover mudanças necessárias à prática e à organização pedagógica dentro da Universidade de São Paulo, foi instituída, em abril de 2004, a portaria interna da Pró-Reitoria de Graduação, Pró-G 04/2004, que além de dispor sobre as principais ações de apoio pedagógico ao docente na USP previa a criação de Grupos de Apoio Pedagógico (GAPs) nas unidades ou conjunto de unidades da USP, além de um Grupo de Trabalho de Apoio Pedagógico do Conselho de Graduação (GAP Central) formado pelos coordenadores dos GAPs e pelo menos um membro do Conselho de Graduação (Universidade de São Paulo, 2007).

Os GAPs, constituídos nas diferentes unidades e conjuntos de unidades da USP, dentre elas, a Escola de Enfermagem, têm como objetivo *“dar subsídios às Comissões de Graduação, Comissões Coordenadoras de Cursos e docentes das Unidades para que renovem e aprofundem conhecimentos no intuito de promover mudanças necessárias à prática e à organização pedagógica, com vistas à melhoria da qualidade do ensino ministrado”* (Universidade de São Paulo, 2007).

O GAP da Escola de Enfermagem, constituído recentemente, em 2005, constitui-se, portanto, de um espaço que alberga as discussões referentes ao ensino de graduação em Enfermagem. O grupo é aberto à participação todos os interessados em discutir as questões relacionadas ao ensino e, atualmente, conta com a participação de docentes, enfermeiras do Hospital Universitário, técnicas dos departamentos da escola, alunas de graduação e pós-graduação. O grupo reúne-se quinzenalmente às segundas-feiras no período da tarde.

3.3.2 Centro de Saúde-Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (CSE Butantã)

O CSE Butantã desenvolve desde 1977 ações de ensino, pesquisa e atenção à saúde da população em suas diferentes etapas da vida, contando também com ações em saúde mental e a vigilância epidemiológica, realizadas por uma equipe multiprofissional. Constitui-se como uma unidade de saúde vinculada à Universidade de São Paulo e articulada à Secretaria de Estado da Saúde e à Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Prefeitura Municipal de São Paulo

A atenção à saúde está voltada às necessidades de saúde, por meio da integralidade da assistência. Além disso, orienta-se a promover a captação e reconhecimento das necessidades que transcendem os motivos imediatos de demanda por atendimento.

No que se referem às ações de ensino e pesquisa, o serviço constitui campo de prática fundamental para o ensino de graduação em medicina e enfermagem, além de pós-graduação com a especialização em Saúde da Família e o aprimoramento em Saúde Coletiva⁵.

3.3.3 Hospital Universitário (HU – USP)

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) é uma instituição vinculada à USP que se destina ao ensino, à pesquisa e à extensão de serviços à comunidade, tendo como missão o oferecimento de uma assistência multidisciplinar, de média complexidade, com base no perfil epidemiológico da comunidade adscrita.

Suas atividades envolvem o estímulo ao ensino e a pesquisa, além da assistência integral, por meio de atividades de recuperação, proteção e

⁵ Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Projeto de Reorientação da Formação Profissional em Enfermagem: Pró-Saúde. São Paulo, dezembro de 2005. 85 páginas.

prevenção à saúde, também colaborando com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais⁶.

3.4 Sujeitos da pesquisa

A construção de um perfil de competências para ação educativa deve envolver a participação dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem: docentes, estudantes, trabalhadores da saúde, gestores e usuários. Neste estudo, esses agentes foram divididos em cinco grupos:

- **Grupo 1 – Docentes:** constituído por professoras que participam do Grupo de Apoio Pedagógico (GAP) da EEUSP; um espaço que alberga as discussões sobre as questões relacionadas ao ensino de Enfermagem, de modo que seus participantes têm interesse e vivência nas discussões relacionadas ao ensino;
- **Grupo 2 – Estudantes:** composto por concluintes (cursando o sétimo semestre) do Bacharelado em Enfermagem da EEUSP, considerando que já cursaram a maior parte das disciplinas e estágios oferecidos pelo currículo e, portanto, possuem uma maior vivência do currículo e da proposta pedagógica da Escola;
- **Grupo 3 – Profissionais de enfermagem:** integrado por enfermeiras que atuam em dois dos serviços de assistência à saúde vinculados à Universidade; o Centro de Saúde-Escola Butantã (CSE) e o Hospital Universitário (HU) e que participam do ensino ministrado às estudantes de enfermagem;

⁶ Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Projeto de Reorientação da Formação Profissional em Enfermagem: Pró-Saúde. São Paulo, dezembro de 2005. 85 páginas.

- **Grupo 4 – Gestores:** composto por administradores que coordenam a assistência à saúde dos serviços de saúde vinculados à Universidade, considerando sua importância na tomada de decisão e na supervisão da assistência de enfermagem prestada nos dois serviços de saúde utilizados como locais de estudo deste trabalho;
- **Grupo 5 – Usuários:** frequentadores dos serviços de saúde, para os quais a assistência de enfermagem é dirigida. Integram o processo ensino-aprendizagem na medida que constituem componente central da assistência prestada pela Enfermagem.

Pelo caráter eminentemente qualitativo da pesquisa, não se definiu a priori o número de sujeitos a serem entrevistados em cada grupo. Foi a disponibilidade dos cenários envolvidos e dos sujeitos abordados que determinou o número de participantes. Assim, participaram desta pesquisa: cinco docentes (Grupo 1); cinco alunas (Grupo 2); dois gestores (Grupo 3), sendo um de cada serviço abordado; dez enfermeiras (Grupo 4), sendo cinco de cada serviço abordado e, finalmente, oito usuários (Grupo 5), sendo cinco do Hospital Universitário e três do Centro Saúde Escola Butantã, totalizando 30 participantes. A caracterização dos sujeitos abordados segue anexada ao trabalho (Anexo XIV).

3.5 Técnicas de Abordagem

A coleta de dados foi realizada por meio de duas técnicas de abordagem: entrevistas semi-estruturadas e grupo focal.

A entrevista semi-estruturada foi realizada com as enfermeiras (grupo 3), gestores (grupo 4) e usuários (grupo 5), levando em conta sua contribuição como instrumento privilegiado para apreender o ponto de vista dos sujeitos envolvidos por meio de uma comunicação não cerceada, facilitada, aprofundada e ampliada. Para Minayo, a entrevista semi-estruturada traduz-se como “*uma conversa com finalidade*”, na qual o entrevistador pode introduzir perguntas que ajudem a “*estender o campo de*

esplanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões” (Minayo, 2004, 122).

O Grupo Focal foi realizado com as professoras que integram o Grupo de Apoio Pedagógico (grupo 1) e com alunas concluintes do curso de Graduação em Enfermagem da EEUSP (grupo 2). Essa técnica foi eleita pela sua contribuição em proporcionar a escuta e a interação de vários sujeitos em um mesmo momento, favorecendo a obtenção de uma variedade de informações, sentimentos, experiências e representações desses sujeitos acerca do tema proposto pela pesquisa (Chiesa; Ciampone, 1999).

Para Minayo, o grupo focal é uma técnica importante para o tratamento das questões relacionadas à saúde sob o ponto de vista social, pois *“se presta ao estudo das representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população”* (Minayo, 2004, 129).

A escolha de duas técnicas de abordagem para a pesquisa deveu-se, primordialmente, à disponibilidade de participação dos grupos abordados, considerando-se sua inserção nos cenários envolvidos. Com os grupos de professoras e de alunas (grupo 1 e 2, respectivamente) foi possível agendar e programar a realização do grupo focal. Já com o grupo das enfermeiras, gestores e usuários (grupo 3, 4 e 5, respectivamente), abordados dentro dos serviços (no caso HU e CSE) e durante o período de trabalho, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais.

3.6 Abordagem dos sujeitos

3.6.1 Grupo Focal

Para realização do grupo focal com o Grupo 1, primeiramente foi enviado um convite (Anexo V), via correio eletrônico, a todas as 15 docentes participantes do GAP-EEUSP, verificando a disponibilidade e o interesse das mesmas em participar da pesquisa. Das 15 convidadas, sete professoras

demonstraram interesse em participar. Entretanto, durante tentativa de acordar o horário e a data para realização do grupo, apenas seis docentes conseguiram conciliar a realização do grupo focal com suas atividades de ensino.

O grupo foi realizado no dia 30 de março de 2006, no período da manhã, contando com a participação de cinco professoras, uma vez que uma professora não pode comparecer ao encontro. Participaram ainda a pesquisadora e uma pessoa no papel de observadora. O espaço utilizado para realização do grupo foi uma sala gentilmente cedida pela Escola. A discussão realizada pelo grupo foi gravada e as anotações pertinentes foram feitas pela observadora. O período de duração do grupo foi de uma hora e vinte minutos.

Para o Grupo 2, inicialmente foi enviado um convite (Anexo VI) pelo Serviço de Graduação, via correio eletrônico, para todos os alunos que haviam concluído o curso de enfermagem no ano de 2005. Entretanto, passados trinta dias da data do convite inicial, apenas uma aluna havia retornado o convite, disponibilizando-se para participar da pesquisa.

Para viabilizar a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com uma das alunas do curso de Graduação em Enfermagem da Escola que estava cursando o último ano, verificando com a mesma as possibilidades de contato com os alunos de sua turma. A aluna sugeriu um grupo de alunas que estava em estágio no Centro de Saúde Escola Butantã. Era um grupo de cinco alunas que cursavam o último ano do curso de Enfermagem, realizando as últimas etapas da formação.

Desta forma, o convite foi feito a esse grupo de alunas (anexo). Ao confirmar o interesse em participar da pesquisa, foi acordada a data para o grupo focal que aconteceu no próprio local em que as alunas estavam realizando o estágio (CSE Butantã) e contou com a participação de cinco alunas, da pesquisadora e de uma pessoa como observadora. O encontro ocorreu no dia 18 de maio de 2006, no período da manhã e durou cerca de

50 minutos. As discussões realizadas no grupo foram gravadas e as anotações pertinentes feitas pela observadora.

3.6.2 Entrevistas semi-estruturadas

Todas as entrevistas semi-estruturadas realizadas com os gestores, enfermeiras e usuários (Grupos 3, 4 e 5 respectivamente) aconteceram nos serviços (CSE Butantã e HU), sendo agendadas pessoalmente e previamente com a pesquisadora, conforme a disponibilidade e o interesse dos sujeitos entrevistados. A duração das entrevistas variou de 15 a 30 minutos.

3.7 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio dos grupos focais e das entrevistas foram submetidos ao método de análise de discurso (Fiorin, 2000). Segundo esse autor, os discursos podem ser analisados sob dois pontos de vista complementares: um que se refere aos mecanismos sintáticos e semânticos responsáveis pela produção do sentido do texto e outro que se refere ao discurso como *“objeto cultural, produzido a partir de condicionantes históricas, em relação dialógica com outros textos”* (Fiorin, 2000, 10).

O autor também defende que o discurso é uma rede de combinações, um conjunto de frases que exprime o pensamento do sujeito, seu entendimento de mundo exterior, mundo interior ou do agir sobre a realidade. Por isso, essa técnica de análise tem como objetivo a realização de uma reflexão sobre as condições da produção e da apreensão na significação do texto, visando a *“compreensão do modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido”* (Minayo, 2004, 212).

Para proceder tal análise, Fiorin (2000) sugere que o texto discursivo seja decomposto em temas e figuras. As figuras são palavras ou expressões que existem no mundo real e os temas são palavras ou expressões que não existem no mundo real, mas que organizam e categorizam a realidade. Car e

Bertolozzi (1999), que utilizaram esse tipo de análise em pesquisas na área de Enfermagem, recomendam a leitura do texto e sua recomposição em frases temáticas que, posteriormente, são sintetizadas em temas.

O material das entrevistas e dos grupos focais, devidamente gravado e transcrito, resultou em textos discursivos para cada grupo abordado. Após a transcrição, realizou-se a leitura dos textos e a seleção de trechos relevantes para a pesquisa. Os discursos selecionados foram recompostos em frases temáticas que, por sua vez, foram organizados segundo os quatro pilares da educação (Delors, 2003) para cada grupo abordado (Anexo XV).

Por último, esses conhecimentos, habilidades e atitudes de todos os grupos foram articulados e recompostos em um quadro síntese das competências para a ação educativa da enfermeira. Para o enunciado das competências, adotou-se o emprego de um verbo e de um substantivo, pelo menos, conforme preconizado por Witt (2005), que considera que uma competência está sempre relacionada a uma ação.

A figura a seguir ilustra os passos desenvolvidos durante a etapa de análise dos dados.

Esquema 1. Processo de análise de dados. São Paulo, 2007.

4. RESULTADOS

A seguir são apresentados os quadros resultantes da recomposição das frases temáticas em conhecimentos (saber conhecer), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser e conviver) para cada grupo abordado.

Quadro 1 - Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva de docentes da EEUSP. São Paulo, 2007.

Saber conhecer	Saber fazer	Saber ser	Saber conviver
Ter conhecimento técnico específico da profissão e conhecimento das áreas biológica e social	<p>Trabalhar com a adversidade</p> <p>Reconhecer a diversidade dos cenários de atuação profissional</p> <p>Encadear e relacionar o conhecimento com a prática</p> <p>Usar o raciocínio clínico</p> <p>Estabelecer estratégias de comunicação adequadas aos usuários.</p> <p>Desenvolver a escuta</p> <p>Negociar com os usuários dos serviços possibilidades de superação de sua condição de saúde</p> <p>Promover o cuidado integral</p> <p>Saber integrar os processos de trabalho em enfermagem, reconhecendo a indivisibilidade das ações de enfermagem.</p> <p>Reconhecer a amplitude e a processualidade da ação educativa.</p> <p>Utilizar e valorizar novas ferramentas de comunicação</p>	<p>Reconhecer-se como agente de transformação da realidade</p> <p>Ter co-responsabilidade pelo seu ensino</p> <p>Construir sua identidade como pessoa e como enfermeira</p> <p>Perceber-se e compreender-se como ser humano</p>	<p>Relacionar-se com sujeitos e grupos de diferentes condições sócio-econômicas</p> <p>Reconhecer o outro</p> <p>Dialogar com os parceiros de trabalho</p> <p>Reconhecer e respeitar a autonomia dos usuários</p>

Os resultados provenientes do **Grupo 1**, constituído pelas docentes de enfermagem, evidenciam a necessidade da enfermeira ter conhecimento técnico específico da profissão e conhecimento das áreas biológica e social.

No que se refere às habilidades, o grupo considerou importante: trabalhar com a adversidade, reconhecer a diversidade dos cenários de

atuação profissional, encadear e relacionar o conhecimento com a prática, usar o raciocínio clínico, estabelecer estratégias de comunicação adequadas aos usuários, desenvolver a escuta, negociar com os usuários dos serviços possibilidades de superação de sua condição de saúde, promover o cuidado integral, saber integrar os processos de trabalho em enfermagem, reconhecendo a indivisibilidade das ações de enfermagem, reconhecer a amplitude e a processualidade da ação educativa utilizando e valorizando novas ferramentas de comunicação.

No que se refere ao saber-ser, o grupo considerou que a enfermeira precisa reconhecer-se como agente de transformação da realidade, ter corresponsabilidade pelo seu ensino, construir sua identidade como pessoa e como enfermeira e, por fim, perceber-se e compreender-se como ser humano.

Em relação ao saber conviver, foi destacada a necessidade da enfermeira se relacionar com sujeitos e grupos de diferentes condições socioeconômicas, reconhecer o outro, dialogar com os parceiros de trabalho, reconhecer e respeitar a autonomia dos usuários.

Apesar de enfatizarem durante o grupo focal, a necessidade de se trabalhar com as questões relacionadas ao saber ser e ao saber conviver durante a formação inicial, as atitudes tanto pessoais como relacionais foram menos mencionadas do que as habilidades. Os conhecimentos também foram pouco citados pelo grupo.

Quadro 2 - Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva de alunas da EEUSP. São Paulo, 2007.

Saber conhecer	Saber fazer	Saber ser	Saber conviver
Ter conhecimento técnico-específico da profissão Ter conhecimento teórico relacionado à psicologia Ter conhecimento de técnicas grupais	Estabelecer estratégias de comunicação adequadas aos usuários. Conhecer os sujeitos que irá abordar Trabalhar com técnicas grupais Entender a vida e a doença como processos Partir das necessidades e do conhecimento dos sujeitos Negociar com os usuários dos serviços possibilidades de superação de seus problemas de saúde Fazer com que os usuários se reconheçam como agentes de transformação de sua própria vida	Olhar para si próprio, reconhecendo-se como agente de transformação da realidade	Valorizar o conhecimento dos sujeitos, respeitando seus valores culturais Compreender o modo de viver e de trabalhar dos sujeitos Identificar-se com os sujeitos Reconhecer os sujeitos como agentes de transformação de sua própria vida Respeitar a autonomia dos sujeitos em relação à suas vidas.

No **Grupo 2**, integrado por estudantes de enfermagem, os conhecimentos identificados para a atuação educativa da enfermeira em seu processo de trabalho assistencial foram: ter conhecimento técnico-específico da profissão, conhecimento teórico relacionado à psicologia e sobre técnicas grupais. Em relação às habilidades, as estudantes consideraram que a enfermeira deve estabelecer estratégias de comunicação adequadas aos usuários, conhecer os sujeitos que irá abordar, trabalhar com técnicas grupais, entender a vida e a doença como processos, partir das necessidades e do conhecimento dos sujeitos, negociar com os usuários dos serviços possibilidades de superação de seus problemas de saúde e fazer com que os usuários se reconheçam como agentes de transformação de sua própria vida.

Na dimensão do saber-ser, as estudantes enfatizaram a necessidade da enfermeira saber olhar para si própria, reconhecendo-se como agente de transformação da realidade. Em relação ao saber-conviver, destacaram as

atitudes de respeitar e valorizar do conhecimento dos sujeitos, respeitando seus valores culturais, compreender seu modo de viver e de trabalhar, identificar-se com os sujeitos, reconhecendo-os como agentes de transformação de sua própria vida e respeitando sua autonomia.

Nota-se que há predominância das habilidades e das atitudes relacionais. Os conhecimentos e atitudes pessoais foram pouco mencionados pelo grupo.

Quadro 3 - Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva de enfermeiras do HU e CSE. São Paulo, 2007.

Saber conhecer	Saber fazer	Saber ser	Saber conviver
Reconhecer o cuidado com um olhar ampliado, para além das doenças, envolvendo o indivíduo e seu modo de viver Ter conhecimento sobre o serviço e os recursos que ele oferece; a realidade da população; o processo de trabalho; indicadores de saúde, perfis epidemiológicos Psicologia, Antropologia, Anatomia, Fisiologia, Patologia Técnica de Exame Físico Trabalho em equipe Teorias de Cuidado Teorias e técnicas pedagógicas	Reconhecer as necessidades de saúde dos sujeitos Negociar com os sujeitos possibilidades de superação de suas condições de saúde Promover o cuidado integral Estabelecer estratégias de comunicação adequadas aos usuários Saber escutar Ajudar o sujeito a se reconhecer como agente de transformação de sua própria vida Articular teoria e prática Ter clareza para lidar com situações adversas Fornecer educação permanente para a equipe de enfermagem Perceber as limitações, equívocos e defasagens em relação à ação educativa Fazer o enfrentamento de questões polêmicas com os sujeitos Desenvolver diferentes técnicas pedagógicas Participar das decisões sobre as políticas educativas da instituição	Buscar sua educação permanente Reconhecer seus erros Envolver-se com pesquisa científica Dedicar-se ao trabalho, discernindo vida pessoal de vida profissional Valorizar seus conhecimentos Reconhecer as limitações do saber profissional Gostar do trabalho que faz Responsabilizar-se pela ação educativa Ter paciência com os usuários e seus familiares Transmitir segurança Envolver-se no cuidado	Valorizar o conhecimento dos sujeitos Trabalhar em equipe Respeitar e compreender o ser humano Ter postura flexível, aberta e sem preconceitos Colocar-se como parceira no processo educativo Trabalhar em parceria com outros setores

Em relação ao **Grupo 3**, formado por enfermeiras do Hospital Universitário e do Centro de Saúde Escola Butantã, os resultados evidenciaram que a enfermeira deve ter em sua formação diversos conhecimentos, dentre eles os relacionados às ciências biológicas (fisiologia, patologia, anatomia); às ciências humanas (antropologia, psicologia); os referentes ao serviço e o trabalho nele desenvolvido (conhecer o serviço e os processos de trabalho, trabalho em equipe); os relacionados ao campo da epidemiologia (indicadores de saúde, perfis epidemiológicos); o referentes à teorias da educação e técnicas pedagógicas; e finalmente, os relacionados às teorias do cuidado. O grupo ressaltou a necessidade da enfermeira reconhecer o cuidado com um olhar ampliado, para além da doença, envolvendo o indivíduo e seu modo de viver.

No que se refere às habilidades, as enfermeiras destacaram que é preciso reconhecer as necessidades de saúde dos sujeitos, negociar com eles possibilidades de superação de seus problemas de saúde, promover o cuidado integral, estabelecer estratégias de comunicação adequadas aos usuários, saber escutar, ajudar o sujeito a se reconhecer como agente de transformação de sua própria vida, articular teoria e prática, ter clareza para lidar com situações adversas, fornecer educação permanente para a equipe de enfermagem, perceber as limitações, os equívocos e as eventuais defasagens em relação à ação educativa, fazer o enfrentamento de questões polêmicas com os sujeitos, desenvolver diferentes técnicas pedagógicas e, finalmente, participar das decisões sobre as políticas educativas da instituição.

No que se refere ao saber-ser, foram identificadas as seguintes atitudes: buscar sua educação permanente, reconhecer seus erros, envolver-se com pesquisa científica, dedicar-se ao trabalho, separando vida pessoal de vida profissional, valorizar seus conhecimentos, reconhecendo as limitações de seu saber, gostar do trabalho que faz, responsabilizar-se pela ação educativa, ter paciência com os usuários e seus familiares transmitindo-lhes segurança e envolver-se no cuidado.

Em relação ao saber-conviver, o grupo destacou como atitudes relacionais: valorizar o conhecimento dos sujeitos, trabalhar em equipe, respeitar e compreender o ser humano, ter postura flexível, aberta e sem preconceitos, colocar-se como parceira no processo educativo e trabalhar em parceria com outros setores.

Todas as dimensões das competências foram significativamente mencionadas pelo grupo. Pode-se dizer que as atitudes relacionais foram menos mencionadas, em comparação às outras dimensões do saber.

Observa-se em um dos discursos a persistência de uma concepção de educação em saúde mais calcada na mudança de comportamento, ainda que de forma persuasiva, ilustrada no excerto a seguir:

“acho que o reforço positivo do sucesso tem sempre que ser dado. Então eu costumo muito falar para os paciente: o mérito é seu. Vc entendeu direitinho tudo o que a gente conversou naquela consulta.
(E8)

Quadro 4 - Conhecimentos, habilidades e atitudes para a ação educativa da enfermeira na perspectiva dos gestores do HU e CSE. São Paulo, 2007.

Saber conhecer	Saber fazer	Saber ser	Saber conviver
Ter uma visão ampla de mundo e de políticas de saúde Dosar conhecimento técnico e habilidade relacional Dominar o conteúdo específico da ação educativa	Ter habilidade técnico-específica Liderar e coordenar a equipe de enfermagem com perfil democrático Adaptar a estratégia educativa aos sujeitos Trabalhar com técnicas grupais Tomar decisões e delegar responsabilidades Construir uma dinâmica de trabalho na qual as responsabilidades sejam compartilhadas Compreender a representação social que os usuários têm de sua saúde	Ter compromisso ético com o cuidado	Lidar com conflitos Relacionar-se com os sujeitos Respeitar o ser humano Reconhecer o outro Ter uma atitude simétrica em relação aos sujeitos, reconhecendo seus conhecimentos Compartilhar saberes Ter uma postura flexível e aberta

No **Grupo 4**, integrado pelos gestores dos serviços pesquisados, na dimensão do saber-conhecer, os entrevistados identificaram como necessário: ter uma visão ampla de mundo e de políticas de saúde, dosar conhecimento técnico e habilidade relacional e, por fim, dominar o conteúdo específico da ação educativa.

O saber-fazer foi expresso em: ter habilidade técnico-específica, liderar e coordenar de forma democrática a equipe de enfermagem, adaptar a estratégia educativa aos sujeitos, trabalhar com técnicas grupais, tomar decisões e delegar responsabilidades, construir uma dinâmica de trabalho na qual as responsabilidades sejam compartilhadas e compreender a representação social que os usuários têm em relação à sua saúde.

Para o saber-ser, os gestores destacaram o compromisso ético com o cuidado. Em relação ao saber-conviver, consideraram importante saber lidar com conflitos, relacionar-se com os sujeitos, respeitar o ser humano,

reconhecer o outro, ter uma atitude simétrica em relação aos sujeitos, reconhecendo seus conhecimentos, compartilhar saberes e, por fim, ter uma postura flexível e aberta.

Neste grupo, as habilidades e as atitudes relacionais foram mais destacadas que os conhecimentos as atitudes.

Quadro 5 - Conhecimentos, habilidades e atitudes para sua ação educativa das enfermeiras na perspectiva dos usuários do HU e CSE. São Paulo, 2007.

Saber conhecer	Saber fazer	Saber ser	Saber conviver
Ter conhecimento sobre as diferentes etapas da vida do ser humano	Ensinar o auto-cuidado Utilizar estratégias de comunicação adequadas à capacidade de entendimento dos sujeitos Informar sobre os recursos disponíveis nos serviços de saúde Promover o cuidado integral Acolher as necessidades de saúde dos sujeitos Buscar e compartilhar informação técnico-científica com a equipe de enfermagem	Agir com alegria e descontração Oferecer atenção e carinho às pessoas que cuida Ter paciência com os sujeitos durante o cuidado Dedicar-se ao trabalho	Respeitar os sujeitos e sua autonomia Trabalhar em equipe Promover o diálogo com os sujeitos

O **Grupo 5**, composto por usuários dos serviços de saúde, fez menção ao conhecimento do ser humano nas diferentes etapas da vida. Em relação às habilidades, os usuários destacaram a necessidade da enfermeira ensinar o auto-cuidado, utilizar estratégias de comunicação adequadas à capacidade de entendimento dos sujeitos, informar sobre os recursos disponíveis nos serviços de saúde, promover o cuidado integral, acolher as necessidades de saúde dos sujeitos e, finalmente, buscar e compartilhar informação técnico-científica com a equipe de enfermagem

Em relação ao saber-ser, os usuários destacam que a enfermeira precisa: agir com alegria e descontração, oferecer atenção e carinho às pessoas que cuida, ter paciência com os sujeitos durante o cuidado e dedicar-se ao trabalho.

No que se refere ao saber-conviver, os usuários destacaram a necessidade da enfermeira respeitar os sujeitos e sua autonomia, promover o diálogo e trabalhar em equipe.

Observa-se que há um enfoque maior nas dimensões do saber-fazer, no saber-ser e no conviver e menor enfoque na dimensão do saber-conhecer.

Além dos conhecimentos, habilidades e atitudes, observa-se que no discurso dos usuários ainda está presente a concepção tradicional da ação educativa tradicional, que visa a mudança de comportamentos, o que é exemplificado nas seguintes falas:

“Então elas orientam assim: a senhora faz assim desse jeito e então eu vou lá e faço. Eu presto bem atenção. Tem umas horas que a gente esquece, acho que por causa da idade, aí eu converso e falo que não fiz porque eu não entendi, aí ela conversa de novo comigo e tenta me ensinar de novo” (discurso U7).

“Ah, minha filha eu faço tudo, tudo que me mandam eu faço. Eu detesto vir ao serviço de saúde, mas quando eu tenho que vir eu faço” (discurso U7).

Essa concepção dissonante da perspectiva de Educação Popular em Saúde reflete a presença marcante das práticas educativas com caráter autoritário e coercitivo, desenvolvidas nos serviços de saúde desde o início do século passado.

Entretanto, ao observar a contribuição de todos os grupos abordados, verifica-se a presença de conhecimentos, habilidade e atitudes necessários para o desenvolvimento de práticas educativas mais dialógicas e participativas, mais próximas, portanto, da perspectiva da Educação Popular em Saúde.

A análise de todos quadros permitiu constatar as similaridades entre os discursos de cada grupo abordado. Observa-se predominância das habilidades (saber fazer) seguidas pelas atitudes relacionais (saber conviver) e atitudes pessoais (saber ser). Por último, foram mencionados conhecimentos.

Por meio da articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, foi possível elaborar um quadro síntese das competências para a ação educativa da enfermeira, a partir da perspectiva dos sujeitos implicados na formação inicial em Enfermagem. Esse processo resultou na elaboração de dez competências, listadas no próximo quadro e discutidas no capítulo a seguir.

Quadro 6 - Síntese das competências para ação educativa da enfermeira. São Paulo, 2007.

Promover a integralidade do cuidado à saúde
Articular teoria e prática
Promover o acolhimento e construir vínculos com os sujeitos assistidos
Reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde
Reconhecer e respeitar a autonomia dos sujeitos em relação a sua vida
Respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional
Utilizar o diálogo como estratégia para a transformação da realidade em saúde
Operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo com os sujeitos
Instrumentalizar os sujeitos com informação adequada
Valorizar e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde

5. DISCUSSÃO

A análise do material empírico por meio da utilização do método dialético presume a realização de um movimento que é ao mesmo tempo analítico e sintético, pois os dados empíricos são primeiramente decompostos, facilitando sua captação e compreensão, e em seguida, recompostos, iluminados pelo referencial teórico utilizado.

