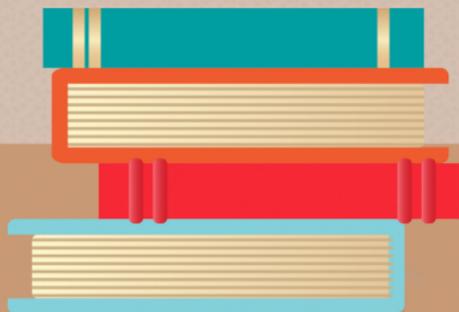


LUCILANE MARIA SALES DA SILVA
MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA
RAIMUNDO AUGUSTO MARTINS TORRES

(ORGANIZADORES)

POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA I



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITORA PRO TEMPORE

Josete de Oliveira Castelo Branco Sales

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduína Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

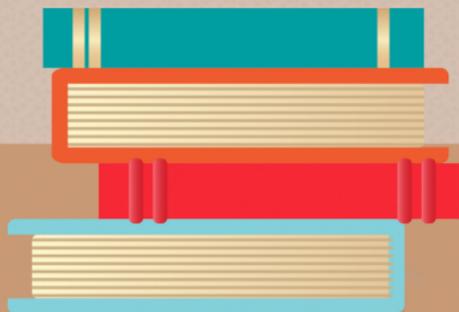
Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

LUCILANE MARIA SALES DA SILVA
MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA
RAIMUNDO AUGUSTO MARTINS TORRES

(ORGANIZADORES)

POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA I

1ª Edição
Fortaleza - CE
2020



POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA I

© 2020 *Copyright by* Lucilane Maria Sales da Silva, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Raimundo Augusto Martins Torres

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Sérgio Menezes Varela

Luana Monteiro Rodrigues

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

P769

Políticas, saberes e práticas de enfermagem e saúde coletiva I
[recurso eletrônico] / Lucilane Maria Sales da Silva, Maria
Rocineide Ferreira da Silva, Raimundo Augusto Martins Torres
(Organizadores). - Fortaleza : EdUECE, 2020.
Livro eletrônico.

ISBN: 978-65-86445-39-8 (E-book)

1. Enfermagem. 2. Saúde coletiva. 3. Promoção da saúde.
I. Silva, Lucilane Maria Sales da. II. Silva, Maria Rocineide
Ferreira da. III. Torres, Raimundo Augusto Martins. IV. Título.

CDD: 610.7

PREFÁCIO

Este livro representa a realização de uma obra que reflete o contexto da situação sanitária como resposta às tendências, mudanças e transformações que ao largo dos anos foram modificando ou moldando o perfil da Saúde, da Enfermagem e da Saúde Coletiva. Sem deixar de lado, sem deixar no esquecimento, por suposto, o inegável fator da influência histórica e cultural que determina o processo de adoecer, o próprio conceito de Promoção da Saúde e da desigualdade de acesso a saúde, que arrasta uma herança milenar. Hipócrates, em sua época, já destacava a importância de uma vida saudável afirmando que era uma fonte de riqueza, somente esqueceu de mencionar que, também na sua época, observa-se por dados históricos que uma vida saudável era privilégio dos ricos gregos que podiam cuidar do corpo e da mente. Assim, já aparecia a desigualdade ao acesso a saúde como bem-estar físico e mental. E os romanos, nos deixaram a herança da institucionalização dos hospitais públicos e suas clínicas associadas.

É uma obra, uma publicação, que resgata uma perspectiva ampliada da Saúde Coletiva e suas interfases multidisciplinar e multifatorial. Não é uma obra que mascara ou (des) mascara a realidade. Não é uma obra que pretende modificar pensamento, porque entendemos que o pensamento é uma concepção construída sob uma perspectiva política-ideológica do indivíduo. O que este livro oferece são saberes e práticas com dados que revelam uma realidade estudada e analisada. São possibilidades reais de conhecer o contexto da Saúde Coletiva e das Políticas de Saúde com enfoque amplo de organização e funcionalidade e os mecanismos de produção da saúde.

Na Unidade 1, apresenta-se ferramentais teóricas-metodológicas para entender o sujeito e sua subjetividade como agente ativo de um sistema sanitário, tanto o sujeito usuário deste sistema como trabalhadores, cartografando a força propulsora que mobiliza a produção do cuidar e ser cuidado, suas estratégias e resultados. Encontram-se Modelos de Atenção e operacionalização de processo de tomada de decisão, muitas vezes, de forma verticalizada. Por último, evidencia a importante concepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre promoção da Saúde e Educação em Saúde, uma autorreflexão por parte destes protagonistas ativos de um sistema de saúde.

A Unidade 2 oferece um leque de dimensões da gestão do cuidar, desde a gestão do processo de trabalho à formação de Redes de Atenção. Entre estes dois aspectos existe uma ponte de fatores associados. O primeiro abordado, é a comunicação no entorno sanitário, considerado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e sua Aliança Internacional de Segurança do Paciente, e pelo Ministério da Saúde do Brasil uma dimensão importante para a excelência clínica. Este último, instituiu no dia 01 de abril de 2013, no Programa Nacional de Segurança do Paciente, como marco dentro das políticas sócio-sanitárias na busca pela excelência clínica. Este programa está composto por seis dimensões, áreas prioritárias de melhora ou indicadores. Entre eles, "melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde" é considerada a segunda área prioritária e de implantação de estratégias de melhoria do sistema de segurança na saúde. O segundo, está relacionado com à produção do cuidado, onde a Atenção Primária em Saúde é percebida como a "Porta de Entrada" do Sistema Único de Saúde (SUS) o que conduz a concepção que também pode ser a "Porta de Produção do Cuidar", e por este motivo, é sumamente importante a gestão do processo de cuidar que perpassa por muitos eixos: capital humano no sentido de potencial humano qualificado, adequado processo de trabalho

com acolhida e vínculo como princípio aplicado na prática, entre outros. E por último, a formação de Redes de Atenção como elo de respostas diversificadas para um sistema que necessita de controle epidemiológico também diversificado. Todo isso, deve estar vinculado a um processo de avaliação de indicadores que possam concretizar objetivamente os resultados do processo assistencial de princípio ao final, do acesso a satisfação.

A Unidade 3 apresenta as várias facetas das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) na promoção e prevenção da saúde. A globalização traz consigo o avanço tecnológico, que implica na necessidade de incorporar essas tecnologias no setor da saúde: equipamentos de ponta tecnológica, medicamentos de última geração inclusive infiltrados na pele com códigos de barra, estudos genéticos. Nesse contexto, aparece outra vez a acessibilidade e igualdade no setor saúde. Entra no cenário, uma tecnologia que une o passado e o presente: a rádio e como falamos de atualidade a *web rádio* como propulsor do ensino e prática do saber e fazer acontecer sem fronteiras. E como todas estratégias devem ser analisadas, também nos traz uma perspectiva na influência na juventude e na questão do gênero, como também a educação em saúde com boas práticas de alimentação saudável.

Entendemos que a Saúde Coletiva é tão complexa como a quebra de paradigmas nas mudanças da prática sanitária para atender às necessidades de saúde do coletivo. A pesquisa em saúde e enfermagem é uma estratégia para visibilizar às desigualdades sociais e sanitárias, humanas e éticas de casualidade e efeito. É uma construção que incorpora as subjetividades no processo de cuidar em todas suas interfaces.

Adriana Catarina de Souza Oliveira
Professora da Universidade Católica de Múrcia/Espanha

Sumário

UNIDADE 1

Políticas e práticas do cuidado na atenção primária à saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde

CARTOGRAFANDO TERRITÓRIOS PARA ATENÇÃO QUALIFICADA À SAÚDE: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - SUJEITO POTENTE... 12

Maria Rocineide Ferreira da Silva, Idalina Maria Moreira Barbosa, Débora Sâmara Guimarães Dantas, Jordana Rodrigues Moreira e Raimundo Augusto Martins Torres

AUTOANÁLISE, ESCUTA E SUBJETIVIDADES: CONTRIBUIÇÕES DE FERRAMENTAS ANALISADORAS NA PRODUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....26

Riksberg Leite Cabral, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Annatália Meneses de Amorim Gomes e Túlio Batista Franco

OBSERVAÇÕES SOBRE O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA: “BURROS DE CARGA, BUCHAS DE CANHÃO” ..55

Camila Marques da Silva Oliveira, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Glaucilândia Pereira Nunes

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE81

Liana Paula Sales, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Débora Sâmara Guimarães Dantas, Katherine Jerônimo Lima e Maria Alice Oliveira da Silva

O CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA APS: POSIÇÃO DO ENFERMEIRO A PARTIR DE UM ESTUDO DE ANÁLISE DE REDES SOCIAIS..... 105

Alexandra da Silva Lima Vieira, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Lucilane Maria Sales da Silva, Glaucilândia Pereira Nunes, Helena Maria Scherlowski Leal David e Thayza Miranda Pereira

UNIDADE 2

Gestão do Trabalho e a Gerência do Cuidado Clínico em Saúde e Enfermagem

COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DO NEONATO CRITICAMENTE ENFERMO: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM 122

Sandra Valesca Vasconcelos Fava, Lucilane Maria Sales da Silva, Maria Socorro de Araújo Dias, Tatiana Rebouças Moreira e José Jeová Mourão Netto

ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO: SENTIDOS PRESENTES NOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS..... 132

Marcelo Costa Fernandes, Lucilane Maria Sales da Silva, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Raimundo Augusto Martins Torres e Maria Socorro de Araújo Dias

REDE SOCIAL FORMADA NO ATENDIMENTO À TUBERCULOSE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS 148

Ana Zaira da Silva, Lucilane Maria Sales da Silva e Helena Maria Scherlowski Leal David

(IN)SATISFAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL NO TRABALHO EM SAÚDE DE GESTORES DE ENFERMAGEM 165

Lucilane Maria Sales da Silva, Hanna Hellem Matos Dourado, Gabrielle Lemos Oliveira Rodrigues, Maria Verônica Sales da Silva, Maria Socorro de Araújo Dias e Maria da Conceição Coelho Brito

AValiação DE INDICADORES DA REGULAÇÃO DO ACESSO NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESTADO DO CEARÁ 181

Maria Verônica Sales da Silva, Hanna Helen Matos Dourado e Lucilane Maria Sales da Silva

UNIDADE 3

Saberes e Práticas de WebCuidado Educativo e Clínico em Saúde, Gêneros, Juventudes e Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação

CONTRIBUIÇÃO DO USO DE TECNOLOGIAS PARA O APRENDIZADO EM SAÚDE..... 194

Victorugo Guedes Alencar Correia, Eduardo de Oliveira Martins Dantas, Francisco Harles de Melo Sá, Marcos Renato de Oliveira e Raimundo Augusto Martins Torres

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE VIA TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO: DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE UMA WEB-RÁDIO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM JOVENS ESCOLARES.....211

Raimundo Augusto Martins Torres, Antonia Lis de Maria Martins Torres, Leidy Dayane Paiva de Abreu, Isabela Gonçalves Costa, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Lucilane Maria Sales da Silva

REFLEXÕES SOBRE A INFLUÊNCIA EXERCIDA PELAS MÍDIAS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE JOVENS223

Lívia de Araújo Rocha, Marcos Renato de Oliveira e Raimundo Augusto Martins Torres

USO DA WEB RÁDIO NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO EM SAÚDE: PROMOVENDO A COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AS JUVENTUDES ESCOLARES.....236

Raimundo Augusto Martins Torres, Samylla de Fátima Sabóia Veras, Natália Sousa Lopes, Isabela Gonçalves Costa, Aretha Feitosa de Araújo e Dayane Paiva de Abreu

TECNOLOGIA EDUCATIVA ASSOCIADA AO CÍRCULO DE CULTURA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DE ESCOLARES.....251

Ana Osmarina Quariguasi Magalhães Frota, Ana Jéssica Silveira Rios, Raimundo Augusto Martins Torres, Ianna Oliveira Sousa e Maria Adelane Monteiro da Silva

ORGANIZADORES.....272

LISTA DE AUTORES.....273

UNIDADE 1

Políticas e práticas do cuidado na atenção primária
à saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família e
Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde

CARTOGRAFANDO TERRITÓRIOS PARA ATENÇÃO QUALIFICADA À SAÚDE: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - SUJEITO POTENTE

*Maria Rocineide Ferreira da Silva
Idalina Maria Moreira Barbosa
Débora Sâmara Guimarães Dantas
Jordana Rodrigues Moreira
Raimundo Augusto Martins Torres*

Introdução

No Brasil, desde o final da década de 1960, os programas de medicina comunitária já propunham a desmedicalização. No entanto, nesse período, a atenção primária surge de maneira desvalorizada, suprimindo a necessidade de formação profissional daqueles que iriam realizá-la (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

No final da década de 1970, a partir da realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, essa questão alcançou proporções internacionais. Esse contexto subsidiou a apresentação de propostas com foco na democratização e qualificação da atenção à população necessitada (MENDES, 1998; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A década de 1980 foi marcada pelas crises econômica e da previdência social brasileira, o que gerou entraves para o financiamento do modelo com redução de recursos e, assim, a rede de interesses, composta pelos fornecedores privados, políticos e seguimentos burocráticos, não poderia mais continuar a se expandir (VIANA, 1999).

A implementação das Ações Integrais de Saúde (AIS), na década de 1980, significou o fortalecimento da rede ambulatorial e a revisão do papel dos serviços privados, além da visualização, em alguns locais, da participação da população na gestão de serviços.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde fortaleceu o Movimento pela Reforma Sanitária, agregando trabalhadores de diversas áreas e constituiu-se uma agenda de eventos com intuito de efetivá-la.

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde (SUS) respaldado em princípios como a universalização, a descentralização, a integralidade da assistência, visando reduzir o vácuo existente entre os direitos sociais e garantir, assim, a acessibilidade de usuários (as) aos serviços de saúde, emergiu das discussões realizadas na 8ª Conferência, o qual foi ratificado pela assembleia constituinte de 1988 que origina a Constituição Federal atual (BRASIL, 1988).

A década de 1990 surge com a implementação das Normas Operacionais Básicas (NOB), cujo principal propósito foi regulamentar o processo de descentralização pautado pelo SUS, dando suporte à descentralização, com a municipalização dos serviços, o que passa a ser um dado novo nos setores em nível local.

No entanto, após tantas conquistas, muitos problemas ainda persistiam. Um deles refere-se à dificuldade de capilarizar as ações básicas de saúde. Nesse sentido, em 1991, foi lançado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família, que surge com foco no vínculo como potencialidade para o cuidado, na adscrição de uma clientela a um dado território para se equalizar esforços, conhecer com propriedade as pessoas que produzem e reproduzem acontecimentos nos territórios singulares da produção do cuidado (BRASIL, 1994). O território, aqui, não é observado apenas na dimensão geográfica, mas, sim, cultural, social e afetiva (SILVA; PONTES, 2013). Além disso, empenha-se nas mudanças cotidianas que a comunidade pode promover, culminando com a produção da qualidade de vida que incorpora os processos de viver e adoecer e os significados que estes têm para uma dada população. Nesse sentido, observa-se que o Saúde da Família não era apenas

uma proposta macropolítica, mas principalmente micropolítica (SILVA, 2012).

No plano macropolítico, tratava-se de implementar uma política para atenção primária e melhorar indicadores epidemiológicos. Entretanto, no âmbito micropolítico, o que era de interesse, acima de tudo, era uma aposta na produção desejante. Na possibilidade de os sujeitos provocarem transformações nos espaços nos quais estão inseridos; na vida que, muitas vezes, está distante de quem planeja a política, mas que pode ser aproximada; na cogestão dos processos (quando além de gestores e trabalhadores, a população também fala e assume responsabilidades).

Nesse movimento, trata-se de uma produção local. Não apenas produção de bens e serviços, mas de uma produção de afetos, da capacidade de inventar, criar, um agir ético e com o sentido no que se faz necessário pela escuta ao realizar uma leitura destas de forma humana e singularizada no plano de cada realidade, com arranjos necessários para que as coisas aconteçam. Dos encontros desses sujeitos e do grau de implicação com esse processo, que pode ou não ocorrer, tem-se o plano dos agenciamentos, o plano do desejo (SILVA, 2012).

Mas a forma como a institucionalização dessas ideias ocorreu no plano histórico-político nem sempre considerou esses aspectos micro. Em 2006, com a discussão da reestruturação da Política Nacional de Atenção Básica, optou-se por uma nova terminologia: a Estratégia Saúde da Família foi pautada como “o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível” (TEIXEIRA, 2004, p.11) Diante desse contexto, o presente estudo objetivou apreender o mapa de relações que se estabelecem no cotidiano do saber-fazer do Agente Comunitário de Saúde.

Método

Dadas as características do objeto de estudo, a pesquisa teve abordagem qualitativa, buscando-se captar a dinâmica e a complexidade do objeto em seu contexto histórico imediato, tendo portanto, o ambiente social como fonte privilegiada de dados. Entretanto, devido à compreensão de que o objeto de estudo está em constante produção, optou-se por tentar desenvolver aquilo que Rolnik (1987) denomina de “cartografia”. A cartografia difere das formas convencionais de investigação, à medida que não pretende criar mapas, ou seja, estabelecer verdades acerca da realidade estudada.

O mapa delinea o contorno dos territórios tais como foram estabelecidos”, cobrindo apenas o visível. A cartografia, por outro lado, “é um método com dupla função: detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles. A cartografia se faz ao mesmo tempo que o território (ROLNIK, 1987, p.6).

A opção por utilizar o método cartográfico deve-se ao fato de lidar com linhas em constante mutação, com plano de tensões que se movimenta, que não é fixo. A cartografia, ao contrário do mapa, dá conta dessas linhas. Trata-se de um método inspirado na filosofia de Deleuze e Guattari (2009) que visa acompanhar processos e não representar um objeto.

Os sujeitos da pesquisa foram os agentes comunitários de saúde que atuavam em uma unidade básica de saúde da regional quatro de Fortaleza. De acordo com Fortaleza (2015), as regionais de saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, seis no total, têm como principais papéis exercer autoridade sanitária no território de sua abrangência, planejar, executar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito regional em conformidade com as normas e diretrizes municipais; fundamentalmente, no que se refere às unidades de saúde; gerir as redes de atenção no âmbito regional; e ainda implementar ações de educação per-

manente em saúde e regular as referências de exames e consultas especializadas e os leitos hospitalares, entre outros.

A Regional de Saúde de Fortaleza IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Com área territorial de 34.272 km², a referida Regional de Saúde de Fortaleza IV abrange 19 bairros, cujo perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores e mais antigas feiras livres da cidade, a da Parangaba, além de vários corredores comerciais, entre eles, o da Avenida Gomes de Matos, no Montese. São bairros desta área: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de cerca de 305 mil habitantes, segundo censo do IBGE (FORTALEZA, 2007).

A Regional de Saúde de Fortaleza IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. A rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (CROA).

A unidade de saúde na qual ocorreu o estudo contava com cinco equipes de ESF, conforme o site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a unidade possuía o total de 67 profissionais, com atendimento do tipo ambulatorial, através de demanda espontânea.

A escolha pela regional deveu-se ao fato da territorialização existente no município de Fortaleza que corresponsabiliza a universidade pelo processo de produção de saúde no referido território.

A coleta e produção dos dados aconteceu no período de novembro de 2013.

Participaram como sujeitos do estudo sete agentes comunitários de saúde. Destes, cinco eram mulheres e dois homens. Em relação à formação, quatro ACS tinham como nível de escolaridade o ensino médio completo; e três, o nível médio incompleto, sendo

estas as mais antigas da unidade em que ocorreu o estudo, e pontuavam entre 15 e 20 anos no exercício da função. A média da renda familiar girava em torno de 2 a 3 salários mínimos. Em relação ao estado civil, quatro identificaram-se como solteiros, um casado, um divorciado e um não respondeu ao questionário.

Adotou-se como critério de inclusão ACS que estava há mais de dois anos na mesma unidade; e como critérios de exclusão, ACS que estavam de férias, licença ou afastado por qualquer motivo e os que não estavam no exercício da função.

Para coleta de dados no processo de caracterização dos ACS, utilizou-se questionário com perguntas fechadas. Em seguida, usou-se o desenho do território e uma entrevista semiestruturada que trabalhou com concepções de saúde que fez emergir questões sobre a rede de relações estabelecidas, território e saúde. O desenho do território de atuação contribuiu com a sistematização do aspecto das relações desenvolvidas neste, suas implicações e (des) responsabilizações com o universo em que estava inserido.

Para análise dos dados, optou-se pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma vez que esta possibilita a tabulação de dados e informações de natureza verbal, obtidos por meio de depoimentos, sendo possível expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta fosse um único emissor do discurso, apresentado em um ou vários discursos-síntese, a depender do evidenciado enquanto corpo discursivo, escritos na primeira pessoa do singular (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

Na contemporaneidade, pesquisadores têm analisado dados empíricos no campo da saúde com a aplicação da técnica do DSC, ratificando a eficácia para o processamento e expressão de opiniões de caráter coletivo. Pretende-se dispor de “depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006, p. 517), expressando-se por meio de um único sujeito do discurso, sem negar as diferenças que os constitui.

Os aspectos éticos e legais envolvendo seres humanos foram respeitados e a privacidade e anonimato dos participantes foram garantidos. Deste modo, as falas dos ACS foram identificadas por letras do alfabeto.

Após aceitação em participar do estudo, os participantes assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas antes, receberam informações sobre os objetivos do estudo e a relevância deste. Foram informados também que não sofrerão prejuízo ou ônus caso desejassem desistir da participação do estudo em qualquer fase da pesquisa.

O estudo é parte integrante do projeto intitulado Estratégia Saúde da Família em uma capital de grande porte da região nordeste: cartografia da micropolítica, que obteve aprovação do Comitê de ética da Universidade Federal do Ceará, conforme protocolo 127/10.

Resultados e Discussões

Após o processo de análise dos discursos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), surgiram categorias temáticas/ideias centrais que retrataram as principais questões que emergiram.

Na análise produzida, emergiram temas significativos e que forneceram sentido para o trabalho em saúde no território específico.

Quadro 1 - Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo dos Agentes Comunitários de Saúde – Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde território na Estratégia Saúde da Família.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Território e diversidade que abriga esse termo</p>	<p>Território <i>A distância da unidade de saúde para micro área que é muito longe, o nível de escolaridade que é baixo e para tentar fazer um trabalho com eles, tem que ser uma coisa bem lúdica para eles entenderem o porquê, se não fica assim em vão(...) se trata de uma área nobre, não tem risco demográfico como favelas, não tem canal, não têm aqueles becós, aquelas coisas que a gente sabe que pode acarretar e fazer uma boca de fumo entendeu, não tem, pelo menos isso(...) falta de espaço na unidade que é pequena para qualquer atividade, mesmo para gente se reunir fazer qualquer reunião, falta de praça de lazer na comunidade (...). Agora minha área mais de 40% é retrativa, porque tem muita vila, às vezes num mês só tem duas famílias na mesma casa, isso é o ponto negativo para o trabalho da gente, quando a gente pega família fixa é muito bom porque tipo tem vila que tem 12 casa, e tem meses que são 12 pessoas diferentes porque se mudam totalmente(...) tem gente hoje que está na minha área: criança, a gente acompanha, vai para área vizinha, depois volta de novo, para você acompanhar é meio complicado porque ela passa um dia na casa da mãe, um dia na casa da sogra, esse que é o ponto negativo(...)</i> (ACS A, B, C e D).</p>

O Quadro 1 revela as ideias centrais do Discurso do Sujeito Coletivo dos ACS relacionadas ao território: o território, além de comportar a dimensão de espaço geográfico, também abrange as relações estabelecidas e configuradas nele. Observa-se pela fala dos sujeitos que a diferença de classe social, muitas vezes, inviabiliza as ações do profissional. Na área tida como mais pobre, com pessoas de baixa escolarização, observa-se a preocupação do ACS para fazer algo que desperte os usuários para o cuidado de forma lúdica, com técnicas de diálogo diferentes. Também se observa que há uma área mais nobre, provida de saberes, em que a dinâmica assumida pode ser outra.

O território é o suporte de redes que transportam regras e normas utilitárias, parciais, parcializadas, egoístas (do ponto de vista dos atores hegemônicos), as verticalidades, enquanto as horizontalidades, hoje enfraquecidas, são obrigadas, com forças limita-

das, a considerar a totalidade dos atores. A arena da oposição entre o mercado que singulariza, e a sociedade civil que generaliza, é o território em suas diversas dimensões e escalas (SANTOS, 1994).

O território é apontado como espaço dinâmico, formado por atores e atrizes sociais que se interligam por diversos interesses, delineando uma arena de singularidades e de coletividades. O território é globalizado e, por isso, vive em mudanças constantes. Observa-se diferenciação no que se refere ao conceito de saúde, tornando interessante perceber que diferentes sentidos se coproduzem nesse processo e que se pode investir nas transformações necessárias para aprimoramento das questões relatadas.

A mobilidade das famílias para outras microáreas também foi algo apontado, sendo este um fenômeno que acompanha a população de baixa renda, que por questões econômicas e/ou sociais também vai construindo seus modos de habitar ou não um dado território. Os agentes sofrem com isto porque o trabalho da territorialização das famílias precisa ser sempre retomado.

Quadro 2 - Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo dos Agentes Comunitários de Saúde – Potencialidades e situações limites no trabalho do ACS – Mapa em construção.

Potencialidades	<p>Profissional <i>A nossa alegria é que temos uma enfermeira competente, que ajuda, gosta da gente e da comunidade, se não. Aqui a gente só vai procurar a coordenação pela falta de médico, porque se não for isso, a nossa enfermeira resolve tudo. Tanto eu vejo na minha, como eu vejo nas outras, qualquer problema, a enfermeira resolve, se não fosse isso, o posto estava zero (...). Eu venho de um posto que ninguém resolvia nada com coordenação, nada com ninguém, tudo era com nossa enfermeira, inclusive ela era chefe da equipe, o médico chegava, ia direto para sala, a enfermeira e auxiliar que botava todo mundo para lá (...). Tanto eu vejo na minha, como eu vejo nas outras, qualquer problema a enfermeira resolve (...), mas o posto aqui só anda por causa da nossa enfermeira, nós temos enfermeira que resolve nosso problema, se nós não tivéssemos enfermeira comprometida com nosso trabalho, nossa comunidade estava ruim (...).</i></p> <p>Intersetorialidade <i>...tenho dois colégios que sempre que o posto precisa para vacina, eles sedem para gente, tem praça (...)</i> (ACS D).</p>
------------------------	--

<p>Situações - Limite</p>	<p>Tráfico <i>(...) os altos índices de violência, o tráfico pelos usuários, pela disputa de território e pela ociosidade mesmo que os jovens ficam sem ter o que fazer mesmo (...) pontos de tráfico, às vezes eles estão fumando droga e a gente tem que passar pelo meio, ainda bem que eles já me conhecem e não mexem, só faz falar e eu passo (...) tem ponto de tráfico, tem boca de fumo, mas isso aí é em toda área, para mim acho muito bom de trabalhar, entro qualquer hora, saio qualquer hora (...)(ACS A, C e D).</i></p> <p>Socioeconômico <i>D1- um dos pontos negativos é ausência de aparelhos sociais, como escola, creche, quadra esportiva, locais culturais que não tem (...) mas é um problema mais socioeconômico também, uma coisa está interligado a outra sempre, tanto tem a questão do posto não ter estrutura, como também as próprias condições das pessoas, não tem saneamento, quando chove estoura fossa, é tudo interligado, se não tem uma estrutura boa, não tem um posto de saúde que vai resolver (...). D2 - não existe espaço, não existe equipamento social, quadra esportiva, igreja, quadra de esporte, um colégio para fazer uma atividade socioeducativa (...) (ACS A, B e D).</i></p> <p>Precariedade <i>D1 - falta atendimento na unidade de saúde, falta consulta, medicamento, falta é tudo (...) problema é só o posto a dificuldade (...) (ACS A e ACS D).</i></p> <p>Acessibilidade <i>D1 - A distância da unidade de saúde para microárea que é muito longe (...). D2 - A minha é a mais distante do posto (...). E a distância porque ou tem que vir de ônibus ou de táxi, uma mãe não tem condições de trazer a criança para tomar uma vacina no sol quente, ou tem que vir de ônibus porque não tem condições, a criança fica é mais doente (...)(ACS A, B e D).</i></p>
----------------------------------	--

As potencialidades do território promovem oportunidades para o desempenho eficaz do profissional. O papel do profissional enfermeiro teve destaque na fala das agentes de saúde, uma vez que este é capaz de ser resolutivo para os problemas que são produzidos no cotidiano. Percebeu-se vinculação que o mesmo tem e ao mesmo tempo como essa relação oferece sentido de potência para o trabalho deste. Estudo realizado por Lanzoni e Meirelles (2013) reforçam a identidade que o enfermeiro tem para o ACS, aponta que

além de contribuir para estimular a cogestão de processos, aumenta a agilidade e a resolubilidade na solução de problemas e desfechos de casos complexos.

A articulação intersetorial, apesar de não tão evidenciada, apareceu no discurso ao revelar que, quando necessário, podem acessar a escola, local que a cada dia vem se tornando referência para o campo da atenção primária à saúde.

As situações-limite são reais e inoportunas, em muitos casos, funcionam como obstáculos para o trabalho do ACS, pois, na visão destes, inviabilizam o trabalho desses profissionais que tem como atributo atuar com foco na promoção da saúde.

A questão da violência foi apontada como algo que não tem modificado o cotidiano de trabalho pela relação que estes desenvolvem com traficantes, por serem conhecidos e morar na mesma comunidade, por outro lado é geradora de receios e medos.

Outro aspecto evocado referiu-se à ausência de equipamentos sociais, da percepção da importância de existir na comunidade um local para realização de ações educativas, em que consideraram vários os determinantes que impossibilitavam o trabalho. Isso coaduna com o que se repete em relação à precariedade no serviço ofertado e também a inacessibilidade. Os equipamentos são construídos longe dos usuários que o acessam e a vinda dos usuários também pode ser fator de custo econômico.

As situações-limite funcionam como nós que são desfeitos no cotidiano do ACS por meio da educação permanente em saúde e da vontade de fazer prevalecer na área de abrangência o bem maior de todos os cidadãos e cidadãs: a vida, um rizoma em produção.

Oliveira *et al.* (2010) aponta que em seu cotidiano, o modo de organização do trabalho dos ACS tem gerado sentimentos contraditórios, destacando aspectos relevantes que podem contribuir para reflexão constante do processo de trabalho desses agentes no cotidiano das ações em saúde.

Considerações Finais

O Agente Comunitário de Saúde vem se destacando por conseguir produzir a capilarização necessária para responder os problemas de saúde da população. Realizar essa cartografia possibilitou entender que o ACS é um agenciador de encontros nas fronteiras dos territórios, lembrando que esse território é composto não somente por aspectos ligados ao concreto da sua constituição, mas a todas relações estabelecidas nele. Relações de afeto, conflito e poder. Todas as relações estabelecidas na área de abrangência compõem o território. Este, por sua vez, é um organismo vivo e dinâmico. O modo de organização do trabalho dos ACS tem gerado sentidos e sentimentos contraditórios que precisam ser acessados para qualificar a organização do processo de trabalho.

O papel do profissional enfermeiro revelou-se como fundamental para garantia de eixo orientador do processo, revelando-se potência para o desenvolvimento de ações na unidade de saúde.

Foi visto, ainda, que a violência e as questões que envolvem uma discussão relacionada à intersetorialidade precisam ser assumidas com mais ênfase, pois são determinantes que produzem as situações-limite para realização do trabalho.

É importante se debruçar sobre as questões apontadas, pois, no espaço micro, geram descrédito e desmotivação para vivência na Estratégia Saúde da Família dos Agentes Comunitários de Saúde.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 28 jun. 2014.

BRASIL. Portaria G.M. n. 692, de 25/03/94; cria o Programa de Interiorização do SUS e o Programa Saúde da Família, com códigos específicos na tabela do SIA/SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1994.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: rizoma. *In*: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e esquizofrenia. 6. reimp. São Paulo: Editora 34, 2009. v. 1. p. 11-37.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária. e do SUS. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). **Saúde e democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadorias-regionais-de-saude>. Acesso em: 21 jan. 2015.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n.4, p. 557-563, 2013.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 517-24, 2006.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. *In*: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev Electr Enf.**, v.12, n.1, p. 28-36, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental da América**: produção do desejo na era da cultura industrial. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1987.

SANTOS, M. “O retorno do Território”. *In*: SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L.; SOUZA, M. A. (Orgs.). **Território – Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p.15-20.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família**: uma cartografia da micropolítica. 2012. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, M.R.F.; PONTES, R.J.S. Território ativo: uma proposta de revisão no processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família. *In*: SILVA, M.R.F.; PINTO, F.J.M.(Orgs.). **Produção científica e sua aproximação com a saúde coletiva**: multiplicidades de objetos e métodos. Fortaleza: EDUECE, 2013. p.21-35.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Rev Bras Saúde da Família**, v.5, n.7, n. esp., p. 10-23, 2004.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80-90: o (longo) período de reformas. **Rev Bras Saúde da Família**, v. 1, n. 1, p. 3-6, 1999.

AUTOANÁLISE, ESCUTA E SUBJETIVIDADES: CONTRIBUIÇÕES DE FERRAMENTAS ANALISADORAS NA PRODUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Riksberg Leite Cabral
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Annatália Meneses de Amorim Gomes
Túlio Batista Franco*

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui como modo de organização da Atenção Primária à Saúde, no sistema de saúde brasileiro, cuja aposta é a transformação no modelo assistencial praticado no país. Esta mudança se efetiva pelo foco de atuação na promoção e proteção da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, a partir do trabalho em equipe multiprofissional e garantia de um atendimento integral no nível da atenção primária à saúde (BRASIL, 2012; RODRIGUES, 2011; BRASIL, 1997).

Nesse sentido, investimentos têm sido feitos, por meio de políticas públicas, visando superar os desafios macroestruturais e dos processos de trabalho das equipes que operam a produção dessa mudança. Destacam-se, nesta perspectiva, investimentos nos aspectos físicos e estruturais dos serviços, disponibilidade de insumos, captação e alocação de profissionais e qualificação dos processos de trabalho das equipes multidisciplinares. Acrescente-se uso de indicadores de saúde e revisão das práticas de gestão do cuidado, além da reorganização da rede de serviços de saúde, a partir do reconhecimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; MENDES, 2012; BRASIL, 2010; 2011; MENDONÇA, 2009; RODRIGUES, 2011).