Desta forma, neste trabalho, o material empírico resultante da transcrição dos discursos foi inicialmente decomposto em frases temáticas para, em seguida, ser recomposto em conhecimentos, habilidades e atitudes segundo os quatro pilares da educação - saber conhecer, saber fazer, saber ser e saber viver - na perspectiva de cada grupo abordado. A seguir, rearticulados e recompostos à luz do referencial teórico, as contribuições grupais permitiram a elaboração de um quadro síntese das competências para ação educativa da enfermeira em seu processo de trabalho assistencial, discutidas a seguir.

5.1 Promover a integralidade do cuidado à saúde

A integralidade do cuidado à saúde é apresentada no artigo 198 da Constituição Federal como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, por meio do *atendimento integral*, “*com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (Brasil, 1988).

A Lei Orgânica de Saúde também faz referência à integralidade como “*como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (Brasil, 1990a, 4).

Albuquerque e Stotz (2004) lembram que o conceito de integralidade emana do Movimento de Reforma Sanitária, que defendia uma visão mais ampliada da atenção à saúde, criticando a fragmentação excessiva que tornava o modelo de atenção vigente reducionista, com ênfase nas ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção. Os autores

também fazem menção às Ações Integradas de Saúde (AIS) e ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como iniciativas nos quais já se observava a presença da noção de integralidade.

Mattos (2001) afirma que a integralidade, defendida no setor da saúde há algumas décadas e concretizada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, assume uma certa polissemia de sentidos. O autor discorre sobre três sentidos: a integralidade como traço da boa medicina; como modo de organizar as práticas de saúde e como resposta governamental a problemas de saúde de populações específicas.

O primeiro sentido relaciona-se à atitude do profissional de saúde frente aos sujeitos, criticando e se opondo a uma visão reducionista que visualiza o sujeito como objeto, ou seja, como uma doença, um aparelho fisiológico ou uma queixa pontual. Defende uma visão ampliada e, portanto, integral do cuidado à saúde, partindo das necessidades de saúde dos sujeitos assistidos e considerando seus modos de viver e de enfrentar os problemas de saúde.

O segundo sentido refere-se à (re)organização dos serviços de saúde para atender a essas necessidades, articulando a demanda espontânea à demanda programada pelos serviços, defendendo o trabalho em equipe e multiprofissional.

O último refere-se às respostas oferecidas pelo Governo para solucionar problemas e atender necessidades de saúde de grupos sociais específicos. Gomes e Pinheiro (2005) citam a Política Nacional de AIDS, que segundo as autoras, é a que mais se aproxima desse sentido, pois entre suas possibilidades e limites, procura articular as ações de promoção, prevenção e recuperação desse grupo populacional específico.

Em que pesem as diferenças entre esses sentidos acerca da integralidade, o próprio Matos sugere que há pontos de convergência e que, em todos os sentidos, a integralidade *“implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos, e talvez, uma afirmação da abertura ao diálogo”* (Mattos, 2001, 61).

Neste sentido, a integralidade não é um conceito e sim uma “bandeira de luta”, constituindo-se como um “modo de atuar democrático”, um “saber fazer integrado” no qual o cuidado é pautado por uma relação comprometida, responsável, sincera e de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários (Gomes; Pinheiro, 2005).

Albuquerque e Stotz (2004, 263) aproximam-se desse sentido ao defenderem que a integralidade é *“um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde”*.

Considerando a ação educativa em saúde como uma prática dialogada e participativa, que tem como objetivo a transformação da realidade de saúde dos sujeitos e grupos sociais assistidos, observa-se uma estreita relação com essa noção de integralidade e o cuidado à saúde. Por isso, alguns autores defendem que a integralidade é o eixo norteador das ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde (Albuquerque; Stotz, 2004; Machado; Monteiro; Queiroz et al, 2007).

Cabe destacar a importância da utilização da perspectiva da Educação Popular em Saúde que, ao valorizar o saber dos sujeitos, estimular o diálogo, a participação e a transformação da realidade em saúde, defende que toda ação em saúde é uma ação educativa e, portanto, uma ação que se aproxima da integralidade do cuidado em saúde, pois assume a articulação entre as atividades de promoção, prevenção e assistência, além do trabalho multiprofissional e intersetorial (Albuquerque; Stotz, 2004).

Entretanto, a realidade dos serviços de saúde tem mostrado que as práticas educativas em saúde prestam-se a atender várias finalidades e interesses que não os propostos pela Educação Popular em Saúde e muito menos a noção de integralidade da atenção. Os profissionais de saúde, dentre eles, as enfermeiras, continuam desenvolvendo projetos educativos

que desconsideram os usuários dos serviços como sujeitos sociais, propondo ações educativas descontextualizadas e desconectadas da realidade de vida e de saúde desses sujeitos (Vasconcelos 2001a, Valla 2005).

No caso das enfermeiras, mesmo quando é sentida a necessidade de desenvolver relações pedagógicas mais dialogadas e participativas e que tenham como ponto de partida a realidade, essas profissionais deparam-se com a falta de competências para desenvolver tais ações (Budó; Saupe, 2004).

Em relação ao ensino de enfermagem, as DCNs são enfáticas ao apresentar como um de seus objetivos *“assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades”* (Brasil, 2001b).

Moraes (2003), ao construir competências para o ensino de Enfermagem em Saúde Coletiva, também defende que a formação inicial tenha como eixo a integralidade do cuidado, favorecendo a aproximação entre os processos formativos e as necessidades evidenciadas na prática profissional.

Assumir a integralidade do cuidado como alicerce para o desenvolvimento de ações educativas mais dialogadas e participativas, na perspectiva da Educação Popular em Saúde, implica adotá-la como eixo norteador da formação inicial.

5.2 Articular Teoria e Prática – Exercitar a Práxis no cuidado à saúde

Para promover a integralidade do cuidado também se faz necessário articular teoria e prática, ou seja, que o conhecimento e a prática sejam constantemente aproximados e confrontados, com vistas a construir uma verdadeira práxis na atenção à saúde e nas práticas educativas.

Os discursos do grupo 1, constituído por docentes da EEUSP, enfatizaram a necessidade de fazer com que a aluna de enfermagem, futura

enfermeira, aprenda a exercitar essa práxis no cuidado à saúde durante sua formação inicial.

A práxis é aqui entendida conforme Konder, citado por Egry (1996) ou seja, como:

“(...) uma ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa da reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática” (Konder apud Egry, 1996, 87).

Para Freire (1987), que defendia uma educação dialógica, a práxis é reflexão e, ao mesmo tempo, ação dos homens sobre o mundo, com o objetivo de transformá-lo, pois, *“num pensar dialético, ação e mundo, mundo e ação, estão intimamente solidários. Mas, a ação só é humana quando, mais que um puro fazer, é um que fazer, quando também não se dicotomiza da reflexão”* (Freire, 1987, 22).

Neste sentido, a práxis constitui um processo de ação-reflexão que tem o potencial de transformar a realidade. Exercitá-la no cuidado à saúde, no que se refere às ações educativas, implica fazer do trabalho de enfermagem uma prática reflexiva, questionadora e com potencial para transformar a realidade em saúde e promover a integralidade do cuidado.

5.3 Promover o acolhimento e construir vínculo com os sujeitos

Nas últimas décadas, o conceito de acolhimento surge no campo da saúde, como uma das estratégias para promover a humanizar a assistência à saúde, conforme preconizada o Sistema Único de Saúde (Rizzoto, 2002).

A humanização da assistência tem sido discutida no campo da saúde, há algum tempo, principalmente, a partir do Movimento de Reforma Sanitária. Dentre as críticas ao modelo vigente, estavam a forte especialização e o alto custo; a ênfase nas doenças e na cura, pouca valorização da prevenção e da promoção; e a valorização da medicina

científica em detrimento do saber e das práticas de senso comum (Rizzoto, 2002).

O Movimento da Reforma Sanitária defendia a necessidade de humanizar a assistência à saúde, por meio de *“estratégias que contribuam para melhorar a vida e diminuir o sofrimento dos homens e mulheres que procuram os serviços de saúde, para minorar sua dor”* (Rizzoto, 2002, 198).

Uma das estratégias defendidas para humanizar a assistência e o cuidado à saúde é o acolhimento. Essa palavra, que no dicionário de língua portuguesa é definida *“ato ou efeito de acolher”, “recepção”, “atenção, consideração”*, na área da saúde, pode ser entendida de duas maneiras, como explicam Takemoto e Silva (2007):

“Uma como postura diante do usuário e suas necessidades, de contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las em todos os momentos do processo de produção de serviços de saúde. E outra, como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, uma etapa do processo de trabalho que tem como objetivo atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço” (Takemoto; Silva, 2007, 333, grifo meu).

A noção de acolhimento aqui adotada refere-se à postura diante do usuário, conforme destacado no trecho acima, entendendo o acolhimento não como uma atividade a mais desenvolvida pelos profissionais de saúde nos serviços, mas como uma atitude frente aos usuários dos serviços e suas necessidades.

Teixeira (2003), um dos autores que defende essa noção de acolhimento, acredita que os profissionais de saúde em todo momento de sua assistência, devem saber conversar com os usuários, de modo a tentar ouvir e satisfazer suas necessidades de saúde.

Neste sentido, **promover o acolhimento**, conforme pretendido na competência aqui construída, significa exercitar a escuta ampliada das

necessidades de saúde dos sujeitos, traduzida nos discursos das professoras, enfermeiras, alunas e gestores como uma forma de “reconhecer e saber ouvir as necessidades de saúde dos sujeitos” e para os usuários, como forma de “oferecer atenção” às pessoas durante a assistência.

Segundo Mandú (2004), para que o profissional de saúde exercite essa escuta, ele precisa mostrar receptividade a todo o universo sócio-afetivo e cultural dos sujeitos, construindo novos espaços relacionados:

“(...) à sua expressão - às vivências e seus contextos, às interpretações e aos sentimentos em torno da saúde-doença e de suas causas, das necessidades, dos problemas, das soluções e possibilidades de acompanhamento, dos papéis e poder a desempenhar” (Mandu, 2004, 672).

Além disso, para exercitar tal escuta por meio do acolhimento, é necessário que o profissional de saúde também se envolva e comprometa-se com os sujeitos e suas necessidades. Esse envolvimento e comprometimento podem ser expressos pelo vínculo. Por isso, a competência foi denominada **“Promover o acolhimento e construir um vínculo com os sujeitos assistidos”**, pois se entende que não é possível fazer um acolhimento das necessidades de saúde das pessoas, ouvindo-as e compreendendo-as, sem se comprometer. Nas palavras de Merhy (1994, 138), construir vínculos, significa:

“(...) ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir a construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. E ter relação, e integrar-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo”.

Construir vínculos, portanto, é comprometer-se, envolver-se e responsabilizar-se pelo cuidado, utilizando todos os recursos disponíveis nos serviços.

Entretanto, esse envolvimento e comprometimento com o sofrimento do outro por parte do profissional de saúde, vêm sendo desqualificado e desvalorizado ao longo da história.

Ramos, Melo e Soares (1989) afirmam que a relação médico-paciente tem deixado de existir, dando espaço apenas para a relação entre a instituição de saúde e o paciente. Para esses autores, a divisão técnica do trabalho e a presença e supervalorização de tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves⁷, dentre outros elementos, propiciaram um afastamento entre o profissional de saúde e os usuários.

Isso se intensificou com a adoção do modelo de atenção à saúde centrado na doença, no indivíduo, nas práticas fragmentadas e no saber médico. Esse modelo deu um status social elevado ao saber profissional em detrimento do saber de senso comum, provocando um verdadeiro abismo na relação entre profissional de saúde e usuários dos serviços (Rizzoto, 2002).

Na enfermagem, profissão dedicada ao cuidado humano, esse abismo também tem sido verificado em práticas educativas que desconsideram o saber dos usuários, muitas vezes culpabilizando-os por suas condições de vida e de saúde (Budó; Saupe, 2004).

Para defender ações educativas em saúde mais dialogadas e participativas, como as pretendidas pela Educação Popular em Saúde, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, dentre eles a enfermeira, consigam em sua prática profissional promover o acolhimento e

⁷ Segundo Merhy (1997), as tecnologias em saúde podem ser divididas em: leves, que compreendem as relações do tipo de produção de vínculo, autonomização e acolhimento; leve-duras, constituídas pelos diferentes saberes que operam no processo de trabalho em saúde; e duras, que compreendem os equipamentos tecnológicos, as normas e as estruturas organizacionais.

construir vínculos com os sujeitos assistidos, com vistas a compreender, reconhecer e comprometer-se em atender suas necessidades de saúde.

5.4 Reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde

Ao defender a Educação Popular, Freire (1979) acreditava que a transformação da realidade só seria possível por meio da ação dos seres humanos, que deveriam ser sujeitos e não objetos de transformação. Em suas palavras:

“A estrutura social é obra dos homens e, que, se assim for, a sua transformação será também obra dos homens. Isto significa que a sua tarefa fundamental é a de serem sujeitos e não objetos de transformação” (Freire, 1979, 48).

Trazendo as contribuições deste autor para a área da saúde, pode-se dizer que o profissional frente à realidade de atenção à saúde, observando e convivendo com a freqüente desumanização da assistência, a precariedade dos serviços e de seu próprio trabalho, a desvalorização do ser humano – de si próprio, enquanto trabalhador de saúde e do usuário – desenvolve alguma postura que pode ser uma crítica e reflexiva ou acrítica e conformista.

Há que se considerar os inúmeros condicionantes da ação profissional no contexto dos serviços de saúde, em seus limites conjunturais e estruturais. Freire (1979) considera, entretanto, que os sujeitos não podem ser neutros, ou melhor, não são neutros frente à realidade na qual se inserem. Dito de outra maneira, ou são a favor da transformação e da mudança ou são favoráveis ou coniventes, de alguma forma, com a permanência da situação.

Pensando na ação educativa em saúde como uma prática essencialmente transformadora da realidade em saúde, que só se realiza com a participação dos sujeitos nela envolvidos, faz-se necessário que o profissional de saúde se reconheça como agente de transformação dessa

realidade e que, reconhecendo-se, possa atuar em práticas educativas que promovam tal transformação.

Para a enfermagem, esse é um desafio em especial, já que se trata de uma profissão essencialmente feminina, caracterizada por uma prática historicamente associada à função social da mulher - o cuidado. A enfermagem carrega consigo uma dupla e histórica subordinação, ou seja, a social, representada pela subordinação ao trabalho médico e a de gênero, representada pela subordinação ao masculino (Fonseca apud Oliveira, 2004).

Desta forma, reconhecer-se como agente de transformação da realidade em saúde, significa, para a enfermeira, dentre outros desafios, a necessidade de redefinir sua prática assistencial, lutando pela transformação de sua subalternidade social.

Essa luta deve ocorrer tanto na dimensão estrutural, com a reflexão sobre as especificidades de trabalho de cada categoria da área de saúde, enfatizando a condição feminina, quanto na dimensão singular, a partir da reflexão e consciência da enfermeira sobre seu papel como mulher, enfermeira e profissional-de-saúde, responsável pelo cuidado, e, portanto, pelo reconhecimento de uma atenção à saúde integral, humanizada e que atenda às necessidades de saúde dos sujeitos que dela necessitam.

5.5 Respeitar a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de andar a vida

Uma primeira aproximação em relação ao termo autonomia pode ser feita por meio da consulta a um dicionário de língua portuguesa, que define autonomia como a faculdade do sujeito governar-se a si mesmo (Ferreira, 2004).

Na área da saúde, são valiosas as contribuições de Cecílio (2001), que, ao defender a necessidade dos sujeitos construírem gradativamente sua autonomia em seus modos de andar a vida, define a autonomia como a

possibilidade dos sujeitos reconstruírem os sentidos de sua vida, ressignificando assim seu modo de viver.

Cecílio (2001) considera que, para que o usuário possa construir sua autonomia, é necessário, primeiramente e dentre outros aspectos, que o profissional de saúde tenha para com ele uma atitude de respeito e de reconhecimento. Nas palavras de Fortes:

“O respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo social, não podendo ser observado apenas como um dever legal que protegeria os profissionais e serviços de saúde em matéria de responsabilidade jurídica. Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam daqueles dominantes na sociedade” (Fortes, 2007, s/p).

Essa atitude de respeito por parte dos profissionais de saúde em relação à autonomia dos sujeitos sempre causou e ainda causa certo desconforto para esses profissionais. Isso porque muitos tendem a considerar que, de posse do conhecimento técnico-científico socialmente reconhecido, eles são os responsáveis por decretar o veredicto sobre o modo como os sujeitos devem enfrentar seus problemas de saúde.

Ribeiro (2006) reafirma essa questão ao relatar que as relações de saúde foram construídas ao longo dos tempos sob um modelo fortemente paternalista, que enxerga os usuários dos serviços como objetos de intervenção dos profissionais de saúde e muitas vezes como seres “incapazes” de enfrentar e solucionar seus problemas de saúde. Esse modelo afetou e ainda afeta diretamente o princípio de autonomia desses sujeitos em relação à sua saúde.

Ainda hoje é possível verificar nas práticas de muitos profissionais dos serviços que, mesmo quando os usuários esboçam uma tentativa de colocar suas idéias em relação a uma conduta ou uma recomendação dos serviços, há certa repulsa por parte do profissional. Muitos tendem a encarar tal

atitude como um ultraje, uma ofensa ao seu saber legítimo, portanto, a sua conduta cientificamente comprovada.

Para promover a integralidade do cuidado por meio do acolhimento e do vínculo às pessoas, é fundamental que o profissional de saúde, no caso, a enfermeira, reconheça que os sujeitos, pelas suas vivências e experiências, desenvolvem uma determinada compreensão sobre as condutas e recomendações defendidas pelos serviços de saúde. Nem sempre essa compreensão vai ao encontro da compreensão formada pelo profissional. Neste momento começam as dúvidas: até aonde o profissional de saúde pode decidir pelo outro? Até aonde o usuário pode decidir sobre si mesmo?

O campo da bioética têm buscado debater as dúvidas e dilemas éticos dos profissionais, encaminhando possíveis respostas para tais questões, sempre na defesa da liberdade e da autonomia dos sujeitos em relação a sua vida e saúde (Boemer; Sampaio, 1997).

No que se refere às ações educativas em saúde, historicamente, tais práticas sempre estiveram marcadas pelo caráter autoritário e coercitivo, muitas vezes imputando aos usuários a culpa por sua condição de saúde além do dever de seguir rigorosamente, a lista de “recomendações” feitas pelo profissional de saúde nos serviços. Às vezes essa imposição pode vir maquiada sob a forma de um discurso persuasivo, com a finalidade de promover a mudança de comportamento pregando a necessidade das pessoas de mudarem seus hábitos individuais em favor de outros comprovadamente “saudáveis”.

Sabe-se que tais recomendações tiveram e têm impactos positivos em relação à saúde das pessoas. No entanto, discute-se aqui a forma como chegam à população, ou seja, muitas vezes como normas e regras a serem cumpridas para uma vida melhor e mais “saudável”, desconsiderando, entre outros aspectos, as determinações sociais do processo saúde-doença e a autonomia dos sujeitos em relação à sua saúde. Nesta situação, os profissionais de saúde não só desconsideram, mas anulam qualquer

possibilidade dos sujeitos construírem decisões sobre seus modos de andar à vida e, portanto, sobre sua saúde.

Ao trabalhar com a perspectiva da Educação Popular, Valla (2000) refere que muitos profissionais tendem a considerar a população passiva em relação à discussão sobre suas questões de saúde, fato que justificaria o não reconhecimento e o desrespeito à autonomia desses sujeitos. Na verdade, essa aparente passividade, segundo o autor, demonstra uma intensa capacidade desenvolvida por esses sujeitos, ao longo dos tempos, de sobreviver numa realidade adversa.

Dentre os muitos desafios para os profissionais de saúde e para as enfermeiras, está o exercício cotidiano de reconhecimento e respeito à autonomia das pessoas em relação ao seu modo de andar a vida, como forma de reafirmar o compromisso com a atenção à saúde integral e humanizada e, portanto, como norte para o desenvolvimento de ações educativas nos serviços.

Nas palavras de Zoboli e Fortes (2004, 1697), é necessário que os profissionais de saúde exerçam *“uma nova prática marcada pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias”*.

5.6 Reconhecer e respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional

Desde a implantação do modelo de atenção centrado na doença, no indivíduo, no hospital e na figura do médico, com enfoque na medicina científica, o saber de senso comum na área da saúde foi sendo paulatinamente desqualificado e desvalorizado socialmente.

O termo senso comum, segundo Araújo (2003), tem origem na filosofia e está relacionado, de maneira geral, aos conhecimentos e saberes originados nas vivências cotidianas e, portanto, voltados para ela. O saber

de senso comum é assim considerado porque não tem um atributo científico, ou seja, não é produzido pela ciência, é fruto das vivências e das experiências dos sujeitos comuns. Como é um saber construído no cotidiano, não é legitimado socialmente (Lefèvre F; Lefèvre A, 2004).

O saber científico, expresso na forma do saber profissional, é o que tem legitimidade perante a sociedade, constituindo-se, portanto, como um saber válido e que deve ser difundido.

Na história das práticas educativas em saúde do Brasil, observa-se que essa valorização do saber científico em detrimento do saber de senso comum contribuiu para uma atenção à saúde mais voltada para as demandas dos serviços e de seus profissionais, do que para as necessidades dos sujeitos (Vasconcelos, 2001 b).

Essa hierarquização entre o saber científico e o saber de senso comum também contribuiu para desenvolver uma postura onipotente do profissional de saúde que, possuidor do saber legítimo, deprecia e desqualifica o saber de senso comum, invalidando-o.

Segundo Freire (1979), essa postura diante do outro faz com que o profissional não se comprometa verdadeiramente com os sujeitos, distanciando-se cada vez mais deles. Em suas palavras:

“não devo julgar-me, como profissional, ‘habitante’, de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos ‘ignorantes e incapazes’. Habitantes de um gueto, de onde saio messianicamente para salvar os ‘perdidos’, que estão fora. Se procedo assim, não me comprometo verdadeiramente como profissional nem como homem. Simplesmente me alieno” (Freire, 1979, 21).

Aqui cabe um parêntese. Não se trata de valorizar um saber em detrimento de outro. É claro que o saber de senso comum está cheio de contradições, incertezas, limites e até mesmo preconceitos, assim como o saber científico, ainda que este último se ancore nas “certezas” científicas

indiscutíveis. Chama-se a atenção para a necessidade de reconhecer e respeitar como legítimo e válido o saber de senso comum, subsumido ao saber científico na atenção à saúde.

Isso se faz necessário para que os profissionais possam entender as necessidades de saúde dos sujeitos, a partir de sua compreensão de mundo, de saúde, e, portanto, a partir de seus conhecimentos acumulados ao longo de suas vidas.

Segundo Valla, os profissionais de saúde precisam compreender que todo o conhecimento acumulado pelos sujeitos no cotidiano e suas experiências com o processo saúde-doença definem suas demandas aos serviços de saúde e são essas demandas que exigem uma determinada bagagem técnica do profissional de saúde (Oliveira, 2003, 1180).

Reconhecer e respeitar o saber de senso comum pressupõe a necessidade de reconhecer a incompletude do saber profissional, o que não significa abdicar do conhecimento científico produzido ou submetê-lo ao senso comum. Trata-se de reconhecer que há diferentes saberes, dentre eles, o saber profissional, que também é um saber incompleto, ou seja, um saber que se mantém em constante construção e, por isso, precisa ser reformulado, contextualizado, confrontado e aproximado a outros saberes, principalmente, o de senso comum, para se transformar em conhecimento útil.

Esse processo tem como um de seus objetivos promover a aproximação, mesmo que conflituosa, entre esses diferentes saberes. Uma aproximação que permita aos sujeitos envolvidos desenvolver o diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde.

5.7 Utilizar o diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde

Ao defender o caráter dialógico da educação, Freire (1987) definiu o diálogo como um encontro de seres humanos para um saber agir comum.

Para o autor, só seria possível estabelecer esse diálogo a partir de quatro elementos: o amor ao mundo dos sujeitos, a humildade, a fé nos homens e o pensar crítico.

O amor ao mundo refere-se ao compromisso do educador com os sujeitos e suas causas. Sem esse compromisso, Freire acreditava que era impossível construir o diálogo. Em relação à humildade, Freire (1987) destacou que sem essa característica o educador não conseguiria aproximar-se dos educandos para construir um projeto comum. Em suas palavras:

“Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?”

Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso por herança, diante dos outros, meros ‘isto’, em quem não reconheço outros eu?”

Como posso dialogar, se me sinto participante de um ‘gueto’ de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são ‘essa gente’, ou são ‘nativos inferiores’?”

Como posso dialogar, se parto de que a pronúncia do mundo é tarefa de homens seletos e que a presença das massas na história é sinal de deterioração que devo evitar?”

Como posso dialogar, se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela?” (Freire, 1987, 46).

Além de defender a humildade com elemento básico para construção do diálogo, Freire (1987) destacou a necessidade de “fé nos homens”, ou seja, fé no poder dos sujeitos construírem e reconstruírem a realidade; fé em sua capacidade de transformar o mundo.

O autor também defendeu que para que o diálogo aconteça é necessário um “*pensar crítico*”, que compreenda e capte a realidade como um processo histórico em constante transformação, distanciando-se assim

de um pensar ingênuo que visualiza a realidade como algo estático e sem historicidade (Freire, 1987).

Ao defender esses alicerces para a construção do diálogo, Freire acreditava na possibilidade de uma relação pedagógica horizontal, no qual a confiança em um pólo –educando- seria a consequência para o outro -educador.

Trazendo as considerações de Freire para o campo das práticas educativas em saúde, pode-se dizer que, historicamente, a relação pedagógica produzida no interior dos serviços aproximou-se (e ainda se aproxima) muito mais da lógica da educação bancária, de depósito de informações para os sujeitos, culpabilizando-os por suas condições de vida e de saúde, do que de uma perspectiva de educação que tem o diálogo como eixo norteador, como defendida por Freire (1987).

Dito de outra forma, as ações educativas nos serviços de saúde, prestaram-se mais a legitimar o saber técnico-científico e impô-lo à população, do que propriamente a promover o diálogo compartilhado e participativo com esses sujeitos na busca por um projeto comum capaz de enfrentar os problemas de saúde e atender as necessidades de saúde dos sujeitos.

Ao defender o acolhimento como uma postura do profissional de saúde frente ao sujeitos, Teixeira (2005), postula o que denomina acolhimento-diálogo, ou seja, uma técnica de conversa que identifica, elabora e negocia possibilidades de satisfazer as necessidades e problemas de saúde expressas pelos sujeitos que buscam os serviços de saúde.

Para Mandú (2004), o diálogo nos serviços de saúde representa uma tecnologia essencial não só para o resgate da dimensão corporal subjetiva como para o desenvolvimento de processos que estimulem a emancipação dos sujeitos, pois:

“(...) o diálogo, em si, é emancipador e deve se constituir não só em um meio mas, ainda, em um fim da prática em saúde, porque valoriza os sujeitos, reafirma outras formas de relação entre poderes

distintos, quebra hierarquias e restaura o sentido de totalidade corporal” (Mandú, 2004, 672).

Para Vasconcelos (2005), as experiências que utilizaram a perspectiva de educação postulada por Paulo Freire como método norteador para ações educativas nos serviços de saúde foram marcantes ao romper com a tradição normativa e autoritária das relações entre profissionais e usuários e construir uma relação mais horizontal, participativa que toma o diálogo como estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde e para a transformação dessa realidade.

5.8 Operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo com os sujeitos

Para utilizar o diálogo como estratégia para transformação da realidade de saúde, a enfermeira necessita de se apropriar de técnicas pedagógicas, em especial as técnicas grupais, definidas por Chaves (2007, 3) como *um “conjunto de procedimentos que, aplicados a uma situação de grupo favorece a consecução dos objetivos grupais: coesão, interação, produtividade e gratificações grupais”*. A utilização de tais técnicas possibilita ao grupo desenvolver ações visando a um objetivo ou meta.

Essa autora defende ainda a necessidade de compreender o que é grupo, os tipos de técnicas grupais existentes e, principalmente, aprender a operacionalizá-las nos espaços a que se propõem.

No campo das práticas educativas em saúde, observa-se atualmente uma grande preocupação com a questão da abordagem de grupos. Entretanto, apesar de ter ganho maior visibilidade dentro das atividades educativas, verifica-se ainda que a formação inicial dos profissionais dessa área, entre eles, a de enfermagem, não permite o desenvolvimento de competências em relação às técnicas grupais. Alguns estudos destacam que há falta de conhecimentos, habilidades e atitudes da enfermeira para o trabalho com grupos (Saeki; Munari; Alencastre et al, 1999; Esperidião; Munari; Stacciarini, 2002).

Nas atividades educativas com sujeitos coletivos, principalmente as que adotam uma perspectiva pedagógica dialogada e participativa, como a da Educação Popular em Saúde, a utilização de técnicas grupais revela-se uma importante ferramenta de trabalho para a enfermeira.

Por isso, faz-se necessário que durante a formação inicial, a aluna de enfermagem possa ter contato com diferentes técnicas grupais, apropriando-se dos conhecimentos e habilidades necessários para conduzi-las nos serviços de saúde.

Chaves (2007) alerta que além de dominar os passos das técnicas grupais é necessário entendê-las como meios para alcançar uma finalidade e nunca como uma finalidade em si mesmas. As técnicas grupais podem ser usadas para promover e viabilizar o diálogo como estratégia de transformação da realidade em saúde.

5.9 Instrumentalizar os sujeitos com informação adequada

Ao adotar a perspectiva da Educação Popular em saúde, este trabalho critica uma educação baseada exclusivamente na transmissão e no repasse de informações.

O mero repasse de informações, que Freire (1987) designou como “educação bancária”, caracteriza-se por um método no qual o educador “deposita” no educando informações e conhecimentos legitimados e comprovados cientificamente, sem levar em consideração o saber do educando. Para esse tipo de educação, os sujeitos são tábuas rasas, nas quais é necessário imprimir e colocar os conhecimentos os quais só os educadores possuem. Em suas palavras:

“em lugar de se comunicar, o educador faz ‘comunicado’ e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção ‘bancária’ de educação, em que a única margem de ação que

se oferece ao educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los” (Freire, 1987, 33).

Na área da saúde, no campo das práticas educativas, essa proposta tem se mostrado ineficiente, pois não considera o modo de vida das pessoas e a compreensão que têm em relação a sua saúde. É assim, por exemplo, que palestras educativas em uma escola sobre a importância da higiene, como a lavagem das mãos, o banho diário, a limpeza dos alimentos, não possuem sentido algum para uma população que sequer tem acesso à água e às vezes nem possui um chuveiro ou uma torneira em casa (Valla; Melo, 1992).

Portanto, essa competência para **instrumentalizar os sujeitos com informação adequada** refere-se ao provimento de informação adequada e necessária aos sujeitos para que possam refletir e exercer uma análise crítica acerca de sua realidade. Retomando o exemplo anterior, a informação necessária para aos alunos poderia versar, dentre outros exemplos, sobre os motivos pelos quais sua comunidade não tem acesso à água tratada, os direitos e deveres desses sujeitos em relação ao acesso e ao uso da água e as alternativas existentes para resolução desse problema. É essa informação que possui um sentido no contexto de vida desses sujeitos e por isso mesmo, torna-se necessária.

Pensando nesse tipo de educação, Lefèvre (2004) reitera que apesar da Educação em Saúde não se resumir à informação, ela pode e deve utilizá-la como ferramenta para instrumentalizar os sujeitos em seus processos de tomada de decisão em relação a sua vida e saúde. Com base nas contribuições de Freire (1987), defende-se que a informação adequada instrumentaliza os sujeitos para o exercício da reflexão e da problematização de sua realidade e, conseqüentemente, para os processos de tomada de decisão.

Mas como o profissional de saúde pode lançar mão desses conhecimentos em sua prática educativa? Valla (2005) ilumina a questão ao imaginar que o profissional de saúde deveria ter sempre uma “mochila”. Para

onde quer que vá, deve “levar” essa mochila repleta de saberes, conhecimentos ou informações, que possam servir em ocasiões especiais para finalidades distintas. Essa mochila da qual o autor fala precisa ser “levada”, pois o profissional de saúde não sabe, a priori, qual conhecimento ou informação será necessário em determinadas situações. “Levando a mochila” o profissional pode lançar mão de seus conteúdos, conforme a necessidade.

Entretanto, ele alerta que não adianta levar a mochila e despejar todo o seu conteúdo. Isso entraria mais uma vez na lógica da educação bancária, ou seja, um repasse de informação que não faz sentido algum para quem a recebe. É necessário ter bom senso para saber utilizar a informação na medida em que for realmente necessária para os sujeitos (Valla, 2005).

Além disso, essa mochila não contém todas as informações e conhecimentos, se não faltaria espaço. O conteúdo também não é algo acabado, pronto, completo. As informações e conhecimentos ali contidos estão sempre em construção, que pode e deve ser feita com os sujeitos ou pode ser buscada em outros espaços que não os da saúde, pois, para Freire, o importante é que se trate de uma informação que realmente instrumentalize os sujeitos em seus processos de tomada de decisão em relação a sua saúde e, portanto, a sua vida.

5.10 Valorizar e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde

Para superar os problemas de saúde da realidade brasileira marcada cada vez mais pela complexidade e diversidade, é necessário reconhecer que o setor saúde não consegue resolver sozinho ou elaborar estratégias de enfrentamento dessa realidade se fechado em si mesmo, em seus saberes e práticas profissionais.

Torna-se cada vez mais urgente e necessária a valorização e a construção de parcerias com os diferentes sujeitos envolvidos e comprometidos com uma nova realidade de saúde (Rede Unida, 2007). Essa parceria com outros sujeitos, sejam eles representantes da sociedade civil

ou de outros setores como o da educação, da habitação, do saneamento, entre outros, constitui a chamada intersectorialidade, ou seja:

“a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população” (Rede Unida, 2007, s/p).

A intersectorialidade envolve uma ação coletiva e organizada que pressupõe o respeito à diversidade e às singularidades de cada sujeito, seja ele individual ou coletivo, social ou institucional. Aproxima-se então do entendimento de educação dialógica defendida por Freire, na qual para a transformação da realidade é necessário o diálogo e a participação de todos os sujeitos.

Sabe-se que a heterogeneidade e a diversidade dos sujeitos expressas nos seus interesses e reivindicações são elementos que tornam a ação intersectorial uma prática processual, que se constrói na medida em que os sujeitos consigam reconhecer a necessidade de reconhecimento mútuo, ou seja:

Há necessidade de um exercício permanente de paciência e de negociação, pois ninguém está acostumado a ficar pensando no assunto que é do outro; além disso, algumas vezes se percorrem caminhos já esgotados setorialmente, outras vezes surgem questões novas que jamais seriam pensadas do ponto de vista setorial” (Rede Unida, 2007, s/p).

Valorizar e exercitar a intersectorialidade no cuidado à saúde, implica o entendimento de que o enfrentamento e a superação dos problemas de saúde só podem ser construídos por meio do diálogo e da participação social.

De fato, a participação social na organização dos serviços de saúde, sempre foi uma das bandeiras de luta do movimento de Educação Popular

em Saúde e do próprio Movimento de Reforma Sanitária. Como consequência desses movimentos, de suas lutas e ideais, o SUS ganhou concretude na Constituição de 1988. A participação social, um de seus princípios, foi garantida na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Desta forma, os serviços de saúde passam a ser organizados de forma coletiva, contando com a participação dos gestores, dos profissionais e dos usuários (Brasil, 1990b).

Em paralelo à institucionalização da participação social, tão defendida e exercitada no interior dos serviços que praticavam a Educação Popular em Saúde, observou-se um certo esvaziamento dos movimentos sociais no interior dos serviços. Fantin (2005) considera que um dos motivos desse esvaziamento está no fato de que os movimentos sociais passaram a ter grandes dificuldades de posicionamento em relação o projeto neoliberal implantado no país no início da década de noventa. Dentre os aspectos perversos desse modelo, está a redefinição do papel do Estado, que diminuiu gradativamente suas responsabilidades em relação às políticas sociais.

Neste contexto, no interior dos serviços de saúde, convivem agora, com uma realidade cada vez mais diversificada e complexa, profissionais e usuários pertencentes a diferentes grupos sociais, com reivindicações e interesses diferentes.

Ao refletir sobre o papel da Educação Popular em saúde nos dias atuais, Vasconcelos (2005) refere-se a ela como um instrumento de “*alargamento do cuidado à saúde*”, na medida que se propõe ampliar a articulação entre os diversos saberes envolvidos nos serviços de saúde, fortalecendo e reorientando práticas, saberes e lutas para o enfrentamento dos problemas de saúde. Nas palavras do autor:

“Alargamento do cuidado à saúde a partir de múltiplas, diferentes e até contraditórias iniciativas, refletindo esses tempos de democracia e pós-modernidade. Alargamento alcançado, não tanto através da busca de um novo projeto sistemático e mais racional de reordenamento da vida e das doenças, mas através do cultivo e do cuidado com os meios necessários para o fortalecimento da

intercomunicação entre os atores sociais envolvidos” (Vasconcelos, 2005, s/p).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas educativas em saúde permeiam as atividades de todos os profissionais de saúde, dentre eles, a enfermeira. Vários estudos destacam que a ação educativa é um elemento essencialmente presente no processo de trabalho assistencial da enfermeira.

Entretanto, as ações educativas desenvolvidas pela enfermeira têm sido historicamente utilizadas sob diferentes perspectivas pedagógicas, atendendo interesses e finalidades diversos.

Hegemonicamente, as práticas desenvolvidas pelas enfermeiras e pelos profissionais de saúde têm assumido um caráter autoritário e coercitivo, baseadas na transmissão de informações e na mudança de comportamentos dos indivíduos, fortemente vinculadas a um modelo de atenção à saúde voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e na fragmentação das ações de saúde.

Apesar de sua hegemonia nos serviços de saúde, tais práticas têm se mostrado ineficientes para atender as necessidades e enfrentar os problemas de saúde das pessoas, pois desconsideram a determinação social do processo saúde-doença e não estão orientadas para promover a participação social dos sujeitos no enfrentamento de seus problemas.

Criticando essa postura, profissionais e intelectuais da área de saúde iniciaram na década de setenta, uma aproximação com a população, articulando saberes e construindo formas coletivas para o enfrentamento dos problemas de saúde. Essas experiências tomaram como norte a proposta de Educação Popular postulada por Freire (Vasconcelos, 1997).

A Educação Popular em Saúde, portanto, rompeu com a tradição normativa e autoritária das práticas educativas em saúde, assumindo o diálogo e a participação social como elementos fundamentais para a transformação da realidade em saúde.

Ao longo do tempo, o movimento de Educação Popular foi assumindo uma postura de enfrentamento das contradições da realidade, considerando

cada vez mais a complexidade e heterogeneidade da participação social nos serviços, constituindo-se em instrumento para o alargamento do cuidado à saúde, tendo como norte os princípios da integralidade do cuidado e a participação social preconizados pelo SUS (Vasconcelos, 2005).

Entretanto, a prática nos serviços tem revelado uma grande dificuldade em operacionalizar esses princípios no cotidiano do trabalho dos profissionais, persistindo uma noção autoritária e impositiva das ações educativas, fato evidenciado em alguns discursos coletados neste trabalho.

Os motivos de tais dificuldades extrapolam o âmbito da formação dos profissionais, estando fortemente vinculados à adoção, no plano macro-estrutural, de uma postura estatal que gradativamente, diminui sua responsabilização em relação às políticas sociais, acarretando, entre outros aspectos, a redução dos recursos financeiros necessários para sustentação e desenvolvimento das mesmas.

Neste sentido, é utópico esperar que os princípios e diretrizes do SUS possam ser operacionalizados apenas pela mudança na formação dos profissionais e, conseqüentemente, na mudança de sua postura diante das situações de trabalho e da realidade de saúde da população. A ação estatal deve se fazer sentir no provimento de condições para que os serviços e seus profissionais se organizem de forma a atender às necessidades de saúde.

O atendimento das necessidades e o enfrentamento dos problemas de saúde exigem, portanto, um esforço conjunto que englobe tanto a dimensão macro-econômica, com a defesa e o provimento estatal das políticas sociais, quanto a dimensão singular, com a prática dos profissionais voltada para uma atenção à saúde mais humanizada e de qualidade.

Mas como realizar esse esforço conjunto, senão pela sua defesa e exigência por parte dos sujeitos sociais envolvidos no processo? Ou, nas palavras de Freire (1987, 20) : - *“Se os homens são produtores dessa realidade e, se esta, na invasão da ‘práxis’, se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, é tarefa dos homens”*.

É neste sentido que a formação inicial assume especial relevância ao formar os profissionais de saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde, alicerçada nos princípios da integralidade da atenção e na participação social.

A adoção da noção de competências, entendida como a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes para o enfrentamento de diferentes situações, revela-se como um instrumento importante para fazer essa aproximação entre a formação e a realidade de saúde.

Ancorada na noção de saber operante, ou seja, um saber que no trabalho em saúde, opera no sentido de recortar da realidade elementos que se constituem como objeto de intervenção em saúde (Peduzzi, 2002), a noção de competência também compreende o trabalho em saúde como prática social realizada por sujeitos autônomos na mediação com diferentes instrumentos e com a finalidade de atender as necessidades de saúde.

Nesse sentido, construir competências implica articular diferentes saberes para construção de uma prática profissional pautada não somente na aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais que visem à construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde.

Considerando esses aspectos, o presente trabalho apresenta um perfil de competências para ação educativa da enfermeira em seu processo de trabalho assistencial, construído a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos na formação inicial de enfermagem.

Das dez competências que interam o perfil, a primeira refere-se à necessidade da ação educativa estar alicerçada na **integralidade do cuidado à saúde**, entendida como articulação das atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, numa perspectiva de trabalho interdisciplinar e de cuidado ampliado à saúde (Albuquerque; Stotz, 2004). Defende-se também que a formação inicial de enfermagem tome a integralidade do cuidado como eixo norteador para o processo ensino-aprendizagem.

A segunda competência defende que, para desenvolver ações educativas na perspectiva da Educação Popular em Saúde, a enfermeira precisa saber **articular teoria e prática, exercitando a práxis no cuidado à saúde**. Práxis no sentido de ação-reflexão sobre a realidade com vistas à superação e a transformação (Freire, 1987).

A terceira refere-se à necessidade de **promover o acolhimento**, entendido como uma postura do profissional de saúde diante dos usuários, reconhecendo e compreendendo suas necessidades de saúde e o contexto social no qual estão inseridas. Tal postura pressupõe ainda a **construção de vínculos** com os usuários, ou seja, um envolvimento com o outro, sensibilizando-se com seu sofrimento e comprometendo-se com formas de enfrentamento e superação de seus problemas e necessidades de saúde.

Reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde constitui a quarta competência, entendendo que a transformação e a superação dos problemas de saúde, por meio de uma relação pedagógica dialogada e participativa tornam-se possíveis na medida que os profissionais de saúde se reconhecem como agentes de transformação da realidade.

Para a enfermeira, essa competência em especial implica a necessidade de redefinição da prática assistencial, lutando não só pela humanização e pela integralidade da assistência, mas pela transformação de sua subalternidade social.

A quinta competência destaca a necessidade da enfermeira **respeitar a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de andar a vida**, como forma de superar as práticas educativas com caráter autoritário que anulam a autonomia dos sujeitos individuais ou coletivos, e de cultivar uma perspectiva pedagógica que defende a atenção integral e humanizada à saúde, reconhecendo e respeitando a autonomia dos sujeitos.

Respeitar a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de andar a vida pressupõe a necessidade **reconhecer e respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional**”,

expressa na sexta competência. Entende-se que não há hierarquia em relação aos diferentes saberes e que os mesmos - sejam eles o saber profissional ou o saber de senso comum - são incompletos, construindo-se na medida que são contextualizados, confrontados e articulados.

A sétima competência refere-se à **utilização do diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde**, defendendo que para desenvolver uma prática educativa em saúde que se fundamenta no diálogo, segundo Freire, é preciso ter amor ao mundo dos sujeitos, humildade, fé no outro e o pensar crítico. Defende-se, portanto, que esses elementos são os alicerces para o diálogo que visa à transformação da realidade.

A oitava competência refere-se à necessidade da enfermeira **operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo com os sujeitos**. Defende-se a utilização das técnicas grupais, focadas nos sujeitos, como ferramentas para viabilizar o diálogo. A operacionalização da técnica grupal não é uma finalidade em si mesma, mas um meio capaz de viabilizar o diálogo pretendido.

A nona competência defende **a instrumentalização dos sujeitos com informação adequada**, ou seja, uma informação contextualizada, que faça sentido para os sujeitos e que, portanto, sirva para instrumentalizá-los para reflexão e problematização de sua realidade, auxiliando-os em seus processos de decisão em relação à própria vida. Distancia-se assim da “educação bancária”, na qual a informação é depositada nos sujeitos, sem relacionar-se ao seu contexto de vida (Freire, 1987).

Por fim, a décima competência refere-se à necessidade da enfermeira valorizar **e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde**, entendendo que a ação profissional encerrada em si mesma e no seu setor de atuação não dá conta de enfrentar e de resolver os problemas de saúde dos sujeitos. É preciso exercitar a ação intersetorial articulando e estimulando a participação social de todos os sujeitos envolvidos.

A construção desse perfil de competências para ação educativa da enfermeira expressa em grande medida a necessidade de **ressignificar a ação educativa no cuidado à saúde**.

A ressignificação aqui proposta pressupõe não só a contextualização das práticas educativas na história da saúde brasileira, mas também a observação e a avaliação de tais práticas desenvolvidas nos serviços, procurando identificar seus acertos, seus equívocos, suas possibilidades, seus limites, seus pontos de convergência ou dissonância, com o propósito de aproximá-las da perspectiva da Educação Popular em Saúde.

Essa ressignificação também pressupõe considerar a ação educativa não só como mais uma atividade a ser realizada nos serviços de saúde, mas como uma prática que alicerça e reorienta toda a atenção à saúde. Nas palavras de Vasconcelos (1997, 42) a educação em saúde, a partir da perspectiva da educação popular, *“passa a ser um instrumento da construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade”*.

É claro que a Educação Popular não é o único projeto que valoriza a participação social, promovendo o diálogo entre o saber popular e o saber científico, com vistas a transformar a realidade em saúde. Entretanto, na área da saúde, o movimento de Educação Popular, iniciado nas décadas de 70, foi pioneiro e marcante no sentido de promover uma aproximação entre profissionais de saúde e a população, rompendo com a tradição hegemônica, autoritária e normatizadora das relações entre profissionais de saúde e população (Vasconcelos, 1997).

Portanto, ao se configurar como um instrumento importante para promoção da integralidade do cuidado e da participação social, a Educação Popular em Saúde mostra-se também como um possível alicerce teórico-prático para a ressignificação das ações educativas no cuidado à saúde.

Cabe, entretanto, inquirir se a construção de um perfil de competências para ação educativa da enfermeira em seu processo de

trabalho assistencial sob a perspectiva da Educação em Popular em Saúde é suficiente para promover essa ressignificação da ação educativa no cuidado à saúde.

Ao propor a definição de competência como articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de diferentes situações, Perrenoud (1999) alerta para o fato de que a construção de um perfil de competências, por si só, não garante a renovação das práticas. É necessário investir também na discussão e reflexão sobre a forma como a qual esse perfil pode ser operacionalizado na prática.

Construir um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira no seu processo de trabalho assistencial é uma das tarefas que se coloca para a formação inicial em enfermagem na interface entre o ensino e o processo de trabalho em enfermagem. Este estudo representa uma contribuição nessa direção.

7. REFERÊNCIAS

Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004; 8(15):259-74.

Arantes CIS. Saúde coletiva: os (des)caminhos da construção do ensino de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Araujo JW. Ciência e senso comum: a divulgação do conhecimento no campo da saúde. *Perspect Ciênc Inform.* 2003;(n. esp):72-93.

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem: a formação do enfermeiro. Brasília; 1991.

Bagnato MHS. Licenciatura em enfermagem: para quê? [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1994.

Barreira IA. A enfermeira-Ananéri no “País do Futuro”: a aventura da luta contra a tuberculose [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.

Boemer MR, Sampaio MA. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Rev Lat Am Enferm.* 1997;5(2):33-8.

Brasil. Constituição, 1988 [legislação na Internet]. Brasília; 1988. [citado 2007 abr. 7]. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01Constituicao.pdf>

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1990a. [citado 2007 abr. 19]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Estabelece a participação popular o Sistema Único de Saúde [legislação na Internet]. Brasília; 1990b. [citado 2005 jul. 16]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde; 2000 dez. 15-19; Brasília [texto na Internet]. Brasília; 2001a. [citado 2007 mar. 19]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 113/2001. Estabelece as diretrizes nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição [legislação na Internet] Brasília; 2001b. [citado 2005 abr. 10]. Disponível em: <http://www.mec.gov/ftp/ces/ces1133.doc>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. 2ª ed. [legislação na Internet]. Brasília; 2003. [citado 2007 mar. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_NOB_2003.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde; 2003 dez. 7-11; Brasília [texto na Internet]. Brasília; 2004a. [citado 2007 mar. 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde [texto na Internet]. Brasília; 2004b. [citado 2007 mar. 19]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde [texto na Internet]. Brasília; 2005. [citado 2007 mar. 19]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Inform Eletrônico CNS [periódico na Internet]. 2007a fev. [citado 2007 mar. 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/13conferencia.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ver SUS [texto na Internet]. Brasília; 2007b. [citado 2007 mar.19]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371

Budó MLD, Saupe R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação de enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2004;57(2):165-9.

Campos GWS. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. Olho Mágico. 2003;10(2):7-14.

Car MR, Bertolozzi MR. O processo da análise de discurso. In: Chianca TM, Moraes MJA, organizadores. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. Brasília: ABEn; 1999. p. 348-55. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHYSIS Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41- 65.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgnizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 113-26.

Chaves AJF. Os processos grupais em sala de aula [texto na Internet]. Franca: UNESP; [s.d.]. [citado 2007 mar. 10]. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/oep/Eixo%203%20-%20Tema%203.pdf>

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In:

Chianca TM, Moraes MJA, organizadoras. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. Brasília: ABEn; 1999. p. 306-24. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Delors J, organizador. Educação: um tesouro a descobrir. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI).

Depresbiteres L. Avaliando competências na escola de alguns ou na escola de todos? Bol Técnico do SENAC [periódico na Internet], 2001. [citado 2007 abr. 18]: 27 (3):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273d.htm>

Dilly CML, Jesus MCP. Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe; 1995.

Egry EY.. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996. Bases teóricas para aproximação do fenômeno; p.49-89.

Egry EY. Escola de Enfermagem: histórico [texto na Internet]. São Paulo: EEUSP; 2002. [citado 2007 mar 10]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/organizacao/historico.htm>

Esperidião E, Munari DB, Stacciarini JM. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o auto conhecimento na formação do enfermeiro. Rev Lat Am Enferm. 2002;10(4):5-16.

Fantin M. Educação popular e a saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro [texto na Internet] Rio de Janeiro: Laboratório de Educação e Saúde/ Fiocruz; 2005. [citado 2005 jul. 17]. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/labes/paginas/>

Ferreira ABH. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa. 6ª ed. Curitiba: Posigraf; 2004.

Fiorin JF. Elementos da análise de discurso. 9ª ed. São Paulo: Contexto; 2000.

Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.

Fortes PAC. Reflexões a bioética e o Consentimento Livre e Esclarecido [texto na Internet]. [citado 2007 abr. 16]. Disponível em: <http://www.cremacre.org.br/revista/bio2v2/reflexoes.html>

Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Gadotti M. Convite à leitura de Paulo Freire. 2ª ed. São Paulo: Scipione; 2001.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. Rev Bras Enferm. 2001; 54(3):466-74.

Germano R. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1983. Breve histórico do ensino de enfermagem no Brasil; p. 21-57.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(17):287-301.

Hager P, Gonczi A. What is competence? Med Teacher. 1996;18(1):15-8.

Kobayaschi RM, Leite MMJ. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(2):221-7.

L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. Cad Saúde Pública. 1994;10(4):481-90.

Lefèvre F. Promoção da saúde, ou a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. A crítica dos conceitos; p. 11-66.

Lefèvre F, Lefèvre A. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde Soc.* 2004; 13(2):32-8.

Leonello VM, L'Abbate S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. *Interface Comu Saúde Educ.* 2006;10(19): 149-166.

Lima VV. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 123-40.

Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(17):369-79.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2007[citado 2007 abr. 10];12(2):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso.

Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev Lat Am Enferm.* 2004;12(4):665-75.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

- Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO. Organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.116-60.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- Meyer DE. Espaços de sombra e luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM, organizadoras. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 27-42.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Monticelli M. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. Texto Contexto Enferm. 1994;3(2):7-16.
- Moraes MJB. O ensino de enfermagem em saúde coletiva: redescobrimos caminhos para novas práticas assistenciais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- Oliveira MAC. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- Oliveira RM. Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Victor Vicent Valla. Cad Saúde Pública. 2003; 19(4):1175-87.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2002;1(1):75-91.

Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Ramos CL, Melo JAC, Soares JCRS. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: Costa NR, Minayo MCS, Ramos CL, Stotz EN organizadores. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes; 1989. v. 2, cap. 5, p. 145-82.

Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2006a. A noção de competência como ordenadora das relações educativas; p. 221-80.

Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2006b. Conclusões; p. 281-304.

Rede Unida. Divulgação em Saúde para Debate. Intersetorialidade na Rede Unida. Paraná. [texto na Internet]. [citado 2007 abr 16]. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp

Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1749-54.

Ribeiro ECOR, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. *Olho Mágico*. 2003;10(2):47-52.

Rigoli F, Rocha CFR, Foster AA. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(1):7-16.

Rizzoto MLF. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB; 1999.

Rizzoto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev Bras. Enferm*. 2002;55(2):196-9.

Saeki T, Munari DB, Alencastre MB, Souza MCBM. Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(4):342-7.

Saupe R, organizadora. Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. UFSC; 1998. Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos; p. 29-73.

Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1986. Medicina e enfermagem na sociedade brasileira; p. 69-92.

Stotz EN. Encontro dos movimentos e práticas de educação popular e saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2004;8(14):179-82.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):331-40.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO; 2003. p. 89-111.

Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):585-97.

Universidade de São Paulo. Gap Central. Histórico do Gap. [homepage na Internet]. São Paulo; 2007. [citado 2007 mar. 10]. Disponível em: <http://naeq.prg.usp.br/gap/gap.php?secao=historia>

Valla VV, Melo JAC. Sem educação ou sem dinheiro? In: Minayo MCS, organizadora. A saúde em estado de choque. 3ª ed. Rio de Janeiro: FASE/Espaço e Tempo; 1992. cap. 1, p. 21-35.

Valla VV. organizador. Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.

Valla VV. [Entrevista]. Trab Educ Saúde. 2005;3(1):227-38.

Vasconcelos EM. Educação Popular nos Serviços de Saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos Serviços de Saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2001a;5(8):121-6.

Vasconcelos EM. Educação Popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001b.

Vasconcelos EM. Constituição, crise e redefinição da Educação Popular em Saúde [texto na Internet]. [citado 2005 jul. 25]. Disponível em: <http://redepopsaude.com.br/Varal/ConcepcoesEPS/ConstituicaocriseEPS.PDF>.

Vasconcelos EM. Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no Setor Saúde [texto na Internet]. [citado 2007 mar. 29]. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/Varal/ConcepcoesEPS/EPjeitoespecial.htm>

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1690-9.

Witt RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

8. ANEXOS

Anexo I - Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 23 de janeiro de 2006.

Ilm.^a Sr.^a

Valéria Marli Leonello

Ref.: Processo nº 497/2005/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “CONSTRUINDO COMPETÊNCIAS PARA AÇÃO EDUCATIVA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRABALHO ASSISTENCIAL”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

7/ Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo II - Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

São Paulo, 8 de agosto de 2006.

Il^{mo}(a). S^a(a).

Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Construindo competências para ação educativa de enfermagem no processo de trabalho assistencial” - **Co-autor(es)**: Valéria Marli Leonello - **Registro CEP**: 658/06 – **Folha de Rosto**: 78442 - **CAAE**: 0016.0.196.000-05

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 4 de agosto de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para 4 de agosto de 2007.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

Anexo III - Documento entregue à Diretoria do Centro de Saúde Escola Butantã para permissão de coleta de dados

Ilmº Sr. Dr. Rubens Kon

Diretor Centro de Saúde Escola Butantã

Referência: Permissão para coleta de dados no Centro Saúde Escola Butantã

Senhor diretor,

Venho solicitar a permissão da diretoria do Centro Saúde Escola Butantã para realização de coleta de dados com enfermeiros, usuários e gestores do serviço para o desenvolvimento da pesquisa de mestrado intitulada: **“Construindo competências para ação educativa de enfermagem no processo de trabalho assistencial”**, que desenvolvo sob orientação da Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira, da Escola de Enfermagem da USP.

Trata-se de pesquisa qualitativa que tem como objetivo geral construir com os sujeitos envolvidos no processo de formação em Enfermagem um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira no processo de trabalho assistir. A finalidade do projeto é construir um perfil de competências de enfermagem condizentes com o perfil profissional descrito pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem e, portanto, com as necessidades de saúde da população.

Pretende-se que parte da coleta de dados seja realizada com o grupo de enfermeiros, usuários e gestores de serviços de saúde que concordarem em participar da pesquisa. A técnica utilizada para coleta de dados nestes grupos será a entrevista semi-estruturada, previamente agendada, de acordo com a disponibilidade dos interessados em colaborar com a pesquisa.

O projeto de pesquisa, apresentado em anexo, já foi aprovado pelo Comitê de Ética da EEUSP, tendo recebido o número de processo 497/2005/CEP-EEUSP. Para eventuais dúvidas, informo os números dos telefones do Comitê de Ética (3066-7548), da orientadora do estudo (3066-7652) e o meu próprio (3733-9449).

No aguardo da permissão, subscrevo-me agradecendo antecipadamente pela atenção,

Valéria Marli Leonello /Mestranda pela EE/USP
E-mail para contato: valeria.leonello@gmail.com

Anexo IV - Aprovação da Direção do CSE Butantã (Via correio eletrônico)

Anexo V - Carta convite para grupo 1 – enviada via correio eletrônico

Senhora professora,

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva. Sob orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, desenvolvo uma pesquisa intitulada: ***“Construindo competências para ação educativa de enfermagem no processo de trabalho assistencial”***.

A investigação tem como objetivo geral construir, com os sujeitos envolvidos no processo de formação em Enfermagem, um **perfil de competências para a ação educativa da enfermeira no processo de trabalho assistir**. A finalidade do projeto é construir um perfil de competências condizente com o perfil profissional da enfermeira descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem e, portanto, com as necessidades de saúde da população.