Entretanto, para Campos (1997), a produção de um novo modelo assistencial ocorre por meio da razão, ou seja, de uma proposta teórica e política consistente e fundamentada, bem como de uma produção subjetiva, a qual denomina de “desejo”. No contexto da ESF, o projeto político está relacionado aos atos normativos que sustentam o arcabouço teórico, ou seja, uma concepção macropolítica desta constituição; ao passo que o desejo é compreendido enquanto micropolítica, o qual atravessa uma diversidade de questões de natureza subjetiva nesse contexto.

Merhy (2007) destaca o fato de que o modo de organização e produção de um modelo assistencial é fortemente influenciado pelo trabalhador em sua prática cotidiana. O “autogoverno do trabalhador de saúde”, expressão utilizada para definir a autonomia do trabalhador, configura-se como força instituinte na consolidação ou fragilização dos modelos assistenciais (FRANCO; MERHY, 2007, p.27). Assim, o projeto de mudança dos serviços de saúde que pretende a ESF, depende da ação dos sujeitos que operam no dia a dia desses serviços. Cecílio (2007, p.346) advoga que os trabalhadores “tomam muito mais suas corporações como referência para suas práticas do que aquilo que a organização ou um determinado projeto de governo define como suas diretrizes”.

Fundamentados pelas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, Franco *et al.* (2009) afirmam que o desejo se forma no inconsciente por processos subjetivos e age como força propulsora que mobiliza o indivíduo na produção do meio social no qual está inserido, tornando os sujeitos protagonistas, por excelência, dos processos de mudança. Esse movimento é dinâmico e ocorre por ressignificações da vida, dos modos de produção do cuidado, do próprio engajamento no trabalho, das desconstruções e construção de novos mundos que habitam o interior de cada trabalhador, nos modos de interação com estes. Esses movimentos são chamados de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, impulsionados pela força motriz do desejo.

Assim, compreende-se que existe um modo de produção subjetivo do cuidado pela existência de mecanismos – não no sentido de mecânico, de máquina, mas de movimento, de processo - através dos quais os trabalhadores são mobilizados a assumirem determinadas posturas na produção do cuidado, modos singulares de cuidar, ainda que submetidos a uma mesma instrução normativa (FRANCO; MERHY, 2013). Os autores consideram que tal diversidade está relacionada ao fato de que diferentes projetos, desejos, sentidos e ideias habitam os trabalhadores, conformando seus “territórios existenciais¹” e agenciam seus agires cotidianos como fatores de afetivação. É, portanto, essa singularidade que define se o cuidado efetuado é de um jeito ou de outro.

Nesse seguimento, o Movimento Institucionalista tem como princípio a deflagração de processos autoanalíticos no interior de coletivos humanos, nos processos de produção e gestão das organizações. Isto se deve ao fato de que esta vertente compreende os sujeitos como portadores de saberes, interesses, necessidades e assumem o protagonismo na produção da vida, por meio de um processo de compreensão do mundo, do seu lugar nele e de sua potência para transformar e resolver seus problemas – “não se trata de alguém vinda de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir, e o que podem ou não conseguir” (BAREMBLITT, 2002, p. 17).

Assim, diferentes estudos, como os desenvolvidos por Silva (2012), Assis *et al.* (2010) e Franco e Merhy (2013) têm apostado em modalidades de pesquisa que estão para além da coleta de dados nos territórios de prática em saúde, evidenciando a potência transformadora da reflexão sobre a ação nos coletivos humanos. Desse modo, os Mapas Analíticos consistem em ferramenta analisadora que permite cartografar a experiência dos trabalhadores de saúde

1 A expressão “território existencial” é tomada de Félix Guattari por Rolnik (2007) para definir uma composição subjetiva do indivíduo, aquilo que lhe constitui, que lhe habita e que orienta seu modo de andar no mundo.

como sujeitos na formulação das ideias que fundamentam sua produção do cuidado, bem como possibilita a tomada de consciência dos trabalhadores enquanto sujeitos da sua produção (FRANCO; MERHY, 2009).

Logo, a autoanálise resultante da produção dos Mapas Analíticos consiste no olhar para si, possibilita a desterritorialização dos saberes e das práticas em saúde de cada trabalhador para novas territorializações, ou seja, um movimento de desconstruções e reconstruções de mundos (FRANCO; MERHY, 2009). Esse exercício é que torna possível que forças instituintes, originárias de produções desejantes nos trabalhadores, torne-os capazes de ocasionar rupturas nos paradigmas que fundamentam as práticas de saúde vigentes, a partir de reflexões sobre o seu agir, seu modo de produzir a realidade com a qual convivem (FRANCO *et al.*, 2009).

Entretanto, Andrade e Franco (2009) afirmam que o trabalho na Estratégia Saúde da Família tem sido marcado por ausências de espaços de fala e escuta dos trabalhadores, o que comprometeria, portanto, as transformações que se pretende na reformulação das práticas de cuidado em saúde como a implementação da ESF. Diante deste pressuposto, questiona-se: o que pode a autoanálise no coletivo de trabalhadores de saúde? Que movimentos ela produz nesses sujeitos?

O estudo objetivou analisar a produção subjetiva na aplicação de ferramentas analisadoras junto a um coletivo de trabalhadores e suas reverberações na implicação desses sujeitos com a construção da ESF.

Metodologia

Trata-se de pesquisa-intervenção, com abordagem qualitativa que utilizou a cartografia como método de investigação junto a trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, cuja opção por um

estudo de abordagem qualitativa se deu em função do objeto de estudo ora proposto. Para Mercado-Martínez e Bosi (2007, p.35), “o modelo qualitativo pode apresentar-se como uma abordagem interessada no microssocial, baseada em palavras, histórias e narrativas cujo interesse é a dimensão subjetiva [...]”.

Cabe esclarecer que a pesquisa-intervenção, segundo Rocha e Aguiar (2003), é uma modalidade de estudo classificada quanto aos procedimentos de coleta de dados, sendo dirigida a coletivos humanos, em que são produzidas informações úteis de modo participativo e ativo destes. Assim, o método cartográfico se propõe a acompanhar processos, apreender as produções que nele emanam e isso, não ocorre em uma perspectiva da neutralidade do investigador e investigado, mas de implicação e transformação mútua (PASSOS; BARROS, 2009).

O campo empírico foi o município de Maracanaú, situado na região metropolitana, distando 20 km da capital cearense, fazendo fronteiras com os municípios de Fortaleza, Maranguape e Pacatuba. O município integra a rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, estando localizado na Macrorregião de Saúde de Fortaleza, integrando a 3ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará, configurando-se como Polo Assistencial para os serviços de média complexidade (MARACANAÚ, 2012).

Os sujeitos foram oito trabalhadores: dois agentes comunitárias de saúde, um auxiliar de saúde bucal, duas enfermeiras, dois dentistas e uma médica, que integravam as 53 equipes da ESF implantadas (MARACANAÚ, 2012), cuja composição está normatizada pela Portaria 2.488, de 24 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

Para produção dos dados, foi aplicada a ferramenta “Mapas Analíticos” que pressupõe a identificação, pelo facilitador do grupo, de analisadores que consistem em questões a partir das quais o cole-

tivo produz a análise. Franco e Merhy (2009, p. 2) esclarecem que “[...] o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali, mas não tão visíveis. Como diz Lourau: um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo”. Esse método propõe a análise do funcionamento dos serviços de saúde a partir dos próprios trabalhadores sujeitos desta ação, bem como é colocado em análise suas próprias produções.

Assim, os analisadores foram se legitimando como tal a partir da própria reflexão experimentada pelos sujeitos acerca dos desafios enfrentados no cotidiano do trabalho, suas possibilidades e afecções produzidas nesse contexto, sendo, entretanto, a autoanálise produzida por estes a matéria prima desse estudo.

Uma característica marcante nesta experiência é que, apesar de termos adentrado no campo com um roteiro semiestruturado que orientaria a produção de análises, a rota foi sendo redefinida a partir do próprio encontro com os sujeitos, uma produção em ato. Tal como afirmaram Mercado-Martínez e Bosi (2007), a pesquisa qualitativa assume postura dinâmica na elaboração do conhecimento, sendo sua representação gráfica semelhante a um espiral, o que exigiu habilidade para realizar esse percurso, de modo flexível, marcado por idas e vindas ao cerne das questões apreendidas.

O espaço utilizado para os dois encontros foi cuidadosamente preparado para acolhê-los. A escolha do local, que não pertencente à organização governamental, considerou a proposta de garantir aos participantes ambientes no qual pudessem se sentir à vontade para expressar livremente suas questões. Na sala ampla e climatizada, utilizou-se de tapetes emborrachados que espalhados no chão, junto com pincéis, cartolinas e tesouras compunham uma mandala multicolor. Além disso, música instrumental ao fundo e aroma cítrico foram cores, sons e cheiros, nos quais se investiu para aguçar sentidos e conexões naquela experiência. O toque também foi utilizado no trabalho, sendo o abraço uma expressão de solidariedade e fortaleza mutuamente desejadas naquele coletivo.

Figura 1 - Registros fotográficos das rodas de encontro: momentos de produção criativa. Maracanaú/CE, 2014.





Fonte: Autor, 2014.

A observação simples configurou-se como outra técnica utilizada no processo de apreensão dos dados da pesquisa, a qual é definida por Beck, Gonzales e Leopardi (2002) como técnica através da qual o pesquisador acessa a realidade que deseja compreender e registra tudo que considerar relevante para seu estudo para posterior análise. Entretanto, as questões que emergiram no grupo demandaram um olhar para além do “olho retina”, ou seja, aquele fisiologicamente constituído que captura a imagem objetiva dos cenários, mas requereram perspectiva do “corpo vibrátil” – aquele que utiliza outros sentidos humanos para apreender a produção subjetiva que pulsa nos processos de autoanálise, sendo, inclusive, afetado por ela (ROLNIK, 2007).

As impressões foram registradas em diário de campo, tendo sido utilizadas, ainda, gravação sonora dos depoimentos que totalizou pouco mais de 5 horas e captura fotográfica, registros resgatados durante a análise dos dados a partir das quais se realizaram escutas e leituras em busca de apreender os temas emergentes nos depoimentos, além dos aspectos subjetivos que permearam àqueles momentos de produção.

O tratamento dos dados empíricos foi orientado pela técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2010) e Gomes (2009). Operacionalmente, a análise de dados foi norteada pelas diretrizes apresentadas por Minayo (2010) e Gomes (2009) que orientam a utilização metodológica de três momentos: 1º pré-análise; 2º exploração do material e 3º tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Essa análise possibilitou a organização dos dados em duas categorias temáticas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará do Ceará, atendendo ao que determina a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável, conforme nº 361.457. Foram adotados codinomes para preservar a identidade dos participantes. Importante registrar que esse estudo provém

da dissertação de mestrado profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Resultados e Discussão

Os encontros de produção dos dados dessa pesquisa foram marcados por expressiva e pulsante participação dos sujeitos, os quais, desde o primeiro contato, expressaram suas angústias, frustrações, receios, limitações e modos de agir, alegrias e tristezas, possibilidades de fortalecimento e fragilização de um modelo de atenção comprometido com o cuidado do ser humano, inclusive daquele que cuida. Foram questões imbricadas umas nas outras, agenciadas pelos sentidos produzidos a partir da experiência singular de cada trabalhador na ESF discutidas na categoria temática “Dores e prazeres da autoanálise no trabalho da equipe na ESF”.

Destaca-se que tal efeito foi possível, não pela utilização de um roteiro rigidamente estruturado que orientaria a facilitação do encontro pelo pesquisador. Isto ocorre em razão da compreensão de que os processos produtivos são constituídos por múltiplas conexões, sem entrada ou saída única nem centralidade determinada. A cartografia, portanto, não segue um passo a *priori*, mas faz o movimento inverso, comporta-se como anti-método, segue um caminho para alcançar sua meta (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Logo, a produção da autoanálise dos trabalhadores em seus processos produtivos deve ocorrer com a participação direta destes, sendo papel do pesquisador disparar questões e acompanhar a análise que vai sendo produzida no coletivo, ao que se denomina de cartografia. Entretanto, isto não acontece de modo passivo para o investigador, uma vez que este é também afetado nos processos de análise, sendo ele próprio observador-investigador e investigado. Essa questão foi discutida na categoria “Reverberações dos encontros: a autoanálise do pesquisador como sujeito implicado”.

Dores e prazeres da autoanálise no trabalho da equipe na ESF

A experiência da autoanálise ocorre por meio de reflexões dos sujeitos acerca de seus desafios e dos limites enfrentados no cotidiano do trabalho na ESF. Logo, tal movimento não se sucedeu de forma passiva, tendo sido marcada por densa e intensa produção de subjetividade expressa nas dores e prazeres de tal experiência. Nesse sentido, destaca-se vertente da pesquisa-intervenção, a qual está relacionada à **percepção de si como sujeito** - pessoa humana portadora de sonhos, desesperanças, desejos, convicções e incertezas – de perceber seus limites e potência de ação no mundo, especialmente no contexto da ESF.

Sofrimento! É, revisão de vida... [...]. Astromélia

Os participantes desse estudo admitiram que a experiência na pesquisa possibilitou-os externar as questões que estavam a incomodá-los no cotidiano do trabalho na ESF, mesmo que tal atitude não apresentasse naquele coletivo qualquer possibilidade de resolução imediata para os problemas enfrentados. Assim, o encontro revela sua potência ao proporcionar espaço de fala que libera as tensões que acompanham os processos produtivos na ESF e os consumia reduzindo sua potência de agir no contexto da ESF.

Eu achei bom na terça-feira [primeiro encontro do grupo], todo mundo ficou desabafando. Com o coração aliviado. Eu gostei. Girasol

Um desabafo! Porque isso aqui, todo mundo botou para fora tudo que estava sentindo, todo o mal-estar que a gente está sentindo dentro da Unidade, pelo paciente, pelo próprio gestor ou pela pessoa que trabalha. Gérbera

É porque dá um alívio, a gente fica, assim, muita constrangida. Acha que é só a gente... Cravo

Outro aspecto de subjetivação destacado pelos sujeitos quanto aos encontros foi a **possibilidade da partilha e da percepção do outro a partir da escuta**. Reconheceu-se que a pesquisa-intervenção criou ambiente propício para compartilhamento no grupo de sentimentos, emoções e problemas que os incomodavam, mas até então, eram velados. O encontro revelou sua potência ao possibilitar a partilha de emoções vividas, a proximidade para conversar sobre a vida, conhecer o outro com quem se trabalha, sobre os problemas da vida e do trabalho que são semelhantes. Isto os fez perceber que não somente eles passam por dificuldades, o que parece ajudá-los a superar os problemas, uma vez que se percebem semelhantes. Assim, cabe registrar a queixa dos trabalhadores quanto à ausência destes espaços no cotidiano da ESF, fato que tem provocado distanciamentos e pouca empatia nas relações profissionais mesmo com aqueles com os quais se convive diariamente.

Eu resumo na questão, na palavra “compartilhar”. Foi o momento de a gente compartilhar as emoções e os sentimentos que a gente, muitas vezes está abafado e que a gente conversa com uma ou outra pessoa que a gente tem mais afinidade [...]. Angélica

Apesar de a gente está no mesmo posto, dentro lá, a gente não consegue enxergar o problema do meu vizinho, eu não consigo. Mas aqui, vendo todo mundo falar, a gente reconhece isso. [...] a gente viu que o que a gente passa, todos nós, a gente passa pelas mesmas coisas, que às vezes a gente acha que é só no local da gente. Mas não, geralmente está no mesmo nível, passamos as mesmas ações. Cravo

Logo, a escuta no coletivo possibilitou encontro com o outro, enxergá-lo como par no cotidiano do trabalho, portador de qualidades e limitações, importante passo para estabelecer conexões e experimentar outras grupais e fortalecer o trabalho em equipe. O trabalho em equipe, ao longo da linha de cuidado,

configura-se como um trabalho em redes, que para Franco (2006), expressa-se quando há conexões e fluxos entre os trabalhadores, o que possibilita um caminhar seguro do usuário na linha de cuidado. A grupalidade é fortalecida a partir da identificação da potência que os trabalhadores têm, podendo eles organizar certas redes de cuidado capazes de atravessar obstáculos para garantir recursos de cuidado a um usuário.

Portanto, no ato de compartilhar, os trabalhadores também trocam afetos por meio do toque como atitude acolhedora do outro e de palavras de motivação que os retroalimentam a enfrentar as adversidades do cotidiano. Juntos vão encontrando saídas, traçando outras rotas e o encontro vai se constituindo como **espaço de produção de sujeitos**.

[...] eu achava que era só no Posto que estava passando por isso, só os funcionários, só eu, eu que estava com esse sentimento de desânimo, certo?! Mas aí quando eu cheguei aqui que eu vi que não sou só eu e também não é só o meu posto, aí eu acho que eu... aí eu acho que eu vejo uma luzinha lá, lá num sei a onde é. Aí, eu tenho a esperança de mudar alguma coisa. Lírio

Mas, você consegue, vá devagarzinho, você consegue [...] ninguém vai sair daqui desestimulado e querendo desistir [...], não desista não! [...]. Eu acho seu trabalho espetacular! Você é uma educadora! [...]. Astromélia

[...] que essa fase, que a gente está sentindo melhor! An-gélica

[...] com toda essa dificuldade, com toda essa luta que a gente passou nesses momentos, a gente tem que unir as mãos. Que é para todo mundo unido... Não é possível que não resolva o caso. Girasol

Além dos trabalhadores com os quais compartilham o cotidiano na ESF, o “outro” a que se referem nas narrativas, também

são usuários e gestores, os quais trazem à cena, mesmo fisicamente ausentes daquele espaço físico. Estes são lembrados quando tecem a análise das relações produzidas no cotidiano.

Destarte, os sujeitos deste estudo sinalizaram distanciamento e impessoalidade nestas relações mediatizadas por postura disciplinar e autocrática nas práticas de gestão. Protesta-se contra uma visão mecanicista do homem que relega a subjetividade deste sujeito no seu processo produtivo.

Não é fácil! Por isso que precisa ter muita energia! A gente também tem nossos problemas de casa, tudo, na vida da gente. Só que ninguém às vezes presta atenção para esse lado. O coordenador, o gerente, ele quer chegar como um bedel. Acho, pessoal, que não cabe mais bedel no mundo. Você é um gestor, você tem que ser um facilitador, porque se você for só um cobrador, o que você vai gerar de bem-estar? [...] Todos! Todas as criaturas da unidade [Unidade Básica de Saúde] estão agindo como animais e não como humanos. Astromélia

[...] Assim, por exemplo, no posto da gente tem a coordenadora que é como eu falei para vocês, que não está sendo uma coordenadora, está sendo uma general. É questão de quem entra horário de quem entra, o horário de quem sai, é assim, tá uma coisa horrível! Lírio

A análise da relação com os usuários revela conflitos que fragilizam a perspectiva cuidadora que porta a dimensão relacional (BRASIL, 2010; 2012). Ao mesmo tempo, apreendem-se movimentos de responsabilização e vínculo. Atitudes acolhedoras e de escuta das necessidades dos usuários se constituem como potência na reconfiguração das práticas de cuidado capaz de subverter o modelo de atenção à saúde (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Eu vejo que a gente, a população e os funcionários, é como se tivesse uma barreira, nós somos os inimigos deles! Eles querem que a gente trabalhe, que a gente chegue ali e querem que a gente esteja pronto para fazer tudo para eles. Cravo

Lá na unidade, eu faço o meu próprio acolhimento, eu não deixo ninguém fazer não [...] Dou bom dia, boa tarde, explico alguma coisa sobre o meu atendimento [...] vou falando com cada um deles: você veio aqui por quê? [...] O Ministério da Saúde diz para nós que são oito pessoas [se refere ao número de atendimentos previstos por turno de trabalho] mas eu não atendo só oito, se tiver dez os dez eu atendo [...] e se tiver mais eu tento encaixar em outro horário: você pode vir outro dia? Qual o dia que você pode vir [...] eu não deixo ninguém marcar minha consulta [...] sou eu que me entendo com o paciente. Gérbera

Os sujeitos trazem a questão da humanização das relações, por meio da promoção de espaços de fala e escuta, como estratégia importante para contrapor o processo que reduz a potência dos trabalhadores para produzir atos de cuidado na ESF. Portanto, criar espaços coletivos nos quais os trabalhadores possam colocar suas inquietações e alternativas para superar os desafios vividos no cotidiano, foi apontado como estratégia para fortalecimento da ESF. Nesse movimento, a pesquisa-intervenção revela potência na produção de reflexão sobre a realidade na qual estão inseridos e inspiram novas rotas, outras alternativas para superar seus desafios.

Então, a gente não tem aquele negócio de: “Vamos tentar melhorar?! O que está te incomodando? Vamos tentar?! Vamos fazer isso, pra ver se isso melhora?!” Não quer... Então, isso incomoda, incomoda um pouco, por quê? Porque você não vê àquela cooperação para o melhor atendimento, melhor atendimento porque a gente tenta, a gente se doa, mas do que adianta? Uma andorinha só não faz verão... [...] Eu acho que precisa humanizar mais um pouco, fazer reuniões... Gérbera

A autoanálise produzida no grupo favoreceu a um processo de reconhecimento dos avanços obtidos no âmbito da Estratégia Saúde da Família, melhorias que constituem resultados do trabalho das equipes da ESF. Nesse movimento, os sujeitos experimentaram sensações ambíguas que se entrecruzam como duas faces de uma mesma realidade: o sofrimento e o regozijo na sua produção. Am-

bas estão relacionadas ao processo de elaboração das questões enfrentadas no contexto da ESF e sua relação com seus ideais de vida, o que possibilitou o estabelecimento de afinidade e identidade com o modelo de atenção à saúde que se advoga para o SUS.

[...] Para mim eu, eu não tenho sentimento de desânimo, eu não quero desistir, foi só uma coisa que eu fiquei refletindo e até todos os dias da semana [se refere aos dias após nosso primeiro encontro de produção dos dados]... Eu fiquei muito doente, eu fiquei sofrendo, aí depois, eu peguei e decidi que é o que eu quero, é o que eu quero e são os ossos do ofício e se eu for trocar de área, eu também vou ter sofrimento, porque eu estou no 'samsara'. Que é um termo budista [termo budista que significa "perambulação, pode ser descrito como o fluxo incessante de renascimento através dos mundos"]. Astromélia

Entretanto, a autoanálise favoreceu a produção de sujeitos implicados com a construção da ESF que se conforma com a autopoiese de diversos atores e suas ações imbricadas neste contexto.

Eu coloquei aqui [se refere ao cartaz produzido] o que estou conseguindo fazer dentro das minhas consultas, que eu tenho certeza [...] estou me dando 100% [...]. Angélica

[...] Tem gente que diz que eu não tenho nada a ver, mas eu tenho sim! Tem gente que diz que não é meu paciente, mas ele é atendido aqui [se refere à Unidade Básica de Saúde à qual está vinculada] [...]. Lírio

E ao terminar este cartaz, eu pensei assim: [...] Melhorou muita coisa! E aí eu me remeti ao passado e disse: [...] Cara! Foi muita coisa que melhorou! [...] E isto foi técnico [se refere à militância dos trabalhadores] não foi político não! Vamos parar de 'reclamar' [palavra substituída]! Vamos ser proativo! [...]. Aí eu pensei assim: cara, eu gosto é disso! Por isso que eu estou no PSF! Astromélia

Segundo os sujeitos, os encontros de autoanálise favoreceram a produção de afetos que os mobilizariam no dia a dia do trabalho, revelando a potência da subjetividade que se inscreve na fala, na escuta e na autoanálise.

Eu estou levando que não errei! Estou no caminho certo, médica de PSF é que me faz feliz, não é status! Astromélia

Eu estou levando uma injeção de ânimo, uma energia! Gardênia

Motivação! Eu estou levando motivação para continuar o meu trabalho! Gérbera

Eu estou levando otimismo e esperança! Lírio

Portanto, a experiência dos encontros realizados revelou possibilidades para produções de afetos que, segundo os sujeitos, estariam a agenciar processos de mudança no seu modo de engajar-se no trabalho e na vida que é produzida. Recomenda-se, portanto, a constituição de espaços de fala e escuta no cotidiano da ESF que produza a análise dos processos de trabalho e corresponsabilização com a produção da vida e da saúde, nos quais os trabalhadores e gestores assumam “de modo consciente e legítimo” o papel de sujeitos de processos instituintes².

Reverberações dos encontros: a autoanálise do pesquisador como sujeito implicado

É importante registrar, ainda, que a “função” de facilitador do encontro não aconteceu de modo passivo pelo pesquisador, uma vez que não é possível dissociar o pesquisador daquilo que está sendo pesquisado. Desse modo, destaca-se o fato de que o território onde se deu a pesquisa também era composto por dimensões para além da configuração político-administrativa. Foi naquele município onde nós vivemos nossas primeiras experiências enquanto trabalhador do SUS, tendo desenvolvido atividades na ESF, no âm-

2 Denominação dada por Barembliitt (2002, p.30) a uma vertente do Movimento Institucionalista, caracterizada pela dinâmica de atitudes capazes de transformar ou fundar uma instituição, ou seja, normas, leis ou até comportamentos. “[...] o instituinte aparece como atividade revolucionária, criativa, transformadora por excelência”. O instituinte se apresenta como aquilo que é produzido pela ação criativa dos sujeitos sem necessária determinação prévia.

bito da atenção e gestão em saúde, ao longo dos últimos dez anos, que antecederam à pesquisa, configurando um território de subjetividades que nos atravessava e nos afetava, pesquisador-produto e pesquisador-produtor.

Logo, a reflexão e autoanálise pelo pesquisador das questões que emergiram no presente estudo constituíram-se como grande desafio. Isso se deve ao fato de que na investigação realizada, não assumimos apenas o papel de pesquisador, mas também de investigador, pois, ao mesmo tempo em que questionávamos os trabalhadores, no sentido de provocar análise sobre o que e como estão a produzir o trabalho, percebíamos que fomos também colocados em análise por aqueles sujeitos e também por nós mesmos. Em alguns momentos, tínhamos a sensação de que palavras foram ditas para nós, enquanto ex-gestor daquele coletivo ou à estrutura de gestão que nossa imagem ainda representava naquele momento.

Em outras situações, éramos nós mesmos que ficávamos a resgatar em nossa memória durante todo o tempo de análise do corpus do estudo as situações compartilhadas e expressões ditas por aqueles trabalhadores e questionávamos: em que medida contribuimos para movimentos de antiprodução na ESF? Que outras maneiras seriam possíveis de conduzir processos de gestão, de modo que potencializasse o trabalho daqueles sujeitos na ESF? Isto ocorreu pelo fato de que a proposição desse estudo foi motivada por um movimento militante em prol da ESF que reconhecemos em nós mesmos e que se fortaleceu ainda mais na experiência dessa pesquisa.

Portanto, consideramo-nos como “sujeitos implicados”, ou seja, aquele que tem estreita relação com as questões em estudo, como se fizéssemos parte daquele coletivo pesquisado, portador de pressupostos, caracterizado por um jeito próprio de agir (MERHY, 2013). Essa consideração se deve ao local de onde lançamos nosso olhar, cujas vivências que nos constituíam enquanto sujeito estava a influenciar a análise empreendida, por vezes, ocorria a partir de uma posição de gestão, em que, embora tentássemos nos desen-

cilhar, era como se estivéssemos tentando fugir da nossa condição de investigador. Mas, também, investimo-nos de um papel questionador, inclusive de nós mesmos, tensionando o que era dito e os sentidos ali produzidos.

Consequentemente, temos de assumir que habitamos diferentes territórios na produção das análises, o que pode apresentar-se não como uma limitação, mas uma perspectiva sobre a temática em estudo. Feuerwerker (2014, p.30) afirma que a produção do saber a partir das experiências do próprio sujeito tem ocupado o debate na saúde coletiva, uma vez que estudos de pós-graduação que analisam experiências no SUS têm sido desenvolvidos por pesquisadores, sendo estes, também, trabalhadores envolvidos nesses projetos. Nesse sentido, a autora faz a seguinte provocação: “teriam os pesquisadores/militantes ‘distância’ (para não dizer neutralidade) suficiente para analisarem experiências de que são/fazem parte?”.

A autora responde afirmando que a própria ciência considera que todo saber é limitado, provisório e sujeito à perspectiva de onde o pesquisador lança seu olhar. Assim, considera que as análises nestes estudos são profundas e enriquecedoras, por trazer para o foco não apenas as questões dos cenários investigados, como também o próprio pesquisador como objeto de análise (analisador e analisado).

Tal experiência, portanto, foi extremamente profunda e transformadora no pesquisador como sujeito implicado com a produção de mudanças no modelo de atenção à saúde por meio do fortalecimento da ESF. Isso se deve ao fato de que o encontro promoveu espaço de escuta dos trabalhadores, ou seja, dos agentes produtores do modelo de saúde que se configura na micropolítica dos serviços de saúde, bem como a (auto)análise das questões que permeiam esta produção sobre as quais o próprio pesquisador-gestor (embora não mais nesta função) teve relativa influência.

As reflexões proporcionadas pela pesquisa-intervenção nos levou a acessar territórios da ESF ainda não habitados por nós, na

vivência enquanto gestor na ESF, e lançar-nos sobre as questões que estão no entremeio da produção da ESF impressas nas experiências vividas por estes sujeitos no cotidiano do trabalho – a própria micropolítica - atribuindo relevância às mesmas, tanto quanto às questões macroestruturais – de infraestrutura, de organização de serviço, de alcance de metas e discussão de indicadores. Dessa forma, há que estar aberto a sentir, a analisar estas questões nos processos de gestão, pois estão a produzir afetos (des) mobilizadores da capacidade destes sujeitos em produzir cuidado na ESF.

Os movimentos de desterritorialização e reterritorialização produzidos na experiência do ‘pesquisador-pesquisado’ possibilitaram compreender a relevância da incorporação no exercício da gestão da prática da escuta e autoanálise. Isso se afirma na constatação de que, segundo os trabalhadores, as práticas de gestão exercem influência sobre seus modos de agir e, portanto, de perfilar o modelo de atenção à saúde nos territórios onde estes se configuram. Porém, ao mesmo tempo, esta autoanálise deve permear as práticas dos próprios trabalhadores que também se afirmam como sujeitos de processos de mudança e estagnação na ESF. Reside, pois, o grande desafio para gestão da ESF: mobilizar reflexões junto aos trabalhadores quanto à possibilidade que carregam consigo para transformar os modos de produção na ESF.

Considerações Finais

Na experiência dessa pesquisa-intervenção, os encontros produziram autoanálises dos movimentos dos trabalhadores nas relações estabelecidas no cotidiano do trabalho na Estratégia Saúde da Família, os afetos produzidos e os sentidos de suas produções nesse contexto. Isso se evidenciou nos momentos em que os trabalhadores analisavam o trabalho sobre como se implicavam na produção e comunicavam ideias e afetos nas relações estabelecidas

com a gestão, a equipe, o usuário e consigo. Nessa perspectiva, é importante destacar o fato de que os encontros de produção dos dados dessa pesquisa se figuraram como espaço potente para o fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores e de produção de cuidado mútuo.

Ao tempo em que produz análises, os Mapas Analíticos enunciam-se como método cartográfico de pesquisa que possibilita a investigação de processos, ou seja, apreende produções que se dão no curso da pesquisa, no ato do processo investigatório. Portanto, os Mapas Analíticos se afirmam como ferramentas capazes de produzir análise no coletivo por meio da fala e escuta do outro e de si, de entrar em contato com os sentidos produzidos pelo e no seu trabalho, ressignificar práticas e estabelecer conexões com os fatores que (des) potencializam seu modo de andar no mundo. A produção de subjetividades decorrente desse movimento se revela potente na construção da ESF, que ocorre no cotidiano dos trabalhadores, atravessado por elementos da macro e micropolítica, cuja tessitura manifesta o enlace de diretrizes, normativas, desejos, sonhos, mobilizados pela implicação dos sujeitos.

Portanto, acredita-se que agregar essa perspectiva no processo de trabalho da gestão e da atenção à saúde pode possibilitar aos sujeitos a acessarem outros mecanismos de produção nos territórios da ESF, ampliar olhares e sentir o mundo do trabalho em saúde na perspectiva do corpo vibrátil, afetar e ser afetado por ela. Logo, faz-se necessária a constituição de espaços coletivos que possibilitem o encontro, o compartilhamento de ideias e que favoreçam a participação ativa dos sujeitos na produção social a partir da autoanálise. Assim, as respostas encontradas nesse estudo poderão contribuir para o fortalecimento da ESF, à medida que trabalhadores, gestores e usuários do SUS as tomem como construtos para confronto com a realidade.

Referências

AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. *In*: AGUIAR, Z.N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p.15-40.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B. O Trabalho de Equipes de Saúde da Família de Itabuna e Ilhéus, Bahia. *In*: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Org.). **A produção subjetiva do cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 61-78.

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

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da metodologia. *In*: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p. 163-193.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 17 mar. 2013.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 421 de 03 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em: 27 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. *In*: BRASIL. **Política Nacional de Humanização na Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. v. 2, p. 11-28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Básica e o Desafio do SUS. *In*: **Política Nacional de Humanização na Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. v. 2. p. 29-48.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. O caso da saúde. *In*: CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.29-88.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 85-102.

CAMPOS, G. W. S. Eixos de conformação do método. *In*: CAMPOS, G. W.S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 21-40.

CARREIRO, G. SP. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da ESF. **Rev Eletr Enf**. [Internet], v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>. Acesso em: 28 mar. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L. C. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CECÍLIO, L. C. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 345-363, 2007.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária a Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública**, n. 24, Sup 1, p. 7-27, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. *In*: FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 35-62.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B. Cartografia do Trabalho do Enfermeiro na ESF de Itabuna, Bahia. *In*: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 79-102.

FERREIRINHA, I. M. N.; RAITZ, T. R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 2, p. 367-383, 2010.

FRANCO, T. B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.** 2006 Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf. Acesso em: 13 jan. 2013.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. *In*: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Orgs.) **Semiótica, afecção e cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p.176-200.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.**2009. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2012.

FRANCO, T. B. *et al.* A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. *In*: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec, 2009. p. 19-44.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. *In*: FOUCALT, M. **Microfísica do poder.** Tradução de Roberto Machado. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012a. p. 129-142.

FOUCAULT, M. Genealogia e poder. *In*: FOUCALT, M. **Microfísica do poder.** Tradução de Roberto Machado. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012b. p. 262-277.

GOMES, R. A análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 79-108.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Políticas. *In*: GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p.149-238.

KRUG, S.B.F. *et al.* O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Texto & Contextos**, v.9, n.1, p.77-88, 2010.

LEOPARDI, M.T. Fundamentos Gerais da Produção Científica. *In*: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p. 109-150.

LEOPARDI, M.T. Alguns aspectos da pesquisa qualitativa. *In*: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002b. p. 195-216.

MARINHO, E.R. As relações de poder segundo Michel Foucault. **E-Revista Facitec**, v.2, n.2, p.589-599, 2008.

MENDES, E. V. A Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. *In*: MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p.55-69.

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, 14, Supl. 1, p. 1493-1497, 2009.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M. Introdução: notas para um debate. *In*: MERCADO, F.J.; BOSI, M.L.M (Orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p.23-71.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M . **O SUS e um dos seus dilemas**: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo).. 2010. Disponível em: [HTTP://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf). Acesso em: 09 out. 2011.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.71-112.

MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. **Desafios para os gestores do SUS, hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão.2010. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em: 09 out. 2011.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de Análise do Material Qualitativo. *In*: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 303-360.

NASCIMENTO, P.T.A.; PEKELMAN, R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. **Rev APS**, v.15, n.4, p.380-394, 2012.

OLIVEIRA NETO, F.S. Micropolítica do Trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados? **Rev Bras Med Fam Com.**, v.6, n.21, p. 239-248, 2011.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 2, p.294-299, 2009.

REIS, V.M.; DAVID, H.M.S.L. O fluxograma analisador nos estudo sobre processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, v.13, n.1, p. 118-125, 2010.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p. 64-73, 2003.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

SILVA, M.R.F. **Linhas de Cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família**: uma cartografia da micropolítica. 2012.199f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE/UFC), Fortaleza, 2012.

SILVA JÚNIOR, A.G. O Modelo Hegemônico de Prestação de Serviços em Saúde e suas Reformas. *In*: SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Pulo: Hucitec, 1998. p. 41-52.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas *In*: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Org.). **Modelos de Atenção à Saúde e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPS-JV/Fiocruz, 2007. p.43-67.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 443-453, 2007.

OBSERVAÇÕES SOBRE O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA: “BURROS DE CARGA, BUCHAS DE CANHÃO”

*Camila Marques da Silva Oliveira
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Glaucilândia Pereira Nunes*

Introdução

A demanda do setor econômico, referente aos serviços, se eleva no Brasil e afeta diretamente a produtividade do trabalho nesse setor. Com o acréscimo da demanda por serviços, afetam-se as relações de trabalho no setor saúde. Segundo Pires (1996), o setor saúde é parte desses serviços e compartilha, com o setor terciário da economia, um processo produtivo semelhante, embora contenha algumas características específicas.

Com essa compreensão, as lutas agora, mais do que nunca, se direcionariam apropriadamente para a organização de processos de trabalho democráticos, com partilha dos processos decisórios e compromisso com a lógica usuário-centrada.

Os modelos de atenção e de gestão dos serviços de saúde vigentes reduzem a capacidade decisória do trabalhador (SANTOS-FILHO, 2007), além de operacionalizarem a manutenção de atividades curativas, mecanizadas, que valorizam as especialidades médicas e são cada vez mais dependentes de tecnologias de maquinário, atendendo, assim, a interesses macroeconômicos legitimados pela mídia. Acreditamos que esta pouca governabilidade de suas ações implica na redução de sua autonomia e percepção de pertença ao trabalho, porém atende aos valores do modelo produtivo. -consideramos que muito do que o trabalhador aprende e conhece do seu trabalho é vivenciado no cotidiano. No dizer de Freire (2010),

é um saber de experiência feito. Este saber, segundo o mesmo autor, que resulta, de início, de uma curiosidade ingênua, pode vir a criticizar-se e aproximar-se mais metodicamente do seu objeto de estudo, para, superando-o, gerar uma curiosidade epistemológica. Muda, portanto, de qualidade, mas não de essência.

Isto nos remete ao fato de que o trabalho em saúde detém uma tecnologia singular de produção de cuidado. Quando o usuário se apresenta com um problema de saúde, o trabalhador da saúde acessa o espaço de adoecimento do outro e, com seu conhecimento científico, mas também com criticidade, criatividade, disponibilidade e dialogicidade, propõe a construção de uma terapêutica que permita o enfrentamento ao adoecimento.

Na literatura, observamos o avanço das tecnologias que envolvem conhecimento científico e de equipamentos, em detrimento das relações produtoras de saúde. Significa dizer que, em muitos casos, o trabalhador valoriza – ou é levado a valorizar – mais o instrumental, a anamnese e o protocolo de atendimento do que a escuta e o diálogo com o usuário (PIRES, 1996; ESCOREL, 2007; MEHRY, 2014; FEUERWERKER, 2014). O trabalhador da saúde, para Mehry (2014), estaria, então, produzindo trabalho morto. Porém, o que torna o trabalho vivo, ainda segundo Mehry (2014), é o ato da atividade produtiva, dialógica e interativa da saúde. É quando o trabalhador se permite a, junto com o usuário, criar uma terapêutica inventiva, singular e participativa. O usuário passa a ser protagonista do seu processo de adoecimento e cura. O equilíbrio entre o aproveitado do trabalho vivo e do trabalho morto, segundo Franco (2013), depende da própria postura do trabalhador frente ao seu trabalho, para isto, o trabalhador deve possuir certa autonomia sobre seus processos de trabalho, a fim de decidir o modo mais adequado de empregar assistência.

Porém, a literatura evidencia desarticulação entre os trabalhadores da saúde e os elementos dos seus processos de trabalho. Alertam que há uma tendência na gestão atual de adotar políticas

de desproteção do trabalho e do trabalhador e que esta tendência, no caso da saúde, interfere diretamente nos processos de cuidado (SCHRAIBER, 1999; JUNQUEIRA *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2012; NUNES *et al.*, 2014). Esse panorama nos convida à reflexão sobre o cuidado à saúde que deve acontecer na perspectiva do encontro entre profissional de saúde e usuário. Campos (1997) se refere à aposta na corresponsabilidade dos sujeitos e na gestão participativa dos serviços de saúde de maneira essencial para reproximar o trabalhador do resultado de seu trabalho.

Neste contexto, nos propusemos a, neste estudo verificar como o trabalhador se percebe como produtor de saúde, na APS e analisar os princípios e valores implicados na produção de cuidado em APS.

Percurso metodológico

A pesquisa-ação, aqui selecionada, é uma linha de pesquisa, dentro da abordagem qualitativa, que visa a promover intervenções e aplicabilidades sobre diversas formas de ação coletiva e é orientada no sentido da resolução de problemas ou, ainda, na transformação de campos de atuação (BARBIER, 2007).

Nos propusemos, neste capítulo, a contribuir para o exercício de percepção e auto compreensão dos sujeitos participantes. Dessa forma, foi possível apreender mais da fala desses sujeitos, contextualizar e problematizar para a tomada de consciência e gerar aprendizagem, autonomia e emancipação. Para a realização da pesquisa-ação, adaptamos um elemento nuclear do método freiriano de alfabetização de adultos: o círculo de cultura.

Conhecendo o círculo de cultura

Chamamos de círculos de cultura uma estratégia de formação alfabetizadora de jovens e adultos que emergiu na década de

1960. O criador da estratégia didática, Paulo Freire, ansiava por uma educação para a decisão, responsabilidade social, participação política e com a prática da liberdade, título este de um de seus livros (FREIRE, 2014). A conquista da linguagem estava, então, sendo anunciada como um momento de dar-se conta das palavras, dos signos e significados, mas também e, principalmente, daquilo que realmente queriam dizer ou escrever.

O ponto de partida para o trabalho em círculo de cultura estava em reunir até 25 educandos para estabelecer um grupo de trabalho ou debate. Seu interesse central aqui é o debate da linguagem no contexto da prática social livre e crítica, que não pode se limitar às relações internas do grupo, mas deve se apresentar como tomada de consciência que se realiza de sua situação social (WEFFORT, 2014).

A primeira etapa do processo de alfabetização corresponde à investigação do universo vocabular, a partir do qual são extraídas palavras geradoras que emergiram do debate acerca das figuras trazidas pelo educador. A etapa seguinte corresponde à tematização. As palavras geradoras são codificadas e decodificadas pelo educador, a fim de buscar a consciência do saber vivido e da possibilidade de agir criticamente sobre essas experiências. Sucede-se, então, a etapa da problematização. Esta é a etapa em que os participantes irão discutir os problemas surgidos da observação da realidade e buscar em conjunto as contradições e explicações que ajudem a superá-la (FREIRE, 2014b). O debate tem como foco os problemas comuns. No momento seguinte, acontecia a identificação de situações-limite que dificultavam seus modos de vida e o fazer seus trabalhos, mas também não se encerrava o círculo de cultura sem antes identificar as potencialidades e êxitos advindos desse processo de reflexão da práxis (WEFFORT, 2014). Nesse contexto, as pessoas participantes do círculo de cultura vivenciam experiência de democratização das formas de pensar, das linguagens, das formas de vida, dos jeitos de levar a vida e seus trabalhos.

A interface do círculo de cultura e do campo da saúde

Resgatando as ideias de Paulo Freire e realizando interface com o campo da saúde, acreditamos que também do profissional de saúde exige-se metodologia e criticidade de sua práxis para a produção do conhecimento da saúde. Na atualidade, diversos autores nos trazem experiências exitosas com o uso de círculos de cultura na pesquisa em saúde, quer seja tendo como sujeitos da pesquisa profissionais da área da saúde (MARTINS, 2009; FERNANDES, 2010; SILVA, 2012; ALVES *et al.*, 2012; MELO, 2012; CIAFFONE, 2014;) quer seja tendo como sujeitos os usuários (AYRES, 2002; MONTEIRO, 2007; FERREIRA, 2010; BESERRA, 2011; DURAND, 2013; NAU, 2013; PINTO, 2013; HEIDEMANN 2011; 2014; BRANDÃO NETO *et al.*, 2014; SANTOS, 2014). E, ainda, mais recentemente, o uso do círculo de cultura vem sendo aplicado não só na pesquisa, mas na formação de trabalhadores para o SUS (GÓES, 2015; MASSAROLI, 2015).

Sujeitos Envolvidos

Foram realizados três círculos de culturas com grupos que variaram de 9 a 15 trabalhadores da saúde da Unidade de Atenção Primária (UAPS) RC em cada encontro.

Os sujeitos da pesquisa foram incluídos segundo os critérios a seguir:

a) critério de inclusão: trabalhadores de nível médio e superior da referida UAPS com qualquer forma de vínculo empregatício, que estivessem na vivência direta da assistência de saúde e produção de cuidado, que estivessem há pelo menos um ano trabalhando com a equipe e que desejassem participar livremente da pesquisa;

b) critério de exclusão foi aplicado aos trabalhadores, que estivessem de férias ou de licença, durante o período da coleta de dados.

O grupo, a cada encontro, era composto majoritariamente por mulheres. A faixa etária dos participantes variava entre 25 e 62 anos. A renda média salarial variava entre um e oito salários mínimos. A categoria profissional mais presente em todos os encontros foi a de ACS, condição que se justifica por ser a categoria proporcionalmente de maior quantidade de profissionais na assistência direta ao paciente. Em todos os círculos, a maioria dos participantes era composta de servidores públicos.

Como forma de evitar a identificação pessoal dos sujeitos, seus nomes foram suprimidos. As falas foram identificadas de maneira genérica pela letra T maiúscula, pensada para fazer referência à palavra “trabalhador”. Como não tínhamos o objetivo de mensurar os sentimentos, falas e expressões baseados na escolaridade, dispensamos a identificação “nível médio” ou “nível superior” dos participantes. Para codificar o trabalhador que fizera a fala, os organizamos por números, o que não faz referência à classificação de qualquer ordem. As falas produzidas no primeiro círculo de cultura receberam a nomeação de C1, do segundo, C2; e do terceiro, C3.

Cenário das discussões

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, Ceará; de maneira mais específica, numa Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no bairro Bom Sucesso, que faz parte da área de abrangência geográfica da Secretaria Regional 3.

Os três encontros foram realizados entre agosto e setembro de 2015. O espaço físico, uma sala de reuniões, apesar da alta temperatura local, era bem ventilado e reservada, o que dificultava interferências externas. Havia uma mesa de mais ou menos dois metros de comprimento, o que permitia os elementos do grupo se sentarem todos à mesa, junto com a pesquisadora.

Coletando as informações

As falas do grupo foram coletadas por meio de gravação de voz e vídeo com três equipamentos dispostos em posições diferentes da sala de reuniões, a fim de que fosse reduzida a sobreposição das expressões e falas fossem perdidas. Realizamos, em princípio, uma exposição dialogada acerca dos propósitos do trabalho que vínhamos realizar. O diálogo foi colocado como ponto imprescindível da estratégia do encontro, pois era necessário que cada pessoa se sentisse confortável em falar ou silenciar. Pactuamos, também, o respeito à fala do outro, com a possibilidade de concordar e discordar dentro do seu momento de fala. Informamos sobre a nossa disponibilidade em contribuir com o enfrentamento de problemas que pudessem ser identificados e sobre nossa vontade de provocar transformações na unidade.

Durante o início do encontro, antes do disparo da conversa por meio de uma pergunta geradora, as conversas informais e entroncadas dos trabalhadores faziam referência à vontade de verbalizar “tudo aquilo que estava entalado na garganta faz é tempo”. Enunciavam de maneira livre que a falta de espaço para serem ouvidos era um elemento fortemente gerador de estresse e frustração. Ressaltavam ainda que dispunham de liberdade para dialogar com a pesquisadora, visto que ela, outrora, sempre se mostrou disposta a ouvir demandas e sugerir soluções.

Para *levantamento do universo vocabular*, trouxemos tarjetas individuais, as quais os participantes utilizaram para anotações acerca da questão disparadora: *que palavras lhes vêm à mente quando se fala em produzir cuidado?* Em seguida, realizamos a identificação das palavras geradoras que emergiram da observação e leitura dessas tarjetas.

Olhando o que fora produzido, os trabalhadores puderam perceber expressões comuns e enxergaram as *expressões-temas* provocadoras, o que se traduziu no momento da *problematização*. Aos

participantes, foi possível reconhecer como situação limitante da sua produção de cuidado a força do modelo biomédico e a medicalização dos corpos agindo em sentido contrário às suas vontades de promover autocuidado na perspectiva de garantir autonomia de seus processos de cuidado. Reconheceram, ainda, que a recente mudança do modelo de atenção, com reestruturação dos processos de trabalho, dificultou a operacionalização tanto do trabalho em equipe de saúde da família, quanto do trabalho nos territórios. A discussão, nesse rumo, se tornou acalorada, produzindo reverberações de desafeto com as atividades laborais que vêm sendo atualmente realizadas. Entre os participantes, foi o sonoro o anúncio do fim da ESF de Fortaleza. Apesar da frustração, quando perguntados a respeito de como permanecer produzindo saúde, os trabalhadores elencaram o afeto do trabalho em equipe como elemento de *potencialidade*.

Análise das informações coletadas

Os círculos de cultura realizados nessa pesquisa foram registrados em áudio, vídeo e fotografia, com a aquiescência por escrito de todos os participantes. Pautamos nossa fase analítica pela proposta de Bardin (2011) de se realizar uma análise temática de enunciação. Por isso, foram seguidos alguns passos metodológicos que compõem esta estratégia de análise, como descreveremos a seguir.

Realizamos a transcrição das gravações e das imagens produzidas pelo grupo, bem como dos registros do diário de campo que compõem o *corpus* da pesquisa. A esta fase, Bardin (2011) chamou de pré-análise.

Realizamos leitura inicial das informações transcritas; em busca de compreender a força dos enunciados, fomos à fase exploratória, que Bardin (2011) define como sendo aquela na qual são realizadas leituras sistemáticas a fim de buscar conexões e desconexões entre os dados e apreender as relações obtidas.

Bardin (2011) nos orienta que, a cada leitura, devemos determinar pontos de recorte do texto em unidades de registro agrupáveis em categorias. Essas categorias devem ter sentido de pertinência temática e contextual. Para a autora, dessa maneira, o pesquisador tem à sua disposição resultados significativos e fiéis para propor inferências e desenvolver interpretações a propósito dos objetivos previstos.

Para que pudéssemos proceder na análise temática, foi imprescindível descobrir os núcleos de sentido que compõem cada comunicação transcrita. O tema é uma forma de gerar unidades de registro para estudar as motivações, opiniões, crenças, valores e tendências pessoais e do grupo.

Figura 1 - Temas enunciados das falas dos participantes



Fonte: Elaborada pelas autoras.

A fase de categorização é operacionalizada pela classificação de elementos agrupados por critérios semânticos, sintáticos, léxicos ou – como utilizados em nossa pesquisa – expressivos. A regra básica é a pertinência ao campo teórico definido. A análise temática de enunciação de Bardin (2011) considera que na produção da palavra é possível elaborar um sentido e perceber onde se operam as trans-

formações nos sujeitos. Podemos dizer, portanto, que um discurso nunca é um produto acabado, mas em criação de significados, com tudo que isso abrange em termos de contradições e imperfeições.

Nesse estudo, discutiremos em tópico apropriado a categoria intitulada: “Burros de carga, buchas de canhão!”. Para a definição das categorias analíticas de que dispomos, foi necessário fazer uma leitura exaustiva, mas gratificante das falas dos sujeitos envolvidos.

Aspectos éticos e legais

O Projeto da Dissertação, de cujo recorte foi retirado esse artigo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e teve sua aprovação sem pendências obtida de acordo com a Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os atores foram informados dos objetivos dessa pesquisa, bem como sua justificativa e a relevância de suas contribuições para seu pleno desenvolvimento. Foram, ainda, informados que dispunham de livre assentimento, assim como livre possibilidade de desistência a qualquer momento. Garantimos o anonimato e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens, assinaturas e características físicas. Respeitamos os valores culturais, religiosos, morais e sociais de cada sujeito, assim como sua autonomia, liberdade e dignidade. Garantimos, ainda, que a pesquisa não envolvia risco aos participantes.

Achados e Discussão

“Burros de carga, bucha de canhão!”

Percebemos o empenho dos profissionais de saúde em mudar a forma como as pessoas podem cuidar de sua saúde e acreditarem no cuidado de si. A cooperação, a solidariedade, a disponibilidade em se abrir para o outro para buscar o que ele não

sabe ou o que lhe falta parecem permear a fala dos trabalhadores entrevistados. Contudo, no processo de trabalho que vem sendo aplicado recentemente ainda existe pesada concentração de esforços em respaldar a produção de modelos biomédicos, de inspiração mecanicista, curativa e baseada em procedimentos.

Acreditamos que essas abordagens são produtoras, sim, de visibilidade, porque se fazem mostrar por meio do aumento de maquinário e mão de obra, como número de mamógrafos e leitos de UTI. Não queremos, com esta reflexão, desmerecer a importância desses avanços em tecnologias duras e leve-duras para o progresso da assistência à saúde. Entretanto, a urgência em dar resolutividade a questões de ordem mecânica e organizacional do sistema de saúde parece querer tentar dar vazão às ansiedades que a sociedade, como um todo, tensiona como sendo o problema da saúde pública no Brasil.

Longe ainda de alcançar respostas resolutivas à sociedade para as questões limitantes do sistema de saúde, as instituições gestoras do serviço procuram moldar modelos de atenção que promovam, ao menos, o aumento quantitativo de pessoas atendidas na porta de entrada do sistema. Isso interfere diretamente nas formas do profissional realizar seu trabalho, na sua participação no processo de trabalho, nas suas paixões, na sua vontade de fazer saúde. Não poderia ser de outra forma. Não se poderia esperar comportamentos solidários de sujeitos que não conseguem enxergar no sofrimento e na fragilidade do outro a sua própria precariedade e insuficiência, como podemos ver na fala a seguir:

Ninguém quer saber o que o profissional pensa. Quando a mudança é pensada lá em cima, nos gabinetes, quem vai implementar as ações de saúde somos nós. E em nenhum momento nós somos convidados a fazer parte desse processo elaborativo (dos processos de trabalhos para as ações de saúde). Burros de carga, bucha de canhão! É assim que eu me sinto diante desse processo. Como servidores públicos, nós temos que realizar o trabalho como é solicitado, mas não que a gente goste. (T3 C1)

Nenhuma categoria profissional foi convidada para fazer parte desse remodelamento do serviço de saúde. Simplesmente foi decidido assim. (T15 C1)

A desvalorização de sua capacidade clínica (aviltada pela qualidade única de prescritor), a perda do olhar da clínica ampliada para a promoção mecanizada do trabalho em saúde compromete a produção que o trabalhador verbaliza desejar. O sofrimento intenso no trabalho, representado pela expressão “burros de carga” e “buchas de canhão”, está diretamente relacionado à questão de que, ao trabalhador da saúde da APS de Fortaleza, foi legado o exercício de uma função, e não o exercício de uma profissão.

A diferença entre exercer função e exercer profissão se encontra, basicamente, na autonomia do trabalhador. Os profissionais de saúde sentem falta de partilhar um projeto institucional de saúde. Relatam, em suas falas, a ausência total de autonomia porque as suas presenças humanas, presenças técnicas e presenças éticas foram sombreadas no momento de pensar um novo modelo de saúde, mas não no momento de executá-lo. Entendemos que a dimensão intersubjetiva do trabalho foi aquilo que mais escapou às estratégias de controle gerencial da saúde.

Quando eles (os gestores de saúde) querem algo da gente, eles não querem nem saber se há condições desse determinado trabalho ser realizado. Dessa forma atropelada, a saúde toda sente. (T2 C1)

Há um contexto desfavorável com que vislumbramos a gestão das organizações públicas de saúde. O que foi dito até aqui nos faz dar conta do alerta de Azevedo (2013) quanto ao culto ao atendimento de urgência, quanto ao déficit do uso de ideias da coletividade, quanto ao individualismo e quanto ao conformismo que favorecem princípios imediatistas de mercado e de ideário liberal, orientando a gestão dos corpos e dos serviços em detrimento da cidadania.

Quanto à domesticação da emancipação do sujeito trabalhador, Silva (2012) aquece a discussão quando nos suscita a pensar

o quanto estes trabalhadores estão imobilizados pelo peso da instituição e pela dificuldade que demonstram em se manifestar para instituir novas ações que se propõem nos espaços que estão inseridos. Apesar de serem mantidos à margem dos processos gerenciais e decisórios do próprio trabalho e, apesar de terem sua autonomia negada, os profissionais de saúde parecem manter intacta sua criticidade. Quando observam o modo como é divulgado o serviço de saúde nas mídias, os trabalhadores fazem uma leitura coerente acerca do que há de concreto e o comparam com o devir da APS de Fortaleza, qual seja a produção de cuidado cujo conteúdo indica atenção continuada e abrangente, organizada em grupos multiprofissionais, sob a responsabilidade compartilhada intersetorial, que imprime na participação da comunidade e na auto responsabilidade seu acolhimento:

O impacto maior, a meu ver, é em virtude da mídia. A mídia mostra uma coisa que, nós, trabalhadores, sabemos que é outra. Na TV, diz assim: 'eu posso chegar a qualquer hora que sou maravilhosamente bem atendida.' Isto tem um impacto muito grande diante de uma comunidade carente dessa. Aqui, falta remédio, falta gaze, falta atadura; quer dizer, sabe o que é isso? Você se dar conta da realidade? (T11 C1).

O trabalhador aí se mostra sensível aos sinais de apelo de que a APS vai bem, quando, na verdade, a conhece por dentro e sabe que está deficiente. Os meios de comunicação veiculam, produzem e reproduzem notícias que procuram atingir de maneira direta as representações e expectativas dos indivíduos e comunidades já fragilizados pela negação de seus direitos fundamentais a saúde (SERRA *et al.*, 2003).

Eu acho que quanto ao atendimento, em termos de qualidade, o pessoal é muito bem atendido sim. O que falta é mesmo remédio. Mas todo mundo, médico, enfermeiro, dentista; atendem muito bem. (T10 C1)

Essa mesma criticidade os faz perceber que atender bem e acolher é um espaço-tempo coletivo dentro do serviço não res-

trito somente aos profissionais de saúde em si. Os obstáculos ao acolhimento promovem risco de negação do sofrimento do outro, burocratização das ações de saúde, além de causarem má impressão quanto ao vir a ser do serviço de saúde, o que, fatalmente, gera dificuldade de acessar novamente o paciente:

A gente orienta, escuta, dá toda a atenção, incentiva procurar o posto, dá todas as informações bem direitinho; quando chega aqui eles não têm a devolução do bom atendimento lá na recepção. [...] como nós somos uma equipe, era pra termos todos um bom atendimento, pra não queimar o filme da equipe inteira. (T16 C2)

É mesmo. O pessoal lá da recepção não sabe dar uma informação nem procura saber. O paciente quer tudo bem direitinho, senão estraga o que a gente disse lá na casa dele. (T8 C3).

A percepção dos trabalhadores da saúde é a de que a existência de problemas da macroestrutura da rede assistencial fragiliza a APS e o SUS, mas que estes fatos não são levados ao conhecimento do público usuário, o que gera mais frustração e descrédito quanto ao serviço de saúde pública quando constatada a realidade. Contudo, percebem ainda que a força da qualidade do serviço de saúde está no trabalho relacional com o paciente, no trabalho vivo em ato. Conclamam para o fortalecimento do trabalho das equipes de Saúde da Família orientado pelo compromisso com os usuários. Do contrário, não é possível fazer a saúde que se sonha, ou a saúde que se espera.

São os enfermeiros e médicos que respaldam a gente em tudo agora, mais do que em qualquer outro momento antes. A gente não tem como chegar pra gestão mais. Mas quando a gente chega pra enfermeira ou pro médico é aí que a gente consegue que alguma problemática do paciente seja resolvida. (T13 C1).

Houve muitas mudanças e não teve respaldo suficiente para promover o trabalho [...] o grande problema é o sistema de saúde atual porque [...] ficaram pelo caminho às consultas

de planejamento familiar, as prevenções. Eles não dão ferramentas pra gente trabalhar. Quando eu chego pra falar com a chefe maior, eu não tenho resposta. (T1 C1).

Os trabalhadores se afetam por perceber que a mudança estrutural do serviço de APS de Fortaleza produziu em seu posto novos processos de trabalho que influenciaram negativamente naquilo que acreditam ser a essência promotora de cuidado de seus trabalhos. Uma trabalhadora produziu um dos depoimentos mais fortes, que proclamava o fim da ESF como forma de APS do município:

O programa saúde da família ficou perdido pelo caminho. Não existe mais. Nós ACS até que ainda somos. Mas enfermeiro só faz triagem e médico só atende, praticamente. O atendimento do posto não é mais PSF, não tem mais horário, não tem mais programas, o paciente não sabe mais quando vai ser atendido. Então a gente sofre com isso, porque isso não supre a necessidade nem do paciente nem do trabalhador. Eu já passo na casa assim avisando: 'olha, não tem mais PSF?' (T8 C1).

A trabalhadora sente a necessidade de se posicionar contra uma forma de atendimento em saúde que seja fortemente marcada pelo atendimento de demandas espontâneas em detrimento dos atendimentos organizados pelas necessidades da população, o planejamento com foco nas ações programáticas e com espaço-tempo para processos agudos que dão o tom do cuidado da ESF, como fica claro em seu discurso. A resistência é revelada por acreditar que fluxos de atendimento programados têm mais potência porque geram vínculos, confiança e são promotores de autocuidado, muito mais do que os cuidados imediatos.

Mendes (2012) é o mentor da mudança paradigmática da ESF de Fortaleza. Foi dado início a tantas mudanças pela substituição do nome dos centros de saúde da família para unidades de atenção primária à saúde. Essa sutil troca faz referência, na verdade, à mudança real da chancela de uma atenção voltada para a saúde da família e comunidade para uma atenção à saúde voltada para

o atingimento de metas e seguimento de *guidelines*. O autor faz referência não ao fracasso da ESF, mas afirma que o ciclo onde ela nasceu se esgotou. Diz que havia baixa valorização política, econômica e social, fragilidade institucional, baixa densidade tecnológica e subfinanciamento. Defende o autor que o novo método de aplicação da APS foi pensado para fortalecer a atenção básica e consolidar a ESF.

Num longo estudo em que defende mecanismos gerenciais de gestão da saúde, Mendes (2012) valida suas informações na afirmação de que os sistemas de saúde de países desenvolvidos já se utilizam das evidências nos processos decisórios e de formulação de políticas de saúde. O autor afirma que a gestão clínica é uma forte tendência e que dispõe de um conjunto de instrumentos tecnológicos que permite, verticalmente, integrar os modos de produzir saúde, capaz de prestar atenção no tempo certo, com a qualidade certa e com o custo certo. Mendes (2012) acreditava que, organizando dessa forma o serviço de saúde, fortaleceria a ESF sobremaneira.

Os trabalhadores da UAPS RC parecem discordar do que estão vivenciando. Sentem-se desamparados na gestão e na operacionalização de seus novos processos de trabalho, além de perceberem grave redução de insumos e recursos para a saúde. Uma trabalhadora vem trazer o exemplo do trabalho precarizado de auxiliares e técnicos de enfermagem, apesar de não fazer parte dessa categoria profissional:

Eu sinto a mesma coisa que T8. O PSF não obedece mais aos padrões que a gente começou. Mas a coisa que eu mais sinto é que o trabalhador não tem mais valor nenhum. Nesta gestão não está mais sendo percebido como trabalhador. Veja as auxiliares (de enfermagem): não receber (o salário) e nem sabem quando vão receber. (T2 C3)

A trabalhadora pensa criticamente ao refletir que os mecanismos que precarizam o trabalho em APS — contratos temporários sem prazo determinado, ameaças de desemprego, incertezas

quanto à remuneração — fragilizam o trabalho de promover a assistência à saúde das pessoas. Esse desinvestimento nos recursos humanos pode ser sentido tanto no âmbito das políticas de desenvolvimento do sistema de saúde quanto na remuneração das forças de trabalho.

Azevedo (2013) reafirma esses fatos quando conclui que as crenças neoliberais que atravessam o Estado e que, ao Estado, mais interessa dar visibilidade às melhorias mecanizadoras do serviço de saúde que àqueles que nele trabalham.

O trabalhador da saúde tem tido dificuldade de lidar com a ineficiência sistêmico-estratégica do SUS de planejar e gestar ações de saúde que não os incluam como co-protagonistas e instrumentadores de mudanças necessárias. Muitos autores têm se posicionado nessa polifonia indicando que o caminho da gestão coparticipativa pode e deve funcionar, que os aspectos micropolíticos/relacionais e comunicacionais do cotidiano organizacional da saúde têm papel fundamental na dinâmica da produção de cuidado (CAMPOS, 2010; MEHRY, 1998; SÁ, 1999; AYRES, 2001; ONOKO CAMPOS, 2005).

Outra contribuição que podemos destacar nas falas diz respeito à dinâmica do reconhecimento. Dejours (2007) nos orienta que a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa pelo reconhecimento. Este reconhecimento pode ser definido pela gratidão pelas contribuições dos profissionais à organização, sem as quais o trabalho prescrito não chegaria a bom termo.

Nesse momento, o que nós temos mesmo é a nossa força de vontade em fazer [...] Embora nós tenhamos empecilhos e entraves, nós estamos sempre tentando fazer o nosso melhor. (T3 C1).

E nós também temos muita paciência pra suportar esse período de mudanças e tantas cobranças em cima da gente, sem nenhum retorno. (T9 C1)

Esse retorno a que a trabalhadora se refere é o reconhecimento teorizado por Dejours (2007). A dinâmica do reconhecimento é importante condicionante de vínculos que o trabalhador exerce com seu trabalho e com a organização onde se insere. Fora questões de vaidade, o reconhecimento nos mobiliza ao trabalho motiva, aciona os motores da subjetividade, uma vez que permite visualizar a expressão da inteligência do trabalhador. É o *savoir-faire* valorizado. Os sentimentos expressos até aqui, no entanto, mostram que o trabalhador tem vivido uma normalidade sofrente, que é aquela em que o trabalhador experiencia internalizar a aceitação/operacionalização de um *modus* de trabalho com o qual não concorda (DEJOURS, 2007).

É fundamental que as relações de trabalho fluam pra que a gente consiga exercer nossa função[...] não to falando de obedecer cegamente a ordens, mas de se abrir espaço pro diálogo pra que as opiniões contribuam pra melhoria do sistema (de saúde). (T3 C3).

As estratégias coletivas de defesa contribuem sobremaneira para a coesão do coletivo de trabalho e para a fluidez a que o trabalhador acima se refere. Porque trabalhar é viver uma experiência coletiva, em comum, de enfrentar a resistência do real e construir sentido do trabalho realizado. Retomamos Freire (2014) para refletir que homens e mulheres aprendem mediatizados pelo mundo e, assim, vão reinventando modos de fazer seus trabalhos, suas potências, com os aprendizados do cotidiano, driblando comandos, superando situações-limites e produzindo inéditos viáveis. Aprendemos que, dessa maneira, é possível praticar o verbo esperar, cuja proposta é a de uma espera em ação, um diálogo fundante de novas ideias, expressões e considerações.

Outra trabalhadora faz uma ressalva. Para ela, essa união no trabalho, as estratégias de proteção em grupo e, mesmo, de amizade, devem se restringir ao espaço-tempo profissional; do contrário, podem causar conflitualidade.

O meu modo é muito particular. Eu não me relaciono pessoalmente com ninguém do trabalho. É tudo profissional para evitar conflitos. (T8 C3)

Essa fala produziu grande discordância entre os participantes e foi difícil, até certo ponto, captar as polifonias em áudio. Mas quando centralizado em uma só pessoa, as falas discordantes puderam ter nitidez.

O problema não é fazer amizade. Não é ser pessoal ou profissional. As pessoas, na verdade, têm dificuldade de lidar com conflitos. Por que quando tinha as rodas eram muitas brigas? Porque se alguém tinha alguma crítica construtiva pra fazer, a outra pessoa não queria ouvir. O certo é ouvir com os ouvidos do coração e ver onde é que estou certa e onde é que estou errada. (T10 C3).