Prevê-se realizar a coleta de dados com cinco grupos diferentes de sujeitos, dentre eles, **membros do GAP-EEUSP**, grupo de trabalho que alberga as discussões sobre as questões relacionadas ao Ensino de Enfermagem nesta Escola. A técnica utilizada para coleta de dados neste grupo será o Grupo Focal, previamente agendado de acordo com a disponibilidade dos interessados em colaborar com a pesquisa.

Assim sendo, gostaria de convidá-la a participar desta pesquisa, destacando a importância da sua colaboração para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Caso tenha interesse e disponibilidade, peço-lhe a especial gentileza de assinar seu nome na lista em anexo, para agendarmos um horário disponível para a coleta de dados.

Segue, em anexo, uma cópia do projeto de pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos quais o projeto de pesquisa é devidamente apresentado.

Contando com sua participação, agradeço antecipadamente.

Valéria Leonello
Enfermeira e Mestranda em Enfermagem em Saúde Coletiva
Escola de Enfermagem da USP

Anexo VI - Carta convite para grupo 2 – enviado via correio eletrônico

Caro(a) colega,

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva. Sob orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, desenvolvo uma pesquisa intitulada: ***“Construindo competências para ação educativa de enfermagem no processo de trabalho assistencial”***.

A investigação tem como objetivo geral construir, com os sujeitos envolvidos no processo de formação em Enfermagem, um **perfil de competências para a ação educativa da enfermeira no processo de trabalho assistir**. A finalidade do projeto é construir um perfil de competências condizente com o perfil profissional da enfermeira descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem e, portanto, com as necessidades de saúde da população.

Prevê-se realizar a coleta de dados com cinco grupos diferentes de sujeitos, dentre eles, **egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da EEUSP**, portanto, diretamente implicados no processo de ensino-aprendizagem realizado pela EEUSP. A técnica utilizada para coleta de dados neste grupo será o Grupo Focal, previamente agendado de acordo com a disponibilidade dos interessados em colaborar com a pesquisa.

Assim sendo, gostaria de convidá-la a participar desta pesquisa, destacando a importância da sua colaboração para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. *Caso tenha interesse e disponibilidade, peço-lhe a especial gentileza de responder este e-mail, para agendarmos um horário disponível para a coleta de dados. (Favor enviar resposta para: valeria.leonello@gmail.com)*

Segue, em anexo, uma cópia do projeto de pesquisa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos quais o projeto de pesquisa é devidamente apresentado.

Contanto com sua participação, agradeço antecipadamente.

Valéria Leonello
Enfermeira e Mestranda em Enfermagem em Saúde Coletiva
Telefone para contato: (11) 3733-9449
e-mail: valeria.leonello@gmail.com

Anexo VII - Roteiro para grupo focal com grupo 1 – Docentes da EEUSP

Agradecimentos aos participantes;

Apresentação do projeto;

Questões geradoras de debate:

1. Gostaria de ouvi-las sobre as competências que vocês consideram necessárias ser desenvolvidas na formação inicial (graduação) da enfermeira
2. Como eu disse anteriormente, o objetivo do estudo é construir um perfil de competências envolvidas na ação educativa da enfermeira durante seu processo de trabalho assistir. Para começarmos essa discussão, vocês poderiam dar exemplo de uma situação concreta de assistência/cuidado de enfermagem, na qual a enfermeira desenvolve ação educativa/ações educativas?
3. Pensando nessa situação, quais são as competências que devem ser desenvolvidos durante a formação da enfermeira para que ela desenvolva ações educativas em sua assistência/cuidado?

Síntese do Debate

Agradecimentos

Anexo VIII - Roteiro para grupo focal com grupo 2 – Alunas da EEUSP

Agradecimentos aos participantes;

Apresentação do projeto;

Questões geradoras de debate:

1. Pensando em suas experiências durante à formação inicial, quais as competências que vocês acham necessárias ser desenvolvidas na formação da enfermeira para que ela realize seu processo de trabalho assistencial?
2. Pensando na ação educativa que a enfermeira faz durante sua assistência e nas experiências que vocês tiveram em relação a essa ação educativa, que competências vocês acham que devem ser desenvolvidas durante a formação inicial?

Síntese do Debate

Agradecimentos

**Anexo IX - Roteiro para entrevista semi-estruturada com grupo 3 –
Enfermeiras HU e CSE Butantã**

1. Você foi indicada pelo gestor dessa unidade como uma pessoa competente na realização de seu trabalho. Gostaria que você contasse um pouco sobre sua rotina de trabalho assistencial

2. Que conhecimentos, habilidades e atitudes você considera importantes para o desenvolvimento de tais ações?

3. Em relação às ações educativas quais os conhecimentos, habilidades e atitudes que você considera importantes para a enfermeira?

4. Como você adquiriu esses conhecimentos, habilidades e atitudes?

**Anexo X - Roteiro para entrevista semi-estruturada com grupo 4 –
Gestores do HU e CSE Butantã**

1. A instituição conta com enfermeiras assistenciais. Quais as atividades desenvolvidas por elas?

2. Em sua opinião, quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a assistência de enfermagem? Em que você se baseia para concluir essa afirmativa?

3. Em relação às ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras durante sua assistência, em sua opinião, quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o desenvolvimento de tais atividades?

4. Considerando seu depoimento em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à enfermeira, você poderia indicar enfermeiras que desenvolvessem tais competências durante sua assistência?

**Anexo XI - Roteiro para entrevista semi-estruturada com grupo 5 -
Usuários do HU e CSE Butantã**

1. Você já vivenciou uma situação em que foi atendido/assistido por uma enfermeira? Conte como foi?

2. Em sua opinião:

- Como a enfermeira deve atender/assistir às pessoas?
- Que tipo de conhecimento e de habilidade ela deve ter para fazer essa assistência?
- Que atitudes ela deve tomar para atender/assistir à população? Ou seja, como ela deve agir em relação durante esse atendimento?

3. Você participou ou participa de alguma atividade educativa (grupo, por exemplo) em que há a participação da enfermeira? Conte como foi ou como é?

4. Em sua opinião, como a enfermeira deveria ter feito a atividade educativa? (Ou seja, o que você acha que ela deveria conhecer para fazer uma atividade educativa e como ela deveria agir durante essa atividade educativa?)

Anexo XII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado nos grupos 1,2,3 e 4.

(Fundamentado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Valéria Marli Leonello, mestrande do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“Construindo competências para ação educativa de Enfermagem no processo de trabalho assistencial”**

Sua colaboração nesta pesquisa é fundamental e por isso solicito sua colaboração e consentimento no desenvolvimento deste estudo que tem como objetivo geral **“Construir com os sujeitos envolvidos no processo de formação em enfermagem um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira no seu processo de trabalho assistir”**.

O referencial teórico utilizado na investigação será o Materialismo Histórico e Dialético (MHD). A coleta de dados será realizada por meio de Grupo Focal e de entrevistas semi-estruturadas com os participantes da pesquisa. As informações obtidas durante o Grupo Focal e a entrevista semi-estruturada serão registradas por meio de gravações de voz. A análise dos dados obtidos será feita por meio da técnica de “Análise de Discurso”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, tendo recebido como processo o n.º :497/2005/CEP-EEUSP. Para possíveis esclarecimentos o telefone para contato com o Comitê desta escola é: (11) 3066-7548

É importante ressaltar que sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso deseje, sem o prejuízo ou sanção. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutí-la com a pesquisadora.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue o telefone e endereço eletrônico para contato com a pesquisadora: valeria.leonello@gmail.com (11) 3733-9449.

Ciente destas informações, concordo em participar deste estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora
Valéria Marli Leonello
Mestranda pela EE/USP

Anexo XIII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado no grupo 5

(Fundamentado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Valéria Marli Leonello, mestranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Construindo competências para ação educativa de Enfermagem no processo de trabalho assistencial”

Sua colaboração nesta pesquisa é fundamental e por isso solicito sua participação e consentimento no desenvolvimento deste estudo que tem como objetivo geral “Construir com os sujeitos envolvidos no processo de formação em enfermagem um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira no seu processo de trabalho assistir”.

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso deseje, sem o prejuízo ou sanção. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutí-la com a pesquisadora.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue o telefone e endereço eletrônico para contato com a pesquisadora: valeria.leonello@gmail.com (11) 3733-9449. O telefone para contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: 3066-7548

Ciente destas informações, concordo em participar deste estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora
Valéria Marli Leonello
Mestranda pela EE/USP

Anexo XIV - Caracterização dos sujeitos abordados

Tabela 1. Caracterização do grupo 1 – Docentes da EEUSP. São Paulo, 2006.

Código	Sexo	Titulação máxima	Tempo na instituição como docente (em anos)
D1	Feminino	Doutorado	16
D2	Feminino	Doutorado	3
D3	Feminino	Doutorado	10
D4	Feminino	Doutorado	9
D5	Feminino	Doutorado	7

Tabela 2. Caracterização do grupo 2- alunas da EEUSP. São Paulo, 2006.

Código	Sexo	Ano de ingresso na Graduação	Ano estimado para término da graduação
A1	Feminino	2003	2006
A2	Feminino	2003	2006
A3	Feminino	2003	2006
A4	Feminino	2003	2006
A5	Feminino	2003	2006

Tabela 3. Caracterização do grupo 3 - enfermeiras do HU e CSE. São Paulo, 2006.

Código	Sexo	Natureza da instituição formadora	Tempo de formação (em anos)	Tempo de trabalho na instituição (em anos)
E1	Feminino	Pública	6	4
E2	Feminino	Pública	11	3
E3	Feminino	Pública	15	7
E4	Feminino	Privada	3	2
E5	Feminino	Pública	3	1
E6	Feminino	Pública	26	17
E7	Feminino	Privada	29	15
E8	Feminino	Privada	22	21
E9	Feminino	Pública	12	10

E10	Feminino	Pública	16	15
-----	----------	---------	----	----

Tabela 4. Caracterização do grupo 4 - gestores do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Código	Sexo	Natureza da instituição formadora	Tempo de formação (em anos)	Tempo de trabalho na instituição como gestor (em anos)
G1	Masculino	Pública	13	2
G2	Feminino	Pública	22	4

Tabela 5. Caracterização do grupo 5 - usuários do HU e do CSE. São Paulo, 2006.

Código	Sexo	Idade
U1	Feminino	65
U2	Feminino	46
U3	Feminino	42
U4	Feminino	62
U5	Masculino	78
U6	Feminino	28
U7	Feminino	76
U8	Feminino	72

Anexo XV - Discursos e frases temáticas organizados pelos quatro pilares da educação na perspectiva de cada grupo abordado

Grupo 1- Docentes de Enfermagem da EEUSP

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conhecer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva de docentes da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>"Conhecimento biológico mais conhecimento de relações sociais".</i>	Ter conhecimento das áreas biológica e social.
<i>"é claro que o enfermeiro tem que ter esse conhecimento técnico e específico da sua área essa competência do saber conhecer e aí nessas dimensões tanto na dimensão biológica, social das humanas e assim vai, e da própria enfermagem".</i>	O enfermeiro precisa ter o conhecimento técnico e específico da enfermagem. Ter o conhecimento das dimensões biológica e social.
<i>"o seu corpo de conhecimento específico que a gente também tem que construir e nessa intersecção com essas outras áreas".</i>	O conhecimento precisa ser construído em articulação com outras áreas
<i>"isso vêm numa dimensão também evoluindo. Na minha época, por exemplo, eu tinha que saber fazer daquela forma o procedimento e se eu não tivesse o dedinho levantado, sei lá, na hora de dar uma injeção, eu estou falando, a técnica pela técnica, e não é isso que hoje em dia a gente acredita mais, mas tem essa reflexão também do fazer em relação a essa competência do conhecimento, para o fazer mesmo técnico específico da profissão".</i>	Hoje, acredita-se que no ensino deve haver uma reflexão entre conhecimento teórico e o fazer técnico específico da profissão.
<i>"a importância do tema de ética que pudesse permear em toda a instância e não ser só mais um foco, uma disciplina isolada e tudo, mas em todas as dimensões do currículo".</i>	O tema "ética" deve permear todas as dimensões do currículo, não se limitando a uma disciplina isolada.
<i>"quando a gente fala nessa construção, porque assim, eu vejo que o professor tem que repensar um pouco: será que ele precisa dar tanta informação tão mastigada para o aluno na universidade".</i>	O professor precisa repensar se é necessário dar tanta informação mastigada para o aluno na universidade
<i>"O professor não tem que dar o conhecimento pronto"</i>	O professor não tem que dar o conhecimento pronto
<i>a gente tem uma centralidade aqui na escola no saber conhecer. Acho que a gente tem uma preocupação muito grande em passar conteúdo e sinto que nosso aluno tem um pouco esse perfil. Ele quer conteúdo. Se você entra em aula com estratégias mais participativas, mais de construção do conhecimento, o aluno acha um horror. Ele gosta daquele professor que chega e conta lá da nota de rodapé. A gente tem essa centralidade no saber conhecer que é, literalmente, conhecer, porque ele não aprende. Você pergunta três dias depois da prova ele não sabe mais"</i>	Na escola EE/ USP existe uma centralidade no saber conhecer. Há uma preocupação muito grande em passar o conteúdo. O próprio aluno da EE também tem esse perfil. Ele quer conteúdo e não gosta de estratégias mais participativas de construção do conhecimento. Esse saber conhecer é, literalmente, conhecer, pois o aluno não aprende.
<i>"Porque ainda é assim o forte... o forte é biologicista do nosso currículo, mas não é isso que a gente quer".</i>	O foco do currículo de enfermagem ainda está no biológico.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber fazer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva de docentes da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“E o saber fazer também é uma competência que, historicamente, a enfermagem por ser um curso prático específico ele também já vem desenvolvendo essas competências né das habilidades e das.... práticas”.</i>	O saber fazer, é uma competência que, historicamente, a enfermagem desenvolve por ser um curso prático
<i>“tem que ter a seringa, tem que ter esse modelo. Tá bom, mas se eu não tiver a seringa? Eu me lembro muito de uma professora minha que ela falava qdo foi ensinar a técnica de insulina, lógico, seringa de 1 ml era ótimo, mas assim, como ela falou, eu vou ensinar a vocês fazerem cálculo porque vocês podem precisar fazer com uma seringa de 5 ml. Então assim você vai fazer um outro exercício, você vai usar matemática, pra ver isso, vai usar o que, ah bom então não tem, não tem recursos materiais, então, mas não tem por quê”.</i>	Esinar o aluno a trabalhar com a adversidade (falta de material, por exemplo)
<i>“eu acho que são os dois extremos. São Paulo é como você está falando, são vários Brasis. Além dessa realidade muito importante, eu também acho que esses alunos têm que se deparar com realidades avançadas de tecnologias, assim como ela vai ter que saber fazer o cálculo com a seringa de 5 ml ela vai ter que se deparar com aquela que nem precisa fazer cálculo”.</i>	No caso de São Paulo, são diversas realidades, das mais escassas em termos de recursos até as mais avançadas tecnologicamente. O aluno precisa se deparar com essa diversidade.
<i>“o aluno, ele vem, ele tem que aprender a ele elaborar e a buscar informação eleger, sintetizar, trazer, dialogar, trazer a realidade para dentro, trazer o diálogo e ele fazer uma síntese da construção do conhecimento dele”.</i>	O aluno precisa aprender a elaborar, buscar informação, sintetizar, dialogar e fazer uma síntese da construção de seu conhecimento.
<i>“só que ainda hoje eu acredito um pouco que é muito automático, porque quando se fala do auto-aprender, ele não sabe o como e o porquê. Ele só sabe na teoria, mas não vivencia porque ele não tem autonomia”.</i>	O aluno não sabe aprender a fazer, pois não lhe é dada autonomia para isso.
<i>“Ele só sabe na teoria, mas não vivencia porque ele não tem autonomia, não lhe é dada autonomia. Por quê? Porque a escola vai segurando um pouco com medo e o espaço onde ele faz o estágio também tem medo, ele é um refém, e tem essa lógica que tem um paciente nós estamos lidando com vidas humanas, é claro que ele tem o processual”.</i>	O aluno não tem autonomia porque a escola e o campo de estágio não a oferecem. A escola e o campo de estágio têm medo de oferecer autonomia no aluno, pois ele está lidando com vidas humanas.
<i>“Só que dentro disso, eu vejo muita coisa, assim, tanto em relação ao teórico para o trabalho assistencial, como o ensino- prática automática. Lembra quando a gente decorava as coisas no cursinho, sabe depois não lembra? É um pouco disso”.</i>	Ainda hoje, a relação teórico-prática ainda é automática.
<i>“Porque se você trabalha numa sala com 80 alunos você tem que por dentro de tantos créditos, todo o programa, todo o conteúdo, o aluno não consegue articular, ele não consegue encadear o conhecimento, mas ele não consegue porque não lhe foi dado espaço”.</i>	Durante a formação, o aluno recebe conteúdo, mas não tem espaço para aprender a encadear e articular esse conhecimento.
<i>“A gente sabe que a construção tanto pro adulto até os 25 e 28 anos, também pelo amadurecimento cognitivo e amadurecimento do discernimento mental, porque é</i>	O currículo não oferece espaço para o aluno aprender a fazer o discernimento da informação que

<i>aí que vai ter todo o processo de discernimento, é da informação, ele não está construindo. Só que nós não estamos dando espaço para o aluno fazer isso”.</i>	recebe.
<i>“usar um pouco mais da tecnologia, e deixar assim como uma coisa dentro dos objetivos, além dos objetivos básicos que todos tem que atingir. E aqueles que por si gostam e querem eles vão avançar e essa pessoa vai sair capacitada”.</i>	O espaço para que o aluno aprenda a fazer o discernimento da informação que recebe precisa fazer parte dos objetivos básicos de todas as disciplinas.
<i>“Porque o que adianta formar no automatismo as pessoas e ver que todos receberam informação. Todos receberam informação. Agora transformar essa informação em conhecimento é difícil”.</i>	Não adianta somente transmitir informação. É preciso saber transformá-la em conhecimento.
<i>“Porque se você traz um conteúdo novo eles ficam perdidos. Não era para ficarem perdidos. Porque se eles tiveram a base para construir um conhecimento e para fazer um raciocínio lógico das coisas, eles deveriam ter condições para encadear e compreender os novos conhecimentos”.</i>	Os alunos do quarto ano ao receberem um conteúdo novo deveriam saber encadeá-lo e fazer um raciocínio lógico.
<i>“Isso me deixa muito preocupada, porque quando eles forem para a área com novos conhecimentos eles não vão ter professor para dar tudo mastigado, eles vão sofrer muito na área”.</i>	Ao se formarem, os alunos não terão os professores para dar conteúdo mastigado.
<i>“Então esse processo, eu vejo assim, sair do automatismo. No assistencial a aprendizagem é bem no automático, infelizmente”.</i>	É preciso sair do automatismo na aprendizagem relacionada à assistência.
<i>“Ele não consegue colocar toda informação, encadear todas as coisas que ele tem que ver. Chega lá é o medo, é a preocupação, o tempo que tem que atingir os objetivos, que tem que desenvolver tal atividade... ele não consegue”.</i>	Na assistência, o aluno não consegue encadear toda a informação que recebeu, porque ele tem medo e preocupação em atingir os objetivos da disciplina.
<i>“Então, talvez, menos informação e mais possibilidade de se criar esse novo espaço”.</i>	É preciso ter menos informação e mais possibilidade de se criar o espaço para que o aluno possa encadear e compreender a informação que recebe.
<i>“Eu vejo assim, algumas unidades da USP que eu conheço que chega na monografia, então chega no penúltimo ano, ele tem que conhecer a linha de pesquisa do professor e suas publicações e eles vão eleger um projeto e vão encaminhar para o professor e o professor vai ler o projeto do aluno e vai ver se aceita o aluno ou não e tem pontual, assim, de quatro a seis encontros e só e ele (aluno) faz a monografia sozinho... você está entendendo a nossa dificuldade...então a nossa cultura é histórica... eu acho que ela carrega valores que não cabem mais na enfermagem... e desse jeito está muito ruim, muito ruim. A nossa forma de lidar com o aluno pondo a mão na cabeça e pegando no colo e dando tudo pronto, de alguma forma, ao invés de ajudar não facilita, porque depois lá fora, quantos que conseguem sozinhos aprender? Poucos, porque não tiveram, não passaram por essa trajetória necessária”.</i>	Há uma cultura no ensino de enfermagem de “por a mão na cabeça do aluno”. Essa cultura atrapalha, pois o aluno não consegue aprender a construir seu conhecimento.
<i>“Usando o próprio raciocínio clínico. Porque é que eu estou fazendo isso. Não fazer porque eu tenho que</i>	O aluno precisa saber usar o raciocínio clínico, pensando no

fazer 10 partos. Dar 10 injeções e acabou. Quais são as conseqüências desse meu fazer”.	porque e na conseqüência do seu fazer.
“Quer dizer, quais são as estratégias desse meu saber ser e saber conviver que eu poderia usar. Talvez fazer uma comunicação melhor com ela (mãe da criança). Eu acho que realmente não dá para o professor passar pro aluno. Eu acho que ele (o professor) tem que contextualizar, mas o aluno também tem que tentar desenvolver estratégias pra ele mesmo aprender a falar porque a gente vê que muitas vezes ele não consegue falar, interagir com o cliente. Ele fica muito fechado. E ele não consegue expor. E às vezes ele sabe o conteúdo, mas ele fala numa linguagem tão... que ele aprendeu num livro, e não vai surtir efeito da sua ação em saúde. Porque você queria que ela voltasse”.	O aluno precisa tentar desenvolver estratégias de comunicação para interagir com os usuários.
“Essa outra competência que é o saber fazer, eu concordo. A gente precisa focar mais o raciocínio clínico”.	Em relação ao saber fazer é necessário focar mais no raciocínio clínico.
“Ele não tem raciocínio clínico. Ele quer coisas prontas. Então, por exemplo, frente a uma lesão de queimadura eu uso curativo tal. Ele não consegue entender que: não, essa é uma lesão de queimadura, mas está com uma infecção secundária, ou está com sujeira então eu não posso usar o tal. Entendeu? Eu sinto essa dificuldade”.	O aluno não tem raciocínio clínico. Ele quer coisas prontas.
“A gente acaba não estimulando o desenvolvimento do raciocínio clínico”.	Os professores não desenvolvem o raciocínio clínico nos alunos.
“Mas que o aluno perceba o outro que é o usuário. Esse é um outro valor que acho que passa pelo ensino, assim a gente vai mudando a gênese do ensino, a necessidade do outro, é isso que é a base, perceber o outro, como é a necessidade do outro, que tem uma outra matriz de identidade. Acho que nós estamos neste movimento”.	É necessário que o aluno aprenda a perceber a necessidade do outro
“Para mim qual é a grande habilidade, competência educativa dessas experiências. A habilidade de escuta e de reconhecer o outro”.	A grande competência para ação educativa é a habilidade de escuta e de reconhecer o outro
“a partir de considerar essas coisas importantes, eu negocio, porque acho que essa é outra competência importante, eu negocio com ele uma possibilidade de superação”.	Uma competência importante para ação educativa é saber negociar com o usuário possibilidades de superação
“Então, mas em relação a essa habilidade da escuta do outro que vc disse, neste exemplo que eu dei fica bem caracterizado, pois a aluna partiu de ouvir o que ela vivia na enfermaria. Não adianta o hospital dizer que era a amamentação, ou então sobre hipertensão e diabetes, porque todo dia que a aluna ia para enfermaria fazer exame físico e conversar com as gestantes ela ouvia essas perguntas mais básicas da gravidez. Então ela percebia isso, pois estava dentro da enfermaria ouvindo as gestantes. Diferente da enfermeira que não tinha o “tempo” para ouvi-las. Então neste caso a ação educativa vêm imposta”.	É preciso desenvolver a habilidade da escuta
“Ou então ouve, mas não escuta...”.	Há casos em que o profissional de saúde ouve, mas não escuta.
“isso, porque é até um mecanismo de proteção. Eu	Às vezes o profissional de saúde

<i>não dou conta disso, então é melhor eu nem meter”.</i>	não escuta porque tem receio de não dar conta de lidar com uma situação desconhecida.
<i>“Na atenção básica, principalmente, na atenção básica existe um tempo maior para que aconteça essa abordagem da família, enfim. É um outro tipo de investimento. Nós trabalhamos com um perfil longo de tempo, não de fazer acontecer no imediato”.</i>	A ação educativa é um processual e requer tempo.
<i>“Nós estamos falando de um outro olhar enfermeiro diante do cuidar. É essa competência que nós precisamos desenvolver no nosso aluno de olhar o indivíduo, a família, a comunidade. Não olhar ele enquanto o curativo, diabético, enquanto doença, que é assim que a gente aprendeu a olhar”.</i>	É preciso ensinar o aluno a olhar para o indivíduo, para a família e para a comunidade, e não para a doença.
<i>“É um olhar amplo, onde você possa vê-lo e identificar as relações: quem é esse indivíduo desse meio. Como eu posso demandar ações. Por isso é que a gente está falando que é inerente à assistência. Agora se a gente está falando que não vai querer mais essa assistência é só ir lá fazer o curativo e ir embora”.</i>	É preciso desenvolver um olhar amplo sobre o sujeito, suas relações e seu meio, porque isso é inerente à assistência de enfermagem.
<i>“eu acho que quando a gente coloca para dentro do nosso núcleo de ações essa integralidade eu acho que, embora, a gente separe na escola como momento acadêmico, na verdade, eu acho que a gente espera que o aluno integre na prática os três processos de trabalho. Porque a gente não ensina o gerenciamento para ele ser um secretário de saúde, eu ensino gerenciamento para ele gerenciar a assistência dele, do projeto terapêutico do paciente. Eu ensino ação educativa não para ele ser um grande educador, mas para ele recompor a assistência dele. Então eu ensino a técnica, a assistência em si, a educação...”</i>	É necessário desenvolver no aluno capacidade de integrar os processos de trabalho assistir, gerenciar e ensinar.
<i>“Então eu acho que isso é muito importante no sentido da gente recompor e ver a indivisibilidade das ações de enfermagem para prática assistencial que essa separação se é gerência se é assistência é uma divisão nossa aqui para manter a Usp e os seus departamentos. No cotidiano, no perfil do profissional que a gente quer, isso tudo faz parte da assistência. Que eu acho que é o nosso diferencial”.</i>	É necessário reconhecer a indivisibilidade das ações de enfermagem (gerência, assistência, ensino) para sua prática assistencial.
<i>“Eu vejo que o processo de educação é assim mesmo. Eu vejo que quando ele consegue perceber a si mesmo, ele consegue tomar atitudes mais autônomas”</i>	Quando o indivíduo consegue perceber a si mesmo, ele consegue tomar atitudes mais autônomas.
<i>“muitas vezes a questão autônoma da pessoa vai contra aquilo que a gente queria que ela fizesse. Por exemplo, você quer que a pessoa diabética não coma doce. E acho que autonomia tem isso, da pessoa fazer sua escolha, mesmo que esta vá contra o que você queira”.</i>	A autonomia confere à pessoa a decisão de fazer suas próprias escolhas, mesmo que estas sejam contrárias à posição do profissional de saúde.
<i>“E até para gente entender, e acho que é uma visão mais ampliada da ação educativa, que a ação de uma pessoa vai para além daquela doença, depende do projeto de vida que ela tem, do quanto satisfeita ela está com a vida e o quanto a gente pode ajudá-la para recompor isso. E aí é um ajudar. Por exemplo, o Tele que amputou uma perna, todo diabético. E vc vai dizer</i>	A ação educativa vai além de uma doença, depende do projeto de vida da pessoa, de sua satisfação de viver. O profissional de saúde deve ajudar a pessoa a recompor isso.

<i>que é uma pessoa desinformada, que não sabe. Às vezes é uma opção dele, sei lá, morrer a viver a vida inteira com diabetes”.</i>	
<i>“Eu acho que o enfermeiro também tem que descobrir a importância de novas ferramentas da comunicação para que ele possa fazer esse agir educativo. Por exemplo, por que não construir um e-group de diabéticos, sendo o enfermeiro o gerenciador das discussões do grupo? Porque não construir um grupo de pais com filhos prematuros? Acho que a gente tem que aprender isso também. Listas, fóruns, enfim. Talvez, também seja a oportunidade de individualizar ainda mais a ação educativa. E a gente percebe que a tecnologia se presta à flexibilidade, à individualização, enfim. Então eu acho que a gente precisa se apropriar dessas ferramentas da comunicação para gerar novas ações educativas”.</i>	A enfermeira precisa aprender a utilizar e a valorizar as novas ferramentas da comunicação
<i>“Então trazer, eu acho que é importante, como aqui é feito, leva eles para creche de Raposo Tavares, vai fazer estágio nas unidades básicas de saúde, lógico, de uma em uma que é um modelo, que a gente tem como prática, mas levar ele (aluno) também para conhecer outras que tem uma situação mais difícil ou então propiciar outros campos de estágio que ele consiga depois fazer esse retalho dessa realidade que ele vai enfrentar”.</i>	Proporcionar o contato do aluno com diferentes realidades, para que ele consiga fazer um “retalho” do contexto que ele vai enfrentar.
<i>“quanto mais próximo da realidade e isso acho que implica muito no saber ser e no saber conviver porque ele (aluno) consegue com isso repensar um pouco da vida dele enquanto aluno e depois como ele vai abordar como profissional essa realidade e poder também transformar esse saber fazer”.</i>	Propiciar o contato com a realidade, faz com que o aluno repense sua vida, enquanto estudante, e como futuro profissional de saúde, podendo transformar o saber fazer dessa realidade.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber ser da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva de docentes da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“quanto mais próximo da realidade e isso acho que implica muito no saber ser e no saber conviver porque ele (aluno) consegue com isso repensar um pouco da vida dele enquanto aluno e depois como ele vai abordar como profissional essa realidade e poder também transformar esse saber fazer”.</i>	Propiciar o contato com a realidade implica no saber ser e no saber conviver, pois faz com que o aluno repense sua vida, enquanto estudante, e como futuro profissional de saúde, podendo transformar o saber fazer dessa realidade.
<i>“em termos de competências e formação, eu vejo o que mais me preocupa na formação e trajetória inicial é a co-responsabilidade do aluno pelo seu ensino, isso falta muito no aluno”.</i>	Preocupa a falta de co-responsabilidade do aluno pelo seu ensino
<i>“em relação ao saber ser, acho que a gente está mais falhozinho. É um saber ser para além das relações de trabalho, mas um saber ser cidadão, de pessoa”.</i>	O saber ser está falho na escola. Deve ser um “saber ser” para além das relações de trabalho. Deve ser um saber ser cidadão.
<i>“porque são coisas do saber ser que é isso, a gente está construindo esses valores em outros lugares que</i>	As competências relacionadas ao “saber ser” estão sendo

<i>não na escola. Nós estamos passando batido por isso”.</i>	construídas em outros lugares fora da escola.
<i>“A gente teve um problema com uma aluna de quarto ano em estágio de ESC II no HU que é um parceiro nosso. A aluna chegou atrasada em um estágio de grupo. A enfermeira foi repreendê-la, com razão, pois contava com a ajuda dela, e a aluna disse que não estava lá para tocar o serviço e sim para aprender, que a responsabilidade era da enfermeira. Quer dizer, um uso extremamente utilitário do serviço no sentido de achar que está lá para aprender e não contribuir com nada. E o que mais me incomodou é que a gente passou batido pela questão, porque para mim era uma questão de parar, discutir. Era um processo de aprendizagem tanto para essa aluna, quanto para os outros. E aí a gente não tem “tempo” para fazer essa discussão e fica numa repreensão muito individual e fica na coisa da repreensão”.</i>	Alguns professores referem que não há “tempo” para fazer a discussão sobre questões relacionadas ao saber ser. Quando há um episódio no qual esse tema poderia ser discutido os professores fazem apenas uma repressão individual.
<i>“nós temos uma certa dificuldade de consensuar quais são nossos valores aqui na escola”.</i>	Há uma certa dificuldade em se consensuar, entre os professores, quais são os valores na escola.
<i>“Agora quando a L trouxe essa questão a gente teve uma experiência na disciplina de didática. Eles fazem um seminário apresentando uma ação educativa (simulação) e deu, nitidamente, na apresentação, que o grupo não teve um trabalho grupal, ficou na relação individual. E qual foi nossa reação. Nós chamamos esse grupo para conversar. E para nossa surpresa o grupo disse que essa abordagem foi ótima, pois eles conversaram entre eles e resolveram as questões antes de conversar conosco. Acho que deu aquele frio na barriga de ter que vir conversar conosco que eles acabaram conversando e resolvendo entre si. Quando eles vieram conversar conosco as questões já estavam resolvidas. Essas relações de grupo e de pessoa nós conseguimos trabalhar. E poucas vezes a gente leva isso em consideração, passa batido. Dá numa nota e pronto. A gente percebe, mas não intervém”.</i>	Há algumas experiências, nas quais as relações de grupo e de pessoa foram trabalhadas, porém poucas vezes levam-se essas questões em consideração. Essas questões “passam batidas”. Os professores dão uma nota e pronto. Os professores percebem essas questões, mas não intervém.
<i>“E eu acho que a gente perde essas oportunidades na escola por essa falta de “tempo” e eu acho que por causa dessa falta de perspectiva de abordar essas questões”.</i>	Os professores da escola perdem oportunidades, pela falta de “tempo” e de perspectiva de abordar questões relacionadas ao saber ser.
<i>“E isso a gente não faz. E não faz por quê? Porque falta capacitação dos professores pra isso. Os professores não têm condição de fazer isso, pois eles não se trabalham com isso aqui dentro”.</i>	A escola não favorece a construção da identidade do aluno como pessoa, porque falta capacitação dos professores.
<i>“O que eu acho interessante quando você coloca essa coisa de que ele construa sua identidade”.</i>	O aluno precisa construir sua própria identidade.
<i>“Então eu acho que uma competência importante do aluno ter é ele se perceber e se compreender como ser humano”.</i>	É importante o aluno perceber-se e compreender-se como ser humano.
<i>“mas ele vai construir sua identidade a partir dessas pessoas desses modelos com os quais o aluno convive”.</i>	O aluno construirá sua identidade a partir do modelo de outras pessoas, com as quais ele convive.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conviver da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva de docentes da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“hoje em dia, o que eu vejo são esses dois enfoques o da convivência do saber se relacionar, se relacionar com a família, se relacionar com a comunidade, né, até com os funcionários, porque não, (mas a gente tá falando geral agora), e com seus funcionários e profissionais da área e o saber ser, se reconhecer nesse contexto todo enquanto papel de transformador mesmo dessa realidade. Então daí, diante disso, a gente pensar nesse leque de construções que a gente tem que fazer de temas”.</i>	Hoje, o enfoque no ensino está: no saber conviver, no saber relacionar-se com a família, com a comunidade, com os funcionários, com os profissionais da área de saúde) e no saber ser (reconhecem –se o como agente transformador da realidade).
<i>“que ele (aluno) também tem a oportunidade de trabalhar com usuários em diferentes condições sócio-econômicas, formação, educacional, que tem outras unidades que outras vezes até pra gente é difícil de acreditar, “nossa como é que essa pessoa vive nessa condição miserável e consegue até procurar realmente um serviço de saúde no limite.”</i>	O aluno deve ter a oportunidade de trabalhar com usuários de diferentes condições sócio-econômicas.
<i>“Para mim qual é a grande habilidade, competência educativa dessas experiências. A habilidade de escuta e de reconhecer o outro”.</i>	A grande competência para ação educativa é a habilidade de escuta e de reconhecer o outro
<i>“muitas vezes não há diálogo entre os enfermeiros. Nós não conversamos com nossos colegas de trabalho. Na medicina isso é uma tradição. Então nós precisamos criar uma tradição de diálogo entre nossos pares, aprender com nossos colegas de trabalho, os enfermeiros, mas, infelizmente, esse é um valor muito distante da nossa realidade profissional”.</i>	É necessário aprender a dialogar e a aprender com os outros enfermeiros.

Grupo 2 – Alunas de enfermagem da EEUSP

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conhecer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das alunas da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases temáticas
<i>“Para uma ação educativa eu acho que você tem que primeiro você tem ter domínio do assunto que você está trabalhando, desse conhecimento teórico. Por exemplo, uma ação educativa com hipertensão e diabetes, você precisa ter um conhecimento básico de doenças crônico-degenerativas, quais são os riscos, os agravantes, o tratamento. Porque embora a gente saiba que não se pode focar só a doença, mas sim ver o paciente como um todo, mas você também vai precisar desse conhecimento teórico de patologia, também saber os fatores de adesão ao tratamento, quais são os focos que você tem que se ater para trabalhar com a ação educativa, quais são as perspectivas teóricas em relação a isso. Então tem que ter um domínio prévio do assunto que você está trabalhando”.</i>	Ter o domínio do conteúdo teórico relacionado à atividade educativa.
<i>“Saber um pouco de psicologia também para saber como melhor trazer aquela pessoa pro seu objetivo. No caso de hipertensão para aderir melhor ao tratamento”.</i>	Saber psicologia para ajudar o paciente a aderir ao tratamento

<i>"Pensando no educador como agente de transformação e de mudança daquelas pessoas, seria interessante que os alunos tivessem conhecimento sobre prontidão para mudança".</i>	Conhecimento sobre prontidão para mudança
<i>"focar mais nas questões de psicologia, no tipo de vida daquela pessoa para saber agir melhor".</i>	Focar em questões de psicologia e no modo de vida das pessoas.
<i>"Técnicas grupais, oficinas porque eu acho que isso falta na nossa graduação".</i>	Conhecer técnicas grupais.
<i>"eu acho que a primeira coisa que a enfermeira tem que ter esse conhecimento técnico todo o contexto do assunto que ela vai querer passar".</i>	A enfermeira deve ter o conhecimento técnico do assunto que ela irá abordar
<i>"Quando eu falo essa coisa da gente ter essa coisa de patologia e tratamentos e tudo mais é o conhecimento técnico que é um fator importante, no entanto, o que a pessoa tem, como ela está lidando com essa doença é de uma importância extrema e muitas vezes na graduação a gente acaba anulando isso".</i>	É importante ter o conhecimento técnico sobre patologias e tratamentos, mas é necessário também saber reconhecer como as pessoas lidam com a doença.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber fazer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das alunas da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases temáticas
<i>"eu acho também que tem que ter algumas técnicas de comunicação. Saber como falar, para fazer com que a aderência ao tratamento seja um pouco melhor".</i>	Saber algumas técnicas de comunicação. Saber falar
<i>"Acho que uma coisa principal é que você tem que conhecer para quem você está fazendo aquele grupo. Então na formação tem que haver uma noção de como identificar o que você vai passar para determinado grupo e como você vai passar, senão não é eficiente".</i>	Conhecer o público para o qual a ação educativa vai se desenvolver Ter noção do conteúdo que vai passar para determinado grupo e da forma como isso vai ser feito
<i>"que a gente não tem essa preparação para lidar com grupo. A gente acaba meio que agindo assim, no estágio, tendo que fácil algum coisa no tátil. Mas acho que de teoria acho que não temos".</i>	Durante a formação não há o preparo para lidar com grupos.
<i>"Agora como habilidade eu acho que entra essa parte de comunicação".</i>	É preciso ter habilidades relacionadas à comunicação
<i>"A parte de comunicação de fazer o grupo eu acho que ela vai ter que aprender, é uma habilidade que ela vai ter que ter".</i>	É preciso aprender a trabalhar com grupos.
<i>"Então entender a vida e a doença como um processo, e não só entender a doença como ausência de saúde e vice-versa. Então eu acho que tem muito de aporte teórico e de conhecimento que te embasa para fazer uma ação educativa".</i>	Entender a vida e a doença como um processo
<i>"Precisa então dessas técnicas grupais que eu sinto muita falta, embora tenha tido especificamente um treinamento para isso, faz muita falta".</i>	É preciso aprender técnicas grupais
<i>"A gente acredita que se a pessoa não traz o conhecimento para gente trabalhar em cima desse conhecimento, a adesão não vai ser efetiva".</i> <i>"Eu participo da liga de diabetes e isso é muito presente lá. A gente vê que as pessoas só aderem quando elas trazem para gente qual será a melhor solução. A gente induz elas a trazerem. Há técnicas para isso, mas quem vai ditar qual será o tratamento, qual será a postura do profissional diante do tratamento é o usuário".</i>	Se o profissional de saúde não partir do conhecimento que o usuário traz a adesão ao tratamento não é efetiva.
<i>"mesmo porque a demanda é nossa. Nem sabe se aquela é necessidade do paciente. Às vezes, nós identificamos a necessidade com o conhecimento que temos e achamos que</i>	Nem sempre a necessidade identificada pelo profissional de saúde é uma necessidade para o paciente

<i>aquilo é o melhor para ele, mas às vezes para ele aquilo não é o mais importante. Então eu acho importante também identificar a demanda do paciente”.</i>	É importante saber identificar a demanda do usuário.
<i>“O que B está falando é quando você vê uma pessoa fazendo uma ação educativa, você observando de fora, você percebe que não está havendo uma troca. A pessoa está falando, as outras pessoas estão escutando, mas não, necessariamente vai ter algum efeito, mas a pessoa que fala acha que está fazendo um ótimo trabalho. Observando as pessoas a gente percebe isso, mesmo quando a pessoa tem um discurso que deve ser feita uma troca. Na prática é muito difícil de ver acontecer efetivamente”.</i>	Em algumas ações educativas observa-se que o profissional tem dificuldade em perceber a demanda do usuário e acaba fazendo uma ação educativa sem troca e sem sentido para o usuário.
<i>“Eu acho que daí tem que sair algumas estratégias, da negociação, de dar alternativas para a gestante em relação à alimentação”.</i>	É preciso saber fazer algumas estratégias de negociação com os usuários
<i>“E outra ação educativa com outra enfermeira eu já vi outra ação educativa. Ela pediu para a pessoa contar como estava a vida, captando toda a vida da pessoa. Depois ela contextualizava os sintomas referidos com o que ela havia captado de informação da vida da pessoa”.</i>	A enfermeira captava informações sobre a vida da usuária e contextualizava essas informações com os sintomas referidos.
<i>“E esse é um problema, porque eu, particularmente, tenho um pouco de problema com essa questão da negociação. O que é negociação e o quanto flexível eu posso ser? Até onde eu posso permitir. Por exemplo, no caso de um hipertenso não aderente ao tratamento. Sabendo que eu vou dar uma prescrição toda bonitinha, o quanto eu posso negociar, o quanto essa prescrição vai ser impactante para aquela pessoa. Acho que essa coisa da negociação falta bastante porque você fala “tem que fazer isso” e você se coloca como o agente transformador “olha, a partir de agora, com essa receitinha pronta ele vai seguir perfeitamente o que você falou”. A gente sabe que não é verdade isso. Então eu acho que a negociação é uma habilidade muito importante e eu não me sinto nem um pouco habilitada para fazê-la”;</i>	A negociação é uma habilidade muito importante para ser desenvolvida na formação inicial.
<i>“eu concordo com a A. A gente não percebe, mas muitas vezes, a gente acaba sendo prescritivo, impositivo, tudo que a gente critica, a gente faz. Então só colocando um espelho para gente perceber isso. Então aí quando paciente volta, porque acontece isso na unidade básica, a gente percebe que ele não fez nada. E aí? Onde que está o meu erro? E onde que está o erro dele, porque ele também participou disso tudo. Então muitas vezes é por causa disso, porque a gente não sabe negociar, não sabe até onde ir, até onde passar a informação”.</i>	Em muitas situações de estágio, os alunos acabam sendo prescritivos e impositivos, por falta da habilidade de negociar.
<i>“Então a professora focava sempre o modo de viver e de trabalhar da pessoa para adequar as prescrições. Então a prescrição em relação à alimentação, o sulfato ferroso que tem efeitos colaterais, então negociar isso, mostrar as vantagens e desvantagens”.</i>	A professora enfocava o modo de viver e de trabalhar das usuárias assistidas, negociando com elas possibilidades de intervenção
<i>“Empoderá-la para poder tomar a decisão. Então nessa parte eu acho que ficou bem visível essa coisa da ação educativa”.</i>	Empoderar os usuários para que eles possam tomar decisões.
<i>“Você tem sempre que distribuir, ver qual é o lado biológico, qual é o lado social, tentar fazer um equilíbrio, porque a vida tem que ter um equilíbrio”.</i>	É preciso saber equilibrar o lado biológico com o lado social.
<i>“De você olhar o outro como agente de transformação, como sujeito”.</i>	Olhar o outro como agente de transformação
<i>“De você tentar ajudar essa pessoa ou instrumentalizar ela para que ela possa se organizar e encontrar o seu caminho. Porque às vezes você faz uma ação e pensa que não fez nada, mas na verdade você ajudou a pessoa a encontrar seu caminho. Eu acho que isso é que é atitude, isso é que é ação educativa”.</i>	Ajudar a pessoas a se instrumentalizar para que ela possa se organizar e encontrar seu caminho.
<i>“é você empoderar o outro a tal ponto que o outro reconheça suas potencialidades e saber que ele pode dar conta do recado. Talvez, ele precise sim de uma atitude, de uma coisa</i>	Empoderar o outro para que ele seja o agente de transformação de sua própria vida.

<i>mais técnica, mas na maioria das vezes é olhar o outro como agente da transformação de sua própria vida. Às vezes, a gente se coloca como co-autor, mas às vezes a gente é uma pecinha ali que nem é tão importante”.</i>	
<i>“saber trabalhar qual a demanda do outro e qual a minha. Então eu acho que isso é trabalhado um pouco”.</i>	Ser empático e trabalhar com a demanda do outro e não a demanda do profissional.
<i>“acho que falta um pouco de exemplos práticos disso. De ver o que o professor fazer o que ele fala. Porque a vivência é que vai fazer a gente ver como se faz”.</i>	A aluna sente falta de vivenciar na prática. De ver o professor fazer o que ele fala.
<i>“Mas eu acho que a gente só vai saber o que fazer quando você vivenciar uma situação dessa.”</i>	É na vivência que a enfermeira que se aprende a fazer.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber ser da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das alunas da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases temáticas
<i>“Sobre essa questão que a A falou sobre a formação ou mania que a gente tem de achar que somos os donos do saber, mas o que eu acho sobre isso? Eu acho que as pessoas trazem isso, eles trazem essa cultura. Então eu acho que faz parte de nossa ação educativa tentar mudar essa cultura de colocar os problemas e as soluções no exterior. Isso é cultural(...) as pessoas colocam os problemas no exterior e não olham para si próprias (...) Também respeitar o que o outro traz”.</i>	É preciso saber olhar para si próprio. Respeitar o conhecimento que o outro traz.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conviver da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das alunas da EEUSP. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases temáticas
<i>“Eu acho que quando a gente tem que ser empático”.</i>	Ser empático
<i>“Você entender o outro não apenas como um recipiente onde você depositará um conhecimento técnico, mas o outro como sujeito daquela ação, porque a ação educativa não é algo que você usará o outro como objeto, mas ele vai ser sujeito, vai ser co-autor de toda a transformação, essa questão da mudança”.</i>	É preciso entender o outro como sujeito de transformação de sua própria vida e não como recipiente onde o profissional de saúde deposita informações técnicas.
<i>“e essa coisa da educação de você colocar o outro como agente transformador, de ser co-autor dessa transformação, de empoderá-lo no sentido de se reconhecer autor, porque isso também é difícil já que geralmente, o paciente chega com o objetivo de se tornar um objeto em suas mãos e você que é o agente da saúde e você é quem o manipula”.</i>	É preciso colocar o outro como agente transformador, pois geralmente, ele se vê como objeto nas mãos dos profissionais de saúde.
<i>“Agora a ação educativa eu acredito que é uma coisa de transformação mesmo. É uma coisa que a pessoa tenha que se colocar junto e não ver o outro como um ser que não tem nenhum conhecimento”.</i>	A ação educativa está relacionada à transformação. O profissional deve se colocar junto com o usuário.
<i>“Em muitas disciplinas os professores nos colocam como poderosos, aqueles que são empoderados pelo saber e pelo conhecimento e o outro como alguém que você tem que passar aquele conhecimento. Então você vomita aquela informação e você acredita que fez o melhor atendimento do mundo, quando você vai ver não tem aderência nenhuma ao tratamento. E o quanto você educou? O quanto você fez uma ação educativa efetiva?”.</i>	Em algumas disciplinas os alunos são levados a acreditar que são os detentores do saber e que devem transmitir esse conhecimento aos usuários.
<i>“Entender o outro como não recipiente. Eu acho que é uma questão de atitude”.</i>	Não entender o outro como um recipiente
<i>“A questão da empatia, de entender o outro”.</i>	Ter empatia e entender o outro.
<i>“Você olhar o outro e valorizar o seu conhecimento, que é</i>	Valorizar o conhecimento do outro.

<i>uma pessoa que tem seus fortalecimentos”.</i>	
<i>“A gente sai muito com essa questão do poder, da sabedoria, do conhecimento e às vezes a gente se coloca numa posição tão distante que nada de efetivo acontece. Então eu acho que essa questão da humildade, de se colocar perto do outro, de reconhecer sua importância, de respeitá-lo”.</i>	É preciso ser humilde, se colocar perto do outro, reconhecer sua importância e respeitá-lo.
<i>“Às vezes, por exemplo, quando a pessoa tem uma religião que proíbe tal atitude e você se coloca numa posição autoritária e contrária. Então a gente tem que respeitar a pessoa, tem que saber que ela tem direito de se negar ao tratamento”.</i>	Respeitar as crenças culturais das pessoas e suas decisões em relação ao seu tratamento
<i>“Então eu acho que a gente tem que baixar a bola e saber que a gente não é a única peça ali”.</i>	O profissional de saúde precisa “abaixar a bola” e reconhecer que não é a única peça da assistência à saúde.
<i>“Então a gente tem que respeitar esses valores, esses princípios das pessoas. Então essa atitude é importante e tem que ser ressaltada durante toda a formação”.</i>	Respeitar os valores e os princípios das pessoas.
<i>“eu acho que o principal é respeitar. Então não respeitar a opinião do outro e bater de frente com o usuário não surte efeito nenhum, porque acaba criando efeito contrário, você consegue o efeito oposto. Então eu acho que o principal é respeitar a opinião do outro, empoderá-lo. Respeitar a autonomia do outro de decidir. Dar a possibilidade para ele decidir o que ele quer”;</i>	É preciso respeitar a autonomia de o outro decidir.
<i>“é complicado isso, porque eu vejo isso na minha vida pessoal, por exemplo. Minha mãe é hipertensa e já teve um AVC. A gente tem toda aquela cautela e tal. A gente sabe na teoria que tem que respeitar o que a pessoa quer e coisa e tal, mas como você sabendo de todos os problemas e agravos você respeitar a decisão da pessoa, no caso, minha mãe, em não aderir ao tratamento. O quão difícil, frustrante e impotente é escutar de uma pessoa que não quer e que não aceita. Eu acho que a gente tem que trabalhar essa coisa da impotência na graduação. Porque a gente tem essa coisa de achar que nós somos poderosos. E quando nos deparamos com a morte ou com a doença e a pessoa nos fala que não vai aderir e que não quer, é muito complicado. É muito difícil. E eu acho que isso a gente não trabalha na graduação”.</i>	É preciso trabalhar essa questão de respeitar a autonomia das pessoas, pois para o profissional de saúde é complicado e, às vezes, frustrante ouvir uma decisão que não é a esperada por ele.
<i>“mas a gente aprende isso na teoria também. De como ser uma pessoa empática, de como se colocar no lugar do outro, de como compreender o modo de viver e trabalhar do outro, o quanto isso influencia na sua vida, na sua saúde”.</i>	Aprender a ser uma pessoa empática, a se colocar no lugar do outro e a compreender o modo de viver e de trabalhar do outro.

Grupo 3 – Enfermeiras do HU e CSE

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conhecer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das enfermeiras do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases temáticas
<i>“o foco ainda é muito biológico, e a enfermagem se apropria muito de ciências alheias, ciência dos outros, então ela quer ser a expert em anatomia, fisiologia, patologia aí ela associa isso na semiologia, semiotécnica e eu acho que ela esquece do mais importante, eu acho que os currículos não primam pela questão do cuidar”.</i>	O foco da formação em enfermagem ainda é o biológico. A enfermagem apropria-se muito de outras ciências e não prima pela questão do cuidar.
<i>“eu acho que enfatizar isso no currículo hoje seria essencial, e assim, o cuidar da maneira mais ampla, não é o cuidar</i>	O currículo deve enfatizar o cuidar de uma maneira mais ampla, envolvendo

<i>fazer uma técnica, não é fazer uma assistência em si, passar uma sonda, seria o cuidar naquele sentido de envolver o indivíduo no seu cuidado, de discutir com eles as possibilidades de cuidado, de fazer uma associação daquela situação com todo o meio em que ele vive, o que veio historicamente antes dele, né, então isso realmente eu acho que está extremamente fraco ainda no ensino de enfermagem por todo o país”.</i>	o indivíduo e seu modo de viver. O ensino desse olhar está fraco nas escolas de enfermagem do país.
<i>“Então acho que um conhecimento que a enfermeira precisa ter primeiro é dessa dimensão mais ampliada um olhar mais ampliado do cuidar”.</i>	Ter o conhecimento da dimensão mais ampliada do cuidado.
<i>“Então acho que ela precisa ter primeiro conhecimento adquirido na graduação dessa visão ampliada e depois, conhecer o serviço e o que ele oferece, porque se eu conheço o serviço e o que ele oferece eu sei que recurso eu posso oferecer para o usuário também”.</i>	É preciso adquirir o conhecimento teórico na graduação sobre a dimensão mais ampliada do cuidar.
<i>“eu acho que mesmo entre as estaduais (universidades) ainda é muito fraco essa abordagem e quando ela existe com um bom conteúdo teórico numa disciplina, é uma disciplina muito restrita, a carga horária é muito restrita e ela acaba fazendo horas e horas e horas de como fazer uma técnica, que ela poderia aprender em outro momento, em laboratórios, por exemplo, e é dado pra ela muito pouca atenção à questão do cuidar, então disso eu senti muita falta”.</i>	O ensino do cuidar de uma maneira mais ampla tem sido pouco valorizado pelas escolas de enfermagem em geral.
<i>“estar ciente de trabalho em equipe, de processos de trabalho, de indicadores sociais, epidemiológicos, das patologias e do que o pessoal chama de perfil de adoecimento, perfil de potencialidade, então isso não é dado hoje no currículo”.</i>	É preciso estar ciente dos processos de trabalho, dos indicadores sociais e epidemiológicos, das patologias, do perfil de adoecimento e de potencialidade.
<i>“o conhecimento da pesquisa que é conseguido com a pesquisa ainda é limitado, e o acesso é mais limitado ainda, então, tem inúmeras faculdades particulares e mesmo estaduais que não acessam, as pessoas não acessam por falta de hábito, por falta de conhecimento”.</i>	O conhecimento e acesso à pesquisa científica ainda é limitado.
<i>“um pouco mais com o saber da psicologia e também com o saber da antropologia, lidar um pouco mais com o homem, com a questão do homem”.</i>	Ter conhecimento básico sobre psicologia e antropologia.
<i>“tem que ter primeiro um conhecimento básico da questão de risco, que que é situação de risco, situação de moderabilidade”.</i>	É necessário ter um conhecimento sobre situação de risco e de moderabilidade.
<i>“ter essa visão um pouco mais ampliada do que é uma situação de risco”.</i>	
<i>“Conhecer o serviço e o que ele oferece, porque se eu conheço o serviço e o que ele oferece eu sei que recurso eu posso oferecer para o usuário também”.</i>	Conhecer o serviço e os recursos que ele oferece.
<i>“O princípio básico é saber como funciona o organismo de cada ser humano, de cada ser humano e de cada etapa da vida do ser humano, como funciona, qual o metabolismo da criança, o metabolismo da mulher, da mulher, da mulher quando gestante, a mulher em idade não fértil, falo da mulher porque eu gosto muito de trabalhar com mulher mas, a questão do indivíduo, do envelhecimento, das doenças crônicas. Então a gente precisa conhecer o metabolismo dos organismos e aí ser humano”.</i>	Ter conhecimento sobre anatomia e fisiologia do corpo humano em todas as etapas da vida.
<i>“A gente tem que conhecer e ter aprimorado a questão do exame físico, conhecer muito exame físico”.</i>	Conhecer a técnica de exame físico.
<i>“ter no currículo um enfoque no trabalho referente a essa atividade educativa grupal e individual e aí uma coisa menos prescritiva”.</i>	É necessário ter no currículo um enfoque na atividade grupal e individual.
<i>“Talvez um conhecimento então sobre o trabalho em equipe,</i>	É necessário ter conhecimento

<i>primeira coisa e outra coisa dos indicadores epidemiológicos de saúde, do processo de trabalho institucional, porque isso é muito importante pra você fazer um processo educativo, porque o processo de trabalho vai te falar, vai te dizer como aquela equipe está estruturada, como foi estudada historicamente, quais são os objetivos daquele processo de trabalho, quais as finalidades, quais os meios de instrumentos que eles têm pra atingir aquele objetivo, porque a gente não pode dar uma receita de bolo que para enfermeira tem que ter... saber um pouquinho de psicologia, saber sobre todas as teorias de cuidado”.</i>	sobre:trabalho em equipe, indicadores epidemiológicos, processo de trabalho, psicologia e teorias de cuidado.
<i>“ter o conhecimento do perfil epidemiológico, da realidade da sua população, do histórico e do processo de trabalho institucional”.</i>	Conhecer o perfil epidemiológico, a realidade da população e o processo de trabalho institucional.
<i>“assim a atividade mais difícil de todas que eu falo, desde a gerência até a supervisão, é o trabalho em grupo. É a atividade que me deixa mais nervosa, exatamente porque no meu currículo não teve isso”.</i>	É difícil para enfermeira fazer atividade em grupo quando o seu currículo não aborda esse assunto.
<i>“Eu acho que a enfermeira tem mais preparo pra poder fazer uma avaliação no profissional, ficar observando e prescrevendo do que ela fazer um grupo educativo”.</i>	A enfermeira tem mais preparo para fazer avaliação dos profissionais do que para fazer um trabalho em grupo.
<i>“Então a enfermeira que se propõe, por exemplo, a trabalhar com um determinado grupo de faixa etária ou determinada clínica, ela precisa conhecer tudo, ela precisa ter um bom conhecimento, de ocasiões de estudo de caso, então a gente consegue. Então não seria a questão de ser especialista, mas assim, ter um bom conhecimento daquilo que você propõe a fazer”.</i>	A enfermeira deve ter um bom conhecimento daquilo que se propõe a fazer.
<i>“Eu acho que conhecimento... porque aqui abrange tudo né, no sentido do embasamento teórico”.</i>	É necessário ter um conhecimento científico amplo.
<i>“acho que todo esse embasamento teórico que ela deva ter, ajuda, né, pra que ela consiga compreender a necessidade que muitas vezes traz como demanda.”</i>	A enfermeira precisa ter embasamento teórico para conseguir compreender a necessidade do usuário que é trazida como demanda.
<i>“ele traz uma demanda X, mas a necessidade dele é outra”.</i>	O usuário traz uma demanda, mas sua necessidade é outra.
<i>“Mas eu não tenho que saber tudo, eu acho que você constrói um saber também, então quando você faz um grupo realmente dá essa sensação, “será que eu vou saber contemplar, responder todas as questões que me forem levantadas?” Ou não necessariamente, eu acho que uma questão de construção coletiva, então vamos construir, vamos ver, vamos ver qual é a melhor maneira, fazer uma devolutiva”.</i>	Não é necessário “saber tudo” para fazer uma ação educativa. O profissional de saúde também constrói seu saber ao longo da atividade educativa.
<i>“Porque no momento em que vc discute com o médico e ele percebe que vc está discutindo no mesmo nível que ele, ele passa a te respeitar como profissional e até a colaborar com vc em várias outras coisas”.</i>	O conhecimento legitima o trabalho de enfermagem perante os outros profissionais.
<i>“Ele tem que ter o conhecimento específico da área. Ele tem que ter o conhecimento do básico de conhecimento das patologias, ele tem que passar pela anatomia, fisiologia, porque ele você usa isso no dia-a-dia do seu trabalho”.</i>	Deve ter o conhecimento básico de anatomia, patologia, fisiologia.
<i>“Porque o aluno do último ano está procurando saber o que o enfermeiro faz, pois ao longo da graduação é tanta informação e os estágios são quebrados. Então a gente faz estágio com adulto, criança, gestante. Aí quando vc vem nessa parte de administração do último ano. Então eu acho que o aluno tem uma expectativa muito grande de saber o que o enfermeiro faz”.</i>	O aluno, ao longo da graduação, recebe muito conhecimento teórico e prático desconectado. No último ano, ele ainda quer saber qual é o papel do enfermeiro.
<i>“acima de tudo o conhecimento técnico científico, mas sozinho ele não dá conta de vc conseguir se desenvolver em ação educativa.”</i>	É importante ter o conhecimento técnico-científico, mas sozinho ele não é suficiente para se desenvolver

	uma ação educativa.
<i>"Acho que o conhecimento técnico-científico é muito fácil, vc pega na mão, vc ensina. Acho que é muito tranquilo, até porque aqui nós temos um grande número de profissionais que vêm da escola, eles já vêm bastante prontos em relação ao conhecimento técnico científico".</i>	O conhecimento teórico é fácil de ser oferecido no serviço. Muitos profissionais chegam no serviço com uma bagagem adequada de conhecimento teórico.
<i>"Eu acho que o momento da graduação é um momento em que o aluno está muito preocupado com o conhecimento técnico-científico. Ele sabe que no momento que ele começar a trabalhar é isso que será cobrado, e de fato, é mesmo, o que é mais cobrado nos seus dois primeiros anos é o conhecimento técnico-científico".</i>	Na graduação o aluno está preocupado em adquirir conhecimento técnico-científico, pois isso será cobrado dele nos primeiros anos de atuação profissional.
<i>"o conhecimento informativo que seria aquele que subsidia em termos de conteúdo cada grupo desses é o menos necessário. (pausa – entrevistada atende ao telefone). Então vamos voltar. Eu acho que esse conteúdo deve ser aquele que é dado no currículo mesmo".</i>	O conteúdo científico e informativo de um grupo educativo não é o mais importante.
<i>"habilidades pedagógicas mesmo. As diversas técnicas pedagógicas desde psicodrama, drama, que a gente deveria, pelo menos, saber um pouco, terapia comportamental cognitiva, que é uma alternativa que traz ferramentas importantes. Outra linha que é essa linha da problematização".</i>	É necessário conhecer e aprender a fazer diferentes técnicas pedagógicas (problematização, psicodramas, oficinas, terapia comportamental cognitiva).
<i>"eu acho que a gente tem que aprender as teorias pedagógicas, mas também tem que aprender a ter habilidade nas técnicas"</i>	É preciso conhecer as teorias pedagógicas e aprender a utilizar as técnicas pedagógicas.