É preciso revisitar os modos de ver a vida cotidianamente; não se trata de ser certo ou errado. Evidenciamos, portanto, que os trabalhadores percebem o trabalho em equipe com afetividade como sendo ponto essencial para a busca de um objetivo comum. Contudo, como o processo de trabalho acontece de forma parcelar, as funções e os afetos tendem a ficar isolados ou compartilhados, mas não interativos e integrados. Os profissionais, portanto, expressaram, em sua maioria, a importância de orientar suas relações de trabalho para um campo comum onde seja possível criar projetos terapêuticos que atendam às necessidades da população. A produção de projetos coletivos e de planejamentos compartilhados de saúde precisa ser encarada com apoio pela atual gestão do sistema de saúde municipal, não apenas como uma possibilidade, mas como uma exigência do trabalhador da saúde para o bem-fazer de suas atividades.

Considerações Finais

Os diálogos nos permitiram perceber o trabalhador da saúde em constante produção de inéditos viáveis em sua práxis. Em que consistem esses inéditos viáveis? Trata-se de um conceito de

Freire (2014) que surgiu para designar um conjunto de ações dialógicas e, portanto, coletivas de descobertas libertadoras, vontades de luta e superação de situações-limite para concretização do que antes era inviável. Percebemos o trabalho em equipe na ESF como sendo o trabalho vivo em ato e como sendo um espaço produtor de afetos, mas também de desafetos.

O trabalhador da APS de Fortaleza compreende que a gestão do serviço de saúde atual vem utilizando o modelo de atenção gerenciada da saúde. Se observarmos criticamente onde se funda o modelo de atenção atual do sistema municipal, iremos visualizar que dialoga com a base econômica — de análise de custo-benefício e custo-efetividade das ações de saúde — e a medicina baseada em evidências, o que leva à construção de um modo de produção de cuidado centrado em atores sociais distintos: financiadores, provedores, consumidores do serviço de saúde, administradores e captadores de recurso.

Nossa crítica aqui, se fundamenta no fato de que acreditamos que o modelo de atenção gerenciada preserva muitas características do modelo biomédico, especialmente por tratar o processo saúde-doença como mercadoria, fortalecer o biologicismo e a subordinação dos consumidores/usuários ao sistema de saúde. Entendemos que essa atenção gerenciada da saúde atende aos interesses do capital financeiro no setor saúde porque reduz custos, direcionando as ações de saúde curativas para onde são solicitadas pelos protocolos estabelecidos e gera efêmera efetividade.

Foi possível pensar, por meio desse estudo, que é fundamental ao trabalhador da saúde contemplar a visão crítica e epistemológica de seus processos de trabalho como produtores de cuidado; que estes profissionais precisam ciclicamente perceber as situações limitantes do seu trabalho, mas que possam descobrir potencialidades de trabalho vivo em ato.

Referências

- ALVES, L. H. S. *et al.* A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1. p.63-72, 2001.
- AZEVEDO, C.S. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde:** abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação.** Brasília: Editora Líber, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BESERRA, E.P. *et al.* Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, supl. 1, p.1563-1570, 2011.
- BRANDÃO NETO, W. *et al.* Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p.195-201, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. Livro 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Livro 2.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa – CONESP. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução CONESP 466/2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção básica. **Política Nacional da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T. Método Paidéia para GO-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

CIAFFONE, A. C. R.; GESSER, M. Integração Saúde e Educação: Contribuições da Psicologia para a Formação de Educadores de uma Creche em Sexualidade Infantil. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 3, p. 774-787, 2014.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 288-295, 2013.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 21, p. 164-176, 2007.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 4, p.567-573, 2010.

FERREIRA, A.G.N. **Círculo de cultura com adolescentes pertencentes a grupos religiosos e a prevenção do HIV/AIDS**. 2010, 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**. Disponível em: <http://fortaleza.ce.gov.br/sms/relatorios.download>. Acesso em: 27 nov. 2014.

FORTALEZA. **Diretrizes clínicas para estratificação dos grupos prioritários**. [Mimeo] 2014.

FRANCO, T. B. A reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado da saúde. *In*: FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Editora Hucitec, 2013. p. 73-81

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014. *E-Book*

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014a. *E-Book*

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014b. *E-Book*

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2010.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

GÓES, F. S. N. *et al.* Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n.1, p. 20-25, 2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção da Saúde de mães adolescentes: investigação temática de freire na saúde da família. **Rev Rene**, v. 12, n. 3, p. 582-588 2011.

HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

MARTINS, A. K. L. **Círculos de cultura em saúde mental**: perspectivas de equipes da estratégia saúde da família. Fortaleza, 2009, 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2009.

MASSAROLI, R. et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015.

MELO, M.R.C.; DANTAS, V.L.A. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 3, n. 25, p. 328-336, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: MALTA, D. C. et. al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. Saúde: **Cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2014. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re)construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura**: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife/PE. 2007. 179f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2007.

NAU, A. L. *et al.* Educação sexual de adolescentes na perspectiva freireana através dos círculos de cultura. **Rev Rene**, v. 14, n. 5, p.886-893, 2013.

NUNES, A. A. *et al.* Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 452-467, 2014.

OLIVEIRA, A. K. S. et al. Alternative experiences rescuing knowledge for working processes in health. **Rev Esc Enfermagem USP** v. 46, n. 4, p. 945-951, 2012.

ONOKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.573-583, 2005.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 547-573,.

PINTO, A. C. S. **Círculo de cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS**. 2013. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2013.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho, estudo em instituições escolhidas**. 1996. 347f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Estadual de Campinas, 1996.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 255-258, 1999.

SANTOS, A. L. et al. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. **Invest Educ Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 260-269, 2014.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. *In*: SANTOS-FILHO, S.B. **Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalhador da saúde**. Ijuí, SP: Ed. Unijuí, 2007. p. 47-59.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica**. 2012, 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, 2012.

SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Rev Enfermagem UERJ**, n. 20, n. esp., p. 784-788, 2012.

TEIXEIRA, C. F. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Ceps-ISC, 2002.

WEFFORT, F. C. Educação e política. *In*: FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. e-Book. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2014. p. 1-26.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONCEPÇÕES DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

*Liana Paula Sales
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Débora Sâmara Guimarães Dantas
Katherine Jeronimo Lima
Maria Alice Oliveira da Silva*

Introdução

O Sistema Único de Saúde concebido em 1988 somente ganha vida através da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Seu Artigo 4º refere que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS (BRASIL, 2003).

Os artigos 196 a 200, da lei acima referida, introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS (BRASIL, 2009).

Retratando os fatos históricos a partir da implantação do SUS, como forma de fortalecê-lo e efetivá-lo surgiu em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituído e regu-

lamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS (BRASIL, 2001).

Após três anos do surgimento do PACS observa-se o nascimento do Programa Saúde da Família (PSF). Nos dias atuais essa política é chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), pois a palavra “Programa” traz uma ideia de algo moldado de forma igual para todos e a política na sua essência traz uma dinâmica entremeada de relações e singularidades locais, por isso a nova denominação de “Estratégia”.

Mota (2009) assinala que o PSF surgiu como estratégia de mudança, com ruptura de paradigmas, estruturada na lógica de atenção primária, e fundamentada na promoção de saúde, com vistas à qualidade de vida da família, indivíduo e comunidade. Nesse novo modelo, o usuário deve ser o protagonista, e seu atendimento deve estar baseado nos princípios da acessibilidade, integralidade e resolutividade. Desta forma, a equipe de saúde da família necessita desenvolver um processo de trabalho que viabilize e garanta aos usuários um atendimento baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

Conforme Brasil (2011), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Para consolidação e ampliação da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família tem se apresentando como estratégia prioritária, permitindo que os profissionais de saúde atuem mais próximo da realidade das classes populares, estreitando as relações entre equipe e comunidade. Dentre os principais atributos da Atenção Básica estão o desenvolvimento de ações educativas para intervenção do processo saúde-doença da população que visam a

autonomia dos sujeitos, desta forma, exige-se que a atuação dos profissionais seja voltada para as formas singulares e diferenciadas das comunidades assistidas, para o alcance de práticas voltadas aos interesses e à cultura da população (BRASIL, 2012; VASCONCELOS, 2014; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Mesmo com a cobertura de uma parte da população, a Atenção Primária visando à promoção da saúde traz a educação em saúde na oferta de serviços e ações como ideia central para uma prática de produção da saúde e autonomização de sujeitos, ampliando a visão do gestor e profissionais que não se fixem na perspectiva da doença, mas também incluem nas análises dos processos de adoecimento o contexto social, familiar, o trabalho, o lazer, como vertentes que ampliam os cuidados em saúde, visto que cada indivíduo possui necessidades e demandas diferentes.

Segundo Leonello e Oliveira (2010), essa perspectiva de educação considera a ação educativa como uma prática dialogada e participativa que tem como objetivo a transformação da realidade de saúde dos sujeitos e grupos sociais assistidos. Nesse sentido, observa-se uma estreita relação com o princípio de integralidade preconizado pelo SUS.

É importante ressaltar que um forte aliado da ação educativa, entre os trabalhadores de saúde, é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois, convivendo constantemente com a população, pode direcionar suas ações de saúde sob a orientação e treinamento de profissionais preparados, estimulando práticas saudáveis de vida e contribuindo para o empoderamento de sujeitos. E é nesse contexto do ACS e do processo de educação em saúde que surgem as questões problematizadoras do estudo: como os Agentes Comunitários de Saúde concebem as práticas educativas de saúde?; qual concepção eles têm em relação à educação em saúde?; e como eles entendem a promoção da saúde que deve ser objeto da prática cotidiana destes trabalhadores?

Diante do exposto, o estudo em questão tem por objetivo conhecer as concepções de saúde, educação em saúde e promoção da saúde no cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade de Atenção Primária em Fortaleza.

Revisão da literatura

Na Estratégia Saúde da Família, a equipe de saúde é composta de profissionais que visam à realização de atividades, voltada para a organização e fortalecimento da Atenção Básica, dentre estes, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois desempenha o papel de “elo” entre a equipe técnica e a comunidade (ROCHA; BARLETTO; BEVILACQUA, 2013; SOUZA *et al.*, 2014).

A atuação do ACS teve início pelo Programa de Agentes de Saúde do Ceará, em 1987, posteriormente, seu trabalho na rede SUS originou-se através do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) pelo Ministério da Saúde, em 1991, com expansão para todo o país. No entanto, é somente no ano de 1997, pela publicação da portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 pelo Ministério da Saúde, que é estabelecido as atribuições dos ACS, e, em seguida, com o Decreto nº 3.189/1999, são fixadas as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS (BORNSTEIN, 2016).

Após, 15 anos do início da experiência do ACS no país, surge a regulamentação da profissão em 2002, sendo decretado pela lei nº 10.507 que cria a profissão de ACS unicamente no âmbito do SUS e determina as condições para o exercício da profissão (BORNSTEIN, 2016). Atualmente, as atribuições do ACS na equipe da atenção básica, são regulamentadas pela Portaria Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 (BRASIL, 2011).

São muitas as atribuições de um agente comunitário, quais sejam: cadastramento/diagnóstico (registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações so-

bre cada membro da família assistida); mapeamento (consiste no registro em um mapa da localização de residências da área de risco para a comunidade); identificação de microáreas de risco (depois do mapeamento o ACS identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco); realização de visitas domiciliares (é o principal instrumento de trabalho do ACS e consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na sua área de atuação); ações coletivas (mobiliza a comunidade promovendo reuniões e encontros com grupos diferenciados como gestantes, idosos, incentivando a participação da família na construção de diagnósticos e planejamento das ações); ações intersetoriais (atua em outras áreas como educação, cidadania/direitos humanos) (BRASIL, 2001).

O ACS tem maior entendimento da dinâmica e das organizações existentes na vida da população atendida pela equipe da ESF, por ser um morador e atuar no campo da comunidade, bem como possui maior aproximação das condições e estilo de vida da população, possibilitando uma ligação sobre o entendimento de situações desconhecidas pelos profissionais de saúde integrantes da equipe (STOLZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009; BORNSTEIN *et al.*, 2014). Desse modo, o ACS atua como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, trabalha sob a orientação de um enfermeiro, profissional dotado de saber científico e capaz de realizar treinamentos adequados para melhor orientação e capacitação.

Essa dimensão de elo entre as pessoas e os trabalhadores de saúde, principalmente o enfermeiro, se dá pelo fato de o ACS conhecer as pessoas, suas famílias, suas casas e buscar reconhecer suas necessidades. Além disso, ele vive e trabalha no contexto dessa comunidade, entra na casa das pessoas e tem a possibilidade de identificar necessidades que, a princípio, não seriam possíveis de serem reconhecidas no contexto da unidade de saúde. Necessidades estas que extrapolam a doença na sua perspectiva biológica e podem se

configurar em conflitos intra-familiares, violência doméstica, carência de alimento, abuso sexual, negligência infantil, maus tratos a idosos, entre outras (SAKATA; MISHIMA, 2012).

Das várias atribuições citadas, a atividade mais reconhecida que o ACS desenvolve é a visita domiciliar e é a partir dela que as necessidades locais são identificadas. Nesse contexto, percebe-se a importância do ACS para levar as demandas da comunidade, ou seja, apenas um enfermeiro não conseguiria identificar todas as necessidades da população de sua área.

Dentro da equipe de saúde, pode-se inferir que o agente é o profissional que mais detém o conhecimento empírico da área de atuação e conforme Stotz; David; Bornstein (2009), a dinâmica, os valores da população, as formas de organização, as parcerias e as articulações locais facilitam tanto o trânsito da equipe como o entendimento da concepção popular de saúde. Assim, esse profissional configura-se como figura de papel importante na dinamização dos processos desenvolvidos no âmbito da atenção primária à saúde, já que se preconiza que seja nesse território o primeiro acolhimento aos problemas e agravos da comunidade.

Diante da origem e o processo histórico de formação dos ACS, como também seu vínculo com a comunidade, o que considera a correlação destes fatores contribuidores para incorporação de práticas e saberes populares na sua atuação profissional (QUEIROZ; LIMA, 2012). Compreender o potencial do ACS, enquanto educador permite o reconhecimento de seu papel como agente transformador das práticas de saúde, uma vez que este se apresenta como mediador da democratização das relações entre serviços de saúde e população (STOLZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Há necessidade de reflexão sobre a atuação educativa do ACS, uma vez que este transita em diferentes saberes, de um lado o saber popular, sucedido pela classe popular a qual pertence, e do outro, o saber científico, que é seu conhecimento técnico que se

associa a sua categoria profissional. Dessa forma, mostra o quanto é desafiador para o ACS em conciliar posições distintas, sobretudo, preservar sua marca que é o seu saber popular (BORNSTEIN *et al.*, 2014; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Existem dificuldades a ser enfrentadas, no que se refere ao trabalho educativo dos ACS, apesar das portarias nacionais enfatizarem que ações de educação em saúde devem fazer parte da maioria das atividades desses profissionais, sua atuação tem sido limitada pelos processos burocráticos, modificações de suas práticas, devido a desvio de função, como: como marcação de consulta, recepção, entre outras atividades (QUEIROZ; LIMA, 2012; BORNSTEIN *et al.*, 2014).

Além do mais, ainda é muito forte a reprodução da prática médica tradicional, na qual o saber do senso comum não é considerado pelo ponto de vista do discurso médico, indo na contramão da reorientação da atenção à saúde e educação em saúde atribuída à ESF. Como também, há a visão do ACS como agente somente como transmissor de informações aos profissionais da equipe da ESF, não há valorização de sua vivência local, de seu saber popular, de sua capacidade de dialogar e de acolher que estão inerentes na sua atuação (ROCHA; BARLETTTO; BEVILACQUA, 2013; BORNSTEIN *et al.*, 2014; GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

O principal foco dos serviços primários é a promoção da saúde e, conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde, a promoção da saúde confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010a).

Ao afirmar que a educação em saúde é fator essencial para a promoção da saúde, Pedrosa (2004) também reafirma ao dizer que, agregada ao modelo preventivista, a promoção na forma de prática se define como intervenções que têm lugar em momentos ante-

riores à doença ou ao conhecimento sobre sua causa e prevenção: medidas inespecíficas que compreendem ações de baixa tecnologia realizadas por profissionais de formação média. Reafirma ainda a necessidade de superação desse jeito de olhar a educação em saúde que se incorpora às singularidades dos contextos locais extrapolando essa ideia do antes ou após, podendo ser produzida em processo, ou seja, durante várias outras práticas em saúde.

A educação em saúde torna-se a tecnologia apropriada para a promoção da saúde, na medida em que ela contribui para empoderamento de sujeitos e, conseqüentemente, a adoção de práticas de vida saudáveis que podem ser compartilhados por estratégias variadas àqueles que não têm acesso às informações.

Quem muito se apropria da tecnologia de educação em saúde é o ACS que através de suas intervenções tenta propiciar o cuidado mais adequado a cada indivíduo e, como integrante da equipe de saúde, é o que está mais próximo da comunidade. É esse trabalhador que, a partir de ações de educação em saúde, poderá contribuir com a efetivação de ações que culminem para promoção da saúde dos sujeitos que compõe os territórios diversos em que atuam.

A educação em saúde hoje é traçada como recurso para atuação com os indivíduos e a comunidade de uma maneira geral. É entendida como ferramenta de extrema importância para o trabalho dos ACS's que almejam produzir mudanças de comportamento no que concerne a adoção de estilos saudáveis de vida.

Para Sousa *et al.* (2010), a educação em saúde constitui instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privada e insere-se no contexto da atuação da enfermagem como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida.

O enfermeiro como gerente de uma equipe de ACS's também atua de forma ativa na comunidade, porém, não está inserido diariamente na comunidade como os ACS's estão. Ele também realiza suas visitas domiciliares, mas também trabalha na ótica de planejar ações conforme as necessidades dos indivíduos e também orientação e treinamento do ACS.

O ACS integrado às famílias deve saber abordar a prática educativa que se torna significativa quando se promove a troca de saberes numa linguagem acessível ao usuário, tornando-o atuante na transformação de sua realidade e, portanto, co-responsável pela sua saúde.

Segundo Freire (1996), o processo de ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades que garantam a sua própria produção ou a sua construção, portanto, os enfermeiros e, principalmente, os ACS's são apenas coadjuvantes no processo, as ações que são desempenhadas trazem momentos reflexivos capazes de intervir na promoção do bem-estar.

Para David e Acioli (2010), ao buscar uma prática educadora transformadora, o enfermeiro transforma-se, ao mesmo tempo, como trabalhador, pela ampliação de sua consciência crítica sobre seu próprio processo de trabalho e como educador. Essa subjetivação do trabalho permite-lhe ressignificar sua prática, para além das normas e rotinas impostas pelo trabalho prescrito. E é nessa perspectiva que estabelece diálogo com o ACS e vai ofertando as deixas necessárias para o cuidado que este realiza na comunidade.

Para que esta educação seja operável e traga de fato a promoção da saúde, um objeto de extrema importância que garante a boa comunicação é a escuta ativa. Escutar as necessidades dos usuários é fundamental, pois a partir daí existe a possibilidade de potencializar as intervenções e criar uma relação de confiança com o usuário e vínculo com a comunidade.

Para Cervera, Parreira e Goulart (2011), trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pausada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das expe-

riências, das histórias de vida e da visão de mundo. O profissional precisa conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Marconi e Lakatos (2010) afirmam que o estudo exploratório tem como objetivo formular questões, com a finalidade de desenvolver hipóteses ou modificar e clarificar conceitos descritivos. Já o estudo descritivo tem por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

Segundo Bastos (2007), a abordagem qualitativa envolve a subjetividade, opinião ou atitude, sendo usada em uma população pequena, não tendo critério numérico. Há maior preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão das ações e relações humanas, um lado não captável em equações, médias estatísticas, ou seja, não quantificável.

O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV). A SER IV abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores e mais antigas feiras livres da cidade, a da Parangaba, além de vários corredores comerciais, entre eles, o da Avenida Gomes de Matos, no Montese. A SER IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (CROA).

A unidade de saúde na qual ocorreu o estudo conta, atualmente, com cinco equipes de ESF, conforme o site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a unidade tem totalidade de 67 profissionais e tem atendimento do tipo ambulatorial através

de demanda espontânea. O estudo foi realizado em junho de 2014.

Participaram do estudo sete agentes comunitários de saúde. Adotou-se como critério de inclusão, ACS com mais de dois anos na mesma unidade e como critérios de exclusão, ACS de férias, de licença ou afastado por qualquer motivo e os que não estavam no exercício da função.

Os dados foram coletados a partir de entrevista, no período de 20 de outubro a 20 de novembro de 2012. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2010), é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo e que tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo. Para melhor comodidade dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram agendadas e as informações foram colhidas individualmente e gravadas para manter a fidedignidade das informações e posteriormente transcritas para melhor análise dos dados.

Para análise dos dados nos apropriamos da análise de conteúdo temática, referendada por Minayo, Deslandes e Gomes.

Trabalhar com a análise temática “Consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1979, p.105 *apud* MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010, p.37).

São vários os procedimentos metodológicos: (a) decompor o material a ser analisado em partes; (b) distribuir as partes em categorias; (c) fazer uma descrição do resultado da categorização; (d) fazer inferências dos resultados; (e) interpretar os resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada.

Os aspectos éticos e legais envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual a privacidade e o anonimato dos participantes foram garantidos.

O estudo é parte integrante do projeto intitulado Estratégia Saúde da Família em uma capital de grande porte da Região Nordeste: cartografia da micropolítica, que obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, com a numeração 127/10.

Resultados e Discussão

Após o processo de análise temática dos discursos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) surgiram categorias temáticas que retratam as concepções dos ACS's com relação à promoção da saúde e educação em saúde.

Para manter o anonimato dos participantes, as falas dos ACS's foram identificadas por letras do alfabeto.

Dos ACS's que participaram dessa pesquisa, foram seis mulheres e um homem. Destes, apenas uma mulher com nível superior completo e outras duas com nível superior incompleto. Duas ACS's, apresentando como nível de escolaridade o ensino médio completo, são as mais antigas da unidade em que ocorreu o estudo, uma com 18 anos no exercício de sua função e a outra há 19 anos em exercício.

Concepções dos ACS's sobre Saúde

Na pesquisa, os conceitos que emergiram sobre “Saúde” foram baseados no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Qualidade de vida.

A maioria abordou Saúde sob o mesmo olhar da OMS e revelou que:

Saúde, um bem-estar. Você estar bem fisicamente (...) e também emocionalmente, mental, físico. (ACS A)

Eu entendo por saúde assim, em um contexto geral, um com-

pleto bem-estar e não só físico, não só emocional, geral, até mesmo espiritual. (ACS C)

É um conjunto harmônico tanto mental como físico, como social de maneira saudável. (ACS D)

Saúde é como se diz, o bem-estar da população né, de uma comunidade, não só o bem-estar, como se diz, do corpo, vem da alma, do psicológico da pessoa. (ACS G)

O conceito de Saúde da OMS está em desuso, dentro de concepções mais amplas e atuais, percebe-se que o ser humano está cercado por vários condicionantes e determinantes que interferem na sua maneira de viver e na produção da qualidade de vida.

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontrou outros construtos presentes afins, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns são distorcidos por uma visão eminentemente biológica e funcional, como status de saúde, status funcional e incapacidade/deficiência; outros são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade. Um terceiro grupo é de origem econômica, baseando-se na teoria da “preferência” (utility). A qualidade de vida apresenta intersecções com vários desses conceitos, mas seu aspecto mais genérico (a saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como seu grande diferencial e sua particular importância (FLECK *et al.*, 2008, p. 21).

Outros ACS's colocaram saúde como qualidade de vida e entraram em consonância com as novas projeções acerca deste assunto. Quando solicitados sobre sua concepção de Saúde relataram:

Eu entendo por saúde qualidade de vida... (ACS B)

É, saúde é qualidade de vida do ser humano... (ACS E)

Observa-se o quanto ainda é necessário investir em processos formativos que tenham como enfoque a própria concepção de saúde.

Concepções dos ACS's sobre Promoção da Saúde e Educação em Saúde

Diante da análise das falas, após as transcrições das entrevistas, foi perceptível que grande parte dos ACS's entende por promoção da saúde, o ato de levar ao usuário orientações e esclarecimentos, revelando uma prática altamente prescritiva.

Quando perguntado sobre qual seu entendimento por promoção da saúde, o que eles colocaram foi:

[...] ter uma pessoa te orientando, receber orientação, essas orientações é que são a promoção. (ACS A)

Eu entendo por promoção é você levar esclarecimento pras pessoas em relação a sua saúde. (ACS B)

Promoção da saúde é... você orientar (...) você tá mostrando o que é bom pra pessoa fazer (...) você tá promovendo o seu conhecimento. (ACS F)

O processo de promover a saúde é algo bem mais complexo que simplesmente fornecer orientações e esclarecimentos, pois de acordo com Fleury-Teixeira et al (2008), promoção da saúde é a atuação para a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades.

E dentro dessa perspectiva de autonomia do sujeito, apenas um ACS citou na entrevista a questão do empoderamento quando disse:

Promover a saúde seria, é você de maneira fácil e clara com a comunidade dar meios pra comunidade entender como ela pode obter a saúde. (ACS D)

Starfield (2002) enfatiza que o diálogo é uma forma de exercício da autonomia, tendo em vista que não opera em termos de transmissão, como um mecanismo de troca, mas sim sob a forma de instigação mútua entre o profissional e o usuário.

Então, percebe-se que o caminho é trabalhar para o empoderamento dos sujeitos e corresponsabilizá-los pela sua saúde.

Fazendo uma conexão entre promoção da saúde e educação em saúde, a educação em saúde, segundo Carneiro et al (2012), é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil, atua como forte aliada à promoção possibilitando desenvolver em indivíduos e comunidade a capacidade de fazer análise crítica da sua realidade.

Dentro das concepções sobre educação em saúde relatadas pelos ACS's, a orientação também surge como fala mais citada assim como na promoção da saúde. A questão fica bem ilustrada quando a maioria revela a mesma ideia:

Educação, eu acredito que seja a mesma coisa da promoção, porque educar é justamente a questão de orientar. (ACS B)

Educação em saúde é a pessoa tá informada. (ACS F)

Educação em saúde eu entendo que seja assim, você na escola ter um pouco mais de informação sobre a saúde. (ACS G)

É importante ressaltar que dentro da predominância percebida nas falas dos agentes sobre promoção e educação em saúde estarem baseados em orientações, assumindo também seu papel de prescritor, ainda que de forma inconsciente, surgem falas que mostram algo de emancipação:

Educação em saúde é uma ferramenta em que vai fazer chegar a promoção da saúde. (ACS C)

Educar é você ensinar (...) como a pessoa poderia também obter meios pra obter essa saúde (...) que não precisa ser diretamente na medicação ou indo ao médico. (ACS D)

Quando o ACS D revela que não precisa ser diretamente na medicação ou indo ao médico, ele traz aí uma abordagem emancipatória, com carga de empoderamento e respeito ao que é produzido nesse encontro, desmedicalização.

A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comu-

nitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3616).

O processo de desmedicalização contribui para diminuir a dependência das pessoas do profissional uma vez que passarão a utilizar tecnologias diversas e não necessariamente algo de âmbito material sugerido pelo profissional de saúde.

Atividades de educação em saúde mais realizadas pelos ACS's

As atividades de educação em saúde possibilitam ao profissional realizar ações de empoderamento e corresponsabilização dos sujeitos sobre sua saúde, no entanto, muitas vezes, as atividades são embasadas apenas na transmissão de conhecimentos por parte do dito “educador”.

Freire (1979) afirma que ninguém educa ninguém, porque o homem deve ser sujeito de sua própria educação. Diz também que a educação ainda permanece vertical e nessa perspectiva forma a consciência bancária, na qual o educando recebe passivamente os conhecimentos tornando-se um depósito do educador.

Diante das falas dos entrevistados, as atividades de educação em saúde mais citadas foram as palestras e as orientações realizadas através das visitas domiciliares e muitas dessas falas expõem o que Paulo Freire chamou de consciência bancária:

A educação que eu levo (...) o que eu mais realizo é orientação sobre alimentação, sobre a importância de vir a consulta médica, a questão do exercício físico orientado pelo médico (...) eu peço pra que as mães tenham cuidado de fazer a puericultura até a criança fazer um ano... (ACS B)

É mais mesmo questão de orientação (...) é um pouco difícil fazer educação em saúde porque as pessoas querem coisas mais palpáveis, ela quer o médico, ainda tão naquela ideia

da doença e do médico. (...) as pessoas não escutam muito bem, até chegam e dizem que é besteira (...) a gente chega dentro da casa e começa a falar sobre determinados problemas (...) atividade mesmo do boca a boca... (ACS C)

Palestras em grupo (...) então esses são os métodos mais utilizados que a gente faz, palestras, até mesmo no posto antes das pessoas serem atendidas a gente reúne um grupo e ali a gente fala sobre uma determinada doença, sobre como prevenir aquela doença. (ACS D)

Eu levo as pessoas o conhecimento da saúde, do bem-estar (...) sempre eu faço palestra (...) sobre DST (Doença Sexualmente Transmissível), sobre Planejamento familiar, como se prevenir de doenças... (ACS F)

Os discursos revelam um modelo de atividade baseado em uma educação verticalizada, na qual as pessoas falam e outras escutam. O ideal é que as orientações e palestras se tornassem uma atividade de trocas e compartilhamento de saberes e os usuários se tornassem participantes ativos.

Para Sant'anna e Ferriani (2000), a prática educativa baseada na participação é parte integrante da própria ação da saúde e deve ser dinamizada de modo integrado, em todos os níveis do sistema e em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde.

O papel da educação é o de conscientizar, com o objetivo de mudar uma realidade não desejada, contudo, utilizando a liberdade, o diálogo, com o compromisso de passar de uma consciência ingênua para uma consciência crítica (CHAGAS *et al.*, 2009).

Avaliação do ACS sobre a educação em saúde

A maioria avaliou a educação em saúde como não tão boa e enumerou alguns fatores como propostas para melhorias.

Quando perguntados, responderam de maneira clara e sincera:

Eu não avalio tão boa assim (...) em relação a promoção o meu trabalho ainda é falho (...) infelizmente a educação que eu vejo é muito falha porque nós não temos condições dentro da unidade de saúde para promover esse trabalho (...) o trabalho, infelizmente hoje, do agente de saúde é mais de prevenção e tratamento de doenças, promoções muito pouco... (ACS B)

[...] poderia ser bem melhor se nós tivéssemos condições de trabalho... (ACS D)

Ainda muito fraca, precisamos ainda nos capacitar ainda mais... (ACS E)

Olha, na realidade, eu não avalio muito boa não (...), falta muito, acho que precisa gastar mais em educação... (ACS F)

De acordo com essas falas, é notável que a educação em saúde é entendida como um processo falho e que necessita de maiores investimentos para melhorar as condições de trabalho tanto para os ACS's que passam maior parte do tempo de trabalho na área territorial, extra-muro da unidade básica de saúde quanto para os outros profissionais que estão atendendo na unidade de saúde. Também há que se superar a infraestrutura inadequada que contribui para que os processos educativos realizados não fluam bem. Sabemos que a ambiência é muito importante, isso é preconizado em políticas como a Política de Humanização em Saúde.

Interessante é que os discursos inferem mais capacitação e mais investimento por parte do governo, mas não há por parte dos ACS's uma autorreflexão sobre suas ações e sobre o seu potencial de melhorar as abordagens educativas colocando os usuários como protagonistas da educação e não, simplesmente, como meros expectadores. Talvez os cursos também precisem ser repensados no que se refere autonomizar sujeitos e contribuir com o seu protagonismo no desenvolvimento de ações.

Considerações Finais

Após as discussões e a análise dos resultados, percebe-se que as concepções e as práticas de educação em saúde que objetivam a promoção da saúde, ainda estão muito focadas na prevenção das doenças. E as atividades estão pautadas na educação verticalizada, o que resgata muito bem a “consciência bancária” explicitada por Paulo Freire, de um sujeito como depositário de informações.

Observou-se que os sujeitos ainda são tomados de forma passiva no processo de educação. É só fazer uma releitura das falas e identificar que os ACS's mantêm uma postura de detentores do saber, enquanto os usuários seguem atentos ou não para ouvir as orientações.

Algumas falas retrataram a autonomia/empoderamento como meio para criar e modificar a vida do sujeito, no entanto, no decorrer da entrevista o mesmo ACS que citou autonomia/empoderamento traz atividades que são baseadas em orientações e informações, ou seja, a cultura da transmissão de conhecimentos como forma educativa é muito forte e presente no cotidiano dos ACS's, principalmente, durante suas horas de trabalho dentro da área de atuação.

A questão não é simplesmente negar o modelo biomédico que está arraigado de ações prescritivas e preventivistas, mas criar espaços de reflexão nos quais os sujeitos poderão criar e transformar sua própria realidade. É necessário que se estabeleça diálogos permanentes fortalecendo a participação dos usuários no processo de educação em saúde com vistas a superação desse modelo biomédico.

Conclui-se que muitas mudanças precisam ocorrer no que diz respeito a abordagem educativa realizada com os indivíduos dentro da comunidade, é óbvio que os investimentos precisam ser aumentados e repassados de maneira emergencial para a providência de melhor capacitação dos ACS's e também para melhorar as condições de trabalho e trazer infraestrutura adequada.

Cabe também aqui citar que o enfermeiro, como orientador e supervisor, precisa dar mais atenção às práticas que estão sendo realizadas pelos seus ACS's, afinal de contas, o enfermeiro também

é responsável pela capacitação dos seus ACS's e trabalha, assim como eles, na óptica da educação em saúde.

Espera-se que os resultados desse estudo incentivem os ACS's e outros profissionais a continuar realizando as atividades com foco na educação em saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população. Almeja-se também que essas atividades possam ser trabalhadas com os usuários e não para eles, buscando o que pode se chamar de autonomia e corresponsabilização do sujeito pela sua saúde e produção da sua qualidade de vida.

Referências

BASTOS, N. M. G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 4 ed. Fortaleza: Gráfica e Editora Nacional, 2007.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 2, p. 1327-1339, 2014.