Discursos e frases temáticas relacionados ao saber fazer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das enfermeiras do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>"Não focando só a questão da doença em si, da queixa que o paciente trás".</i>	Não focar somente a doença e a queixa que o paciente traz,
<i>Então acho que um conhecimento que a enfermeira precisa Ter primeiro é dessa dimensão mais ampliada um olhar mais ampliado do cuidar. Ter conhecimento disso e habilidade para desenvolver também".</i>	Ter o conhecimento da dimensão mais ampliada do cuidado e habilidade para cuidar de uma maneira mais ampla.
<i>"tentar enxergar as outras dimensões do cuidado".</i>	Olhar outras dimensões do cuidado
<i>"Então na hora de planejar uma visita ou de implementar alguma intervenção, alguma ação no domicílio, ela precisa saber qual a necessidade que emerge ali na casa do indivíduo e o que o serviço tem pra oferecer também e precisa ter um encontro da necessidade que o serviço oferece e explorar essa necessidade, então acho que não basta só o que o paciente refere, mas acho que tem necessidades que podem ser levantadas a partir da perspectiva do profissional".</i>	A intervenção em saúde deve considerar as necessidades expressas pelo indivíduo e as necessidades detectadas pelo profissional.
<i>Ele (profissional de saúde) percebeu que existe uma determinada necessidade e aí ele negocia com o usuário se realmente aquilo é uma necessidade dele ou não, porque às vezes o usuário pode ter uma necessidade que nem ele sabe que tem, que ele poderia ter, ou que ele tem direito a um determinado serviço, a uma determinada atividade",</i> <i>"Então acho que é a visão ampliada mesmo de reconhecer a necessidade referida pelo usuário, mas também ter um olhar pra perceber outras necessidades",</i>	Ter uma visão ampliada para reconhecer as necessidades referidas e as não referidas pelo usuário.
<i>"Flexibilidade pra negociar intervenções também, porque às vezes você acha que uma determinada ação ou uma</i>	Ter flexibilidade e saber negociar formas de intervenção em saúde que

<i>determinada atividade vai ser útil pra ele, mas ele não reconhece aquilo como uma necessidade, então não dá pra querer que a vontade do profissional prevaleça sobre o que o usuário percebe. Então acho que é necessário isso, a visão ampliada, a flexibilidade”.</i>	façam sentido para os sujeitos.
<i>“Habilidade que você desenvolve mesmo de investigar outras questões de não limitar o seu atendimento só para uma queixa pontual que foi trazida. Isso para o atendimento nos setores, mas para VD também. Quando a gente faz uma visita domiciliária a gente vai em cima de um objetivo, mas sem perder a perspectiva de que lá no domicílio outros objetivos podem aparecer. Então, acho que a enfermeira não pode perder, senão ela vai lá só faz pontualmente aquilo que é necessário e esquece de abordar outras questões”.</i>	Ter habilidade para investigar outras questões, além da queixa pontual e aparente.
<i>“conhecer... ter muito uma questão de sensibilidade, uma escuta ampliada”.</i>	Conhecer e ter habilidade para escuta.
<i>“Mas a satisfação de você atender e fazer um encaminhamento, ajudar essa pessoa a pensar, não pensar por ela”.</i>	É necessário ajudar o usuário a pensar por si próprio.
<i>“Então ter habilidade com a teoria e a prática acho que isso é o mais importante”.</i>	É importante articular teoria e prática
<i>“Clareza para saber lidar com as situações, com as mais diversas situações que aparecem”,</i>	A enfermeira deve ter clareza para lidar diferentes situações
<i>“fornecer uma educação permanente o tempo todo, é educação permanente mesmo para os funcionários em questão”.</i>	Fornecer uma educação permanente para os funcionários da equipe
<i>“deveria ter uma maior autonomia dentro de um serviço, mas ela não deveria perder nunca esse foco de trabalhar conjuntamente, de enfocar o cuidado naquela perspectiva mais ampla, isso que tem que ser o diferencial na enfermagem”.</i> <i>“Então, o diferencial dela (enfermeira) seria essa questão de ver o cuidado com essa coisa mais ampla, como essa coisa muito mais ampla, pra poder tanto capacitar sua equipe, nem sei se a gente pode usar essa palavra capacitar, capacitar sua equipe como também promover uma capacitação própria contínua”.</i>	A enfermeira precisa ter autonomia, mas não deve perder o foco de trabalhar em conjunto com o usuário. Enfocar o cuidado em uma perspectiva mais ampla é o diferencial da enfermagem. Promover a educação permanente para si própria e para sua equipe
<i>“porque o que é um grupo educativo, o próprio nome diz, né, GRUPO, você não vai naquele grupo e vai atender individualidades num grupo, você tem que fazer um grupo e fazer com que ele se constitua num grupo, fazer com que vários interesses tenham um objetivo similar ou objetivos encontrados. Então é muito difícil”.</i> <i>“Então é muito difícil, porque como a procura dos serviços de saúde hoje é basicamente uma coisa consumista como é o sistema do país inteiro, do mundo inteiro, a pessoa vem aqui e quer consumir exame e não sabe o porquê daquilo, ela quer consumir, porque ela quer, porque ela tem direito, claro, ela tem direito, então você coloca ela num grupo e ela não se vê só como ela no grupo “ah, então é minha vez, agora vai atender tudo o que eu quero falar” aí o outro é a vez dele então “ Não, vou falar mais pra atender tudo o que eu quero dizer”. Então, fazer com que aquele grupo, realmente, se constitua em um grupo é super complicado”.</i>	É difícil fazer uma atividade em grupo, pois é necessário fazer com que os diferentes interesses se encontrem. O grupo não é feito para atender individualidades. As pessoas tendem a procurar os serviços de saúde para consumir exames.
<i>“Qual foi o papel da enfermeira nisso? Foi de perceber então, qual era a limitação ou as defasagens, equívocos que estavam acontecendo nesse trabalho educativo, ou então, não só os equívocos, mas também percebi que existia como potencializar aquele trabalho, então, por isso a gente fez o planejamento anual considerando esse tema tão importante”.</i>	A enfermeira tem o papel de perceber as limitações, os equívocos ou defasagens em relação ao grupo educativo e propor alternativas e mudanças nessa atividade.
<i>“vou considerar isso como habilidade, que acho que a gente aprende pouco: uma boa escuta. Quando falo uma boa escuta, uma boa escuta mesmo”.</i>	A enfermeira deve ter uma boa escuta

<i>"Eu fui aprendendo assim que, por exemplo, em trabalho em grupo, o profissional da área da saúde, ele funciona mais como um feed back. Ele, na verdade é isso, é como se fosse um espelho que fosse refletir. Então ele funciona mais como feed back, as informações chegam e ele acaba devolvendo para que o próprio grupo possa encontrar caminho".</i>	Na atividade em grupo o profissional de saúde recebe as informações e as devolve para que o grupo possa encontrar soluções.
<i>"quando você tem uma boa escuta você consegue criar. Você vai elencando todas as necessidades e ali você vai definir o que é prioridade naquele momento, porque acho que se você aprimora a escuta, você consegue definir prioridades e criar outras estratégias de contato ou com aquele grupo ou com aquele usuário".</i>	É necessário desenvolver a habilidade da escuta para criar estratégias de contato com os indivíduos e para definir prioridades de intervenção.
<i>"Então eu acho que isso é uma habilidade que a gente adquire com o tempo."</i>	A escuta é uma habilidade que se desenvolve com o tempo.
<i>nem todo mundo quer ter isso... sei lá... eu acho que é muito mais fácil você ir falando e falando, dá a sensação de missão cumprida, do que você começar a perceber possibilidades de encontro ou de encaminhamentos adequados também.</i>	É mais fácil falar do que escutar.
<i>"(A escuta)...é uma habilidade que falta muito, em qualquer profissional da área de saúde".</i>	A escuta é uma habilidade que falta muito em qualquer profissional de saúde.
<i>"que a gente não tem na nossa formação é a questão da comunicação. Mas não é essa comunicação teórica, entendeu? São estratégias de comunicação o que é comunicar, a gente faz o tempo todo essa comunicação tanto com o usuário, quanto também com outras instituições. A gente tem muito essa função. Então acho que habilidade também para gente se comunicar e quais são as estratégias de comunicação mais adequadas, eu acho que falta, acho que é uma área que precisa ser incorporada no currículo das pessoas".</i>	A formação deve desenvolver a capacidade de comunicação da enfermeira. A enfermeira exercita muito a comunicação em sua prática profissional
<i>"Mas existem maneiras de executar, não é simplesmente chegar na casa da pessoa e ensinar que é assim que se faz. Acho que tem um projeto, um plano por trás. Então acho que o que é necessário para desenvolver a ação educativa é primeiro então perceber que existe espaço para isso, que existe uma necessidade de incorporar algum conhecimento ou uma habilidade nova ou um jeito de fazer diferente que o usuário pode aprender".</i>	Para desenvolver uma ação educativa é necessário verificar, primeiramente, se ela é necessária para o indivíduo.
<i>"E ver o quanto o usuário também ele está disponível para aquilo naquele momento, porque às vezes ele percebe que é uma coisa legal, mas não está naquele momento disponível, ele pode não querer".</i>	Verificar a disponibilidade do indivíduo para a ação educativa.
<i>"A Partir do individual conseguir sensibilizar ou abranger a totalidade ali daquela comunidade, tentar disseminar um pouco para as outras pessoas, não só para aquela que você foi fazer a visita ali no domicílio. Acho que a proposta é você passar uma determinada informação, conhecimento ou uma técnica ou um jeito de fazer e... que aquilo pareça para o usuário ser importante, que valha a pena investir, mas que valha tanto a pena investir que ele vai divulgar isso para as outras pessoas também.</i>	A proposta é passar uma determinada informação ou jeito de fazer que tenha algum sentido e importância para o usuário de tal forma que ele possa divulgar isso para outras pessoas.
<i>"você tem que ter o olhar para o paciente e minimizar tudo, trabalhar com menos danos possíveis para ele, a gente não está aqui pra resolver todos os problemas do paciente, e nem para carregar ele no colo. A gente está aqui pra dar um apoio e fazer com que ele faça, quer dizer, a gente não pode fazer tudo para o paciente, a gente tem que criar, fazer com ele crie mecanismos de defesa. Então acho que o enfermeiro tem que ter essa habilidade. Quando você trabalha com assistência à população você não pode dar muito mastigada para o paciente".</i>	A enfermeira deve cuidar minimizando os danos ao paciente A enfermeira não deve resolver todos os problemas do paciente. Ela precisa apoiá-lo para que ele próprio encontre soluções.
<i>"E aí você avalia qual a capacidade dele porque nós temos pacientes que têm níveis superior e a gente tem aquele que</i>	É necessário adequar a ação educativa ao nível de entendimento dos usuários.

<i>não sabe lê.”</i>	
<i>“Agora então dependendo da dependência do paciente, você trabalha para não criar tantas dependências para o paciente”.</i>	Evitar criar dependência do usuário.
<i>“A gente sabe que alguns tem limitações, então é preciso trabalhar com a limitação do outro. Isso é muito importante para o enfermeiro na assistência e na supervisão.”</i>	Trabalhar com as limitações do outro.
<i>“Eu estou com uma equipe na sala de vacina, por exemplo, adoeceu, você tem que arregaçar a manga e fazer, enquanto você apaga um incêndio no sentido “olha a equipe tem alguém da equipe que tem que almoçar então vai almoçar e você fica na retaguarda, “olha, uma teve que sair pra levar filho” e aí não tem quem cubra você, tem que lá cubrir, você é retaguarda”.</i>	A enfermeira é retaguarda (cobre ausências da equipe)
<i>“Então assim, arregaçar as mangas e fazer. Não só na questão de você ficar mandando, não tenho paciência, não pode ficar só no mandar, você se direciona, você coloca, mas de vez em quando você tem que botar a mão na massa”.</i>	A enfermeira deve supervisionar e assistir.
<i>“tem que saber valorizar o conhecimento do outro. Não é porque a pessoa que veio aqui é analfabeta que ela não conhece certas coisas, então você saber valorizar”.</i>	A enfermeira precisa saber valorizar o conhecimento do outro
<i>“porque às vezes, muitas vezes ele só precisa, o paciente precisa só que alguém escute ele, e aí ele vem pra cá porque ele precisa que alguém escute ele”.</i>	Muitas vezes o usuário só precisa de alguém que o escute.
<i>“a gente evita a questão da medicalização, porque isso tem acontecido muito, nos serviços de saúde.”</i>	Evitar a medicalização dos usuários nos serviços de saúde
<i>“ou é uma dor de cabeça, uma dor de estômago, é uma dor no braço, é uma ferida. E muitas vezes ele (enfermeiro) não contextualiza, outras questões que eu acredito que seja de suma importância, o ambiente de casa, domiciliar, a dinâmica familiar, a inserção no trabalho, os projetos de vida questões de violência”.</i>	Ao assistir um usuário com uma queixa clínica pontual é necessário contextualizar e verificar outras questões (dinâmica familiar, inserção no trabalho, projetos de vida)
<i>“eu acho que a gente precisa ver outras coisas, ter outras maneiras, fazer a interligação, o intercâmbio, o link com outros profissionais”.</i>	Fazer o intercâmbio com outros profissionais
<i>“Se uma criança está obesa a família também não está com uma dieta adequada. Então não adianta eu trabalhar individualmente... eu tenho que trabalhar no contexto geral, família, como são as condições sanitárias, esgoto, a questão das verminoses, não esquecendo a coisa do território, tudo isso acho que abrange para que você tenha uma visão mais ampliada”.</i>	A assistência de enfermagem deve ser feita levando-se em consideração o território, o contexto familiar e o modo de vida dos usuários.
<i>“E se tem muita dificuldade mesmo de penetrar numa residência, de falar em grupo, até porque para fazer um grupo, você se expõe, não é todo mundo que se sente à vontade. Então eu acho que você tem que ter um treinamento, um preparo”.</i>	O profissional de saúde precisa de preparo e de treino para trabalhar com ações educativas
<i>“assim, isso é algo que tem que ser exercitado, é algo que tem que ser colocado, e não pode ficar numa cortina de fumaça não... “ah faz de conta que eu não ouvi faz...” não! Tem que fazer o enfrentamento, eu acho que isso é um desafio para o enfermeiro, fazer os enfrentamentos, tentar trazer questões polêmicas, questões que trazem discussões às vezes até calorosas, mas é algo que precisa ser trabalhado”.</i>	É necessário fazer o enfrentamento de questões polêmicas com os usuários Fazer o enfrentamento de questões polêmicas é um desafio para a enfermeira.
<i>“É muito mais fácil você ter um paciente imobilizado e fazer todos os cuidados e pronto, eu não tenho que dar muita satisfação, vai ter que explicar muito pouco aqui. Agora quando você abre uma roda pra discussão, é muito mais difícil, é muito mais complicado”.</i>	Assistência de enfermagem relacionada à atividades educativas em grupo é complexa.
<i>“Os sinais e sintomas do paciente. Eu acho que a medicina</i>	Saber reconhecer os sinais e sintomas

<i>está tentando resgatar um pouco essa questão... porque se modernizou tantas coisas que não se valoriza mais os sinais e sintomas, só sabe fazer o diagnóstico se tiver um exame. Às vezes só pelo sinal e sintoma o paciente pode te dar um alerta do que está acontecendo”.</i>	dos usuários
<i>“na habilidade do ensino é que muitas vezes, muitas e muitas, você vai repetir a mesma coisa, porque a questão da orientação é uma questão a longo prazo”.</i>	É preciso reconhecer que a orientação é um processo de longo prazo
<i>“Porque você pega pacientes de diferentes níveis sócio-culturais e então você tem que ir adaptando sua forma de falar e conversar para que o paciente possa entender melhor e até compreender para participar mais ativamente desse processo.</i>	É preciso saber adaptar a forma de falar e conversar aos diferentes níveis sócio-culturais dos pacientes.
<i>“de conhecimento, você deve ter um embasamento teórico daquilo que você estará orientando e também um conhecimento prático daquilo que vc vai estar fazendo”.</i>	Deve ter um conhecimento teórico e prático do que se propõe a orientar.
<i>“tem que ter a percepção do que o outro sabe, porque há estratégias diferentes para cada um”.</i>	ter a percepção do nível de conhecimento do paciente, para adequar o tipo de estratégia de orientação.
<i>“Eu estou frizando a questão da orientação para o cuidado do paciente que terá alta, pois é uma realidade nossa, pois grande tempo do nosso dia de trabalho é dedicado à orientação e essa orientação segue para a família. Então além do conhecimento teórico e prático a gente também tem que tentar ter a percepção do que o outro sabe e é capaz, para gente poder elaborar estratégias de fazê-lo entender melhor aquilo que a gente precisa passar”.</i>	Deve ter a percepção do que o outro (paciente, família) sabe e é capaz, para poder elaborar estratégias que facilitem sua orientação.
<i>“Acho que vc tem que falar a mesma linguagem”.</i>	É necessário falar a mesma linguagem que o paciente.
<i>“Tem que se posicionar na casa dele, na vida profissional dele, na vida social dele, para entender ele como um todo para vc conseguir desenvolver um vínculo e só depois vc realizar as ações educativa”.</i>	Para desenvolver uma ação educativa é preciso compreender o contexto de vida do paciente para fazer um vínculo com ele.
<i>“A gente sempre tem que partir daquilo que o paciente sabe e vc, gradativamente, ir estabelecendo um vínculo com ele, de tal forma, que vc consiga fazer com que ele possa aderir ao tratamento proposto”.</i>	É necessário partir do conhecimento do paciente e estabelecer um vínculo com ele.
<i>“O paciente precisa se sentir responsável pelo seu tratamento”.</i>	O paciente precisa sentir-se responsável pelo seu tratamento.
<i>“acho que o reforço positivo do sucesso tem sempre que ser dado. Então eu costumo muito falar para os paciente: “o mérito é seu. Vc entendeu direitinho tudo o que a gente conversou naquela consulta. Precisamos melhorar nisso. Como podemos fazer? Como eu posso te ajudar para gente melhorar?”</i>	Fazer o reforço positivo em relação à adesão ao tratamento.
<i>“acho que é sempre contando com o potencial do paciente. Não dá para desprezar esse potencial em uma ação educativa, porque se você despreza ele se sente muito desestimulado. Então você tem que considerar o potencial que ele tem e trabalhar em cima disso”.</i>	Considerar o potencial do paciente.
<i>“Eu acho que acima de tudo a enfermeira tem que se colocar como parceira do paciente no processo educativo. Se ela demonstrar uma atitude de poder, acho muito difícil ela desenvolver uma ação educativa. Acho que ela tem que ter uma atitude de parceria com o paciente no processo saúde-doença e deixar o paciente perceber que ela está com ele lado a lado para resolver tudo aquilo que ele precisar, não isentando a responsabilidade do paciente sobre seu processo de cuidar, mas eu acho que ela tem que ter essa atitude de se colocar ao lado dele, uma atitude de parceria”.</i>	A enfermeira precisa colocar-se como parceira do paciente no processo educativo.
<i>“A parte do pesar, dele mesmo arrumar sua poltrona. A gente tenta fazer com que ele próprio faça isso. Quando o paciente é</i>	Envolver o paciente no seu cuidado e promover a colaboração entre os

<i>dependente, a gente ajuda e também os próprios pacientes ajudam uns aos outros.”</i>	pacientes.
<i>“fora o lado da humanização. Isso aqui é muito importante, o envolvimento nosso com o paciente para poder fazer com que haja um retorno”.</i>	Humanizar o atendimento ao usuário. Envolver-se com o cuidado do usuário.
<i>“Porque os pacientes daqui ficam tão ansiosos, tão preocupados, com medo, que a gente tendo essa segurança transmite maior segurança para eles. Então vc precisa ser firme para transmitir segurança para eles”.</i>	A enfermeira precisa ter uma atitude firme para transmitir segurança ao paciente.
<i>“Eu gosto muito de trabalhar com esse lado de conversar com ele. Porque também não é só o paciente é a família também. Eu também gosto de trabalhar com a família para ver se tem um retorno. Porque não adianta só orientar o paciente, porque ele precisa da família. Ela é a base. Se a família está desestruturada o tratamento não vai bem. O paciente não colabora e aí é onde vc acaba tendo muita dificuldade. Então vc tenta lutar para que ele sempre melhore. Vc fica sempre conversando para ver se ele melhora. Vc fica sempre conversando e tentando tirar alguma coisa para ver se há alguma coisa em casa.</i>	É preciso saber conversar e apoiar o paciente e seus familiares.
<i>“é preciso vc saber conversar com a família, fazer essa negociação com o paciente.”</i>	É preciso saber negociar com o paciente.
<i>“é preciso saber conversar com o paciente.”</i>	Saber conversar com o paciente.
<i>“estar apto ou treinado ou habilitado a aprender a ouvir e a trabalhar o conteúdo que a pessoa te traz como conteúdo educativo.”</i>	É necessário aprender a ouvir e a trabalhar o conteúdo que os indivíduos trazem.
<i>“Outra habilidade é falar e se expor em público, postura de mãos, de olhar, de corpo, atitudinal mesmo.”</i>	É necessário ter habilidade para se expor e falar em público.
<i>“habilidades pedagógicas mesmo. As diversas técnicas pedagógicas desde psicodrama, drama, que a gente deveria, pelo menos, saber um pouco, terapia comportamental cognitiva, que é uma alternativa que traz ferramentas importantes. Outra linha que é essa linha da problematização. Então aprender a fazer o grupo utilizando essas técnicas de problematização. Aprender oficinas. Eu acho oficina uma coisa muito produtiva porque mexe com outras capacidades dos indivíduos.”</i>	É necessário conhecer e aprender a fazer diferentes técnicas pedagógicas (problematização, psicodramas, oficinas, terapia comportamental cognitiva).
<i>“que eu acho que a gente tem que aprender as teorias pedagógicas, mas também tem que aprender a ter habilidade nas técnicas.”</i>	É preciso conhecer as teorias pedagógicas e aprender a utilizar as técnicas pedagógicas.
<i>“a gente tem que aprender a falar com simplicidade e também de uma forma mais diferenciada e estar preparado para isso.”</i>	É preciso aprender a falar, respeitando-se as diferenças de compreensão das pessoas.
<i>“A atitude tem a ver com a gente não estar impondo conhecimento, modos de cuidar, maneiras estandardes de se fazer uma coisa. Na hora que eu tenho só uma maneira de orientar e se você não se enquadrar nessa maneira eu não posso te orientar, individualmente ou em grupo, então eu é que tenho um problema”.</i>	É preciso aprender a não impor conhecimentos e modos de cuidar padronizados às pessoas.
<i>“eu tenho que aprender a entender sua necessidade para poder estar trabalhando e também eu tenho que entender sua autonomia e seu momento de vida”.</i>	Aprender a entender a necessidade, a autonomia e o momento de vida dos sujeitos.
<i>“na instância de participação na decisão de políticas educativas, é um negócio fundamental. A gente pensa muito na competência da gente nesse momento aqui. Mas as políticas educativas elas não acontecem nessa instância que eu estou. Eu sei que eu aqui, de uma maneira diferente, eu participo porque me imponho no sentido de contribuir em decisões de políticas educativas, mas isso não é decidido aqui. Então na medida em que o enfermeiro adquire habilidades e o saber que ele possa desenvolver e ele for tendo autoridade, ele também passa a participar das instâncias que decidem a forma das coisas. O que é prioritário: eu vou usar uma palestrinha para</i>	É preciso participar das decisões sobre as políticas educativas da instituição.

falar de hipertensão ou eu vou fazer o acompanhamento do hipertenso em diversos momentos e também vou fazer palestras e oficinas, porque isso também demanda profissional, tempo, equipamento, recursos que têm um custo. Então eu acho que a gente tem que participar e se impor nas instâncias onde as decisões são tomadas”.

Discursos e frases temáticas relacionados ao saber ser da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das enfermeiras do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“Não é bater de frente, você tem que mostrar conhecimento, porque você isso faz você ganhar legitimidade com a tua equipe”.</i>	A enfermeira não deve ter uma postura autoritária, mas mostrar conhecimento para ganhar legitimidade perante a equipe.
<i>“Você tem que também... simplesmente errar e reconhecer que você pode errar, “errei e daí?”, desde que você não traga tantos danos, você pode errar, o ser humano comete erros, saber reconhecer e aprender com os erros”.</i>	É necessário saber reconhecer os próprios erros, desde que estes não tragam danos aos usuários.
<i>“Primeiro ter todo esse preparo e outro, acho que realmente ela tem que ter iniciativa, de querer buscar, eu acho que ela deve procurar estar sempre, da mesma forma que ela procura deixar o funcionário atualizado, ela também tem que procurar essa educação permanente pra ela, dentro e fora do trabalho”.</i>	A enfermeira deve ter iniciativa para buscar a educação permanente para sua equipe e para si própria.
<i>“se envolver com pesquisa acho extremamente importante, quanto mais o enfermeiro se envolver com pesquisa melhor(,,,) acho que ela abriu a minha cabeça assim pra poder ir atrás de coisas novas, de querer experimentar outras coisas, de ter um questionamento sobre o que a gente vê, será que aquilo é certo, será que poderia ser melhor, então acho que a pesquisa dá essa oportunidade, não é nem oportunidade, ela ascende essa luz na cabeça do profissional”.</i>	Envolver-se com pesquisa científica é importante, pois possibilita um maior questionamento da realidade.
<i>“a partir disso eu também fui buscar. Então, por exemplo, se eu faço um grupo sobre auto-cuidado, que trabalha a questão do envelhecimento, então eu tenho que estar continuamente me capacitando referente ao tema”.</i>	É importante que o próprio profissional de saúde também busque conhecimento e capacitação.
<i>“a vontade para o trabalho eu acho que é uma atitude importante, a vontade de trabalhar, porque quando você tem vontade realmente de trabalhar eu acho que você consegue ter uma dedicação, mas é uma dedicação com ponderação, porque nós seres humanos a gente tem trabalho, tem vida pessoal, tem lazer, então quem gosta do trabalho mesmo, acho que consegue fazer esse discernimento, porque se não fica tudo uma salada de frutas e o trabalho fica muito envolvido nas questões pessoais. Então essa coisa de ver o trabalho como uma alternativa de vida eu acho que é uma atitude importante pra você poder ser um bom profissional, entendeu? Para não fazer essa mistura, trabalho em casa, a família, essas coisas assim”.</i>	Dedicar-se e interessar-se pelo trabalho. Ter discernimento entre vida profissional e pessoal.
<i>“Então, já tive várias experiências com equipes, com gerências, com usuário. Então eu acho que essa diversidade de experiência ajuda você a perceber o que é melhor, o que é pior e o que é mais ou menos, para o trabalho e para que o profissional possa cada vez mais estar adequado. Então eu acho que as experiências de instituições ajudam muito no crescimento, porque são completamente diferentes umas das outras”.</i>	Diferentes experiências pessoais e profissionais contribuem para o crescimento profissional.
<i>“o básico, o que eu precisava saber que existia eu acho que eu tive na graduação. Acho que o básico, a ferramenta, onde buscar, acho que a graduação deu. E aí as dificuldades, a complementação, o aperfeiçoamento você vai buscando no dia-“</i>	A formação inicial ensina o aluno a buscar, diante de um contexto de trabalho, novos conhecimentos e ferramentas que auxiliem o seu

<i>a-dia, no trabalho, em pós-graduação, acho que aí vai uma busca do profissional mesmo. Mas acho que a base pra isso a faculdade deu. Ela disse onde encontrar. Existe isso e é aqui que você encontra, daqui pra frente você procura sozinha, em outros espaços. Eu acho que a graduação, ela, pelo menos, finalizou que existe esse tipo de abordagem, como que ela acontece, de que forma o enfermeiro trabalha com isso, mas no dia-a-dia e com os outros... com as outras leituras, as outras buscas é que a gente vai aperfeiçoando mais. E eu ainda tenho que aperfeiçoar muito ainda."</i>	trabalho. O aperfeiçoamento e a complementação e enfermeira deve buscar mediante a necessidade de seu trabalho.
<i>"ter paciência porque o idoso é muito carente, então ele precisa de uma atenção diferenciada, não estou falando que você vai ficar a manhã inteira com ele, mas o máximo possível ser gentil."</i>	A enfermeira precisa ter paciência e oferecer uma atenção diferenciada para cada usuário. Ser gentil com o usuário
<i>"eu acho que o enfermeiro ele tem que estar se atualizando, e quando ele trabalha na saúde coletiva, ainda mais, pelo fato de que, por exemplo, o processo saúde-doença, muitas vezes, se manifesta de forma que não desencadeia ou desemboca ou sinaliza na forma clínica".</i>	É importante ter informação, se atualizar e ter uma escuta ampliada, pois o processo saúde-doença muitas vezes não se manifesta na forma clínica.
<i>"tudo você não vai dar conta também, apesar que os enfermeiros eles acham que têm que dar conta de tudo, acaba abraçando muitas questões."</i>	As enfermeiras acham que tem que dar conta de tudo.
<i>"é importante que a enfermeira sempre se atualize na área em que está atuando. É um investimento pessoal. Não é a instituição que tem que dar isso. Se você ficar esperando que as pessoas te tragam a coisa não acontece. Você tem que ir atrás. No início, a maioria dos cursos eu fui por conta própria é quem fui atrás."</i>	É importante que a enfermeira sempre busque se atualizar.
<i>"quando está atuando e quando tem um papel importante como educador, não basta o tempo que você está no hospital. Você também tem que ter um tempo em casa para leitura, para participar de eventos, uma série de coisas".</i>	É preciso dedicar um tempo além do trabalho para buscar novos conhecimentos.
<i>"Então eu acho que o que falta muito no enfermeiro é exatamente isso: ele se forma e se acomoda naquela conhecimento que ele acha que é suficiente para sua prática e não vai além disso."</i>	O enfermeiro após a graduação acomoda-se e não busca novos conhecimentos.
<i>"O enfermeiro ainda se sente submisso à equipe médica, não valorizando seus conhecimentos adquiridos"</i>	O enfermeiro não valoriza seus conhecimentos e é submisso à equipe médica.
<i>"O enfermeiro precisa gostar daquilo que faz, porque acho que a gente gostando do que está fazendo, a gente faz com um prazer maior. O trabalho flui de uma forma mais serena".</i>	O enfermeiro precisa gostar do trabalho que faz.
<i>"quando ela (enfermeira) escolhe essa profissão ela tem que ter certeza que ela vai trabalhar muito essa questão da relação pessoal entre paciente, família, equipe de enfermagem, equipe médica e todas as equipes que envolvem numa área hospitalar."</i>	A enfermeira em seu trabalho, relaciona-se muito com diferentes sujeitos.
<i>"Nenhuma graduação dá base suficiente para que você tenha todos os conhecimentos. Você na sua vida profissional tem que ir buscando aquilo que você vai desenvolver mais. Há áreas que você vai ter que direcionar mais seus conhecimentos, para que você possa ter um domínio maior nela. Se você sair dessa área você terá que direcionar para a área que for. O que precisa é a pessoa tomar para si que a faculdade dá uma base, mas o restante é a pessoa quem tem que ter atitude de ir atrás e buscar".</i>	A graduação não fornece todos os conhecimentos. É na vida profissional que o profissional deve buscar outros conhecimentos necessários para sua prática.
<i>"a gente precisa buscar, por meio de cursos que a própria instituição oferece, acho que a gente tem vários treinamentos pela educação continuada que é uma coisa que acontece com uma certa frequência, para nos atualizar e também para rever alguns conceitos. Outros cursos que o HU e o departamento de enfermagem promovem e algumas coisas foras daqui também que nós precisamos buscar."</i>	O enfermeiro precisa buscar o conhecimento de sua área de atuação dentro e fora da instituição onde trabalha.

<i>"Então eu acho que você precisa também ter características pessoais e, acima de tudo, a questão da humildade de querer aprender que te proporciona este aprendizado".</i>	É necessário ter características pessoais e humildade para querer aprender.
<i>"Então é básico ter esse conhecimento científico e também buscar esse conhecimento".</i>	É importante ter conhecimento teórico e também saber buscá-lo quando necessário.
<i>"Então acho que é um trabalho que requer muita paciência e envolvimento com o paciente e com os familiares e sempre tentando verificar as dificuldades para poder ajudar. Então aos poucos você vai conversando com o paciente e convencendo com ele de que a família é importante, que ele precisa colaborar".</i>	É preciso ter paciência e envolvimento com o paciente e seus familiares.
<i>"o conhecimento informativo que seria aquele que subsidia em termos de conteúdo cada grupo desses é o menos necessário. Eu acho que esse conteúdo deve ser aquele que é dado no currículo mesmo. Porque num momento em que eu me vejo numa situação em que eu preciso de conteúdo científico e informativo eu vou ter que me atualizar e montar o conteúdo. Então não é esse que eu vejo como o mais importante".</i>	O conteúdo científico e informativo de um grupo educativo não é o mais importante. É preciso saber buscar o conteúdo teórico e atualização quando for necessário
<i>"Claro que você busca a informação conforme você precisa dela e então você vai se apropriando dessa informação".</i>	O conteúdo informativo o profissional busca conforme a necessidade da ação educativa.
<i>"Acho que não posso ter a postura de ser a dona do saber, do autoritário".</i>	O enfermeiro não pode ter uma postura autoritária e sentir-se como dono do saber.
<i>"precisa aprender que ele (enfermeiro) não vai mudar o mundo, mas ele vai contribuir para que algumas pessoas, individualmente, e muitas pessoas, coletivamente, possam melhorar seu modo de vida, por meio de momentos educativos".</i>	O enfermeiro precisa aprender que não vai mudar o mundo, mas que pode contribuir para melhorar o modo de vida de alguns sujeitos.
<i>"Então ao mesmo tempo que a gente vai fazendo a rotação pessoal, no sentido de estar incorporando novas técnicas, e estar com o olhar mais receptivo para esse tipo de possibilidade e depois com um olhar de querer aprender, de querer desenvolver essas técnicas. Tem que fazer e ir aprendendo".</i>	Estar aberta a novos conhecimentos e possibilidades de intervenção.
<i>"Eu acho que é uma responsabilidade muito grande. Eu me sinto responsável pelas orientações que eu estou fazendo".</i>	Sentir-se responsável pela orientação que faz

Discursos e frases temáticas relacionados ao saber conviver da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva das enfermeiras do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>"Então o cuidar do paciente está inserido num trabalho em equipe e está inserido no cuidado, no cuidado com a educação permanente da sua equipe".</i>	O cuidado está inserido em um trabalho em equipe e na educação permanente desta equipe.
<i>"Tem que ter noções um pouquinho de psicologia e quando eu falo psicologia, não é a psicologia tradicional, não, mas é um pouquinho de sensibilidade com o lidar com o outro".</i>	Ter sensibilidade para lidar com o outro
<i>"Você se envolve, mas dentro de um certo limite"</i>	O envolvimento durante uma assistência é necessário, mas dentro de um certo limite.
<i>"Porque a equipe de enfermagem ela cobra muito. Ela exige muito e se você deixar, se você for de uma forma muito impositiva, não souber negociar, você perde, você perde mesmo porque você é uma contra uma equipe que pode ter dez, vinte, às vezes é complicado",</i>	É preciso saber negociar com a equipe de enfermagem para ter seu apoio.
<i>"Não é bater de frente, você tem que mostrar conhecimento, porque você isso faz você ganhar legitimidade com a tua</i>	A enfermeira não deve ter uma postura autoritária, mas mostrar conhecimento

equipe”	para ganhar legitimidade perante a equipe.
“Saber ouvir, em primeiro lugar, saber ouvir”.	Saber ouvir.
“construir junto com... com o usuário um planejamento, um planejamento que seja educacional, seja de cuidado, mas tem que ser conjunto”.	saber construir com o usuário um planejamento de cuidado.
“essa característica, na minha opinião, não prescritiva, mais de ouvir, de construir conjuntamente tinha que ser o maior diferencial da enfermagem e não é o que a gente vê por aí”.	Sabe ouvir e construir um planejamento de cuidado com o usuário deveria ser o maior diferencial da enfermagem.
“Imagine se não tem pelo menos o diálogo disso, a reflexão, pelo menos a reflexão, se a gente não senta pra refletir pelo menos, aí vira uma loucura”.	O diálogo e a reflexão são fundamentais para a assistência de enfermagem.
“acho que atitude está muito ligada à postura ética, e aí quando eu falo postura ética não é aquilo que, às vezes, a gente aprende na escola, um pouco, de andar arrumadinho, de falar “sim senhor”, “boa tarde”, né. Eu acho que a postura ética está muito ligada ao respeito”.	A postura ética está relacionada ao respeito humano.
“atitude vai além da responsabilidade de você fazer, por exemplo, às vezes você desempenha determinada função, por causa de uma hierarquia. Acho que o respeito às hierarquias é extremamente importante para que as instituições também possam andar, eu acho que as hierarquias existem pra organizar o processo de trabalho, mas eu também acho que a questão da ética relacionada ao respeito humano, independente da sua posição dentro da instituição, eu acho que isso é uma atitude fundamental pra que o trabalho possa andar”.	O respeito à pessoa, independente de sua posição hierárquica institucional e é fundamental para o processo de trabalho possa fluir.
“porque você respeitar a posição do outro, respeitar o que o outro pensa e procurar saber porque naquele momento aquele profissional não tomou aquela atitude e tomou outra atitude, sem antes fazer pré-julgamentos. Eu acho que isso faz com que o trabalho possa fluir, crescer muito, muito melhor, acho que a instituição ganha muito com isso”.	Respeitar a posição e a atitude do outro, independente de sua posição hierárquica e sem fazer pré-julgamento, é importante para que o trabalho possa fluir.
“Acho que essa questão ética em relação ao respeito humano eu acho que está faltando muito, eu acho que em todas as instituições que se perdeu muito, acho que com a famosa globalização e com excessos de tecnologias, acho que as relações humanas foram se perdendo um pouco nessa questão de respeito, de conversa mais próxima, entendeu? Então acho que a ética nessa questão de atitude é primordial”.	Com a globalização e os excessos de tecnologia perdeu-se um pouco a atitude de respeitar as pessoas.
“porque eu acho que você tendo isso, você acaba tendo o respeito, você consegue ser mais observador, você consegue é... pensar junto”.	Quando há respeito, o profissional consegue ser mais observador.
“Normalmente, o bom funcionário é aquele funcionário que tem conhecimento, mas ele também tem como retaguarda a questão ética do respeito”.	A enfermeira deve respeitar às pessoas
“Sempre te rumo postura flexível e aberta, de que eu tenho uma proposta. Eu acho que pode ser feito de uma forma, mas que o usuário também pode me ensinar que ele faz de outra e que essa outra forma também é tão benéfica quanto a que eu acredito. Então acho que o profissional ele tem que desenvolver essa flexibilidade não dá pra você achar que tem certo e errado, acho que tem o que causa mal estar ou não para o usuário e isso é importante o profissional estar sempre atento”.	É necessário ter uma postura flexível e aberta.
“Abordagem sem preconceito, sem uma receitinha pronta e sempre com um olhar tentando levantar outras questões”.	Ter uma abordagem ampla, sem preconceito e não prescritiva.
“Quando você lida e a enfermeira lida com diversos tipos de pessoas, a gente lida com usuário, lida com equipe, lida com chefia”.	A enfermeira lida com diversos sujeitos (usuário, chefia, equipe médica, equipe de enfermagem)
“e aí a gente trabalha com a etiqueta empresarial, ser gentil”.	Trabalhar com etiqueta empresarial

	Ser gentil
<i>"você saber escutar é muito importante, você escutar".</i>	Saber escutar
<i>"como aprender a lidar com o ser humano, porque é muito difícil".</i>	Aprender a lidar com o ser humano é difícil
<i>"No serviço ninguém quer saber não, só te importa que você tem um temperamento forte e aí se você confronta com elas, elas batem de frente com você e não fazem, o que precisa ser feito, não é o que você quer, porque você não manda alguém fazer porque você quer, porque você quer judiar, não, é porque tem que fazer, é necessário fazer e alguém tem que fazer".</i>	Dependendo da forma como a enfermeira se confronta com a equipe de enfermagem (autoritária), a equipe pode não fazer o trabalho que precisa ser feito.
<i>"Mas eu acho que essa interface que faz com outros profissionais, essa ligação é de suma importância".</i>	A interface com os outros profissionais é muito importante para a assistência de enfermagem.
<i>"Então eu acredito que a partir do momento que você trabalha com equipe, consiga desenvolver teu trabalho, fazendo ligações, solicitando ajuda, pedindo supervisão... isso te ajuda enquanto profissional e dilui um pouco mais".</i>	O trabalho profissional é facilitado quanto se trabalha com equipe multiprofissional.
<i>"você formar, você mudar o comportamento, não é algo tão simples não. A vida toda a pessoa foi espancada, apanhou, e quando vai fazer uma Visita domiciliária e vê que a mãe espanca o pai. Espancar é, aos olhos deles, normal, é uma atitude normal, aí é uma questão que tem que ser trabalhada e sozinha você não dá conta disso, tem que ser realmente multiprofissional e a gente tem conseguido assim alguns ganhos, algumas permissões e tem sido muito rico, tem fortalecido muito a minha supervisão".</i>	O enfermeiro deve aprender a trabalhar com uma equipe multiprofissional para lidar com as mais diversas situações.
<i>"respeito mútuo, a questão não só de saber ouvir, mas dos valores, saber respeitar os valores culturais, não fazer pré-julgamentos, então isso é algo que, muitas vezes, não é ensinado na nossa própria formação".</i>	É importante respeitar os valores culturais e não fazer pré-julgamentos. Muitas vezes a escola não ensina a fazer isso.
<i>"o profissional de saúde tende a ser muito onipotente "eu sou o dono do saber, e você não sabe nada".</i> <i>"Mas isso não é uma prática do exercício dos profissionais de saúde, eu acho que é um exercício muito voltado ao que eu sei... eu sei bastante e você não sabe nada".</i>	O profissional de saúde tende a ser onipotente e dono do saber.
<i>"eu acho que isso é um exercício, então você aprender a ouvir, a respeitar, a escutar"</i>	Aprender a ouvir, respeitar e escutar é um exercício para o profissional de saúde.
<i>"porque uma mãe, um pai que cuida realmente, um cuidador, é o que mais sabe da sua criança, do seu filho. Eu posso saber o conhecimento técnico, mas é como ele dorme, quais são os costumes, da vida, das manifestações, da alergia... então você tem que buscar essa troca".</i> <i>"aprender a ter essa troca, isso é algo que tem que tem que ser exercitado frequentemente".</i>	O cuidador (familiar) é quem mais sabe da pessoa cuidada, por isso o profissional de saúde precisa buscar uma troca entre seu "saber" e o "saber" dos usuários. Aprender a fazer essa troca com os usuários é algo que deve ser exercitado frequentemente.
<i>"eu acredito que a aderência à medicação, ao tratamento se torna difícil a partir do momento que eu não acredito. Se eu passo num profissional, o profissional nem me olha, nem examina direito, nem me escuta, nem ouve as minhas questões, as minhas angústias, e apenas passa uma receita... siga o tratamento, uma dieta, as questões do sobrepeso do bebê. Se não houver esse envolvimento, esse comprometimento, essa troca, não tem aderência".</i>	Sem envolvimento, comprometimento e troca entre o profissional de saúde e o usuário, não há aderência ao tratamento.
<i>"o saber popular mesmo, de valorizar, a questão da valorização".</i>	Valorizar o saber popular.
<i>"ter essa postura de saber ouvir, de saber respeitar"</i>	Ter a postura de saber ouvir e saber respeitar.
<i>"E o enfermeiro ele é a pessoa que acompanha esse paciente num maior tempo que o médico e por isso consegue ter uma interação muito boa e até fazer uma relação enfermeiro-</i>	Deve ter uma interação boa com o paciente para ajudá-lo a contribuir com seu próprio tratamento.

<i>paciente no sentido dele (paciente) te ajudar na contribuição do seu próprio tratamento. Ele (paciente) confiar em vc, que vc está fazendo o melhor para ele”.</i>	
<i>“O enfermeiro tem uma dificuldade muito grande, às vezes, de estar nessa aproximação com o paciente”.</i>	A enfermeira tem muita dificuldade de saber se aproximar do paciente.
<i>“Acho que a gente tem que ter um respeito muito grande pela capacidade das pessoas com as quais você está lidando. Acho que isso é extremamente importante”.</i>	É importante respeitar a capacidade das pessoas com as quais o enfermeiro lida
<i>“você está valorizando as pessoas com quem você está lidando, tanto a família como os alunos. A gente também tem que ter a percepção de como isso está sendo para aquela família, oferecendo um acolhimento, frente a tantas orientações e a tanta coisa que a gente vai estar passando para uma família que está vivenciando uma situação difícil.”</i>	É importante perceber a necessidade de acolher as pessoas em seus momentos de dificuldade.
<i>“que vc tem que conseguir estabelecer o vínculo com esse paciente”.</i>	É necessário estabelecer um vínculo com o paciente.
<i>“Empatia, acho importante. Compreensão. Humildade, acho que são as principais. Capacidade de compreensão daquilo que está querendo dizer. Esse vínculo que eu falo é tentar compreender as atitudes que ele está tendo, porque que ele não adere”.</i>	É necessário ter empatia e compreensão do outro.
<i>“Então é importante dar esse apoio, esse estímulo. Então acho que é um trabalho que requer muita paciência e envolvimento com o paciente e com os familiares e sempre tentando verificar as dificuldades para poder ajudar. Então aos poucos você vai conversando com o paciente e convencendo com ele de que a família é importante, que ele precisa colaborar”.</i>	É preciso ter paciência e envolvimento com o paciente e seus familiares.
<i>“ter essa aproximação com eles e com os familiares também”.</i>	É importante aproximar-se do paciente e de sua família.
<i>“é importante saber fazer um trabalho multidisciplinar, porque você não dá conta de tudo”.</i>	É importante saber fazer um trabalho multidisciplinar.
<i>“mas é preciso saber respeitá-lo muito”.</i>	Respeitar o usuário.
<i>“Então isso é muito importante. É um trabalho longo, que requer muita paciência e muita parceria”.</i>	É preciso ter paciência e saber fazer parcerias no trabalho.
<i>“aprender a lidar com as diferenças, com as dificuldades que as pessoas trazem sem vc colocar numa forma, isso significa vc estar apto ou treinado ou habilitado a aprender a ouvir e a trabalhar o conteúdo que a pessoa te traz como conteúdo educativo”.</i>	Aprender a lidar com as diferenças e com as dificuldades que os sujeitos trazem, sem colocá-las em uma forma. É necessário aprender a ouvir e a trabalhar o conteúdo que os indivíduos trazem.
<i>“Então o docente, por exemplo, ele traz a problemática da rouquidão, traz a questão mais fina do tratamento à saúde. E a gente também tem o funcionário mais simples, mais humilde, que, às vezes, não se percebe doente, que não se percebe precisando porque ele está tão voltado à sua sobrevivência e as suas circunstâncias que ele não se percebe precisando nem aprender nada também. Então tudo isso faz diferença e eu acho que nós, enfermeiros, precisamos aprender a trabalhar com essas diferenças”.</i> <i>“Outra coisa é a questão da diferença culturais e sociais. A gente vê um discurso assim: eu não trabalho com uma pessoa mais diferenciada intelectualmente porque ele só fica me perguntando coisas e só me dá problemas. Isso para mim reflete uma insegurança do profissional e não da pessoa. Ou então assim, uma pessoa mais simples, menos informada, que traz uma dificuldade maior de linguagem, também tem o</i>	Aprender a trabalhar com as diferenças sócio econômico culturais dos sujeitos.

<i>discurso: ah, é ele que não consegue compreender o que eu quero ensinar. Então vc é uma pessoa que não se encaixa em nenhum contexto”.</i>	
<i>“Acho que não posso ter a postura de ser a dona do saber, do autoritário”.</i>	O enfermeiro não pode ter uma postura autoritária e sentir-se como dono do saber.

Grupo 4 – Gestores do HU e do CSE

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conhecer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos gestores do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“Tem que ter uma visão maior do mundo, de política, de políticas de saúde, senão eles ficam com uma visão muito restrita”.</i>	É necessário ter uma visão mais ampla de mundo e de políticas de saúde.
<i>“porque a gente conhece poucas técnicas pedagógicas para poder trabalhar com grupo, com oficina”,</i>	A enfermeira conhece poucas técnicas pedagógicas para poder trabalhar com grupos.
<i>“uma atenção para além do conhecimento técnico mais específico precisa integrar habilidades de relação, capacidade de interação com o usuário, de compreensão do seu contexto mais amplo então uma visão epidemiológica, uma visão sociológica, uma visão antropológica é o que eu acho que é próprio da complexidade do trabalho na atenção primária, então isso é outro tipo de requisito que haveria para vocês enfermeiras”.</i>	Para atuar na atenção primária, é necessário ir além do conhecimento técnico. É necessário interagir com o usuário, compreender seu contexto, ter uma visão epidemiológica, sociológica e antropológica.
<i>“a boa dosagem do conhecimento técnico com essa capacidade de interação mais horizontal com o usuário”</i>	É necessário dosar o conhecimento técnico com a habilidade para se relacionar com o usuário de forma mais horizontal
<i>“ela precisa dominar, estar bastante atualizada e dominar o conteúdo específico do que ela está querendo falar”</i>	Para realizar uma ação educativa a enfermeira deve dominar o conteúdo específico relacionado à ação.
<i>“o conteúdo técnico é importante, mas ele está inserido numa troca que envolve componentes culturais, componentes psicológicos que são tão importantes quanto, ter a compreensão de que o conteúdo técnico só vai fazer sentido se colocado num contexto mais amplo”.</i> <i>“porque às vezes, isso é super valorizado em detrimento de outras coisas”.</i>	O conteúdo técnico é importante, mas ele só faz sentido quando colocado em um contexto mais amplo. Às vezes o conteúdo técnico é mais valorizado em detrimento de outros conhecimentos e habilidades.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber fazer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos gestores do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“Tem que ter uma competência técnico-específica e essa é a mais fácil de oferecer”.</i>	Precisa ter habilidade técnico-específica A habilidade técnico-específica é

	fácil de oferecer
<i>“Tem que ter uma competência gerencial, pelo menos, de saber coordenar,”</i>	Ter uma competência gerencial para coordenar a equipe de enfermagem”
<i>“habilidade essencial é mesmo a de coordenação de equipe. Isso é, especialmente, pelo modo da gente compreender o trabalho em equipe foi bastante importante que ela tenha esta habilidade de liderar, habilidade de coordenar o grupo com um perfil democrático”.</i>	Liderar e coordenar equipe com um perfil democrático
<i>“quando o enfermeiro chega ele tem muita dificuldade desse tipo de trabalho educativo. A gente percebe isso. Ele também está se desenvolvendo. Então é muito difícil dele conseguir ter essa visão do que é importante para o paciente, construir junto à ação educativa, que ela seja dialógica, que não seja aquela coisa do preconizado, do normativo”.</i>	Quando a enfermeira começa a trabalhar ela sente dificuldade para desenvolver ação educativa mais dialógica e menos normativa.
<i>“A gente também aqui quase não avalia a repercussão dessa ação educativa”.</i>	O serviço não avalia os resultados das ações educativas que realiza
<i>“Então assim, adaptando essa tecnologia a nossa realidade, porque nossa população não tem tantos recursos. Alguns têm esse recurso. Então para eles a gente pode usar alguns recursos, para outros, nós podemos fazer a orientação mais presencial. Porque nós temos uma população bem heterogênea... então temos que adaptar a estratégia para cada tipo de população”.</i>	É necessário adaptar a estratégia pedagógica para cada tipo de população.
<i>focar mais a questão de estratégias, de abordagens, de intervenções. Como é que se faz uma intervenção em grupo? Nós temos dificuldade, porque nosso modelo é bem normativo”.</i>	Aprender a fazer uma intervenção em grupo Aprender estratégias pedagógicas
<i>“de tomar decisões, de conseguir construir uma dinâmica em que as responsabilidades sejam efetivamente compartilhadas”,</i> <i>“nosso trabalho aqui é implica numa grande delegação de responsabilidades, sempre sob supervisão, mas uma delegação de responsabilidade maior do que você vai encontrar em outros lugares para o pessoal de nível médio de enfermagem. Então isso exige capacidade de supervisão de coordenação do trabalho bastante destacados da enfermeira. Então isso eu acho que é uma capacidade fundamental”.</i>	Tomar decisões Construir uma dinâmica de trabalho na qual as responsabilidades sejam compartilhadas Delegar responsabilidades
<i>“ uma atenção para além do conhecimento técnico mais específico precisa integrar habilidades de relação, capacidade de interação com o usuário, de compreensão do seu contexto mais amplo então uma visão epidemiológica, uma visão sociológica, uma visão antropológica é o que eu acho que é próprio da complexidade do trabalho na atenção primária, então isso é outro tipo de requisito que haveria para vocês enfermeiras”.</i>	É necessário ir além do conhecimento técnico. É necessário interagir com o usuário, compreender seu contexto, ter uma visão epidemiológica, sociológica e antropológica.
<i>“É muito importante poder compreender qual é o tipo de representação que os usuários tão fazendo dessas opções de métodos, qual é o tipo de validade que isso pode ter naquele contexto específico de vida, de</i>	É importante compreender a representação social que os usuários tem em relação às propostas de intervenção em

<i>experiência anterior”.</i>	saúde dos serviços (utilização de métodos anticoncepcionais, por exemplo)
<i>“a boa dosagem do conhecimento técnico com essa capacidade de interação mais horizontal com o usuário”.</i>	É necessário dosar o conhecimento técnico com a habilidade para se relacionar com o usuário de forma mais horizontal.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber ser da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos gestores do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“De compromisso ético, ter compromisso”.</i>	Ter compromisso ético

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conviver da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos gestores do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“lidar com os conflitos. Logo ele vai ter que fazer avaliação de desempenho dos funcionários, ele tem que se preocupar com o desenvolvimento de pessoa”.</i>	Precisa lidar com os conflitos. Preocupar-se com o desenvolvimento da equipe.
<i>“Então a gente tem dificuldade de ouvir o outro e ele dizer que não quer fazer isso. Então acho que ainda falta bastante coisa na formação mesmo”.</i>	O enfermeiro tem dificuldade de ouvir o outro
<i>“Tem que ter uma habilidade interpessoal muito grande para trabalhar como enfermeira, porque o tempo todo ela lida com pessoas e essa é uma habilidade muito difícil de desenvolver, mas a gente tenta o tempo todo trabalhar isso. Porque primeiro ele tem que lidar com o paciente e com a clientela de uma forma geral. Segundo, porque ele tem uma equipe multidisciplinar constantemente, e cada vez maior. Além disso, a própria equipe de enfermagem que ele vai acabar coordenando. Ele tem que ter uma habilidade interpessoal muito grande”.</i>	O enfermeiro precisa ter habilidade interpessoal, pois trabalha constantemente com pessoas (equipe de enfermagem, paciente, família, outros profissionais)
<i>“respeitar o outro”.</i>	Respeitar o outro
<i>“Tem que saber lidar com o outro sem preconceitos”</i>	Saber lidar com o outro sem preconceitos
<i>“A ação educativa da forma que a gente compreende exige uma atitude, de reconhecimento do outro que é bastante profunda”.</i>	A ação educativa exige uma atitude de reconhecimento do outro.
<i>“quer dizer, uma atitude não assimétrica de pressupor que o profissional tem uma mensagem a ser dada ali e o usuário é um receptor, mas uma atitude de partir das expectativas, dos conhecimentos, das potencialidades do usuário”.</i>	Deve ter uma atitude simétrica em relação ao usuário, partindo de suas expectativas e conhecimentos.
<i>“Então eu acho que isso é uma... uma habilidade das mais difíceis, que só se desenvolve com muita prática, muito tempo, muita experiência. Na formação você</i>	É uma habilidade difícil de ser desenvolvida. Requer tempo e

<i>pode ser sensibilizado pra isso, mas é só com muita experiência, muito acompanhamento que desenvolve esse tipo de habilidade”.</i>	acompanhamento.
<i>“fazer uma efetiva troca em que o profissional coloca algumas questões e tenta colocar, tenta inserir aquilo no contexto do usuário”.</i>	Deve haver uma efetiva troca de saberes entre profissional de saúde e usuário
<i>“essa postura educativa que não é uma postura autoritária, não é uma postura impositiva, como a gente procura desenvolver aqui”.</i>	A ação educativa não deve ser desenvolvida com uma postura autoritária e impositiva
<i>“se colocar no lugar dele, conseguir compreender seus pressupostos culturais é fundamental, é imprescindível”.</i>	É fundamental colocar-se no lugar do usuário para compreender seus pressupostos culturais.
<i>“Ao longo dos anos isso tem evoluído então pra uma postura, como eu tentei muito sinteticamente apresentar, uma postura, quer dizer, não diretiva, não autoritária”.</i>	Ter uma postura menos diretiva e autoritária.
<i>“postura de compreender que há no processo educativo sujeitos se encontrando com experiências diferentes, mas não necessariamente hierárquicas, quer dizer, umas preferíveis às outras”.</i>	É necessário compreender que no processo educativo há o encontro de sujeitos com experiências diferentes e não hierárquicas.
<i>“processo educativo vai se realizar tanto melhor quanto se conseguir uma interação entre essas perspectivas diferentes, que se respeitam, que se reconhecem e tudo mais”.</i>	O processo educativo vai se realizar melhor quando se conseguir uma interação em que as diferentes perspectivas se respeitem e se reconheçam.