BORNSTEIN, V. J. História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *In*: BORNSTEIN, V.J. *et al.* **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2016. p. 27-34.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006 – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. **Programas-e-campanhas**. 2010b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/programas-e-campanhas/saude-da-familia>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL. **Profissional Saúde da Família**. 2010c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32062. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 22 out, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CARNEIRO, A. C. L. L. *et al.* Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 115-120, 2012.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1547-1554, 2011.

CHAGAS, N.R. *et al.* Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Ciencia y Enfermeria**, v. XV, n. 2, p. 35-40, 2009.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 127-131, 2010.

FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARANHANI, M. C. *et al.* As Práticas Educativas realizadas por enfermeiros da área hospitalar publicados em periódicos nacionais. **Cienc Cuid Saúde**, v. 8, n. 2, p. 205-212, 2009.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. *In:* GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 25-44.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

KEBIAN, L. V. A.; ACILO, S. Visita Domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev Enferm UERJ**, v. 19, n. 3, p. 403-409, 2011.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 366-370, 2010.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. *In*: MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. p. 157-197. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, E. C. P. **Saúde e Doença no Brasil**: como analisar os dados epidemiológicos. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1493-1497, 2009.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29, ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOTA, P. P. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família**: relato de experiência. 2009. 27f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – UFMG, Minas Gerais, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata**. 2013. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/index.html. Acesso em: 05 fev. 2013.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PINHEIRO, A. R. O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 70, p. 125-139, 2005.

QUEIROS, A. A. L.; LIMA, L.P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 10, n. 2, p. 257-281, 2012.

ROCHA, N. H. N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P. D. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 47, p. 847-857, 2013.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SAKATA, K.N.; MISHIMA, S.M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012.

SANT'ANNA, C.F. *et al.* Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 92-99, 2010.

SANT'ANNA, S. C.; FERRIANI, M. G. C. O trabalho de grupo: reflexões do cotidiano, relato de uma experiência. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.8, n.3, p. 97-101, 2000.

SANTOS, P.T.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 788-795, 2010.

SOUSA, L.B. *et al.* Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

SOUZA, K. M. *et al.* Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 2, p. 1513-1522, 2014.

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

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O Agente Comunitário de Saúde como Mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev APS.**, v. 12, n. 4, p. 487-497, 2009.

TESSER, C. D.; NETO POLI, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

VASCONCELOS, E.M. **Introdução**. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 34.

O CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA APS: POSIÇÃO DO ENFERMEIRO A PARTIR DE UM ESTUDO DE ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

*Alexandra da Silva Lima Vieira
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Lucilane Maria Sales da Silva
Glaucilândia Pereira Nunes
Helena Maria Scherlowski Leal David
Thayza Miranda Pereira*

Introdução

Na década de 1980, em meio ao processo de efervescência dos movimentos populares no panorama histórico brasileiro, dentre esses movimentos o de maior influência e representação do anseio popular à época de criar um sistema de saúde público e universal que ampliasse o acesso à saúde do povo brasileiro foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que trouxe em seu relatório final as bases para o que, posteriormente, viria a ser o Sistema Nacional de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e consolidou princípios como a universalidade, descentralização e a formação de redes assistenciais de saúde (SILVA, 2011).

No ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a reorientação do novo modelo assistencial e fortalecer a atenção básica no Brasil. Em 2006, instituiu-se a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que enfatiza as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, para tanto, se fazia necessário uma inovação no processo gerencial com o exercício da responsabilidade sanitária democrática, incentivando a participação popular (LAVRAS, 2011).

Para o desenvolvimento da atenção básica, o PSF foi implementado como estratégia para atingir essa meta. Dentro do PSF, o enfermeiro desponta como profissional relevante na composição da

equipe de assistência à saúde preconizado na PNAB. Nesse contexto, o enfermeiro acumula diversas responsabilidades tanto gerenciais como assistenciais, emergindo como profissional relevante para o sucesso do desenvolvimento da atenção primária à saúde (APS). O enfermeiro, por necessitar desenvolver diversas habilidades para sua atuação, torna-se um profissional que pode articular e promover a integração do cuidado aos usuários da APS, o que o torna relevante no cenário da assistência à saúde, colaborando para a integralidade das ações e aumento da satisfação dos usuários da APS (FERNANDES *et al.*, 2015).

No que se refere ao gerenciamento assistencial, o enfermeiro é peça fundamental na prestação de cuidados aos pacientes com doenças crônicas, mais especificamente, aos portadores de hipertensão arterial sistólica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Por tratar-se de morbidades crônicas, estas demandam uma rede estruturada e articulada para atender às necessidades que esses usuários apresentam no curso de suas patologias, tais como necessidade de realização de exames, de acompanhamento contínuo na APS e encaminhamento para profissionais especializados e em determinadas situações, de atendimento na atenção terciária (FAQUINELLO *et al.*, 2012; FERNANDES, 2015).

Deste modo, o enfermeiro mostra-se essencial na colaboração de uma assistência onde a integralidade e longitudinalidade do cuidado seja garantido, para tanto, em diversas situações é esse profissional que articula sua rede social (RS) com o intuito de garantir a integralidade do cuidado a esses usuários. Tal fato decorre da incapacidade da rede hierarquizada de atenção à saúde garantir o fluxo, em tempo hábil, desses usuários dentro do SUS, o que demonstra uma certa fragilidade do sistema de rede hierarquizada e regionalizada de saúde (SILVA, 2011).

Rede Social (RS) pode ser definida como um modo de compreender a sociedade a partir dos vínculos relacionais entre os indivíduos, possibilitando o fluxo e compartilhamento de informação para melhorar a capacidade de atuação, aprendizagem, captação de recur-

sos e mobilização destes indivíduos com objetivos comuns. A RS pode ainda, ser dividida em primária - caracterizada pelas relações cotidianas do indivíduo (familiaridade, amizade, vizinhança, etc.) e secundárias - interação entre indivíduos ou grupos que defendem interesses comuns e compartilham informações, conhecimentos e experiências vislumbrando atingir fins comuns (empresas, organizações, instituições, etc) dentro desse grupo (MARTELETO, 2010).

Dentro dessa perspectiva o conceito de RS pode ser trabalhado na assistência à saúde em seus dois aspectos, considerando que o portador de doenças crônicas, tais como HAS e DM, necessitam de apoio para o sucesso de sua terapêutica, necessitando de uma RS primária fortalecida. Por outro lado, por tratar-se de morbidades crônicas, que frequentemente evoluem com complicações, ter uma RS secundária bem conectada é imprescindível para o adequado manejo clínico dessas patologias, garantindo ao sujeito portador de HAS e DM, a integralidade da assistência à saúde (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2012).

Deste modo, a análise de redes sociais (ARS), torna-se ferramenta que contribui para a compreensão das estruturas sociais, através do conjunto de elos sociais existentes entre os indivíduos, de maneira que avalia atributos não apenas individuais como da RS formada pelos vínculos entre esses atores. Tal compreensão contribui, sobremaneira, para uma interpretação mais profunda e um entendimento mais detalhado de uma determinada RS (ANDRADE; DAVID, 2015).

Analisando a interação entre o cenário das doenças crônicas, em particular da HAS e DM, com a atuação do enfermeiro na APS, percebe-se claramente a pertinência em se estudar redes sociais nesse contexto, pois esse profissional é um ator importante para estimular a participação da RS primária, para o êxito terapêutico desses usuários, como deve ser capaz de articular a RS secundária para a resolução de complicações que demandará uma rede institucional capaz de atender às necessidades específicas dessas pessoas.

Nesse contexto, o presente estudo objetiva avaliar, à luz da ARS, o papel do enfermeiro nesse cenário e sua posição dentro da rede social de assistência à saúde de portadores de HAS e DM, no intuito de assegurar a integralidade da assistência prestada a esses indivíduos.

Percurso metodológico

Estudo de caso, com abordagem por triangulação de métodos, que de acordo com Minayo (2005) trata-se da interação entre as naturezas quantitativa e qualitativa dentro de um mesmo estudo, com o objetivo de avaliar as duas naturezas de um mesmo fenômeno a ser estudado de maneira que as duas abordagens se complementam contribuindo com a ampliação e aprofundamento do estudo e enriquecimento da pesquisa. Esse método permite ao pesquisador avaliar as dimensões objetivas por uma abordagem quantitativa e interpretar as nuances qualitativas de um mesmo objeto de estudo.

Cenário da pesquisa

O cenário onde a pesquisa se desenvolveu foi Icapuí - CE, em uma Unidade Básica de Saúde da localidade de Barreira, local onde a enfermeira selecionada para a análise da rede local desenvolvia suas atividades. Outros locais foram se integrando ao cenário da pesquisa conforme a enfermeira citava outros profissionais que compunham a rede de assistência à pessoas vivendo com hipertensão e diabetes, dentre esses locais estavam os locais de trabalho desses profissionais anteriormente mencionados, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Maria Idalina Rodrigues de Medeiros, assim como suas residências, conforme fosse mais conveniente para o entrevistado.

Participantes da pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa, selecionou-se por conveniência a enfermeira da Unidade Básica de Saúde de Barreira, a qual nomeou 5 atores os quais considerava representativo para a rede social na assistência à pessoas com hipertensão e diabetes. Estes, citaram outros 5 atores cada um. A rede foi delineada até esse nível, de maneira a facilitar a análise qualitativa dos dados. Ressalta-se que todos os participantes apontados como atores foram trabalhadores da saúde com diferentes vínculos com o município ou com sua rede de assistência.

Coleta de informações

A coleta realizou-se no mês de junho de 2015, para tal foi utilizado roteiro de entrevista semiestruturada para permitir aos participantes se expressarem livremente sobre o tema em questão, assim como favorecer um aprofundamento da investigação por parte do pesquisador.

Para averiguar a capacidade do instrumento atingir seus objetivos foi realizado um teste piloto a fim de detectar falhas de compreensão ou entraves para a obtenção dos resultados almejados. O instrumento foi aplicado à profissionais que não participariam da pesquisa. Nele constavam questionamentos a respeito da formação dos participantes, vínculo empregatício com o município, tempo de atividade no Sistema de Saúde municipal, tipos de atendimentos prestados aos pacientes hipertensos e diabéticos, como os profissionais percebiam o sistema de referência e contra-referência municipal a esses pacientes, situações em que tiveram que ativar outros atores para a continuidade do cuidado a esses pacientes e as cinco pessoas que elas julgassem serem as mais ativas por elas para suas redes sociais no que tange ao desempenho de duas ações de cuidado.

Após a testagem do instrumento e a aprovação do estudo pelo comitê de ética em pesquisa (CEP), adentrou-se o campo de pesquisa para dar início à coleta das informações.

As entrevistas foram gravadas, após autorização por escrito dos participantes, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Análise das informações coletadas

A análise das informações coletadas foi realizada em dois momentos, conforme cada abordagem. Para a análise quantitativa, primeiro foi necessário realizar a transcrição das entrevistas na íntegra e organizá-las em arquivos no Word. A partir da enfermeira de origem da pesquisa, os atores sociais citados foram decodificados para a identificação dos sujeitos da pesquisa e inserção no software utilizado no estudo.

Para analisar as informações coletadas utilizou-se a técnica de Análise de Redes Sociais (ARS), que se caracteriza como uma análise quantitativa, por meio do uso dos softwares UCINET versão 6.18 e Netdraw (programa que está inserida no UCINET) (BORGATTI *et al.*, 2015).

O grafo gerado pelo programa de ARS (através do software Netdraw) foi analisado visando observar o grau de centralidade de cada ator dentro da rede e identificar o ator com maior grau de centralidade e a posição assumida pela enfermeira origem dentro da rede.

O grau de centralidade se refere ao número de atores aos quais um ator está ligado, facilitando o fluxo de informações dentro de uma rede social, este divide-se em grau de entrada (interações que os outros atores tem com o ator índice), e grau de saída (com quantos atores o ator índice está interagindo), essas interações são representadas por setas que ora partem do ator índice para outros atores (grau de saída) ora dos outros atores da rede para o ator índice (grau de entrada) (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

No que se refere a abordagem qualitativa da pesquisa, esta foi embasada nas entrevistas gravadas e transcritas, as quais foram utilizadas para subsidiar a análise das métricas avaliadas pelo software sob a ótica da ARS, nesse trabalho, a métrica avaliada foi o grau de centralidade, mais especificamente. Com a análise do conteúdo das entrevistas obteve-se uma complementaridade da abordagem quantitativa do fenômeno estudado, favorecendo analisar nuances diferentes do objeto de estudo que se complementam e amplificam a compreensão e o entendimento integral desse objeto de maneira a colaborar para o potencial ganho em qualidade da pesquisa (MINAYO, 2005).

Aspectos Éticos e Legais

O presente artigo é um recorte de uma monografia de conclusão do curso de enfermagem, a qual foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e teve sua aprovação com o Parecer número 818.029/2014, CAAE 33423114.9.3001.5534, de acordo com a Resolução n°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Neste tópico, trazemos os achados e a análise dos mesmos utilizando a Análise de Rede Social (ARS) juntamente com o discurso dos entrevistados para aprofundar qualitativamente os achados e para fomentar a discussão. As respostas foram fornecidas objetivando vislumbrar a caracterização e o funcionamento desta rede para pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com a métrica de Grau de Centralidade.

Analisar redes sociais permite vislumbrar as interações entre qualquer classe de indivíduos, partindo tanto de dados qualitativos quanto quantitativos. Segundo Stanley e Katherine (1994), o uso

de análise de redes sociais possibilita coletar informações relevantes sobre a estrutura de um grupo, sendo possível, identificar as posições ocupadas pelos indivíduos, bem como identificar o cerne das relações criadas ao redor de cada um.

Como explicado anteriormente, os dados foram coletados no município de Icapuí-CE, considerando a primeira entrevistada para seguir o processo. Tendo como foco a linha de cuidado de pessoas que têm hipertensão arterial e diabetes.

Logicamente, uma infinidade de análises pode ser realizada considerando os dados coletados, o que pode ser inviável de abordar em um único trabalho. Portanto, um número limitado de atores, conexões e métricas foi utilizado, e a partir deles, foram feitas considerações sobre o comportamento geral da rede social de uma única enfermeira.

A rede pesquisada não contempla todas as relações possíveis e existentes de cada pessoa entrevistada, mas somente um recorte viável de analisar. As notações consideradas no desenho do grafo referentes a profissão e área de atuação estão reunidas no quadro 01.

Quadro 1 - Significado dos rótulos dos atores da rede segundo suas profissões.

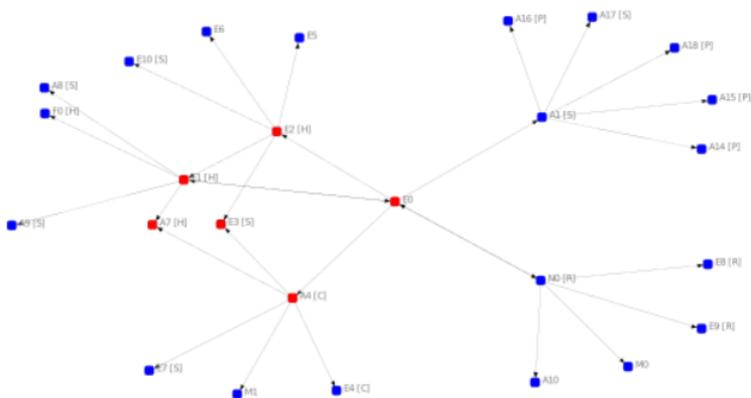
Notação	Profissão
E	Enfermeiro(a)
E[R]	Enfermeiro(a) Residente
F	Farmacêutico(a)
N	Nutricionista
N[R]	Nutricionista Residente
M	Médico(a)
A	Outro
Sem notação	Atenção Básica
[H]	Hospital
[S]	Secretaria de Municipal de Saúde
[P]	Policlínica de Aracati

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Assim, a identificação dos atores segue a seguinte notação [Profissão][Identificador Único] [Área de Atuação], por exemplo, E1[R] (Enfermeiro(a) 01 Residente); E2 (Enfermeiro 02 Atenção básica) etc.

Como pode ser observado na Figura 1, o grafo permite identificar vinte e seis (26) atores que fazem parte da rede, onde seis (6) pessoas foram entrevistadas, vinte (20) outras foram citadas, trinta (30) relações e nenhum laço.

Figura 1 - Representação da rede social utilizada neste trabalho.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

A métrica grau de centralidade indica o número de ligações que entram e que saem de um ator. Através dela são identificados os atores principais da rede. O quadro 02 exibe o grau de centralidade associado a cada ator.

Quadro 2 - Grau de centralidade de cada ator.

Identificador	Grau de Saída	Grau de Entrada	Grau de Saída Normalizada	Grau de Entrada Normalizada
E0	5,000	2,000	0,200	0,080
A1 [S]	5,000	1,000	0,200	0,040
E1 [H]	5,000	2,000	0,200	0,080
N0 [R]	5,000	1,000	0,200	0,040
A4 [C]	5,000	1,000	0,200	0,040
E2 [H]	5,000	1,000	0,200	0,040
F0 [H]	0,000	1,000	0,000	0,040
A7 [H]	0,000	2,000	0,000	0,080
A8 [S]	0,000	1,000	0,000	0,040
A9 [S]	0,000	1,000	0,000	0,040
A10	0,000	1,000	0,000	0,040
E9 [R]	0,000	1,000	0,000	0,040
E8 [R]	0,000	1,000	0,000	0,040
M0	0,000	1,000	0,000	0,040
A14 [P]	0,000	1,000	0,000	0,040
A15 [P]	0,000	1,000	0,000	0,040
A16 [P]	0,000	1,000	0,000	0,040
A17 [S]	0,000	1,000	0,000	0,040
A18 [P]	0,000	1,000	0,000	0,040
E10 [S]	0,000	1,000	0,000	0,040
E3 [S]	0,000	2,000	0,000	0,080
E6	0,000	1,000	0,000	0,040
E5	0,000	1,000	0,000	0,040
E4 [C]	0,000	1,000	0,000	0,040
M1	0,000	1,000	0,000	0,040
E7 [S]	0,000	1,000	0,000	0,040

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Através do quadro 02 identifica-se que os principais atores da rede são E0, E1[H], A7[H] e E3[S] pois cada um possui Grau de Entrada Normalizada de 0,08 (mais requisitados). E0 trata-se de uma enfermeira bastante conhecida no município, pois foi uma das primeiras enfermeiras a integrar a ESF quando esta foi implantada em Icapuí e ainda recebia a denominação de Programa Saúde da Família (PSF). A mesma está no quadro de funcionários do município como enfermeira desde o fim da graduação tendo passado também pelo Hospital Municipal, integrando a equipe assistencial. Em sua fala, E0 coloca que:

Esse mesmo tempo, que quando eu me formei eu vim pra cá, e fiquei trabalhando aqui em Barreiras e mais em outra área, a gente conjugava duas unidade de saúde, quando iniciou a formação do PSF do município, então não tinha muito profissional na época. Então a gente se dividia em duas equipes, com o passar do tempo que a gente foi... Eu to aqui só em Barreiras mesmo, esses vinte anos, mas eu sempre dividi, até o ano passado, dividi com outra unidade de saúde. (E0)

Por esse longo período imersa na comunidade, inclusive em duas equipes, pela carência de profissionais na época, E0 teve a oportunidade de servir como referência a outros profissionais que adentraram no programa posteriormente. Seu período como plantonista no hospital, também proporcionou a ela o desenvolvimento de outras relações com outros profissionais, como E1[H] e E2[H]. E1[H] é atualmente o coordenador do serviço de enfermagem do hospital, além de enfermeiro plantonista. Adentrou no serviço de saúde do município exercendo o cargo de auxiliar de serviços gerais em 1990. A partir daí, fez cursos técnicos tanto na área de enfermagem como na área de análises clínicas, trabalhando na instituição como técnico e auxiliar de enfermagem e técnico em radiologia por seis (6) anos. Graduou-se em Ciências Biológicas e em Enfermagem no ano de 2013. Exercendo atualmente as funções assistenciais e gerenciais na instituição.

E1[H] cita E0 e é citado por esta, pois desenvolveram um vínculo profissional devido ao período em que trabalharam juntos no hospital. E1[H] chegou a se emocionar durante a entrevista ao falar de E0, denotando o desenvolvimento também de vínculo emocional. Ele relata:

E ela, a E0, já faz parte da minha história também, né?
(E1[H])

Então é... Falando da enfermeira E0 novamente, eu tenho todo orgulho e satisfação, em dizer que à nossa aproximação se deu é...pela semelhança que a gente têm como profissional né, por esse feedback que existe, certo e...a gente têm um perfil de profissional muito parecido, eu já falei e to repetindo porque eu realmente to emocionado, ela acompanhou o meu trajeto, é...da minha profissão como eu falei anteriormente, desde o comecinho e me acompanha até hoje, e hoje a gente é colega de trabalho, e ela sempre me procura quando precisa, e isso faz um vínculo muito forte, que eu não quero que quebre nunca. (E1[H])

Ao citar A7[H], E1[H] apontou a importância do contato baseado nas questões gerenciais, pois A7[H], enquanto diretora administrativa do hospital, conseguia resolver as questões que E1[H] não conseguia dar seguimento. Ao ser solicitado que indicasse quem resolveu um problema que não conseguiu solucionar E1[H] respondeu:

A direção administrativa do hospital. (E1[H])

A7[H] também é apontada por A4[C], técnica de enfermagem e atualmente recepcionista do CAPS do município, por ser apontada por ela como uma pessoa que resolve conflitos e facilita o acesso do usuário. A4[C] conta:

...e a terceira pessoa, a diretora do hospital, porque assim... sempre quando a gente tem um problema aqui no Caps, que a gente precisa de um atendimento médico mas o médico não tá aqui, aí eu passo pra enfermeira daqui de dentro, que ela é também coordenadora....e a diretora do hospital, porque às vezes o médico que tá de plantão, não conhece o

trabalho do Caps, não conhece o paciente, se nega a fazer, então a diretora vai lá e aí ajeita tudo, e dá um jeito de contornar a situação né, paciente não ficar sem atendimento. (A4[C])

E3[S] é enfermeiro e atualmente coordena a Atenção Básica. É citado por A4[C] e por E2[H]. Estando em um cargo de gestão no município, entra em contato com diferentes profissionais e lida com diversas demandas. É apontado pelos entrevistados que o citaram como alguém sempre acessível e bem próximo a comunidade, conseguindo realizar pactuações e articulações. Seguem as falas que ilustram o fato:

...aí sempre a gente dar um jeitinho, por exemplo, vem um paciente, a família chega aqui diz assim, olha paciente tá lá em casa, surtou, né, teve uma crise muito grande, tá incontrolável, e aí? A gente vai lá no hospital, chama o E3[S], o E3[S] vai com o médico que tá de plantão no hospital, e aí a gente acaba trazendo o paciente, levando pro hospital e ele sendo atendido assim, nunca acontece dele não ter o atendimento. (A4[C]).

...às vezes acontece dum médico se recusar, mas aí a gente vai e comunica a secretaria de saúde, e aí E3[S], ele é o coordenador, vai lá e conversa passa o caso pra ele, e aí tudo se resolve. (A4[C])

Hum, deixa eu ver. E3[S] já foi? Porque E3[S], é o coordenador da atenção básica...(risos) é porque ele está a par das situações...É...digamos, eu tenho que fazer uma busca ativa daquele paciente, quero saber como tá, ele já por ter toda essa rede de agilidade, conhece todo mundo, do agente de saúde de Redonda, ao agente de saúde de...esse povo que é a última unidade, que já é quase é divisa com o Rio Grande, ele já têm mais esse conhecimento, aí já facilita. (E2[H])

Percebemos assim o importante papel que os profissionais de Enfermagem exercem na rede de atenção municipal, ocupando os diferentes espaços não apenas na assistência, dentro dos níveis de atenção, mas também em funções administrativas e de gestão

de recursos. Nestas funções eles gerenciam recursos humanos, intermediando conflitos e mobilizando pessoas. O contato com a comunidade e a pertença ao território, facilitam as intermediações e a comunicação dos profissionais com a gestão e da comunidade com os serviços de saúde.

Conclusão

O estudo retratou que na análise da rede social de uma enfermeira da ESF do município de Icapuí, para atender às demandas de paciente hipertensos e diabéticos, emergiram atores que em sua maioria eram enfermeiros ou profissionais da enfermagem, identificando o potencial do enfermeiro para estabelecer a comunicação entre outros trabalhadores da saúde e diferentes setores e instituições de saúde do município.

Além disso, através dos discursos podemos perceber os vínculos pessoais (informais) e profissionais (formais) que influenciam a qualidade desses laços e em como eles possibilitam a expansão da rede para diferentes níveis de atenção, criando articulações que fogem ao sistema convencional de contato, mas que são eficientes na resolução dos problemas, pois contam com a cooperação entre os atores.

A técnica de Análise de Redes Sociais permitiu, com o desenho do grafo e o uso da medida Grau de Centralidade, desvendar características dessas ligações, mostrando quem eram os atores mais centrais e como essa rede se construía para assegurar a continuidade do cuidado a hipertensos e diabéticos do município sob a perspectiva dessa rede.

Entretanto, por se tratar da análise de uma única rede, apresenta limitações a respeito da elucidação de toda a rede municipal para esses pacientes, fazendo-se necessária, para um retrato mais completo, estudos futuros que envolvam as demais equipes da ESF do município.

A entrevista semi-estruturada apresentou-se como instrumento de coleta de dados mostrou-se adequada, pois possibilitou o aparecimento de achados qualitativos do grafo, revelando aspectos a respeito do vínculo dos profissionais entre si que originavam e fortaleciam os laços.

Referências

ALEJANDRO, V.; NORMAN, A. G. **Manual introdutório à análise de redes sociais**. México: Universidad Autonoma del Estado de Mexico, 2005.

ANDRADE, D. M. C.; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v.23, n.6, p.852-855, 2015.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **UCINET 6.18 for Windows**. Disponível em: <https://sites.google.com/site/ucinetsoftware/home>. Acesso em: 10 jul. 2015.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.5, p. 849-56, 2012.

FERNANDES, M. C. *et al.* Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.16, n.5, p.664-671, 2015.

HANNEMAN, R. A.; HANNEMAN, R. Centralidad y poder. HANNEMAN, R. A. **Introducción a los métodos del análisis de redes sociales**. California Universidad de California Riverside, 2002.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

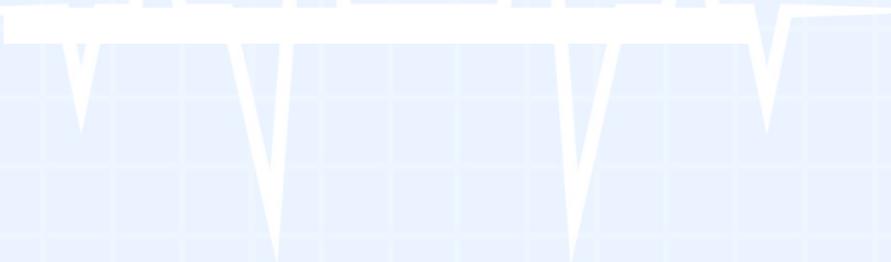
MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Pesq Bras Ci Inf.**, v. 3. n. 1, p. 27-46, 2010.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

UNIDADE 2

Gestão do Trabalho e a Gerência do Cuidado Clínico em
Saúde e Enfermagem



COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DO NEONATO CRITICAMENTE ENFERMO: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

*Sandra Valesca Vasconcelos Fava
Lucilane Maria Sales da Silva
Maria Socorro de Araújo Dias
Tatiana Rebouças Moreira
José Jeová Mourão Netto*

Introdução

A comunicação é uma competência a ser desenvolvida constantemente pela enfermagem, uma vez que contribui para a prestação de um cuidado mais humanizado, podendo ainda favorecer a uma assistência segura. A palavra comunicar origina-se do latim *communicare*, que significa pôr em comum, estabelecendo, portanto, a necessidade de uma relação, melhorando o entendimento da realidade. Nesse contexto, estabelecer uma comunicação eficaz se mostra indispensável pelos profissionais de enfermagem, sobretudo os enfermeiros (FASSARELA *et al.*, 2013). O processo de comunicação ativo entre profissionais, usuários e gestores dos serviços de saúde constitui-se em um dos fatores que podem impactar na qualidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2012, p.338).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrou preocupação com os riscos aos quais estão submetidos os usuários e criou a *World Alliance for Patient Safety*. Os objetivos desse programa, (que passou a chamar-se *Patient Safety Program*) eram, dentre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (OMS, 2004).

Tal preocupação se assenta no fato de que esses danos podem repercutir em diversos níveis, chegando até mesmo a incapacidades

e sequelas permanentes, além de levar ao aumento do custo e da permanência hospitalar e, até mesmo, a morte prematura como uma consequência direta das práticas em saúde inseguras (WHO, 2008).

A comunicação é considerada fundamental para que a equipe possa desenvolver a integração necessária em prol do usuário, e se esta for ineficaz, pode acarretar além da insatisfação profissional, a quebra no processo de atendimento seguro (MELLO; BARBOSA, 2013).

No contexto do cuidado ao neonato criticamente enfermo, é comum que diante da grande variedade de equipamentos desconhecidos e procedimentos invasivos presenciados pelas mães/cuidadoras se desenvolvam questionamentos, medos e receios. Esse olhar, desenvolvido entre a dor de ver o neonato manipulado e a esperança de testemunhar sua cura, pode ser singularmente importante na identificação de possíveis eventos adversos.

Para isso, o processo de comunicação precisa ser eficaz e, especificamente nas unidades de terapia intensiva neonatal, este amplia-se de forma especial, indo além do paciente recém-nascido e abrangendo o cuidador que o acompanha (ROCHA *et al.*, 2011).

O contato entre a mãe/cuidador e o enfermeiro pode ser adjuvante no tratamento a partir do momento que se estabelece uma relação de confiança e respeito destas mães para com os profissionais, garantindo-lhes que terão o melhor cuidado/tratamento reduzindo-se, assim, seu tempo de internação (GIRARDON-PERLINI *et al.*, 2012).

O estudo objetivou analisar as repercussões da comunicação estabelecida entre enfermeiros e mães/cuidadoras de neonatos criticamente enfermos, tendo como enfoque a segurança do paciente.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com delineamento predominantemente qualitativo. A metodologia elencada foi a pesquisa convergente-assistencial (PCA) que tem como

característica principal a articulação da pesquisa com a prática assistencial em saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O cenário utilizado para a realização da pesquisa foi uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal de um hospital terciário público, referência em pediatria, situado no município de Fortaleza, no Ceará. Tal unidade dispõe de 12 leitos de UTI neonatal, com taxa média de ocupação de 90%, sendo permitida a presença das mães durante a internação.

A amostra foi composta por 16 enfermeiros que atuam na referida unidade, respeitando os critérios definidos para inclusão e exclusão dos componentes. Como critérios de inclusão, foram selecionados enfermeiros que trabalham na UTI neonatal do cenário de estudo, com tempo mínimo de seis meses de experiência na unidade e que estivessem trabalhando no período da coleta.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro e dezembro de 2015, por meio de entrevista semi-estruturada, gravada e posteriormente transcrita, tendo sido a aplicação aos participantes do estudo realizada pela própria pesquisadora, que, por observação não-participante, realizada em 12 diferentes momentos, contemplou os horários de se estabelecer comunicação mãe/enfermeiro no cenário em estudo.

As entrevistas foram realizadas em duas etapas: a primeira com obtenção de dados de identificação sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo e a segunda englobando questões relativas ao processo de comunicação entre enfermeiros e mães durante o processo de internação neonatal.

Os dados obtidos na coleta foram confrontados e categorizados, sendo analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, de acordo com os pressupostos de Bardin (BARDIN, 2012).

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa por meio do parecer número 1.239.185, respeitando as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

No que se refere à caracterização da população estudada, houve predominância do sexo feminino (93,7%), com heterogeneidade etária. No que tange à formação acadêmica, todos os profissionais possuíam pós-graduação, sendo 31,2% doutores. Quanto ao tempo de serviço na área da neonatologia, a categoria de 21 a 30 anos predominou (43,7%). No que se refere ao regime trabalhista, 68,7% eram estatutários e cumpriam turnos de 12 horas por dia de trabalho.

As repercussões da comunicação no cuidado e prevenção aos eventos adversos configuraram uma categoria com 63 UR. Essa representação significativa se justifica pela necessidade de uma comunicação qualificada e planejada estrategicamente dentro das instituições de saúde como condição estruturante para que o processo de segurança do paciente se dê de forma eficaz, contribuindo para a qualidade do cuidado prestado.

Apesar de haver a necessidade de implementação de normas que priorizem a segurança do usuário/paciente/cliente, esse processo ainda está a desvelar seu caminhar de forma ainda modesta. O conhecimento produzido ainda não encontrou eco na maioria das instituições de saúde, o que concorre para a premência de um movimento amplo nesse sentido.

... a partir do minuto, do momento que a gente se trata pelo nome facilita, ela sente segurança, ela sente-se apoiada, ela consegue colaborar com o cuidado de uma maneira bem legal e assim, a gente nota, assim, perfeitamente é o produto daquele cuidado naquela evolução daquele recém-nascido... (Enfermeiro 5)

Eu acredito que quando você passa, você explica pra mãe tudo o que vai ser realizado é... como o paciente... tudo o que vai ser feito com ele, explica o porquê de cada coisa, eu acho que ela se interessa mais e fica mais atenta pra, pra qualquer dano que possa acontecer, mas alerta pra alguma complicação e assim, ela acaba nos passando também, tem esse feedback. (Enfermeiro 6)

Com certeza, se os pais estão seguros com o nosso cuidado e nós explicamos como é que vão ser realizados os procedimentos, eles vão ter mais segurança com o cuidado do paciente. Eu acho que tem que ter a troca do cuidado com o paciente e o cuidado com a família pra poder...é um elo, né, família profissional, pra poder passar essa segurança pro bebê também do cuidado que vai ser realizado. (Enfermeiro 8)

Quando as mães são tratadas pelo nome, entendidas como pessoas que são, em sua singularidade, passam a demonstrar maior envolvimento e colaboração com a equipe, uma vez que isso permite a elas saírem de sua condição de coadjuvante na produção do cuidado, para o protagonismo.

Os enfermeiros percebem que a boa comunicação com os pais repercute em uma melhora no sentimento de segurança da família e potencializa a figura da mãe como cuidadora e protagonista no processo de cuidar, como consequência, permite uma melhor atuação da equipe.

Para alcançar objetivos comuns, necessariamente os seres humanos precisam envolver-se e se relacionar nos processos de forma cooperativa (BERLO, 2003). A partir desse modo de se relacionar, origina-se à formação de sistemas multipessoais, em que duas ou mais pessoas são interdependentes e precisam encontrar meios de relacionar seus comportamentos com os dos outros, a fim de realizar seus objetivos (BROCA & FERREIRA, 2015). Assim, mãe e enfermeiro necessitam tecer uma boa relação de forma que ambos possam potencializar suas ações na busca pela melhor oferta de cuidados ao neonato.

Em um contraponto, quando se tem um relacionamento interpessoal frágil e pobre, podem ocorrer falhas no processo de comunicação e, conseqüentemente, ruídos e barreiras que levam a atritos e dificuldades, prejudicando o cuidado (BROCA; FERREIRA, 2015).

A partir dos relatos, infere-se que essas mães, quando bem orientadas sobre as rotinas, condutas e procedimentos a serem realizados com o neonato, podem se constituir como mais um elemento na prevenção de eventos adversos.

Atualmente, evitar a exposição dos pacientes a situações de risco depende da criação de estratégias que antecipem, previnam e impeçam os erros antes de causarem danos (WATCHER, 2010). Diante desse contexto, não poderiam estas mães, estando bem informadas sobre os procedimentos e condutas a serem realizadas com seu neonato, configurar uma estratégia inovadora e eficaz no contexto da segurança do paciente?

Alguns autores têm inferido que sim: paciente e seus familiares podem desempenhar um papel importante na prevenção de erros médicos, embora as evidências científicas apresentem-se incipientes quanto a isso (LONGTIN *et al.*, 2010). Tal fenômeno suscita a necessidade de maior dedicação da literatura científica quanto a investigações que clarifiquem os reais impactos da participação de pacientes e seus familiares na prestação do cuidado seguro.

No percurso da análise foi possível identificar, pela resposta dos sujeitos, que eles compreendem a estreita relação existente entre um processo de comunicação eficaz e a segurança dos neonatos.

Para ilustração de tal compreensão, reproduzimos, a seguir, a fala de três enfermeiros que fizeram parte da amostra, quando ao responder a quinta pergunta da entrevista semiestruturada, relataram situações em que puderam identificar que houve falha na comunicação do enfermeiro com a mãe de neonato da UTI e qual a repercussão tal falha trouxe.

Em todos os casos relatados a detecção da falha trouxe em seu bojo uma mudança de comportamento no sentido de maior valorização do processo comunicacional com os acompanhantes.

Um pai chegou e perguntou qual era o bebê e uma profissional estava escrevendo no prontuário e apontou, seu bebê é aquele bebê e o bebê era muito diferente das características dele o bebê dele na verdade não era aquele, era outro e o outro realmente tinha alguma característica familiar, foi assim extremamente constrangedor, foi um momento inclusive, que foi, foi... isso aí serviu pra que a gente fizesse uma roda de discussão, uma roda de conversa, onde a gente, qualquer pessoa que chegasse perguntando, conversando, a

gente primeiro parasse e escutasse o que é que estava sendo questionado, desse a informação, assim de uma maneira bem segura, prestando atenção, pra que isso não ocorresse mais, de repente o pai ia ter um problema seríssimo de saúde lá e aí o que e que a gente ia fazer dentro de uma UTI neonatal, então foi bem complicado. (Enfermeiro 5)

Não, assim, a única falha que eu me lembro mesmo, foi a mãe ter ligado pedindo informação da filha, com o nome da filha, porém a filha ainda não estava registrada, tava no nome dela e coincidentemente o nome da filha era igual o da doente do lado (risos) então, foi passada a informação errada, então, assim, justamente por aquela questão da informação por telefone. (Enfermeiro 9)

Outra vez, foi eu brincando muito, eu sempre gosto muito de brincar, eu disse pra mãe que... ela chegou e deixou o filho dela grandinho comigo e ela tinha ido ao centro, quando ela retornou ela perguntou: cadê a fulana? Aí eu disse: veio uma mulher e levou. Brincando. A mulher pá... caiu no chão, desmaiada... (Enfermeiro 15)

A compreensão do processo comunicacional legítimo, representado pelo entendimento mútuo do emissor e do receptor, é condição essencial para o exercício qualificado do cuidado de enfermagem ao paciente e familiares. Ao esclarecer as dúvidas dos familiares, o profissional deve fazê-lo de forma clara, segura e simples, de forma a facilitar o entendimento, oferecer atenção e conforto necessários e oportunizar o levantamento de questões.

É imprescindível entendermos que o diálogo entre enfermeiro e paciente deve estar alinhado às necessidades individuais daquele, pois a comunicação verbal traz um fator importante, que é a capacidade de pacientes e de profissionais interagirem na mesma sintonia. A interpretação do paciente sobre o que está sendo falado pelo profissional de saúde tem impacto fundamental no desenrolar de suas ações durante o período de internação. Mesmo quando os dois se expressam, falhas de comunicação podem emergir, muitas vezes em decorrência da falta de formação dos profissionais na temática em questão (STEFANELLI, 2012).

A segurança do paciente tornou-se uma preocupação em todas as esferas da assistência à saúde em função dos efeitos decorrentes dos danos, derivados da assistência prestada, afetando assim, não só o paciente, mas sua família e profissionais de saúde envolvidos na assistência. Esse assunto tem sido cada vez mais frequentemente discutido pelas organizações de saúde.

Percebeu-se, com o aprofundamento possibilitado por esse estudo, a importância do trinômio segurança-qualidade-comunicação, uma vez que há ênfase da comunicação como fator determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. Desse modo, para se ter efetividade na assistência, com o uso desse trinômio, faz-se necessário que os profissionais sejam preparados e capacitados para construir uma relação alicerçada na qualidade das informações trocadas, diminuindo os riscos e falhas para seu paciente e favorecendo uma melhor segurança e promovendo qualidade na saúde sem gerar danos.

Corroborando com tal ideia, um estudo que buscou compreender a percepção do acompanhante da criança hospitalizada no que tange o atendimento humanizado no contexto da unidade de terapia intensiva pediátrica demonstrou que a percepção do acompanhante contemplou a importância da prática de estratégias como a escuta compreensiva, a comunicação verbal e não-verbal, a otimização das informações entre membros da equipe, e desta com a criança e a família (VILLA *et al.*, 2017).

Ser eficaz em comunicação é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelos profissionais de enfermagem, pois possibilita um cuidado consciente, verdadeiro e transformador, no qual o profissional poderá identificar os principais significados atribuídos à doença e à hospitalização, pelo paciente e por seus familiares, e assim criar mecanismos que possam ajudar esses indivíduos a vivenciar o acontecimento com menos apreensão e mais tranquilidade (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Em nossos dias, é notório que o profissional de enfermagem ganhou espaço e com isso cresceram suas atribuições, diminuindo assim, o tempo com seus pacientes e aumentando a possibilidade de eventos adversos. Um paciente hospitalizado precisa ser preparado para seus procedimentos, pois o profissional que não consegue criar um elo com aquele, e que não transmite de forma clara o que irá acontecer faz com que o mesmo não se sinta seguro. Fica evidente que o profissional da área da saúde, principalmente o enfermeiro não irá sanar totalmente as dúvidas, angústias e insegurança de seu paciente ou acompanhante, porém irá diminuir consideravelmente esses sentimentos, fazendo com que o enfrentamento destes se dê de forma realista (FASSARELA *et al.*, 2013).

Lidar com familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva não implica, para a equipe de saúde, em um cuidar a mais, mas no desenvolvimento de habilidades que possibilitam perceber o outro nos seus gestos e falas, assim como em suas ideologias e restrições, incluindo no diálogo a troca informações pertinentes e de interesse do indivíduo, de forma a partilhar responsabilidades e esforços. (PUGGINA *et al.*, 2014).

O estudo trouxe a comunicação como uma ferramenta indispensável para o processo de recuperação, reabilitação e qualidade de vida do paciente e, no caso específico deste, estende-se aos pais acompanhantes na unidade de terapia intensiva neonatal, principalmente na segurança do paciente. O diálogo instaurado entre profissionais e esses acompanhantes propicia um relacionamento de confiança e possibilita o alcance de resultados satisfatórios.

Considerações Finais

Em virtude de ser a UTI neonatal um ambiente potencialmente propício ao desenvolvimento de estresse e ansiedade, destaca-se a importância da comunicação eficaz, gerando vínculo de confiança entre profissionais e acompanhantes, em um contexto de assistência de enfermagem humanizada.

A boa comunicação gera uma relação de segurança entre enfermeiros, familiares e acompanhantes, além de influenciar de forma positiva no bem-estar dos envolvidos. Tal intercâmbio, quando somado a um trabalho eficiente entre a equipe multiprofissional e o paciente, possibilita uma hospitalização mais confortável e segura.

As discussões tecidas nesse estudo induzem a acreditar que acompanhantes e cuidadores no âmbito hospitalar podem contribuir de forma significativa para a redução de eventos adversos aos pacientes, no entanto, outros estudos devem comprovar de forma mais incisiva qual o verdadeiro impacto da contribuição destes atores no contexto da segurança do paciente.

Referências

BERLO, D. K. **O processo da comunicação**: introdução à teoria e à prática. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015.

LONGTIN, Y. *et al.* Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 1, p. 53-62, 2010.

PUGGINA, A. C. *et al.* Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 277-83, 2014.

VILLA, L.L.O. *et al.* A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Fund Care Online*, v. 9, n.1, p.187-192, 2017.

WATCHER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ATENÇÃO BÁSICA COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO: SENTIDOS PRESENTES NOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS

*Marcelo Costa Fernandes
Lucilane Maria Sales da Silva
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Raimundo Augusto Martins Torres
Maria Socorro de Araújo Dias*

Introdução

A Atenção Básica (AB), pode ser interpretada enquanto campo, a qual é um espaço produtor de cuidados, que possui uma gama complexa de elementos históricos, culturais, sociais e institucionais que reverberam nas práticas desenvolvidas pelos profissionais que nela estão inseridos, uma vez que devem contemplar as especificidades do território adscrito, as condições e modo de vida da população, bem como os seus problemas e necessidades de saúde.

É caracterizada, a AB, por uma gama de ações, desenvolvidas de forma individual e coletiva, que envolve promoção e proteção da saúde, como também a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com a meta de incentivar a atenção integral, a qual possa refletir na situação de saúde e autonomia da população e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

É desenvolvida com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida dos atores sociais. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada, porém não a única, conforme o decreto nº 7.508, além de ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Guia-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A AB visualiza o sujeito em

sua singularidade e inserção sociocultural, buscando a construção da atenção integral (BRASIL, 2011a; 2011b).

Para Rezende et al. (2009), a efetiva estruturação da capacidade de resolução da AB em relação à maioria das problemáticas de saúde da população, acarreta redução do fluxo de usuários para níveis de maior densidade tecnológica, racionalização do uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais dispendiosos e, consequentemente, proporciona maior acesso da população aos serviços de saúde. Assim, a AB almeja oferecer a integração dos diversos pontos de atenção à saúde, viabilizando uma assistência contínua, de qualidade, com redução de gastos e em lugar e tempo adequados.

Assim, observa-se, conforme exposto, que a AB busca a reorientação do modelo de atenção à saúde com ações mais próxima à comunidade e valorizando as vulnerabilidades sociais como fatores que influenciam o processo saúde, doença e cuidado. Porém, apesar de pregar tais práticas, por vezes esse campo de atenção ainda é fincado em ações que valorizam o modelo médio-hegemônico, restringindo o plano de ações ao tratamento medicamento e prescritivo.

Portanto, esse artigo objetiva analisar o sentido presente nos discursos dos enfermeiros sobre o campo da Atenção Básica.

Metodologia

Com a finalidade de alcançar os objetivos formulados nesta investigação, optou-se por trabalhar com um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esta pesquisa foi realizada com 48 enfermeiros da Atenção Básica de dois municípios localizados: um em Cajazeiras, no Estado da Paraíba que é de pequeno porte; e o outro em Maracanaú, no Ceará que é de médio porte, sendo 16 enfermeiros no primeiro município e 32 no segundo.

Foi adotado como critério de inclusão somente os enfermeiros que trabalhavam há mais de doze meses na unidade de saúde. Entende-se que esse período seja o mínimo necessário para que o

enfermeiro esteja familiarizado com a dinâmica da AB. Foram adotados como critérios de exclusão os enfermeiros que estivessem de férias, licença-saúde ou afastados.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta, tendo questões norteadoras. As entrevistas acontecerem entre março e outubro de 2015, em local reservado na própria Unidade Básica de Saúde (UBS).

Foi garantido o direito ao anonimato e à privacidade dos participantes. Estes foram identificados pelas letras Enf (Enfermeiro), dispostos em sequência de acordo com a ordem de realização das entrevistas, além das letras C (Cajazeiras) e M (Maracanaú) para as respectivas cidades (Enf01C a Enf48M).

As informações desse estudo foram analisadas por meio da Análise de Discurso (AD), compreendendo que esta possui respaldo para o entendimento dos sentidos interconectados ao tempo e ao espaço das práticas, mediado pelo discurso, pela história e seu contexto social, sendo o discurso visto ainda como espaço de compreensão entre língua, ideologia e sentido para aqueles que o profere (ORLANDI, 2013).

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, sob o parecer nº 965.879. O estudo respeitou a condição humana e cumpriu todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 466/2012.

Resultados

Em discursos parafrásticos, ou seja, processos pelos quais em todo dizer existe sempre algo que se repete, constituindo, assim, a matriz do sentido, percebe-se que a compreensão dos enfermeiros sobre a AB está alicerçada em elementos presentes nos documentos ministeriais, conforme é demonstrado a seguir:

*Para mim, ao meu ver a Atenção Básica, ela é a **porta de entrada**, certo? Para a saúde é aqui que a gente recebe todos os pacientes, que querem o primeiro olhar, primeira opinião, entendeu? O primeiro atendimento e a atenção básica ao meu ver ela tem uma importância assim/ muito grande. Eu gosto muito do vínculo, do profissional com o usuário e aqui na atenção básica a gente tem muito disso. A gente conhece cada pessoa, a gente conhece os nossos usuários e a atenção básica pra mim é isso, a porta de entrada pra, pra primeira conversa, pra o primeiro atendimento com o usuário. (Enf22M)*

*Pra mim, a Atenção Básica/ é exatamente a **porta de entrada** de todo serviço de saúde, né? [...] Então, assim, a Atenção Básica é quem primeiro conhece. E assim, eu acho que o mais importante ainda é a questão da prevenção e promoção. Então, você passa a conhecer as pessoas, né? Você passa a chamar pelo nome, assim como elas chegam... Deixa de ser, vamos dizer assim, um paciente tal e passa a ser seu Pedro, dona Maria, dona Cristina e cria vínculo. [...]*

*assim **a gente entra nas casas deles**, a gente vê tudo, a gente conhece tudo, então realmente a gente cria vínculo, né? Então, Atenção Básica é isso, é a **porta de entrada** de todo sistema de saúde. (Enf38M)*

Por sua vez, em outros discursos, é possível notar a contradição acerca do entendimento dos enfermeiros sobre as práticas desenvolvidas no cenário da AB, como será demonstrado a seguir:

*Atenção básica é uma estratégia para trabalhar com **prevenção e promoção** da saúde, né? Só que eu acho que, infelizmente, ela não funciona como deveria, porque as pessoas (usuários) estão “bitolados” a tomar só o remédio/ e fazer exame... elas não aceitam a prevenção, as orientações, muitas vezes dadas, eles não aceitam, eles gostam mesmo de dal, do medicamento. Essa é a coisa mais voltada mesmo a consultas da atenção terciária, essas coisas. Eles não veem uma Atenção Básica como ela realmente é, que seria só com a promoção da Saúde. (Enf15C)*

A Atenção Básica para mim, né? É a porta de entrada do cliente, do paciente pra... na verdade era pra ser o cuidado em si, só que aí a gente vê que aquele conceito antigo de

tratar a doença ainda existe, porque na verdade a saúde da família surgiu para ser mais a parte educativa, não a doença em si. Só que a gente não vê isso, né? Paciente vem mesmo só para pegar remédio, para se consultar, já quando tá com a doença em si. Então, eu vejo a Atenção Básica... que o **que era pra ser mesmo não existe, né? Que é a parte educativa em si, e a gente vê mais a parte curativa [...].** (Enf46M)*

Discussão

Uma das características observadas, nas formações discursivas dos enfermeiros, é AB ser a “**porta de entrada**” na rede de atenção à saúde. Essa expressão refere-se ao uso da AB como atendimento inicial procurado, por meio do qual as pessoas buscam atenção à saúde, excluindo as situações de urgência (MARIN; MORAVICK; MARCHIOLI, 2014).

Porta de entrada também pode receber a denominação de primeiro contato, que representa acesso (uma característica estrutural ou de capacidade de atenção) e utilização do serviço para cada nova necessidade de saúde (novos e antigos problemas, prevenção e recuperação). Destaca-se ainda que o serviço é porta de entrada quando a população e a equipe de saúde o notam como o primeiro recurso de saúde a ser procurado, em decorrência da facilidade do acesso com atendimento oportuno às demandas apresentadas (FAUSTO *et al.*, 2014).

Conforme o decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, a AB deve coordenar o acesso inicial do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que a caracteriza como porta de entrada preferencial (porém não a única, já que a atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto também são considerados como portas de entrada) com acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde, sendo completada na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011b).

Nota-se, dessa forma, que as diretrizes políticas presentes em diversos documentos ministeriais (BRASIL, 2006; 2011a; 2011b), enfatizando a AB como “porta de entrada” no sistema de saúde, reverbera no trabalho cotidiano e no discurso do enfermeiro nesse campo de atenção. Entretanto, observa-se, conforme abordado anteriormente, a menção nos discursos da AB ser a porta de entrada no sistema, mas não é a única, já que são inseridos outros dispositivos, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Ambulatorial Especializados, que possibilitam também o acesso na rede de atenção.

Nesse quesito, o sentido de “porta” não é barrar e limitar o atendimento, e sim responder aos problemas que ali aparecem de modo que haja a predominância do trabalho vivo, em ato, em que o profissional da saúde possa contar com elevado nível de liberdade e criatividade na realização dos cuidados em saúde, fortalecendo, assim, os aspectos relacionais do seu trabalho, tendo, portanto, mais possibilidade de conduzir as ações por meio da realização de vínculo com os usuários (MERHY; FRANCO, 2012). Essa ação também é observada de maneira parafrástica nos discursos dos enfermeiros.

O vínculo é um princípio essencial para a produção do cuidado entre o enfermeiro e a população, já que facilita a identificação de demandas de saúde do território, como também a possibilidade da construção de planos cuidados a partir da singularidade e multidimensionalidade dos sujeitos sob sua responsabilidade.

Assim, vínculo possui o sentido de algo que ata ou liga as pessoas, de maneira interdependente, apontado como elemento norteador da AB para o estabelecimento de laços de corresponsabilidade e compromissos entre os profissionais da saúde e usuários, facilitando, dessa forma, o acesso aos serviços de saúde (JORGE *et al.*, 2011; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Por meio de sua constituição, pode-se desenvolver relações de confiança e de empoderamento que transcendam a doença, além de ressignificar as práticas de cuidado, as quais passam a ser atra-

vessadas por afetos e subjetividades, o que proporciona um cuidado integral e de qualidade à população inserida no território adscrito (SILVA *et al.*, 2015).

Na atenção à saúde, é fundamental conhecer as características da população com a qual se atua e os determinantes do processo saúde, doença e cuidado, com a intenção de fixar uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade. Para um aprofundamento sobre as demandas da população é necessário o desenvolvimento de vínculo com a população adscrita, fomentando a troca de informações sobre a saúde individual, familiar e comunitária. Essa interação cria uma proximidade entre as partes, contribuindo para as ações que serão planejadas e executadas no processo de trabalho em saúde, com vistas a práticas humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (ADDUM *et al.*, 2011; BARBOSA; FORSTER, 2010; RADIGONDA *et al.*, 2010).

Entende-se, ainda, o vínculo como tecnologia leve por constituir o modo relacional de agir quando da produção de atos de saúde. Essa tecnologia leve em questão estabelecer relações tão próximas que incentivam a sensibilização e responsabilização dos profissionais para as necessidades de saúde dos outros, objetivando incentivar a autonomia dos usuários em projetos terapêuticos dentro uma dada possibilidade de intervenção nem impessoal, nem burocratizada, garantindo acessibilidade e resolubilidade (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013; MERHY; FRANCO, 2012).

Segundo os fundamentos e diretrizes, impressas na política nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde, o vínculo consiste no desenvolvimento de relações de afetividade e confiança entre o trabalhador da saúde e o usuário, viabilizando a consolidação do processo de corresponsabilização pela saúde, formado ao longo do tempo, além de carregar em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

Observa-se, ainda no *corpus* discursivo desse estudo, a paráfrase da AB atrelada às ações de prevenção e promoção, influenciadas pela proposta desse espaço de atenção que visa fomentar a alteração do modelo assistencial, de modo a alcançar os princípios ideológicos que fundamentam o SUS.

A própria Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, reforça esse nível de saúde como o responsável pela produção de ações em saúde, de maneira individual e coletiva, a partir de práticas ancoradas na promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2011a), elementos estes que influenciam as ações e discurso dos enfermeiros participantes dessa pesquisa.

Dessa forma, apresentando um descompasso com as discussões realizadas anteriormente, identifica-se nesses discursos uma polisssemia, ou seja, o deslocamento dos sentidos atrelados a ruptura no processo de significação, em que os participantes desta investigação apontam, conforme apresentado na ênfase do dizer “o que era pra ser mesmo não existe”, para práticas contraditórias, uma vez que, mesmo quando a filosofia de constituição da AB prega a realização de ações que possam valorizar as inúmeras necessidades de saúde que os sujeitos apresentam em suas diversas dimensões, como social, cultural e subjetiva, acabam a perpetuar atividades curativistas.

Essa relação no discurso entre o mesmo, o qual reforça a AB como porta de entrada, com práticas de promoção e prevenção a partir do vínculo, e o diferente, o qual demonstra que há ainda distanciamento entre o que é sugerido nos princípios e diretrizes que normatizam a AB e o que realmente acontece nesse campo de práticas, é contraditória, porém um processo não acontece sem o outro.

Além disso, no centro desse confronto entre paráfrase e polisssemia é que existe o sentido do dizer onde emerge os cuidados baseados fortemente pelo modelo biomédico.

Esse modelo biomédico foi fundado sobre a base mecanicista ou cartesianista, que visa o máximo de objetividade. O corpo passou, a partir desse modelo, a ser fragmentado e equiparado a

uma máquina, e a doença, a um mau funcionamento da parte considerada afetada dentro deste maquinário. A enfermidade, então, deu lugar à doença localizada, a medicina se restringiu a um olhar dividido apoiado por diagnósticos objetivos, não a observando como parte de uma totalidade envolvida por interligações e interdependências entre fenômenos sociais, biológicos, psicológicos e ambientais (CAPRA, 2010).

No cenário brasileiro, historicamente há a predominância do modelo biomédico nas práticas assistenciais. Esse modelo é alicerçado no pensamento unicausal do processo saúde e doença, impulsionado em meados do século XIX, em decorrência das descobertas da microbiologia e guiados pela elucidação biológica dos agentes etiológicos das doenças, com ações e serviços planejados na razão neoliberal de produção, e cujos atendimentos são fragmentados, prescritivos, reducionistas e predominantemente curativistas (FERTONANI *et al.*, 2015).

Para Campos (2010), a lógica desse modelo é fincada na padronização de técnicas a serem aplicadas da mesma maneira, em pessoas diferentes ao apresentarem a mesma doença. Essas alterações são identificadas por meio de um diagnóstico do problema a partir da procura por sinais e sintomas no corpo, e o tratamento segue com a utilização de medicamentos e procedimentos. Nesse sentido, as relações com os pacientes são autoritárias, focalizadas no saber científico e desconsiderando a realidade social vivida pelas pessoas e a subjetividade presente nas relações estabelecidas com outras pessoas e a própria doença.

Assim como os enfermeiros participantes desse estudo, diversas pesquisas realizadas com esses profissionais da AB no Brasil demonstram que estes percebem a importância das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, entretanto, suas ações permanecem atreladas ao modelo tradicional de assistência à saúde, na lógica biológica, médico-centrada, individual e curativistas, totalmente contraditórios aos princípios pregados por esse nível de

atenção e pelo SUS (GRAZIANO; EGRY, 2012; FERNANDES *et al.*, 2013; SCHIMITH; LIMA, 2009; SILVA; MOTTA; ZELTOUNE, 2010; ROECKER; MARCON, 2011).

Logo, o enfermeiro, quando direciona somente suas ações para o modelo tradicional, mesmo justificado pela necessidade imediatista da população como é observado pelos discursos, concorda-se que isso desvaloriza o real sentido do cuidado, que tem como objetivo garantir a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir, tendo como consequência o distanciamento dessa categoria da origem de suas práticas, bem como a dificuldade de perceber a sua identidade, tanto no campo de competências, quanto nos próprios cuidados de enfermagem (COLLIÉRE, 2012).

Nesse aspecto de ações fincadas no modelo biomédico, o enfermeiro torna a sua prática simplista, além de fomentar a criação de obstáculos na delimitação da sua identidade profissional, comprometendo também o valor social e o reconhecimento do seu trabalho (BORGES; SILVA, 2010).

Outro ponto que emerge é o interdiscurso, ou seja, o conjunto de já-ditos construídos historicamente e que sustentam todo o dizer atual dos enfermeiros que a AB é associada a prevenção e promoção, sendo, na verdade, uma visão restrita, já que esse nível de atenção também busca trabalhar, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2011a) com proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, almejando a realização de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos atores sociais e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Por conseguinte, esse cenário de práticas contraditórias do enfermeiro na AB proporciona reflexões sobre a possibilidade de inverter esse modo de atuação. As transformações no setor se efetuam a partir da mudança das práticas em saúde, ou melhor, a partir da transformação nos microprocessos do trabalho, com ênfase na utilização, em seu processo de trabalho, das tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2012).

Porém, a busca dessa reorientação do modelo de atenção não é resolvida somente incorporando novas perspectivas, informações, saberes e tecnologias. Mobilizar novos conhecimentos sobre a história de vida do usuário (dinâmica familiar, estrutura do território e do domicílio, rede social e aspectos psicossociais em geral), imergir com maior intensidade em seu contexto de vida (por meio das visitas domiciliares e equipamentos comunitários) e articular novas ações de cunho individual e coletivo (tais como grupos, atividades lúdicas, datas comemorativas e campanhas) pode agregar elementos fundamentais para a produção dos projetos terapêuticos. Entretanto, sem o alicerce das tecnologias das relações, do vínculo e da escuta, essa gama de ferramentas ampliada pode, apenas, reforçar e se manter operando em um território biomédico, prescritivo, hierárquico, disciplinador e higienista (FEUERWERKER, 2014).

Desta forma, compreende-se que esses tipos de tecnologias leves possibilitam a construção das relações no encontro entre o profissional da saúde e o usuário, que acontece em ato, por meio da interação e estabelecimento de confiança. Esse tipo de tecnologia é que possibilita o trabalhador se aproximar da singularidade de cada sujeito, suas reais necessidades e contexto de vida, enriquecendo a produção do plano terapêutico de cada sujeito e consequentemente a ruptura com as práticas tradicionais de assistência à saúde, já que possibilita reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidade, como também de sonhos, valores, saberes e potências, as quais precisam ser consideradas na construção do melhor plano de cuidados (MERHY *et al.*, 2014).

Além do que, o território de tecnologias leves, no qual ocorrem as práticas de saúde, possibilita a otimização do potencial criador do trabalho vivo, o qual não se encerra por sua captura pelo trabalho morto (instrumentos, medicamentos, protocolos), mas avança num movimento continuamente dinâmico e transformador. Nesse sentido, o trabalho em ato também possui outra característica própria, o autogoverno, isto é, a “certa autonomia” e possibilidade

de escolha em que o trabalhador conta com altos graus de liberdade, podendo estabelecer com o usuário uma relação mais produtiva, a partir de parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali existe o encontro de sujeitos que possuem juntos protagonismos na produção da saúde (MERHY; FRANCO, 2012).

Considerações Finais

Conforme discutido ao longo desse estudo, entende-se que a Atenção Básica (AB) é imprescindível para a reorientação do modelo de atenção à saúde, uma vez que a sua filosofia busca proporcionar espaços de produção de cuidados que valorizem a individualidade e multidimensionalidade dos atores sociais atendidos, necessitando, assim, de profissionais que exerçam as ações em saúde para além da prática tecnicista e biologicista.

Para os participantes desta investigação a AB é apresentada como porta de entrada no sistema de saúde para todas as necessidades, além de compartilhar com os demais níveis de atenção a responsabilidade pelo acesso, como também pelo cuidado longitudinal e integral.

Porém, para que a AB seja efetivamente considerada a porta preferencial de entrada nos serviços de saúde brasileira, deverá existir a articulação e complementaridade da rede de atenção com os demais serviços, para facilitar o acesso, qualificar o atendimento prestado e proporcionar resolubilidade às demandas apresentadas pela população.

Como observado, o espaço da AB proporciona a continuidade do cuidado e, conseqüentemente, a maior aproximação do enfermeiro com a população do seu território adscrito, viabilizando com isso a formação de vínculo entre esses atores sociais, o que pode funcionar como um canal no qual as necessidades de saúde são compreendidas a cada encontro, valorizando também a construção de sujeitos autônomos, em que o usuário é percebido na qualidade de sujeito que fala, deseja e julga.

Entretanto, é possível observar, a partir dos discursos, que ainda prevalece o modelo biomédico tradicional e hegemônico no cotidiano de práticas do enfermeiro na AB, expressas por ações prioritariamente curativistas, prescritivas, com ênfase na doença e sem a complementaridade das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente devido a população demandar por isso, na visão dos participantes desta pesquisa.

A persistência das práticas fundamentadas nesse modelo é justificada, de acordo com os enfermeiros desse estudo, em decorrência da demanda, uma vez que a população só recorre, predominantemente, ao sistema em busca de práticas curativistas, dificultando, na ótica destes profissionais, o desenvolvimento das ações de cunho preventivo e de promoção.

Em detrimento aos diversos modelos de atenção à saúde, no cenário da AB, acredita-se que pode haver a integração entre esses modelos, curativistas e de promoção e prevenção, com vistas a resolubilidade das necessidades apresentadas pela população, a partir de uma relação dialética e que possa existir um movimento instituinte na aceitação da “doença”, com possibilidade também de produção de cuidado.

Além disso, questiona-se também sobre a transferência de responsabilidade e culpabilização aos usuários, por parte dos enfermeiros, acerca das ações na AB serem centradas prioritariamente em ações curativistas, uma vez que esses profissionais revelam, com base nos sentidos do *corpus* discursivo, que as práticas de saúde são realizadas a partir das concepções manifestas e “exigidas” pela população do território de atuação, por remédios, prescrições e procedimentos, rejeitando, com isso, a responsabilidade que o próprio enfermeiro possui no desenvolvimentos dessas práticas.

Portanto, entende-se que a AB é marcada por um espaço ambivalente, já que a sua filosofia de constituição é baseada na realização de cuidados com foco na promoção, prevenção e valorização do sujeito no seu contexto social e cultural, porém, o que emerge nos discursos são práticas dicotomizadas, com foco nas tecnologias

duras, superestimadas tanto pela população que requisita uma solução imediatista e que não visualiza, como também desconhece ou rejeita outras opções de produção de cuidado, quanto pelos profissionais que acabam se acomodando numa “zona de conforto”, limitando novas possibilidades de cuidado.

Referências

ADDUM, F. M. *et al.* Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011.

BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e avaliação dos profissionais envolvidos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto. **Cad Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p. 424-33, 2010.

BORGES, M. S.; SILVA, H.C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 5, p. 823-829, 2010.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2337-44, 2010.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 29. ed. São Paulo: Cultrix, 2010. 452p.

COLLIÈRE, M. P. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 2012.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 13-33, 2014.

FERNANDES, M. C. *et al.* Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs.**, v.12, n. 2, p. 522-533, 2013.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 8 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 650-656, 2012.

JORGE, M.S.B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p.3051-3060, 2011.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 4, p. 514-522, 2013.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev Enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 629-636, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151-163, 2012.

MERHY, E. E. et al. Diálogos Pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum (UFRJ)**, v. 1, p. 155-178, 2014.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 11. ed. Campinas: Pontes, 2013.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 4, p. 815-22, 2014.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

REZENDE, M. *et al.* A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1403-1410, 2009.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia Saúde da Família. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 3, p.381-390, 2011.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. **Rev Enferm UERJ**, v. 7, n. 2, p. 252-256, 2009.

SILVA, M. R. F. S. *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 249-254, 2015.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev Electr Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010.

REDE SOCIAL FORMADA NO ATENDIMENTO À TUBERCULOSE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

*Ana Zaira da Silva
Lucilane Maria Sales da Silva
Helena Maria Scherlowski Leal David*

Introdução

A incidência da tuberculose (TB), doença caracterizada como negligenciada, ainda se apresenta como um problema de saúde pública no cenário mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), doenças negligenciadas são aquelas que possuem em comum várias condições, na qual a pobreza é a mais significativa delas. Atualmente, uma das principais medidas de atenção à TB é o acompanhamento dos casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na quais os profissionais realizam o monitoramento do tratamento e reabilitação desses pacientes.

Para que ocorra o acompanhamento adequado desses pacientes, faz-se necessário que haja entre os profissionais uma conexão recíproca no intuito de proporcionar um atendimento multidisciplinar e integral, a partir da formação de uma rede social que planeja e implementa o cuidado coletivamente.

O termo rede tem várias definições, dentre elas considera-se, para o estudo da tuberculose, aquela definida por Marteleto (2001) a qual caracteriza-se pela constituição de um sistema de nodos e elos; estruturas sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se assemelha a uma árvore, assim, representando um conjunto de participantes unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados.

Esse referencial de rede social possibilita uma visão das relações informais e os elos existentes além da hierarquia, carac-

terizando uma forma de organização humana nos mais diferentes níveis das instituições modernas. Desse modo, através das redes sociais, é possível o planejamento de metas e o alcance de resultados múltiplos, que satisfaçam os anseios e/ou necessidades de saúde de diversos sujeitos, especialmente quando estes estão em situações de vulnerabilidade, como é o caso das pessoas que convivem com a TB (COSTA *et al.*, 2016).