Grupo 5 – Usuários do HU e CSE

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conhecer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos usuários do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“Acho que quando a enfermeira estiver estudando ela também tem que se dedicar aos estudos e se esforçar para aprender tudo... acho que isso é muito importante para ela atender bem”.</i>	Durante sua formação a enfermeira precisa dedicar-se aos estudos
<i>“agora, como a enfermeira pode clinicar, eu acho que ela tem que ter um conhecimento geral daquilo que ela for atender, conhecimento geral dos aspectos de saúde”.</i>	A enfermeira precisa ter um conhecimento geral daquilo que ela se propõe a fazer
<i>“esse conhecimento da área médica né.... essa coisa de entender o corpo humano, o que acontece dentro dele, tudo isso”.</i>	A enfermeira precisa ter o conhecimento sobre o corpo humano e o que acontece nele.
<i>“Ah sim, com certeza, ela tem que saber aquilo que ela está se propondo atender, no caso, por exemplo, eu que estou gestante, eu acho que ela tem que saber sobre gestação, sobre os problemas mais comuns, sobre o que acontece com nosso corpo, enfim”.</i>	A enfermeira precisa aprender conhecimentos relacionados ao tipo de usuário que ela irá atender.

<p><i>"Ah, então eu acho que no caso da enfermeira X, por exemplo, eu acho que ela poderia aprender sobre essa coisa da geria".</i></p> <p><i>Entrevistadora: Geriatria?</i></p> <p><i>"Isso, geriatria, essa coisa relacionada a nós, pessoas da terceira idade, eu acho que ela poderia aprender mais isso",</i></p>	<p>Em relação aos conhecimentos a enfermeira poderia aprender mais sobre geriatria</p>
--	--

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber fazer da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos usuários do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<p><i>"Elas ensinavam a gente a cuidar do pai, a fazer curativo, a dar banho, a ajudar ele se movimentar na cama. Isso era muito bom. Era muito bom".</i></p> <p><i>"quando tinha um curativo, elas ensinavam a gente a fazer do jeito certo, a colocar o produto certo, a não ter dó, pois o curativo tinha que ser feito. Elas ensinavam várias coisas, e eu sempre aprendi tudo, para poder fazer para o meu pai. O banho, por exemplo elas ensinavam com fazer o banho na cama".</i></p>	<p>Durante a visita domiciliária, as enfermeiras ensinavam a família a cuidar da pessoa acamada (fazer curativo, dar banho, movimentação no leito)</p>
<p><i>"tem que ter calma, explicar com paciência e tentar explicar tudo de uma maneira mais simples, sem complicar, sem falar muita coisa, porque senão a gente confunde".</i></p>	<p>Durante uma orientação a enfermeira precisa ter calma, paciência e explicar de uma forma simples.</p>
<p><i>"Então, por exemplo, em um curativo, explicar de uma maneira bem direta que produto eu devo passar, não ficar misturando muitos produtos, senão a gente confunde... assim, explicar tudo de uma maneira simplificada e que a gente possa entender".</i></p>	<p>A enfermeira precisa saber explicar de uma maneira simples para que o usuário possa entender.</p>
<p><i>"Então eu acho que o papel da enfermeira é muito importante nessa parte de orientar o paciente e ajuda-lo a se conhecer melhor".</i></p>	<p>A enfermeira tem um papel muito importante na orientação e no auto-conhecimento do paciente</p>
<p><i>"Ela também orienta o paciente sobre que médico ele tem que passar, porque às vezes ele não sabe. Eu, por exemplo, quando comecei a passar aqui no HU eu não sabia que eu podia fazer o acompanhamento médico e de enfermagem aqui. Então a Aninha me orientou, disse que eu poderia passar aqui na UBAS com os médicos daqui".</i></p>	<p>A enfermeira informa o paciente sobre as possibilidades de atendimento que o serviço oferece.</p>
<p><i>"A Marina, por exemplo, me ensinou a aplicar a insulina nph e regular juntas... isso eu não sabia fazer eu aplicava duas vezes. Então elas me ensinaram uma maneira mais fácil. Isso ajudou muito e foi muito importante a enfermeira tomar essa parte de frente e pode me orientar".</i></p>	<p>A enfermeira ensinou um modo mais fácil da usuária auto aplicar-se a insulina.</p>
<p><i>"Eu acho que ela deve ter um suporte emocional e psicológico, para que o paciente possa se soltar, se sentir seguro e confiar na enfermeira. Então ela tem que ter uma boa psicologia, então isso tem que vir da faculdade. Ela tem que ter uma preparação para isso.</i></p>	<p>Durante a formação a enfermeira precisa ter um suporte emocional e psicológico para aprender a oferecer segurança e confiança ao paciente.</p>

<i>porque já pensou ela vir atender o paciente estressada. Não pode”.</i>	
<i>“eu acho que ela pode tentar tirar as informações e as dúvidas. Então eu acho que elas têm que ter uma boa psicologia para coletar essas informações”.</i>	A enfermeira precisa saber coletar as informações dos usuários.
<i>“Eu acho que ela tem que saber explicar bem o receituário. Fazer anotações legíveis. Tirar todas as dúvidas. Explicar direito”.</i>	A enfermeira precisa saber explicar o receituário, fazer anotações legíveis e tirar as dúvidas.
<i>“Ah ela tem que conversar e explicar direito para ele qual a importância do tratamento, porque ele precisa, quais os riscos de não tomar, mas eu acho que essa é uma parte difícil. Fazer essa parte de prevenção né, de convencer o paciente a fazer o tratamento”.</i>	A enfermeira precisa saber explicar o tratamento e convencer o paciente a fazê-lo.
<i>“Sim, eu acho, mas é uma parte difícil, porque tem pessoas que não querem fazer o tratamento e pronto”.</i>	Convencer o paciente a aderir ao tratamento é difícil.
<i>“Eu acho assim, que a enfermeira tem que examinar primeiro, antes de dizer alguma coisa para gente. Aconteceu isso comigo. Uma médica nem olhou meu filho e já deu o diagnóstico de verminose. Como ela pode fazer isso? Então eu acho que a enfermeira tem que saber fazer o exame, tem que saber olhar para ver o que a pessoa tem e depois dar um diagnóstico ou dizer alguma coisa”.</i>	A enfermeira precisa saber fazer exame físico para poder avaliar um paciente.
<i>“Essa parte psicológica e essa coisa da humanização. Acho que falta essa humanização”.</i>	Falta humanização na formação da enfermeira
<i>“ela tem uma conversa individual com os pais, ou no leito ou em uma salinha. Ela pergunta e explica as normas do hospital. Ela orienta sobre os recursos do hospita”.</i>	A enfermeira conversa com os pais da criança internada, orientando sobre a rotina e os recursos do hospital.
<i>“Então a gente, técnico de enfermagem, sempre procura acalmar e pedir que a enfermeira explique o caso para a família e a conforto”.</i>	A enfermeira explica o caso e conforta a família
<i>“Então a gente sempre coloca a enfermeira em primeiro lugar, porque o trabalho dela é muito importante. A gente está aqui e faz o trabalho manual, mas é a enfermeira que responde por tudo. Então essa parte de orientação que ela faz é muito importante”.</i>	A equipe de enfermagem coloca a enfermeira como referência para a orientação do paciente e da família
<i>“Geralmente fala de acordo com a linguagem deles, porque não adianta falar em termos científicos que eles não vão entender. Então tem que ser uma linguagem mais direta”.</i>	A enfermeira deve falar de acordo com a linguagem do paciente e da família.
<i>“Com a gente, que é funcionário, ela tem que falar numa linguagem mais científica. As vezes até um procedimento simples, os pais complicam tudo”.</i>	Com a equipe de enfermagem a enfermeira deve falar em uma linguagem científica
<i>“Talvez medo, desespero de ver alguém da família doente. Também tem o lado social, às vezes, eles não têm dinheiro nem para vir ao hospital. Então é complicado”.</i>	A enfermeira deve atentar para o lado social e econômico do paciente e da família.
<i>“E vc acha que a enfermeira tem que saber lidar com esse tipo de situação?”</i>	

<i>"Com certeza, ela tem que ficar atenta a isso".</i>	
<i>"Elas tem que saber explicar as coisas de uma forma bem simples, também, porque senão a gente não entende nada. Elas tem que ensinar tudo de forma simples, né".</i>	A enfermeira precisa explicar de forma simples para que as pessoas a entendam.
<i>"tem que conversar de uma maneira que a gente entenda, né. A gente não sabe muito os nomes médicos dos produtos, então elas tem que falar numa linguagem simples que a gente entenda".</i>	A enfermeira precisa conversar com o usuário de uma forma que ele entenda: com uma linguagem simples.
<i>"mas elas me ensinaram tudo direitinho, como fazer o curativo, como limpar a ferida, como ver se estava infeccionada.... tudo isso. Para você ver, eu faço tudo sozinho, porque moro sozinho... então eu até que aprendi bem".</i>	As enfermeiras ensinaram o usuário a fazer seu próprio curativo em casa e a observar o estado da ferida.
<i>"ela tem que explicar com paciência, de forma simples, com calma, e de forma que eu entenda. Ela tem que falar na mesma linguagem que eu, senão eu não entendo".</i>	A enfermeira precisa explicar com paciência, de forma simples de maneira que as pessoas a entendam.
<i>"Então elas orientam assim: a senhora faz assim desse jeito e então eu vou lá e faço. Eu presto bem atenção. Tem umas horas que a gente esquece, acho que por causa da idade, aí eu converso e falo que não fiz porque eu não entendi, aí ela conversa de novo comigo e tenta me ensinar de novo".</i>	A enfermeira orienta a pessoa a fazer de um determinado jeito e a pessoa faz.
<i>"Explicar conversando, brincando, perguntando, para ela ver se a gente entendeu mesmo. Então se a pessoa não entender, a enfermeira tem que dar por escrito para outra pessoa da casa poder ler para gente".</i>	A enfermeira precisa explicar conversando, brincando e perguntando se a pessoa entendeu. Se não entendeu, a enfermeira precisa dar a orientação por escrito.
<i>"Ah, minha filha eu faço tudo, tudo que me mandam eu faço. Eu detesto vir ao serviço de saúde, mas quando eu tenho que vir eu faço".</i>	A pessoa faz tudo que a enfermeira orienta.
<i>"Ela conversou comigo, me encaminhou para o médico, então ela foi a primeira pessoa que me acolheu, que entendeu o meu problema. Então eu acho que ela é uma profissional exemplar".</i>	A enfermeira conversou com a paciente, acolheu e entendeu o problema que ela trazia.
<i>"Ela explica bem, de uma maneira simples para eu poder entender. Ela sabe orientar bem as pessoas".</i>	A enfermeira explica de uma maneira simples que a pessoa possa entender.
<i>"Ela tem que falar de uma maneira que a gente entenda. E é muito importante ela aprender a fazer isso, porque a gente não sabe algumas coisas, a gente não conhece algumas palavras, então é importante a enfermeira saber conversar com a gente, saber falar de uma maneira simples".</i>	É muito importante a enfermeira aprender a falar de uma maneira que as pessoas entendam, saber falar de uma maneira simples.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber ser da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos usuários do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>"meu pai foi muito bem atendido pelas enfermeiras aqui do HU. Elas iam visitá-lo em casa e sempre iam com muita alegria, muita descontração, nem parecia que</i>	As enfermeiras faziam a visita domiciliária com muita alegria e descontração.

<i>eram as enfermeiras que estavam chegando”.</i>	
<i>“A gente gostava muito, sempre se sentia a vontade com elas”.</i>	As pessoas da casa sentiam-se à vontade com a presença das enfermeiras em sua casa
<i>“Acho que tem que chegar na casa, por exemplo, na visita, chegar alegre”.</i>	Durante a visita domiciliar a enfermeira deve demonstrar alegria.
<i>“Isso... ela tem que ter paciência”.</i>	A enfermeira precisa ter paciência
<i>“Também tem o lado de que quando há alguma doença nova, a enfermeira também vai buscar na internet, mostra para gente, a gente discute, enfim. Então é importante ela fazer isso com a equipe também”.</i>	A enfermeira deve buscar e compartilhar informação técnico-científica com a equipe de enfermagem.
<i>“Elas sempre são atenciosas, alegres. Sempre falam bom dia, alegram nosso dia. Sempre fui muito bem tratada”.</i>	As enfermeiras tratam as pessoas com atenção e alegria.
<i>“Elas são muito atenciosas, muito prestativas, eu gostei muito delas”.</i>	As enfermeiras são atenciosas e prestativas.
<i>“acho que ela tem que gostar do que faz né, tem que gostar muito do que faz.... se ela gostar e tiver carinho pelo que faz, você pode ter certeza que o atendimento dela vai ser bom. Eu acho que isso é o fundamental”.</i>	É fundamental a enfermeira gostar daquilo que faz e fazer com carinho. É com isso que se faz um bom atendimento.
<i>“Tudo bem que tem pessoas que não gostam muito do que faz, mas eu acho que se ela está estudando enfermagem e se ela estuda até se formar é porque ela gosta dessa profissão. Então ela tem que exercê-la com dedicação e atenção”.</i>	A enfermeira precisa exercer sua profissão com dedicação e atenção.
<i>“porque ela lida com pessoas o tempo todo né, então ela tem que ter muito carinho e amor pelo que faz”.</i>	A enfermeira lida com pessoas e por isso tem que ter carinho e amor pelo que faz.
<i>“Olha eu acho que ela tem que ter paciência, ser educada, saber explicar”.</i>	A enfermeira precisa ter paciência, ser educada e saber explicar
<i>“saber atender a pessoa com carinho, com dedicação, com amor, você sente da enfermeira quando você olha nos olhos dela, você tem que sentir essa atenção”.</i>	Saber atender a pessoa com carinho, dedicação e amor
<i>“Então eu acho que tem que ser assim, com amor, com carinho, gostar do que faz”.</i>	A enfermeira precisa tratar as pessoas com amor, carinho e gostar do que faz
<i>“acho que amor e carinho e gostar daquilo que faz”.</i>	Ter carinho e gostar do que faz
<i>“Porque não adianta você vestir um uniforme branco e entrar na sala para atender e nem olhar para a pessoa que você vai atender. É aquilo que eu te falo, o paciente está aqui na sala de espera quase que esperando um milagre e quando ele entra na sala a pessoa nem olha para sua cara”.</i>	Não basta vestir um uniforme branco e sentar na cadeira do consultório. É preciso saber atender as pessoas, pois elas precisam de ajuda.
<i>“que o mais importante é o atendimento à pessoa. Se você atende bem às pessoas, com carinho, com bom gosto, com educação, eu acho que isso já é uma grande parte no atendimento de enfermagem, não só da enfermagem, mas de todos os outros profissionais”.</i>	O mais importante é o atendimento à pessoa. A enfermeira deve atender bem às pessoas, com carinho, atenção e educação.

Discursos e Frases temáticas relacionadas ao saber conviver da enfermeira para sua ação educativa, na perspectiva dos usuários do HU e do CSE. São Paulo, 2007.

Discursos	Frases Temáticas
<i>“tem que ter calma, explicar com paciência e tentar explicar tudo de uma maneira mais simples, sem complicar, sem falar muita coisa, porque senão a gente confunde”.</i>	Durante uma orientação a enfermeira precisa ter calma, paciência e explicar de uma forma simples.
<i>“tem que ensinar a ter muita calma, muito carinho, muito respeito com as pessoas, porque senão tiver isso, não adianta escolher essa profissão que não vai dar certo”.</i>	A formação da enfermeira precisa ensiná-la a ter muita calma, carinho e respeito pelos usuários.
<i>“Eu me lembro, por exemplo, quando meu pai estava internado, que as enfermeiras traziam o almoço e o jantar. Eu me lembro que algumas ficavam meio estressadas, porque os pacientes demoravam em comer, tinham dificuldade, você sabe como é... então eu acho que ela tem que ter muita paciência e muita calma nesses momentos, por exemplo, para ajudar o paciente a se alimentar”.</i>	A enfermeira precisa ter calma e paciência para lidar com as limitações dos usuários.
<i>“Então, ela tem que saber lidar com as pessoas, tem que saber lidar com elas quando elas estão estressadas, nervosas, ela tem que saber jogar uma bolinha de açúcar naquela pessoa estressada para ver se consegue adoçar”.</i>	A enfermeira precisa saber lidar com as pessoas quando elas estão nervosas ou estressadas.
<i>“ter dedicação ao trabalho, ter amor e carinho pelos pacientes”.</i>	É preciso dedicar-se ao trabalho e ter amor e carinho pelos usuários.
<i>“Acho também que ela tem que respeitar as pessoas e a gente também tem que respeitar ela, porque ela também, coitada, precisa trabalhar, então a gente também tem que respeitar o trabalho delas”.</i>	A enfermeira precisa respeitar as pessoas
<i>“não sei, eu acho que elas devem fazer de uma maneira descontraída para pessoa ficar menos nervosa, mas elas também deve respeitar muito essa pessoa, porque não é fácil você não poder tomar banho e ter que ver outra pessoa dando banho em você... é difícil... então eu acho que a enfermeira tem que respeitar o paciente”.</i>	Durante uma assistência (banho de leito, por exemplo) a enfermeira deve respeitar o usuário e demonstrar descontração.
<i>“tem que saber lidar e tem que lidar sem discriminação nenhuma. Ela tem que saber atender o paciente. Isso é o suficiente para ela ser uma boa enfermeira”.</i>	A enfermeira precisa saber lidar com as pessoas sem discriminação.
<i>“Acho que em hipótese alguma atender fumando. Eu já vi médico atendendo fumando. Então eu acho que se a enfermeira atender ela não pode jamais fazer isso. É uma questão de respeitar as pessoas”.</i>	A enfermeira precisa saber respeitar as pessoas.
<i>“quando você vai atender uma pessoa, o mínimo que você tem que fazer é olhar para pesso”.</i>	Quando a enfermeira vai atender alguém ela precisa olhar para essa pessoa.
<i>“Eu acho que tem que ter muita calma, principalmente na UTI”.</i>	É preciso ter calma
<i>“Você trabalhar com uma enfermeira estressada não dá certo”.</i>	Não dá para trabalhar com alguém estressado.

<i>"eu acho que a calma e o saber escutar é muito importante, porque às vezes você fala uma coisa, a pessoa entende de outra forma, e leva e vira aquela fofoca e fica uma coisa desagradável".</i>	É preciso ter calma e saber escutar a equipe de enfermagem.
<i>"Então eu acho que falta a pessoa mostrar atitude. E de repente, as pessoas só olham o lado ruim, então a gente não pode ter o crescimento".</i>	É preciso mostrar atitude positiva em relação aos funcionários da equipe.
<i>"Veja se eu estou certa, você está dizendo que a enfermeira tem que saber lidar com a equipe de enfermagem?" "Isso".</i>	Saber lidar com a equipe de enfermagem
<i>"também tem que ter o diálogo né... vc trabalha doze horas no setor, se não houver diálogo não tem como trabalhar".</i>	Deve haver diálogo entre a enfermeira e a equipe de enfermagem
<i>"porque ela conversa, ela deixa a gente relaxada, ela fala que o exame pode incomodar. Então ela tem todo um jeito, ela te dá atenção".</i>	A enfermeira conversa, oferece atenção e deixa a usuária relaxada.
<i>"Porque quando a pessoa te respeita, te dá o seu limite, é bem aquele negócio... então se vc tem a sua responsabilidade, o seu compromisso, se vc tem ética, vc vai em frente. Agora se vc não respeita nada fica uma coisa complicada"</i>	É preciso respeitar o outro, ter responsabilidade e compromisso.
<i>"Elas sempre são atenciosas, alegres. Sempre falam bom dia, alegram nosso dia. Sempre fui muito bem tratada".</i>	As enfermeiras tratam as pessoas com atenção e alegria.
<i>"Elas são muito atenciosas, muito prestativas, eu gostei muito delas".</i>	As enfermeiras são atenciosas e prestativas.
<i>"essa coisa de saber lidar com as pessoas, de ter paciências com elas. Às vezes, as pessoas, por exemplo, não querem comer em um determinado horário, não estão dispostas para isso ou para aquilo, então eu acho que a enfermeira tem que ter muita paciência né".</i>	A enfermeira precisa aprender a saber lidar com as pessoas e a ter paciência com elas.
<i>"eu acho que além da paciência ela também deve ter muito respeito né, muito respeito pelas pessoas".</i>	A enfermeira precisa respeitar as pessoas.
<i>"As enfermeiras daqui sempre me receberam muito bem, sempre foram muito atenciosas comigo, pacientes e sempre me ajudaram muito com esse meu problema".</i>	As enfermeiras recebem e são atenciosas com o paciente, ajudando-o com seu problema.
<i>"Eu me sinto até bem de vir aqui sabe.... me sinto bem mesmo.... me sinto feliz por ser recebido tão bem por essas meninas maravilhosas.... elas são dez.... dez mesmo";</i>	O paciente sente-se bem em ir ao atendimento das enfermeiras, pois é muito bem recebido por elas.
<i>"porque ela lida com pessoas o tempo todo né, então ela tem que ter muito carinho e amor pelo que faz";</i>	A enfermeira lida com pessoas e por isso tem que ter carinho e amor pelo que faz.
<i>"Ensinar a tratar as pessoas com respeito e carinho. Isso é muito importante".</i>	A formação da enfermeira precisa ensiná-la a tratar as pessoas com respeito e carinho.
<i>"dar atenção, ter respeito pela pessoa, gostar do que faz, né".</i>	A enfermeira precisa dar atenção, ter respeito pela pessoa e gostar do que faz.

<p>“Quando o senhor fala de respeito o que o senhor quer dizer?”</p> <p><i>“Ah, assim, por exemplo, no meu caso, às vezes eu estou fazendo o tratamento da ferida com um produto e aí eu vejo que não está dando certo, então eu troco, eu volto para aquele produto anterior que elas (enfermeiras) estavam usando.... aí, quando eu volto aqui eu explico a situação e elas sempre respeitam a minha opinião... às vezes, eu até percebe que elas não concordam muito, mas elas sempre demonstram respeitar o que eu faço”.</i></p>	<p>A enfermeira precisa saber respeitar a opinião dos usuários</p>
<p>“Então o senhor acha que manter esse diálogo é importante?”</p> <p><i>“Sim, muito. Sem conversa, não tem jeito. Imaginou se eu chegasse aqui e elas nem olhassem na minha cara, não quisessem saber o meu problema, não prestassem atenção no que eu falo. Deus me livre, eu nem voltava mais.... mas isso nunca”.</i></p>	<p>É preciso ter diálogo entre profissional de saúde e usuário.</p>
<p>“Pra dizer a verdade, eu acho que o melhor remédio do mundo é mesmo o carinho e atenção das pessoas, isso minha filha cura muita coisa... às vezes nem o remédio mais caro do mundo pode dar tanto efeito quanto a atenção e o amor das pessoas.... eu vejo muito isso aqui.... e falo para você com muita sinceridade, eu me sinto muito melhor quando saio daqui... é uma coisa impressionante”.</p>	<p>o melhor remédio é o carinho e atenção dos profissionais de saúde com os usuários.</p>
<p>“Se ela tiver carinho e atenção, você pode ter certeza que o tratamento vai dar certo.... eu acho que é isso”.</p>	<p>Se a enfermeira tiver carinho e atenção, o seu atendimento será bom.</p>
<p>“Olha eu acho que ela tem que ter paciência, ser educada, saber explicar”.</p>	<p>A enfermeira precisa ter paciência, ser educada e saber explicar</p>
<p>“Eu acho que eu tenho que colocar minha opinião e conversar com ela. Eu gostaria que ela me ouvisse e pudesse me entender, pudesse entender essa minha opinião, mas também pudesse tentar colocar o que ela acha correto, né”.</p>	<p>A enfermeira precisa saber ouvir e entender a opinião das pessoas, colocando sua opinião como profissional.</p>
<p>“Ela tem que explicar que ela acha correto, mas ela também tem que entender que eu posso querer ou não fazer aquilo, é por minha conta”.</p>	<p>A enfermeira pode explicar o que ela acha correto, mas ela também tem que entender que a pessoa tem liberdade para escolher o que vai fazer.</p>
<p>“ela pode aprender a ouvir as pessoas, a tratá-las bem, com respeito e com educação e fazer isso que eu te falei, de tentar respeitar o que as pessoas acham”.</p>	<p>A enfermeira pode aprender a ouvir as pessoas, a tratá-las com respeito e educação e a respeitar suas opiniões.</p>
<p>“saber atender a pessoa com carinho, com dedicação, com amor, você sente da enfermeira quando você olha nos olhos dela, você tem que sentir essa atenção”.</p>	<p>Saber atender a pessoa com carinho, dedicação e amor</p>
<p>“ela precisa entender que o paciente chega e precisa de ajuda. Então a enfermeira tem que saber que ela está aqui para ajudar”.</p>	<p>A enfermeira precisa entender que a pessoa procura o serviço de saúde porque precisa de ajuda</p>

<i>"Não eu chegar na tua mesa e vc perguntar e a pessoa falar toma aquele remedinho e pronto. Eu não acho isso. Porque quando a gente fica na sala de espera esperando um atendimento é porque a gente precisa de ajuda. Então no meu haver, a enfermeira precisa saber tratar bem as pessoas. Tratando a pessoa bem, a pessoa sai dali feliz porque foi tratada muito bem e ela também pode passar isso para outras pessoas".</i>	A enfermeira precisa tratar bem as pessoas
<i>"Então é isso que eu te falo, a enfermeira X, por exemplo, ela me trata muito bem, ela conversa comigo, é como se fosse minha irmã, da minha família. Eu me sinto à vontade com ela".</i>	A enfermeira trata as pessoas com atenção, conversando e deixando-as à vontade.
<i>"Então eu acho que tem que ser assim, com amor, com carinho, gostar do que faz."</i>	A enfermeira precisa tratar as pessoas com amor, carinho e gostar do que faz
<i>"A enfermeira precisa ter essa noção, como eu falei, se a pessoa está na sala de espera três, quatro horas esperando, a enfermeira precisa, no mínimo, tratar bem às pessoas. Então eu acho que é isso".</i>	A enfermeira precisa, no mínimo, tratar bem às pessoas.
<i>"o mais importante é o atendimento à pessoa. Se você atende bem às pessoas, com carinho, com bom gosto, com educação, eu acho que isso já é uma grande parte no atendimento de enfermagem, não só da enfermagem, mas de todos os outros profissionais";</i>	O mais importante é o atendimento à pessoa. A enfermeira deve atender bem às pessoas, com carinho, atenção e educação.
<i>"Porque eu acho que a gente tem que ser bem tratada. Eu não admito ser mal tratada. Eu acho que tem que tratar bem. Então eu acho que tem que tratar com carinho, com dedicação, com paciência".</i>	A enfermeira deve tratar bem às pessoas.
<i>"principalmente, em relação às pessoas da minha idade, por exemplo, tem que ter muita paciência".</i>	A enfermeira precisa ter muita paciência
<i>"Ah, isso que eu te falei de ter paciência, de tratar bem as pessoas, de conversar com a gente"</i>	A enfermeira precisa ter paciência, tratar bem às pessoas e saber conversar com elas.