Assim, compreende-se que o atendimento às pessoas com tuberculose envolve uma rede social ampla e demasiado complexa, que por sua vez envolve diversos sujeitos em sua estrutura organizacional a fim de obter resultados mais satisfatórios. Considerando, pois, a importância da rede social no manejo dos sujeitos com TB, buscou-se, a partir desse referencial, compreender a percepção dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com tuberculose acerca do atendimento realizado a partir da atenção primária em um município da região metropolitana de Fortaleza-CE.

Método

Para atender aos objetivos traçados optou-se por uma abordagem mista de investigação. O estudo foi realizado no município de Maracanaú-CE, componente da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, no período de junho a julho de 2016. Participaram da pesquisa três enfermeiros, dois médicos, três técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, sendo estes selecionados a partir do critério de inclusão que versava sobre ser membro de alguma Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atuar nas equipes no período mínimo de seis meses.

O total de participantes do estudo foi de 18 profissionais. Dentre estes, 11 participaram da primeira etapa, com a realização da pergunta norteadora, e sete fizeram parte da segunda etapa da coleta de dados, com a realização da entrevista semi-estruturada. A rede formada foi constituída de um total de 27 profissionais.

Primeiramente foram identificados os principais profissionais/atores no atendimento ao paciente com TB, a partir da pergunta norteadora: Cite os três principais profissionais que você aciona no atendimento ao paciente com tuberculose? Posteriormente, utilizou-se como referencial teórico a análise das redes sociais com enfoque sociocêntrico, pois se propôs ao estudo dos elos existentes entre os diversos profissionais envolvidos no atendimento aos casos de tuberculose no contexto da ESF.

O *software* UCINET(C) foi utilizado para o mapeamento da rede social e sua extensão de representação gráfica, NETDRAW(C), possibilitou uma modelagem estatística, de acordo com as variáveis obtidas. O UCINET(C) oferece recursos para métodos descritivos e visuais que permitem a constatação de grupos coesos (cliques) e regiões (componentes, cores), para análises de centralidade, de redes a partir dos nós, dentre outras categorizações (BORGATTI *et al.*, 2016).

A partir da rede social formada, utilizou-se como critério de seleção dos atores para a realização da entrevista semi-estrutura aqueles que possuíam o maior grau de centralidade. O grau de centralidade do ator representa o número de conexões que ele apresenta, logo, quanto mais conexões, maior centralidade esse ator apresenta na rede (RECUERO, 2014).

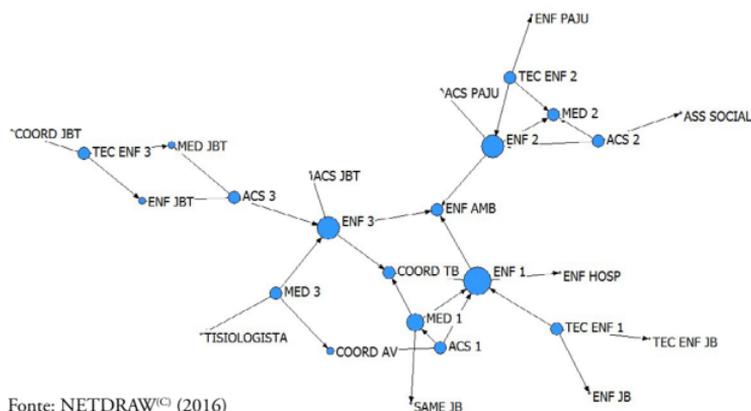
Trabalhar com base na Análise de Conteúdo proporcionou um aprofundamento acerca das percepções dos profissionais com maior grau de centralidade envolvidos no atendimento do paciente com tuberculose no cenário das ESF.

A pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e obteve aprovação com número de parecer 1.601.030.

Resultados

A partir das citações realizados pelos profissionais atuantes na atenção primária, foi possível representar a rede social formada através da utilização do software UCINET(C) fornecendo a o mapeamento da rede social e sua extensão de representação gráfica, NETDRAW(C), possibilitou uma modelagem estatística.

Figura 1 - Representação da rede social considerando o grau de centralidade dos atores.



Na figura 1, o grau de centralidade de algumas categorias, representada pelas ligações existentes entre os indivíduos e o grau de entrada demonstram o número de vezes as quais esses profissionais foram citados.

Quadro 1 - Amostra para realização da entrevista semiestruturada.

Profissional	Grau de centralidade
ENF 1	0.73
ENF 2	0.49
MED 2	0.49
COORD. TB	0.49
ENE. AMB	0.41
COORD. AVISA	0.24
ACS JBT	0.16

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

O quadro 1 demonstra os graus de centralidade utilizados para determinar a amostra para a realização da segunda etapa do estudo. Os profissionais selecionados para a segunda fase do estudo responderam a um roteiro composto por nove questionamentos referentes ao atendimento dos pacientes com tuberculose no município.

Dentre os participantes, 77,7% foi do sexo feminino (14), com idade média de 36,4 anos. Em relação ao exercício profissional, a média de atuação na área da saúde foi de dez anos, com atuação na atenção básica de sete anos. No que se refere ao nível educacional, 55,5% (10) não possui pós-graduação. Em relação ao vínculo profissional com o município, 50 % (9) são contratados pelo município com regime temporário. Dos profissionais envolvidos, 61,1% (11) não possuem outro vínculo profissional.

A partir das entrevistas pode-se formar quatro categorias temáticas que envolviam o atendimento à TB: Panorama das ações de cuidado ao paciente com TB; Configuração da gerência do atendimento; Perfil sociodemográfico da doença no município e percepção do profissional do paciente com tuberculose.

Panorama das ações de cuidado ao paciente com tuberculose

Nessa categoria foram contabilizadas 109 unidades de registro (UR). Essa categoria se relaciona aos aspectos ligados diretamente as questões assistenciais durante acompanhamento ao paciente com TB, dessa maneira definindo o panorama no qual ocorre o atendimento deste. Destaca-se o fluxo que o indivíduo percorre na rede de atenção à saúde. Assim, pôde-se perceber como ocorre o acompanhamento e identificar falhas existentes na rede formada.

Primeiramente o paciente tá com algum sintoma, tosse há mais de duas semanas, febre vespertina, ele vem pra porta de entrada, ou posto de saúde ou hospital. (ENFA 1)

Nesse cenário, são desenvolvidos programas e ações que atuam de forma a prevenir e tratar algumas doenças que sejam provenientes de sua comunidade adscrita, caracterizando as doenças sensíveis a atenção primária (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2015).

No município onde o estudo foi realizado, a incidência da tuberculose é ainda alta, no ano de 2015 foram notificados 3.887 casos segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). Assim, apesar dos profissionais reconhecerem a importância das ações no atendimento na atenção primária, o município ainda é foco da doença.

Outro aspecto destacado nessa categoria foram os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, envolvendo os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no acompanhamento.

O Agente Comunitário de Saúde identifica, ai ele (paciente) é referenciado pra enfermeira para fazer uma avaliação individual ou multiprofissional com o médico, pra fazer a notificação e identificar o caso e solicitar o tratamento, o último seria o médico. (COORD. AVISA)

Nas falas dos profissionais, pode-se perceber uma diferenciação no que se diz respeito à identificação dos pacientes com suspeita de tuberculose. A visão dos gestores é direcionada a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como o primeiro profissional a identificar os casos suspeitos da doença. Segundo Souza, Sá, Silva e Palha (2014), o ACS tem destaque na atuação no acompanhamento da TB, pois reside e trabalha no mesmo território dos usuários, compartilhando a prática organizativa e cultural da comunidade.

Já os profissionais envolvidos diretamente no atendimento desse paciente percebem o enfermeiro como principal porta de entrada. Podemos identificar a partir das falas a seguir:

Então geralmente os pacientes de TB vão ter o enfermeiro como referência para o tratamento dele. (ENFA 2)

Geralmente a porta de entrada no posto é o enfermeiro. (ENFA 1)

Essa percepção apresenta-se em outro estudo que destacou uma deficiência na realização de uma busca ativa dos indivíduos sintomáticos, função de destaque do ACS, assim, apontando uma falha no envolvimento desses profissionais com esta atividade (CUNHA *et al.*, 2014).

Além disso, o papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações voltadas para o paciente com tuberculose, não se limita as ações de cunho biológico, principalmente por reconhecerem que este está envolvido em um contexto mais complexo, em situações de vulnerabilidade social. O enfermeiro demonstrava uma preocupação com os riscos que poderia agravar a doença e prejudicar o tratamento dessas pessoas, como o uso de drogas, abandono pela família ou ausência de recursos para uma boa alimentação (CAVALCANTE; SILVA, 2016).

Diante disso, destaca-se a importância de uma maior sincronia entre a percepção dos gerentes e os profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente com tuberculose para que ambos detenham um conhecimento sobre o panorama da tuberculose no município e dessa maneira as políticas possam ser direcionadas a realidade existente.

A importância do envolvimento nas ações de gerenciamento, assistenciais e de supervisão fica evidente para o manejo da tuberculose e até mesmo para o adequado preenchimento e utilização dos sistemas de monitoramento e registros, com o intuito de uma integração das ações e dos serviços entre os diferentes níveis de cuidado (BRUNELLO *et al.*, 2015).

Em relação as dificuldades existentes para o acompanhamento desse paciente, os profissionais não relataram quaisquer dificuldades estruturais do município que comprometam o atendimento.

Então, assim, a gente tem um atendimento bem priorizado, entendeu?! (ENFA 1)

Aqui os exames, a gente não tem dificuldades. Radiologia daqui, paciente que é daqui que precisa fazer raio x pra ele não ficar muito tempo lá. (ENFA AMB)

O município onde foi realizado o estudo é caracterizado como prioridade do atendimento da tuberculose. Isso se deve aos altos índices de morbidade apresentados ao longo dos anos. Porém, vale destacar que há a possibilidade de relação entre o tipo de vínculo existente para contratação dos profissionais, pois a grande maioria é contratada de maneira temporária, caracterizando uma instabilidade no exercício da profissão. Esse tipo de vínculo caracteriza uma precarização do trabalho, gerando uma instabilidade para o profissional que muitas vezes, reflete na qualidade do atendimento à saúde, devido à instabilidade do vínculo profissional usuário.

Tal realidade está presente em outros municípios, segundo o estudo realizado por Eberhardt, e Carvalho, Murofuse (2015), a grande maioria dos vínculos profissionais existentes no Paraná caracterizavam essa precarização do exercício profissional, mesmo após o direcionamento de ações desenvolvidas pelo governo federal para combatê-la. Na segunda metade da década de 1990, o Programa de Saúde da Família caracterizou-se como a principal entrada de profissionais de saúde por meio de contratos precarizados (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Configuração da gerência do atendimento

A segunda categoria identificada é composta por 89 UR. As falas caracterizam às ações desenvolvidas pela gerência do programa de tuberculose e os direcionamentos realizados aos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente com TB. Podem-se perceber as ações realizadas pela gerência envolvida no manejo da tuberculose no município.

Eu vejo que aqui tem um empenho maior tanto no diagnóstico como no tratamento, eles (gestores) se empenham bastante. (MED 2)

Talvez a minha equipe me tenha como um apoio, até mesmo na dúvida não sabe como proceder, vai realmente buscar ajuda na minha pessoa enquanto gerente. (COORD. AVISA)

Eu acho que o município de Maracanaú dá muita assistência ao paciente com tuberculose. (ENFA 2)

As falas dos profissionais refletem uma relação de apoio existente entre os gestores responsáveis pelo acompanhamento da tuberculose no município. Para Baldan, Ferraudo e Andrade (2016), a priorização desse apoio entre os envolvidos no acompanhamento da tuberculose é imprescindível para o planejamento das ações, assim contribuindo para um efetivo controle da transmissão da TB e maior adesão ao tratamento.

Assim, ações dos gestores devem ser direcionadas ao envolvimento do quadrilátero: formação, gestão e controle social, isso representa um forte dispositivo, capaz de aproximar todos os atores envolvidos, otimizando as discussões fundamentadas no programa específico a fim de implementar estratégias para o efetivo controle, considerando principalmente o usuário como ator principal (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Porém, os profissionais relataram o desejo por mais incentivos à realização de um cuidado mais próximos da comunidade, com destaque para a realização de atividades educativas e acompanhamento de familiares, necessitando de um maior apoio gerencial para atuação nessa perspectiva.

Eu acho que com mais informações, campanhas educacionais. (MED 2)

Às vezes a gente precisa se dispor mais de visita domiciliar e às vezes a gente não tem tempo só pra essa família. (ENFA 1)

E aí a gente está mantendo sempre eles (profissionais) em treinamento. (COORD. TB)

Uma das necessidades apontadas pelos profissionais foi a realização de estratégias educativas, tanto direcionadas aos pacientes como aos profissionais envolvidos no cuidado. O enfermeiro é um dos atores de destaque em relação à sua atuação na educação em saúde. O compromisso profissional da enfermagem em adquirir

conhecimento a respeito da tuberculose possibilitava um enriquecimento técnico e a habilidade de capacitar e integrar os demais profissionais e usuários (CAVALCANTE; SILVA, 2016). Essa questão referente a TB, a educação, capacitação é uma ferramenta fundamental na atuação dos profissionais da ESF, principalmente no que se refere às iniciativas de controle, pois a limitação de conhecimento dos envolvidos no processo de cuidar pode resultar no atraso do diagnóstico e início do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Percepção dos profissionais sobre o perfil dos pacientes e do município de estudo

Nessa categoria foram elencadas 63 UR (23,3%), as quais se referem às características do município em relação ao atendimento da tuberculose e o perfil dos indivíduos atendidos no município. Nessa categoria foi identificada nas falas dos profissionais a visão que estes possuem sobre os pacientes em acompanhamento e às características do município em relação ao atendimento da tuberculose.

Porque meu paciente é muito complicado... (ACS JBT)

Às vezes é até, ele acha que é parte dele essa tosse...ou algum sintoma que acaba se acostumando... entendeu? (COORD. AVISA)

Talvez a nossa maior dificuldade seja a questão da própria adesão, da família entender a importância dele tomar direitinho a medicação, entendeu? Talvez seja isso... (COORD. AVISA)

Já na outra equipe eu tenho dificuldade com um paciente de 60 e poucos anos ele não tá querendo aderir ao tratamento, psicólogo já entrou, assistente social. (ENFA 1)

Com as falas, os profissionais direcionam as dificuldades no acompanhamento aos próprios pacientes, caracterizando uma culpabilização destes. O acesso ao tratamento envolve principalmente a decisão do usuário na adesão, não apenas à entrada na rede de saúde, isso muitas vezes influenciada pela deficiência no conheci-

mento sobre a doença e os mecanismos de transmissão, ou mesmo, pelo medo do diagnóstico (NEVES *et al.*, 2016).

A tendência dos profissionais de saúde em direcionar a responsabilidade de sucesso ou fracasso na realização do tratamento ou abandono deste ao doente deve ser constantemente reavaliada, observando seus resultados, percebendo suas fortalezas e dificuldades existentes no serviço, buscando sensibilizar todos os envolvidos (BALDAN; FERRAUDO; ANDRADE, 2016).

Diante disso, há a necessidade de compreensão sobre a questão da vulnerabilidade para a compreensão da problemática da tuberculose, assim, representando um auxílio no enfrentamento da doença, possibilitando uma redução na sua incidência e uma maior possibilidade de elaborar estratégias para o acompanhamento do tratamento (MAFFACCIOLLI *et al.*, 2015).

Outro aspecto de destaque nessa categoria foi a percepção dos profissionais acerca do cenário municipal em relação à TB. Nesse aspecto, foram relatadas as condições do município percebidas pelos profissionais que influenciam no acompanhamento dos pacientes com tuberculose.

Mas eles (pacientes) chegam aqui: olha não quero fazer o tratamento lá no posto, porque não tem médico, nem enfermeira, nem agente de saúde. (ENFA AMB)

Você tá recebendo a vida do paciente, a questão da vivência dele, como ele se comporta, quais as dificuldades, a questão social está totalmente atrelada ao paciente com TB. (COORD. TB)

O meu maior dificultador é a questão mesmo da raiz da questão social do paciente. (COORD. TB)

A partir das falas, pode-se perceber pelo relato dos profissionais que as condições sociais influenciam diretamente na realização do tratamento. As atividades na área da saúde não se caracterizam por uma similaridade de seus resultados, logo, fatores sociais, econômicos e políticos devem ser considerados, pois influenciam no

processo participativo e podem interferir de maneira positiva ou negativa no processo de cuidar (BISPO; MARTINS, 2014).

Não adianta fazer a mesma receita de bolo pro paciente.
(COORD. TB)

Nessa fala, a gestora do programa de tuberculose reconhece a necessidade de um direcionamento das ações de acordo com as necessidades locais, não se padronizando completamente o atendimento do paciente com TB. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a Incidência da Pobreza é de 55,53% no município estudado.

Cavalcante e Silva (2013) corroboram com essa percepção dos profissionais no que se refere a situação socioeconômica que predomina nos pacientes, a renda insuficiente para a sobrevivência, o acesso aos serviços de saúde, o abandono por parte dos familiares, as necessidades sociais não atendidas pelas políticas públicas, à dificuldade na implementação resolutive da política de atenção à saúde do idoso, dentre outras.

Panorama de ações no acompanhamento da tuberculose

A quarta categoria formada é composta por 14 UR (5,2%) abordando a temática referente as instituições, a estrutura e as parcerias realizadas pelo município para atendimento dos pacientes com tuberculose. A partir das falas pode-se perceber a articulação dos atores envolvidos para a resolução das necessidades apresentadas pelos pacientes.

Entendeu...é só o tempo de chegar a notificação na CAF e eles dispensarem a notificação pra mim. (COORD. AVISA)

O município de Maracanaú, como é prioritário, nós participamos do comitê, todo mês nos reunimos, todo mês tem reunião dos municípios que são convidados, tipo Hospital de Messejana, todos os municípios prioritários do estado do Ceará estão lá. (COORD. TB)

Para Martins, Artman e Rivera (2012), a constituição de novos arranjos institucionais busca a maximização dos recursos disponíveis e uma maior integração entre as competências e os conhecimentos envolvendo atores e organizações. Assim, nas falas fica evidente a comunicação direta entre os profissionais e outros setores, como a central de abastecimento farmacêutico, para que dessa maneira se possa agilizar o início do tratamento do paciente com TB.

A estrutura oferecida pelo município possibilitando uma flexibilidade de comunicação e acesso aos serviços envolvidos no atendimento da tuberculose promove um atendimento mais eficiente e eficaz com foco na solução das necessidades dos usuários. Outro aspecto em relação às parcerias formadas é o incentivo municipal à participação dos profissionais nas reuniões do Comitê Estadual da Tuberculose, percebendo-se o benefício nas falas desses.

No Brasil, as relações relevantes para a participação social devem envolver gestores, usuários e trabalhadores do SUS, além de pesquisadores em espaços de negociação e deliberação, assim, a reunião de pessoas em prol de ações coletivas, objetivando controlar doenças e promover a saúde da comunidade pode se configurar em um instrumento de negociação, deliberação e comunicação, como um comitê (BULGARELLI; VILLA; PINTO, 2013).

Outro aspecto do acompanhamento da doença no município é a política de incentivo direcionado para adesão ao tratamento.

Por que querendo ou não ele fazia o tratamento porque se ele fizer o tratamento ele sabe que vai á a cesta básica durante todo o tratamento prescrito, isso seria um estímulo. (COORD. AVISA)

Muitas vezes são facas de dois gumes, você atrela isso, ah não vou fazer o TDO porque não tenho isso. (COORD. TB)

E antes pro paciente, é engraçado, pro paciente é pra ele receber a cesta básica dele, que já é um incentivo... (ACS JBT)

A cesta básica é o foco das falas dos profissionais como facilitador para a realização do tratamento, pois se destaca o contexto

social, discutido anteriormente, no qual estão inseridos os pacientes com tuberculose. A importância de uma política de incentivo foi considerada e confirmada por Orfão, *et al.* (2015) em seu estudo no qual selecionou as seguintes variáveis que influenciavam na organização da assistência da TB: unidade que iniciou e realiza o tratamento da TB, quantas vezes e onde retira o medicamento da TB, pessoa que observa a ingestão do mesmo, quantas vezes observam e em que horário; horário de preferência do doente para a ingestão do medicamento e incentivos que recebe do programa de TB.

Ferreira, Calliari e Figueiredo (2015) identificaram em seu estudo que os profissionais de saúde percebem o vínculo com os pacientes é fundamental para a realização do tratamento, realizando estratégias para manter os pacientes sob supervisão como: flexibilidade nos horários para supervisão da medicação e/ou a oferta de incentivos.

Assim, na percepção dos profissionais, o investimento em incentivos em prol da realização de um acompanhamento e onde se considera os vários aspectos envolvidos no tratamento do paciente com Tb, contextualizando o usuário no seu âmbito social, cultural e financeiro é uma maneira de otimizar a realização do cuidado em saúde.

Conclusão

A representação da rede social e o grau de centralidade obtido após análise dos dados possibilitou um direcionamento para aprofundar os mecanismos envolvidos nas relações entre os atores. Dessa maneira, a utilização de um *software* para a obtenção desses dados foi de grande importância na identificação dos profissionais mais acionados no cuidado ao paciente com tuberculose.

A partir das falas, pode-se perceber, em relação ao panorama municipal de atendimento à tuberculose, uma satisfação dos profissionais no que se refere ao suporte oferecido, vale destacar que o

município do estudo é caracterizado como prioritário no atendimento da doença. Porém, destacou-se a necessidade de investimentos na política de incentivo ao tratamento da doença, considerando o contexto econômico e social característico da população afetada pela doença.

Além disso, há, por parte dos profissionais de saúde, uma responsabilização dos pacientes acometidos pela tuberculose ao insucesso do tratamento. Porém, há de se considerar o contexto de vulnerabilidade no qual esses indivíduos estão inseridos, a disponibilidade para uma alimentação adequada, o estigma da doença, as reações adversas geradas pela medicação, as condições sociais que influenciam diretamente nessa resposta ao tratamento. Logo, cabe aos profissionais e gestores atuarem buscando medidas de sensibilização e empoderamento desses indivíduos para a realização do autocuidado.

Assim, conclui-se que o estudo forneceu importantes considerações em relação ao acompanhamento do paciente com tuberculose no Sistema Único de Saúde, possibilitando aos profissionais responsáveis pela assistência direta e aos gerentes informações sobre as fragilidades existentes, para que, dessa maneira, direcionem suas ações de maneira estratégica atendendo as necessidades da população acometida pela tuberculose.

Referências

BALDAN, S. S.; FERRAUDO, A. S.; ANDRADE, M. A eficácia da Estratégia Saúde da Família e do Tratamento Diretamente Observado no controle da Tuberculose. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 4, p. 169-174, 2016.

BISPO, J. P. J.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 440-451, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. **Casos confirmados segundo Ano Diagnóstico Período: 2015-2016**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tuberccce.def>. Acesso em: 17 nov. 2016.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36 n. spe, p. 62-69, 2015.

BULGARELLI, A. F.; VILLA, T. C. S.; PINTO, I. C. Organização social e controle da tuberculose: a experiência de um município brasileiro. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1039-1048, 2013.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CAVALCANTE, E. F. O.; SILVA, D. M. G. V. O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. *Texto Contexto Enferm.*, v. 25, n. 3, e.3930015, 2016.

CAVALCANTE, E. F. O.; SILVA, D. M. G. V. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev Rene**, v. 14, n. 4, p. 720-729, 2013.

CUNHA, N.V. *et al.* Structure, organization and working processes within tuberculosis control in municipalities in the state of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 251-563, 2015.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

FERREIRA, R. C. Z.; CALLIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Concepções de enfermeiros sobre o tratamento supervisionado da tuberculose no Brasil. **RIASE**, v. 1, n. 2, p. 219-232, 2015.

LANDIM, F. L. P. *et al.* Análise das Redes Interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 828-837, 2010.

MAFFACCIOLLI, R. *et al.* A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. esp., p. 247-53, 2015.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci Inf.**, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MARTINS, W. J.; ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Rev Saúde Pública**, v.46, supl, p.51-8, 2012.

NEVES, R. R.; FERRO, P. S.; NOGUEIRA, L. M. V.; RODRIGUES, I. L. A. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. *J. Res.: Fundam. Care*, v. 8, n. 4, p. 5143-549, 2016.

OLIVEIRA, R. C. C. *et al.* Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao tratamento diretamente observado da tuberculose. **Texto contexto - enferm.**, v. 25, n. 2, e3210015, 2016.

ORFÃO, N. H. *et al.* Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.4, p.1453-1461, 2015.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Perfil das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 1008-1017, 2015.

RECUERO, R. Contribuições da Análise de Redes Sociais para o estudo das redes sociais na Internet: o caso da hashtag #Tamojuntodilma e #Ca-laabocaDilma. **Revista Fronteiras – estudos midiáticos**, v. 16, n. 2, p. 60-77, 2014.

SOUZA, J. *et al.* Structure of the Social Support Network of Patients with Severe and Persistent Psychiatric Disorders in Follow-Ups to Primary Health Care. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 30, n. 1, p. 70-76 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases**. Geneva: WHO, 2010.

(IN)SATISFAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL NO TRABALHO EM SAÚDE DE GESTORES DE ENFERMAGEM

*Lucilane Maria Sales da Silva
Hanna Hellem Matos Dourado
Gabrielle Lemos Oliveira Rodrigues
Maria Verônica Sales da Silva
Maria Socorro de Araújo Dias
Maria da Conceição Coelho Brito*

Introdução

O sistema de saúde brasileiro configura-se em uma dinâmica que deveria acompanhar os anseios tanto de usuários, quanto de trabalhadores. Foi instituído em 1988, na Constituição Federativa Brasileira, a chamada Constituição Cidadã. Esse sistema, conforme sua legislação, garante a inclusão, universalidade, equidade, hierarquia de níveis de atenção de forma gratuita e de qualidade aos usuários. Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se a maior política de inclusão social do Brasil ao instituir a cidadania sanitária, na qual todos têm direitos à saúde (MENDES, 2013).

O SUS está composto de uma ampla rede, constituído de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), outras atividades ambulatoriais e hospitais. Todos esses serviços são guiados por uma organização político-administrativa complexa que cria elos entre unidades em seus diferentes níveis de atenção, garantindo maior abrangência no acesso aos serviços e inovando em uma gestão colaborativa proporcionando no aumento da participação popular (SILVA, 2011).

Em todos os níveis do atendimento em saúde são necessários profissionais gestores. A estes cabe organizar e executar em cada território, respeitando as peculiaridades inerentes a cada um, siste-

mas e ações coerentes com os pressupostos estabelecidos para a regulamentação do sistema de saúde (ANDRADE; NARVAI, 2013).

É incumbência do gestor do SUS atuar em uma perspectiva que assegure a construção de um modelo de atenção à saúde que busque responder aos desafios da gestão atual e as necessidades de saúde de população pela qual assume responsabilidade.

A gestão pública da saúde, no contexto da descentralização, caracteriza-se pelo exercício das funções gestoras, assumidas por quem está na gerência, em cargos técnicos e em cargos assistenciais. Portanto, é complexo pelo exercício da gestão não ocorrer de forma isolada, processando-se entre os ocupantes das diferentes funções gestoras, esferas de governo e entre entes governamentais e não governamentais, que devem buscar uma forma de gerir compartilhada e exigir o funcionamento dos espaços de representação e negociação dos interesses da sociedade (SOUZA; MELO, 2009).

Para isso, a busca pelas melhores práticas administrativas percorreu diversos caminhos e seguiu diversas linhas de pensamento, mas ainda não existe um consenso sobre qual a maneira correta de se administrar uma organização e nem se tal maneira realmente existe. Analisando em um aspecto macro, políticas, estratégias e visões administrativas devem ser consideradas, e em um aspecto micro, as funções de funcionários, gestores e executivos. Daí paradoxos surgem: flexibilidade versus rigidez; tamanho versus agilidade; liberdade (criativa) versus pressão (eficiente); reação versus ação, dentre tantos outros (MACHADO, 2012).

A enfermagem é umas das categorias de destaque no campo da gestão, pois cada vez mais vem ocupando cargos de direção e coordenação, sendo, desta forma, corresponsável pela gestão do SUS, entretanto, exige dessas habilidades e poder político (SILVA *et al.*, 2013).

Nessa seara, um conceito importante deve ser explorado: o de liderança. Definida como a capacidade de influenciar um grupo, com o intuito de atingir objetivos em comum, trata-se de uma ca-

racterística indispensável ao enfermeiro gestor, uma vez que para sua competência profissional reconhece-se a liderança como um atributo essencial para o sucesso de sua atuação (SILVA; CAMELO, 2013).

O Ceará organiza sua regionalização de saúde em 22 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), com 21 profissionais atuando como coordenadores (BRASIL, 2014). Destes, 14 são enfermeiros, 03 farmacêuticos, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Tecnólogo em Saneamento Ambiental, 01 Assistente Social e 01 Economista Doméstica. Além disso, muitos enfermeiros também ocupam cargos de gestão em diversos setores destas coordenadorias, como: Atenção à Saúde; Controle, Avaliação, Auditoria; Vigilância Epidemiológica, entre outros.

Portanto, avaliar a (in)satisfação e o comprometimento organizacional dos enfermeiros que atuam na gestão é imprescindível para uma análise mais geral sobre o processo de trabalho desse profissional e para sinalizar à instituição pontos que merecem atenção na relação entre chefias imediatas, instituição e ambiente organizacional. Isso se fundamenta na premissa de que um trabalho que proporciona ambiente de motivação para os empregados, apresenta maior e melhor produtividade em suas atividades (PIRES; CARVELO; SILVA, 2015).

A relevância desse estudo recai na perspectiva da visibilidade do processo de trabalho de enfermeiros que ocupam cargos de gestão, direcionado para (in)satisfação e comprometimento organizacional desses profissionais. A opção por um modelo teórico vinculado à auditoria do sistema humano apresenta subsídios, tais como: relação com companheiros, possibilidade de crescimento na empresa, estabilidade, benefícios sociais recebidos, condições físicas, sentimento pessoal de fazer parte da empresa e de permanência nesta.

Esse estudo objetiva, portanto, avaliar a (in)satisfação e o comprometimento organizacional dos enfermeiros que atuam na gestão das CRES do Ceará, orientado pelo modelo de Auditoria de Sistemas Humanos desenvolvido por Quijano e Navarro (1999).

Metodologia

Estudo de natureza qualitativa, realizado nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) do Ceará que compõem a Macrorregião de Fortaleza (capital do estado), a saber: Fortaleza (1ª CRES), Caucaia (2ª), Maracanaú (3ª), Baturité (4ª), Itapipoca (6ª), Russas (9ª) e Cascavel (22ª) (BRASIL, 2014).

Os participantes do estudo foram 26 enfermeiros atuantes em cargos de gestão nos diversos setores das CRES, selecionados mediante adoção dos critérios de inclusão: atuar em cargos de gestão há no mínimo 06 meses e estar disposto a contribuir voluntariamente com o estudo. Como critério de exclusão: estar afastado por licença ou outro motivo durante a coleta de dados.

O instrumento utilizado para coleta dos dados foi um questionário elaborado a partir do modelo de Auditoria de Sistemas Humanos – ASH. O questionário, desenvolvido por Quijano e Navarro (1999), era composto por questões abertas que versavam sobre a satisfação e o comprometimento organizacional.

De acordo com Oliveira (2004), o referido modelo avalia a organização, a partir dos aspectos do ambiente onde está inserida, bem como dos seus aspectos estratégicos, do desenho organizacional (tecnologia, estrutura e modelo de gestão de pessoas) e de seus processos psicológicos e psicossociais dos indivíduos envolvidos na organização. Procura compreender como administrar pessoas e com pessoas. Em síntese, o autor afirma ser necessário avaliar como a qualidade dos recursos humanos contribui para o alcance da efetividade organizacional.

Após a coleta, procedeu-se a análise descritiva dos dados orientada pela análise categorial de Minayo (2007). O texto foi re-cortado em unidades de registro (palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos) tidos como relevantes na fase de pré-análise. Posteriormente, selecionaram-se as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos. E, finalmente, foi realizada a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema em estudo.

Os resultados foram organizados em duas categorias: satisfação no ambiente de trabalho e insatisfação no desenvolvimento das atividades profissionais. Aquelas submeteram-se a análise interpretativa por meio de seus dados e discutidas com base na literatura pertinente ao objeto em estudo.

Os aspectos éticos e legais relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Resultados

Os resultados do estudo abordam situações e sentimentos que representam a (in)satisfação dos enfermeiros gestores em relação ao trabalho realizado no âmbito da gestão do SUS. Assim, os achados foram organizados em categorias de análise: “Aspectos envolvidos na satisfação profissional” e “Motivos inerentes à insatisfação profissional”.

Aspectos envolvidos na satisfação profissional

Foi identificado que o desenvolvimento de vínculos amigáveis e respeitosos entre os profissionais favorece o ambiente de trabalho, conforme pode ser evidenciado nas falas apresentadas:

Atualmente me sinto satisfeita com os meus companheiros de trabalho, mas apesar de pouco tempo que os conheço já é possível vivenciar e interagir com as relações de trabalho respeitadas. (G1)

A equipe da regional trabalha em conjunto, cada um respeita sua área técnica. (G5)

O respeito deve ser mútuo e você deve se manter para evitar atritos. (G14)

Existe um sentimento coletivo de respeito mútuo entre os profissionais. (G21)

Procuo não invadir a privacidade dele e nem que invadam a minha, mantendo postura profissional, este comportamento associado ao fato de não comentar fofocas, evita atritos nas relações. (G22)

Contudo, apesar do vínculo ser mencionado como algo que otimiza o processo de trabalho do enfermeiro gestor, também foi referida dificuldade em desenvolver e manter os vínculos profissionais:

Algumas tentativas de fortalecimento do vínculo foram feitas, sem êxito. Restrito profissional. (G10)

O crescimento pessoal e profissional propiciado pelo empregador é fonte de satisfação na medida em que o exercício gerencial representa para eles um desafio, cuja superação exige e proporciona mais conhecimento tanto de si mesmos, quanto da instituição a que pertencem.

O estado oferece muitas possibilidades de crescimento profissional. (G14)

O local onde trabalho me proporciona sempre possibilidades de aprendizado, conhecimento e habilidades que posso pôr no cargo que ocupo. (G16)

Acredito que tudo o que desenvolvo no meu ambiente de trabalho favorece para o meu desenvolvimento e habilidades profissionais. (G17)

Essas possibilidades de crescimento estimulam os gestores a desempenhar um trabalho com mais afinco e dedicação, contribuindo de forma mais significativa com a empresa. Nessa categoria pode-se evidenciar a disposição dos enfermeiros gestores a fim de contribuir com a instituição pertencente como mostra as falas a seguir

Não espero recompensa, meu trabalho é reflexo de mim. (G13)

Independente do que recebo e da recompensa que for atribuída, ao assumir minha função me comprometi a corresponder com responsabilidade e compromisso as funções atribuídas ao cargo que exerço. (G16)

Temos que vestir a camisa da empresa, fazer tudo que esta dentro das possibilidades para manter o nível de trabalho, o grau de confiabilidade dele independentemente do que recebemos em troca. (G19)

Motivos inerentes à insatisfação profissional

Os achados do estudo ainda sinalizam aspectos importantes para o entendimento do que influencia a insatisfação dos profissionais. A remuneração é mencionada como um desses aspectos, mas os profissionais ressaltam não deixar isso afetar o desempenho no trabalho e que atuam com profissionalismo e compromisso.

Apesar de não estar satisfeito com o que ganho. Sou totalmente profissional. (G05)

Acredito que o salário que recebo poderia ser melhor pelo cargo que ocupo. (G16)

Em geral houve progresso, mas ainda não é suficiente, há necessidades de melhorar salários e oferta de treinamento. (G18)

Reconheço que o salário que recebo poderia ser melhor mediante uma política de carreira pública efetivamente implantada. Há necessidade de melhorar, pois quando se trata das necessidades básicas de saúde do ser humano, estes benefícios ainda estão distantes de contemplar. (G21)

A inexistência de um plano de cargos, carreira e salários (PCCS) me deixa insatisfeita por limitar condições de ampliar meu conforto. (G22)

As condições de trabalho também foram enfocadas pelos entrevistados como fator que repercute no processo de trabalho do enfermeiro gestor.

Ambiente: sem manutenção adequada dos ardo ar condicionado; computadores empoeirados, cadeiras não anatômicas ou quebradas (sem rodas por ex. exemplo). (G10)

Todo o prédio apresenta rachaduras. Poderia ser melhorado... (G22)

A estrutura de material é excelente, mas a estrutura física deixa a desejar, pois nossa regional não possui uma sede própria. (G5)

Ademais, os enfermeiros consideram que a falta de estabilidade no emprego é outro fator limitante para a qualidade do serviço prestado como gestor na CRES.

Quando a segurança no emprego, já é bem preocupante, visto que cargo terceirizado pode ser demitido a qualquer momento. Não temos garantia. (G13)

Apesar de ser carteira assinada. Um celetista nunca tem segurança” o estatutário, e nem sempre! (G14)

Tenho um pouco de insegurança por não ter estabilidade (concurso). (G16)

(...) mas o nível de estabilidade não é confiável. (G19)

Os resultados passam a ser discutidos com a literatura de modo a interpretar os achados e possibilitar inferências fundamentadas sobre o objeto em estudo.

Discussão

As falas dos enfermeiros gestores remetem à importância das relações interpessoais no cotidiano de trabalho, especialmente por ser um trabalho que envolve diversas categorias profissionais. Isso repousa no entendimento de que o trabalho em equipe exige sociabilidade, coletividade, cooperação, compromisso e responsabilidade, as quais favorecem a interação, a harmonia, o respeito mútuo e a comunicação entre os profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

De tal modo, o trabalho em equipe surge como uma estratégia para modelar o trabalho e promover a qualidade dos serviços (THOFEHRN *et al.*, 2013). Aliado a isso, tem-se o vínculo como um inter-relacionamento a ser explorado também no ambiente de trabalho, cuja finalidade é contribuir para a existência de um bom relacionamento entre os profissionais e facilitando o processo de trabalho.

O exposto trata da cultura organizacional das instituições envolvidas. Nesse estudo, a definição de cultura organizacional está assentada em um estilo de cultura proposto no modelo ASH, o “Estilo de Realização de Pessoas”. Este se trata de culturas nas quais há o favorecimento às relações interpessoais positivas, a satisfação coletiva, o estímulo ao crescimento pessoal e o alcance de objetivos ambiciosos, porém realistas (QUIJANO; NAVARRO, 1999).

Como um ponto importante para relações interpessoais positivas tem-se o respeito, mencionado pelos enfermeiros gestores como essenciais em seu processo de trabalho, pois melhora as interações. Isso é confirmado por Lanzoni *et al.* (2015) que, para além de mencionarem que o trabalho deve ser desenvolvido sob a confiança e o respeito, referem isso resultar em satisfação profissional.

Outro aspecto considerado pelos enfermeiros para a satisfação profissional é oportunidade de capacitação proporcionada pelas instituições nas quais estão vinculados. A capacitação é um processo que representa para o profissional aprendizado sobre um conhecimento específico que resultam de formação, desenvolvimento de habilidades, experiência para que possam exercer determinada atividade, pois, quanto melhor o aprimoramento do gestor, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções (SANTOS; CAMELO, 2015).

A capacitação colabora para que o enfermeiro gestor desenvolva sua função com maior competência, mediante um plano de atuação envolvendo a sua equipe, visando o trabalho interdisciplinar, promovendo a interdisciplinaridade e aprendizagem significativa e colaborativa com a instituição de serviço (SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014).

Desse modo, a capacitação se alinha a uma das variáveis propostas pelo modelo ASH que traz a autorrealização como uma satisfação pessoal do funcionário por se desenvolver no trabalho, pela sua aprendizagem e adequação de seu trabalho a sua formação e interesses profissionais (QUIJANO; NAVARRO, 1999).

Os enfermeiros gestores expressam em suas falas a disposição em contribuir com a instituição de trabalho, demonstrando comprometimento com a função exercida na gerencia do serviço de enfermagem, mesmo sendo referidos fatores que geravam insatisfação desses profissionais.

A remuneração profissional foi apontada como um disparador de insatisfação dos enfermeiros, atrelada a sobrecarga e as responsabilidades que o serviço impõe ao gestor. Coadunando, os estudos de Freitas (2016) e Fernandes (2012) mencionam que o salário pode ser um dos principais determinantes de satisfação, pois, além de permitir a resolução de necessidades individuais, garante status, prestígio e reconhecimento social.

As condições de trabalho também foram destacadas pelos profissionais como limitantes no processo de gestão que desempenham. Isso é corroborado por Schrader et al. (2012) quando apontam que a convivência com materiais e equipamentos sucateados são fatores determinantes na satisfação profissional, uma vez que gera impacto negativo no trabalho.

Para Guse e Carvalho (2016), ter ambientes de prática propícios para o trabalho aumenta a retenção e a qualidade das atividades prestadas pelos gestores. Barboza *et al.* (2013) reforçam que a estrutura física e os recursos materiais são instrumentos básicos e indispensáveis para o desenvolvimento do trabalho do gestor. O que nos leva a refletir que o profissional depende de uma estrutura de qualidade para se adequar as necessidades do trabalho prestado e assim garantir a efetividade dessa gestão.

Para Umpiérrez, Merighi e Munoz (2013), existem evidências de que o enfermeiro gestor na sua atuação tem experiências de

frustrações, insatisfações nas suas atividades, bem como na incerteza de estabilidade na instituição. A instabilidade do emprego é apontada nas falas como outro fator que influencia o desempenho do papel gestor, pois o vínculo e a continuidade de processos de trabalho são afetados.

Os achados desse estudo dialogam com as variáveis do modelo ASH, proposto por Quijano e Navarro (1999): retribuição (salário e forma de pagamento); condições físicas ao redor do trabalho; seguridade e estabilidade do emprego; relação com os companheiros; relação com os superiores; reconhecimento pelo trabalho bem feito; benefícios sociais e nível de satisfação geral. Essas variáveis interferem no comportamento humano no trabalho e na efetividade organizacional.

Os efeitos mais comuns da satisfação no trabalho recaem sobre a produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos clientes, por isso tem se tornado fonte de preocupação das organizações, inclusive na área da saúde, na qual há, de um lado, a satisfação por aliviar o sofrimento alheio e, do outro, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias que levam à exaustão física e mental, baixa autoestima e perda de interesse pelo conforto do cliente, desencadeando comportamentos que vão desde alegria, rapidez e eficiência até irritabilidade, desinteresse, mau humor e indelicadeza (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

A importância de estudar a satisfação no trabalho não é simplesmente saber se o funcionário está ou não satisfeito com o seu emprego de modo abrangente, mas é saber quais os pontos que estão insatisfeitos para encontrar meios de aprimoramento da qualidade do trabalho. Assim, segundo Locke (1976), a satisfação e a insatisfação no trabalho não são fenômenos diferentes, mas condições opostas de um fenômeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta em contentamento, que seria a satisfação e sofrimento, que seria a insatisfação.

Quando analisamos satisfação em nível de compartimentos individualizados, uma pessoa geralmente apresenta diferentes níveis de satisfação no trabalho, ou seja, ela pode estar satisfeita com uma faceta, como por exemplo com a natureza do trabalho e a chefia, mas pode estar insatisfeita com o salário (SPECTOR, 2010).

Isso faz com que o comprometimento no trabalho dependa de uma multiplicidade de dimensões. Com análise de estudos, chegam-se a seis perspectivas de comprometimento no trabalho, que seriam comprometimento com o trabalho, com o emprego, com a carreira, com a equipe, com o sindicato e com a organização (TAMAYO, 2005).

Diante disso, vê-se que o comprometimento organizacional é uma vertente do comprometimento no trabalho. Segundo o modelo ASH, o comprometimento organizacional tem duas vertentes, a instrumental e a pessoal, na qual a primeira envolve necessidade e intercâmbio e a segunda vínculo afetivo e valores (QUIJANO; NAVARRO; CORNEJO, 2000).

O comprometimento instrumental de necessidade é um vínculo frágil, pois corresponde aquele empregado que precisa daquele serviço para ganhar a vida e apenas quer manter seu posto, no entanto, a partir do momento que encontra outra oportunidade, o mesmo abandona a instituição, ou seja, o mesmo trabalha apenas o básico, não se envolve sentimentalmente para evitar problemas, fica inerte naquela empresa. Já o comprometimento de intercâmbio trata-se de trocas de interesses entre indivíduo e instituição e envolve um trabalho árduo para obtenção de gratificações e compensações (QUIJANO; NAVARRO; CORNEJO, 2000).

Conclusão

A gestão em saúde possibilita diversidade de estudos, sendo a compreensão do trabalhador inserido nesse campo fundamental para entender de entraves, acertos, metodologias e processos de um meio.

O presente estudo buscou entender a complexidade de gestores enfermeiros quanto à relação satisfação no trabalho e comprometimento organizacional. Compreender o sujeito na sua singularidade, bem como a inserção do profissional enfermeiro no âmbito da gestão, pode ser feita fundamentações que justifiquem a atual condução do SUS.

O uso do Modelo de Auditoria de Sistema Humano de Quijano e Navarro permitiu identificar dimensões de satisfação e comprometimento que foram analisadas e implicaram no entendimento global dos enfermeiros gestores de CRES.

Foi evidenciado que as relações interpessoais são essenciais no cotidiano de trabalho, tendo o vínculo e o respeito como estratégias para o bom relacionamento entre os profissionais, além de estimularem a satisfação profissional. Esta é aguçada pela oportunidade de capacitação proporcionada pelas instituições nas quais estão vinculados.

No entanto, os enfermeiros se encontraram insatisfeitos frente ao futuro, apesar de boa parte ter vínculo estatutário, mas esse achado justifica-se pela insatisfação salarial, algo que é real não apenas no âmbito da gestão, mas em todas as áreas de atuação desse profissional.

Foi visto que o profissional quando tem oportunidades de crescimento profissional, sente a necessidade de estar nessa empresa. No caso dos sujeitos da pesquisa, apesar desses fatores de satisfação e comprometimento serem positivos, os mesmos sentem-se inseguros com relação ao cargo que estão exercendo.

Concluindo, a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional estão relacionados em algumas dimensões, porém são independentes, necessitando a gestão de recursos humanos identificar fatores singulares e interacionais para que o trabalhador possa se adequar à missão do serviço.

Referências

- ANDRADE, F. R.; NARVAI, P.C. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. suppl. 3, p. 154-160, 2013.
- BARBOZA, M.C.N. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de Pelotas/RS. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 3, p. 374-382, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/16 versão 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Ceará. **Coordenadorias Regionais**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46436-criada-a-5o-macrorregiao-de-saude-litoral-leste-jaguari-be>- Acesso em: 06 dez. 2014.
- FERNANDES, J. S. *et al.* A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012.
- FREITAS G. C.; ROSA, C. D. P. Efeitos de estratégia utilizada para fidelização de profissionais médicos na atenção básica de um município brasileiro. **Rev Gestão e Contabilidade da UFPI**, v. 3, n. 1, p. p. 181-196, 2016.
- GUSE, C.; CARVALHO, D. R. Rotatividade nos profissionais de enfermagem. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2016.
- LANZONI, G. M. M. *et al.* Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 1121-1129, 2015.
- LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. *In*: DUNNETTE, M. D. (Ed.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago: Rand McNally, 1976. p. 1297-1349.

MACHADO, E. **Benefícios sociais**: um estudo da satisfação profissional na atratividade e retenção de pessoas em uma organização do setor de saneamento de Minas Gerais. 2012. 99f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-graduação em Administração, Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Fumec Natal, 2012.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Latinoam Enferm**, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, 2011.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. Av.**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

OLIVEIRA, J. A. ASH. **Auditoria de Sistema Humano**. Natal: UFRN/PPGA, 2004.

PIRES, R. V.; CARVELO, L. R.; SILVA, J. H. Motivação no trabalho - estudo sobre o nível de satisfação dos trabalhadores em uma confecção. **Revista Científica Hermes**, n. 14, p. 176-200, 2015.

QUIJANO, S.; NAVARRO, J. El ASH (Auditoria del Sistema Humano), los modelos de calidad y evaluación organizativa. **Revista de Psicología General y Aplicada**, v. 52, n. 2-3, p. 301-328, 1999.

QUIJANO, S. D.; NAVARRO, J.; CORNEJO, J. M. Un modelo integrado de compromiso e indentificación con la organización. **Revista de Psicología General y Aplicada**, v. 10, n. 2, p. 27-61. 2000.

SANTOS, F. C.; CAMELO, S. H. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: perfil e capacitação profissional. **Cultura de los Cuidados**, v.19, n.43, p. 127-140, 2015.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 1, e50178, 2016.

SCHRADER, G. *et al.* Work in the Basic Health Unit: implications for nurses' quality of life. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 2, p. 222-228, 2012.

SILVA, V. L. S.; CAMELO, S.H.H. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Rev Enferm UERJ**, v. 21, n. 4, p. 533-539, 2013.

SILVA, M. V. S. Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 560-567, 2011.

SILVA P. A. *et al.* A permanência no mundo do trabalho de profissionais de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. **Ciênc, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 338-345, 2013.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M.; CARRASCO, M. E. L. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014.

SOUZA, M. K. B.; MELO, C. M. M. de. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 17, n. 2, p. 198-200, 2009.

SPECTOR, P.E. **Psicologia nas organizações**. 3. ed. Fortaleza: Saraiva, 2010.

TAMAYO, A. Impacto dos valores pessoais e organizacionais sobre o comprometimento organizacional. *In*: TAMAYO, A.; PORTO, J. B. (Orgs.). **Valores e comprometimento nas organizações**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 160-186.

THOFEHRN, M. B. *et al.* Teoria dos vínculos profissionais: visão dos enfermeiros que a implementaram no Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 2, p. 127-130, 2013.

UMPIÉRREZ, A. H. F.; MERIGHI, M. A. B.; MUÑOZ, L. A. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 165-171, 2013.

AVALIAÇÃO DE INDICADORES DA REGULAÇÃO DO ACESSO NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESTADO DO CEARÁ

*Maria Verônica Sales da Silva
Hanna Helen Matos Dourado
Lucilane Maria Sales da Silva*

Introdução

Avaliar indicadores que compõem a regulação do acesso de uma região de saúde conduz à reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde, o qual pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Em estudo sobre o acesso como direito e como serviço, Cohn *et al.* (2010, p. 46), referem que:

[...] dadas as desigualdades em que se desdobra a qualidade de vida nas diferentes regiões do país, e conforme a concentração demográfica e os níveis de renda correspondentes, o critério de acesso faz parte intrínseca do modelo paradigmático da regionalização e hierarquização do binômio demanda/atendimento, prevalecente no ideário da saúde pública [...]

Essa avaliação parte do princípio de que a regionalização e a hierarquização das ações especializadas, no setor secundário de atenção à saúde, são fundamentais para se atingir a integralidade da assistência, sendo um recurso que indica a capacidade dos municípios de ofertar serviços de referência e contrarreferência.

Nesse sentido, Cohn *et al.* (2010), explica que o acesso é a base para viabilizar o princípio da articulação funcional que dá sustentabilidade a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde, a qual é fundamental para a regionalização e descentralização, princípios originados da constituição federal brasileira.

Prado (2009) indica que o direito a saúde repercute na qualidade de vida das pessoas, na política de saúde e no próprio de-

envolvimento econômico do país, razão de sua expressa previsão no contexto constitucional. Para garantia desse direito, o legislador distribuiu as competências e responsabilidades entre União, Estados e Municípios, não excluindo a corresponsabilidade da comunidade, vinculando a operacionalização desse direito ao setor saúde, as políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços os quais prevêm além da recuperação, a promoção e a prevenção da saúde.

Dessa forma, a Central de Regulação é considerada aqui como uma ferramenta de gestão, que se constitui em instrumento fortalecedor do papel do gestor, dando maior transparência à relação com a rede prestadora, tornando possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região, tendo como referência sua respectiva Programação Pactuada Integrada (PPI). Nesse sentido, o propósito do estudo foi avaliar os Indicadores da Regulação do Acesso na Região Metropolitana do Estado do Ceará.

Metodologia

Optou-se por um tipo de estudo documental, descritivo e de avaliação. A pesquisa foi realizada nos Municípios que fazem parte da região metropolitana da Macrorregional de Saúde Fortaleza, composta de quinze (15) municípios (Fortaleza, Caucaia, Aquiraz, Pacatuba, Maranguape, Maracanaú, Eusébio, Guaiúba, Itaitinga, Chorozinho, Pacajus, Horizonte, São Gonçalo do Amarante, Pindoretama e Cascavel) e três (03) Coordenadorias Regionais de Saúde (Fortaleza, Caucaia e Maracanaú) com uma população de 3.655.259 hab, tendo como amostra da pesquisa a população que utilizou a Central de Regulação no período do estudo.

O estudo foi desenvolvido, especificamente, nas Centrais de Marcação de Consultas dos municípios, não sendo possível a realização da pesquisa nas Secretarias Regionais de Saúde do Município de Fortaleza, haja vista que, ao visitarmos três regionais, identificamos que há um entendimento no município que não existe proces-

so de regulação nesse nível. Visitamos ainda as três (03) Centrais de Regulação das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), importante ressaltar que a primeira Coordenadoria Regional de Saúde é responsável pelas Regiões de Saúde de Fortaleza e Cascavel.

Inicialmente, realizou-se visita às Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, sendo solicitado participação na reunião das Comissões Intergestoras Bipartite Regionais (CIBs), para esclarecermos aos gestores sobre a pesquisa a fim de solicitarmos formalmente permissão para realização do estudo.

A coleta dos dados realizou-se no período de fevereiro a agosto de 2011 e foi precedida por uma imersão dos pesquisadores no contexto estudado.

As fontes de informações que orientaram a constituição do *corpus* descritivo desse estudo foram os dados obtidos de fontes documentais. Os documentos utilizados na pesquisa foram os relatórios da Central de Regulação de catorze (14) municípios, haja vista a impossibilidade de coletar estas informações no município de Fortaleza, sendo esclarecida pela coordenação da regulação que este é um sistema complexo, dessa forma, tendo em vista a elevada população do município, decidimos por não incluir esses dados, sendo, nesse estudo, proposta para nova pesquisa. Inicialmente, analisaram-se as solicitações de procedimentos ambulatoriais (cancelados, agendados, confirmados, reprimidos e extra PPI) que possuíam 482 laudas, constando de 35.956 registros de pacientes. Posteriormente, verificou-se a solicitação da fila de espera de cancelados, a qual continha 520 laudas, totalizando registros dos pacientes 43.085. A análise desses relatórios subsidiou a avaliação da eficiência e eficácia do serviço de regulação do acesso.

As informações foram consolidadas gerando planilhas e quadros, sendo codificados por número ordinais todos os procedimentos solicitados na CMC, tais como consultas especializadas e exames a fim de possibilitar escrever em uma só planilha os procedimentos agendados, cancelados e reprimidos por município e de forma consolidada, sendo considerados significativos os procedi-

mentos que apresentaram até cinco acontecimentos dentre a listagem geral de agendados, cancelados e reprimidos. Da mesma forma procedeu-se com os relatórios de cancelados e registraram-se todos os motivos de cancelamentos por município.

É importante definir o que significa para o Sistema UNISUS, um procedimento agendado, cancelado, confirmado e reprimido. O primeiro é a solicitação agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso; cancelados, significa que a solicitação foi cancelada por motivos diversos; confirmado é o procedimento agendado que foi realizado e confirmado pela unidade executora e reprimida é a solicitação inserida no sistema UNISUS que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente, o qual poderá posteriormente ser inserido na fila de espera, na qual permanece a solicitação de procedimentos que não dispõem de horário de atendimento para o município, sendo enviada para a fila de acesso.

Os relatórios de pacientes cancelados possibilitaram calcular, registrar e consolidar o tempo que a solicitação passa na fila de espera até ser cancelada por município. Para fazer essa planilha considerou-se a codificação em dias, mês e ano, sendo definido em dias a solicitação que foi cancelada de um a trinta dias.

Cumprindo as exigências regulamentares, quanto a submeter este projeto ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos, o mesmo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, obtendo parecer favorável de acordo com processo 08628324-3 FR 252707.

Resultados

Nos municípios, a Central de Marcação de Consulta caracteriza-se como um setor da Secretaria de Saúde que tem como função viabilizar a regulação de referência dos municípios, além de se relacionar com a Central Estadual.

A implantação das Centrais de Marcação de Consultas (CMC), nos municípios do Estado do Ceará, tem funcionado como uma estratégia necessária para operacionalizar o Sistema de Referência e Contrarreferência, a partir de um modelo assistencial que propõe a reorganização do acesso dentro do Sistema de Saúde. Portanto, a Central de Marcação de Consultas nos municípios funciona como um centro aglutinador das consultas especializadas. A função da mesma é administrar as consultas especializadas geradas pelas unidades básicas de saúde nos Municípios.

A CMC tem um papel fundamental na garantia do acesso, de forma hierarquizada, aos serviços de saúde do SUS, de acordo com o grau de complexidade do sistema. Com a intervenção do regulador, ficam garantidos o acesso e a melhor alternativa terapêutica para o usuário, o controle dos limites de solicitação e a execução de procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar da população própria e referenciada, além da oferta de informações para embasamento do faturamento de internações (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Para a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da saúde, faz-se essencial um planejamento com base no estudo de necessidades em saúde da população, podendo gerar indicadores de cobertura assistencial. Esse indicador pode ser avaliado através da utilização de parâmetros técnicos de necessidade e produtividade de serviços de saúde, o qual é definido pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº1101/2002, estabelecendo os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, tendo por objetivo analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população; auxiliar na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

A portaria supracitada contempla um conjunto de parâmetros que são referência para indicadores de cobertura e de produtividade. Estes estimam a capacidade de produção dos recursos, equi-

pamentos e serviços e as necessidades de atendimento a uma determinada população em um determinado período. Esse documento auxilia os gestores na organização da rede assistencial, tendo por base os parâmetros de necessidades e a disponibilidade dos serviços de saúde, devendo o município ajustar sua produção potencial à disponibilidade orçamentária e financeira.

Verificamos que os municípios não efetuam seu planejamento de acordo com os parâmetros de planejamentos indicados pelo Ministério da Saúde, faltando um processo de avaliação e monitoramento. Nesse sentido, a situação encontrada permite inferir que a supervisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI) nos municípios ainda é uma atividade incipiente no âmbito das ações de controle, devendo essa atividade contribuir para a construção de possibilidades de melhoria do acesso com qualidade e adequação às necessidades dos usuários, bem como a construção de protocolos assistenciais.

O cálculo dos parâmetros de cobertura é fundamental para a análise da produção dos indicadores de procedimentos agendados, cancelados e reprimidos gerados pela central de regulação das regiões de saúde. O quadro abaixo apresenta a situação dos municípios pesquisados, fazendo um comparativo entre os três indicadores avaliados:

Quadro 1 - Distribuição das Solicitações de Procedimentos por Município-2009.

Solicitações	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	Total
Agendados	506	2918	865	413	2043	746	490	899	376	1715	650	530	436	1186	13773
Cancelados	849	1260	1600	1156	611	586	1260	772	595	5014	466	754	504	2108	17535
Reprimidos	138	269	184	201	251	274	242	261	65	770	234	94	120	612	3715
Total	1493	4447	2649	1770	2905	1606	1992	1932	1036	7499	1350	757	1060	3906	35083
Extra PPI	389	499	908	818	434	244	695	612	810	1119	295	581	354	1619	9.377
Confirmados	249	525	880	514	290	380	489	654	710	798	422	423	656	995	7985

Fonte: Dados de 2011 Coletados do UNISUS da Central de Regulação Estadual do Ceará.

Agendados - Solicitação agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso;

Cancelados - solicitação cancelada por motivos diversos; **Reprimida** - solicitação inserida no sistema UNISUS que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente.

Confirmados- procedimentos agendados que foram realizados e confirmados pela unidade executora.

Quadro 2 - Distribuição das Solicitações de Procedimentos por Município 2010

Solicitações	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	Total
Agendados	775	638	686	386	2.127	715	458	555	570	1.631	862	514	515	1.189	11.621
Cancelados	1.361	1.050	2.253	1.094	932	346	1.628	1.050	755	9.789	732	616	589	3360	25550
Reprimidos	177	2.669	175	119	311	41	290	245	84	561	251	81	77	693	5.774
Total	2313	4357	3114	1617	3370	1102	2376	1850	1409	11981	1845	1211	1181	2514	42945
Extra PPI	757	415	719	725	435	224	801	427	897	1.233	310	502	463	1.966	10.493
Confirmados	481	226	757	469	355	423	466	586	618	726	505	365	889	1.235	8.101

Fonte: Dados de 2011 Coletados do UNISUS da Central de Regulação Estadual do Ceará.

Agendados - Solicitação agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso;

Cancelados - solicitação cancelada por motivos diversos; **Reprimida** - solicitação inserida no sistema UNISUS que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente.

Confirmados- procedimentos agendados que foram realizados e confirmados pela unidade executora.

Considerando-se que a população desta região de saúde é de 6.170.421 (seis milhões, cento e setenta mil e quatrocentos e vinte e um habitantes), percebeu-se que os procedimentos regulados ainda são incipientes, haja vista que a soma destes nos anos respectivos do estudo é de 35.083 (2009) e 42.945 (2010), sendo o número de procedimentos cancelados e reprimidos 21.250 e 31.324, muito acima da soma de procedimentos agendados que é de 13.773 e 11.621, destes são confirmados pelas unidades executoras apenas 7.985 e 8.101. Em alguns municípios essa situação é bem nítida, mostrando a fragilidade da regulação local.

Importante ressaltar que não foi possível identificarmos a situação do Município de Fortaleza dada à complexidade do sistema de regulação e as dificuldades operacionais em conseguirmos as informações supracitadas. Nesse sentido, mesmo não considerando a população deste município, 2.374.944 habitantes, percebemos que permanece a fragilidade do sistema de regulação.

Os gestores da saúde precisam definir e acompanhar indicadores de desempenho da regulação do acesso, buscando identificar qual desempenho esperado e como medir, sendo fundamental levar em consideração a necessidade da população.

Dessa forma, o Sistema de Informação da Regulação deve auxiliar o gestor neste cenário, no entanto identificamos que o Sis-

tema UNISUS não facilita este processo de trabalho, não fornecendo documentos consolidados e sim relatórios que serão manuseados para confecção do relatório de avaliação e monitoramento final, sendo algumas vezes os relatórios idênticos apresentando resultados diferentes ou incompatíveis. Dessa forma, consideramos, como Valle e Monat (2011), que um sistema de informação é um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêem informações para apoiar processos de tomada de decisões e controlar a organização.

Diante dessa realidade, deve-se refletir se existe realmente o acesso assistencial, o qual conduz à integralidade da assistência. Entretanto, é necessário ressaltar que o procedimento agendado não é garantia de atendimento, haja vista o relato ouvido durante a pesquisa que aponta para a não realização do procedimento devido à falta de transporte, apesar de o agendamento ter sido efetuado. Por isso, atente-se para a relevância da contrarreferência em saúde a fim de validar e produzir uma integralidade real a qual foi proposta pela constituição brasileira em 1988.

Nesse sentido, visualizamos que o número de solicitação confirmada pela unidade de referência nos anos do estudo (7.985) - 2009 e (8.101) - 2010, estão abaixo dos procedimentos agendados, denunciando a falta de acessibilidade da população dessa região de saúde.

É importante frisar que a prestação do serviço de saúde só é concluída na confirmação do atendimento pela unidade de referência devendo ser pensada de forma estratégica com a identificação da satisfação do cliente, através do monitoramento e avaliação da oferta de serviço na Central de Marcação de Consulta (CMC). O gestor deve considerar ainda que para o sistema de informação funcionar adequadamente faz-se necessário viabilizar capacitação e desenvolvimento constante dos profissionais, inclusive com avaliação de desempenho da equipe que compõe a regulação.

Outra questão importante é o fluxo de programação, dentro da lógica da regionalização solidária, que não é realizado com a intenção de favorecer o crescimento da região, como preconiza o processo de regionalização, dificultando o desenvolvimento da rede assistencial que possui um fluxo cada vez mais voltado para a capital do estado. Os três hospitais pólo de referência da região possuem capacidade instalada reduzida não podendo absorver a demanda, necessitando urgentemente de organização da rede assistencial a fim de favorecer uma assistência fortalecida para reduzir as iniquidades geradas por baixa renda, falta de escolaridade e deficiente infraestrutura sanitária dos municípios (SILVA,2008).

Percebeu-se que as CMC dos municípios estudados estão com indicadores de oferta e demanda estrangulados, os gestores municipais não programam o suficiente para atender a demanda da população, e nem sempre o que tem programado alcança o objetivo de garantia do acesso à assistência em saúde porque o sistema não se encontra organizado o suficiente para minimizar os problemas que são gerados na rede assistencial, como a pressão da demanda, a utilização dos escassos recursos e o aumento dos gastos em saúde.

Para Spiller e Senna (2011), a venda de um serviço é totalmente baseada na promessa de que a expectativa do consumidor será atendida convenientemente. Nesse sentido, percebemos que as pactuações, no SUS, não são promessas realistas, pois são incompatíveis com a expectativa dos gestores quanto a sua execução, inviabilizando o acesso da população aos serviços de saúde, haja vista a baixa possibilidade de execução, ficando o município impossibilitado de utilizar o recurso programado, só sendo viabilizada esta ação através de um planejamento e acompanhamento adequado da Central de Marcação de Consultas. É preciso questionar se os serviços prestados estão viabilizando o acesso do cliente e se estes respondem a real necessidade da população.

Outra situação encontrada foram as deficiências no processo de planejamento e acompanhamento da PPI, quando visualiza-

mos que nos anos respectivos identificamos 9.377 e 10.493 procedimentos que foram agendados como extra PPI, ou seja, não foram programados, percebendo-se que não ocorreu um estudo desta programação a fim de adequar a necessidade da população entre os anos em estudo, haja vista o aumento de procedimentos extra PPI entre um ano e outro.

Nessa estrutura de prestação de serviço ao usuário do SUS, verificamos que o processo de planejamento da oferta em atenção à demanda, bem como a execução e o resultado dos serviços prestados é delicado exigindo parametrização e detalhamento das ações realizadas no processo de regulação, haja vista que a não execução dos serviços incorre na perda de recursos pela não prestação do serviço programado, requerendo ajuste adequado entre oferta e demanda, o que muitas vezes é impossibilitado pelos municípios por causa do escasso financiamento da assistência em saúde.

Para Lovelock e Wirtz (2006, p. 187), “processos são a arquitetura de serviços e descrevem o método e a seqüência em que sistemas operacionais de serviços se interligam para criar as experiências e os resultados que os clientes valorizarão”.

Nesse sentido, as PPIs devem ser planejadas com foco no cliente e não visualizando o que é suficiente de acordo com o financiamento, a arquitetura de serviço dos municípios não deve ser organizada sem a devida constatação da necessidade da população, mas buscando preencher os vazios assistenciais existentes.

Conclusão

A regulação assistencial representa um dos pilares da regionalização apresentada como uma perspectiva da autonomia de regiões marcadas por dinâmicas por vezes autárquicas de desenvolvimento, sustentadas por um pacto federativo instável e complexo.

O desenvolvimento da operacionalização do serviço de referência e contrarreferência em nível regional ainda é um desafio para

a realidade estudada, sendo importante que o sistema de informação da CRESUS-CE, o UNISUS, seja considerado pelas equipes que trabalham a regulação no Estado, como uma ferramenta que poderá apontar os problemas, os avanços e as dificuldades do acesso a uma assistência digna e de qualidade por parte do usuário, mas para isso é fundamental que em todos os níveis de atenção à saúde, estadual e municipal, haja profissionais analisando os indicadores, criando novos indicadores, comparando e divulgando seus resultados, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e aumentar sua oferta.

Os indicadores de oferta e demanda nos serviços estudados estão estrangulados, pois os gestores municipais não programam o suficiente para atender a demanda da população e nem sempre o que tem programado garante o acesso.

A regulação estruturada na Região Metropolitana do Estado do Ceará não cumpre o papel de otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais segundo os critérios das necessidades de saúde da população, o que torna fundamental uma reorganização desse setor com a participação das três instâncias governamentais a fim de resgatar a credibilidade na regulação do acesso e fortalecer o seu desenho sobretudo para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Concluiu-se que, para ocorrer integração dos cuidados de forma real e garantir o direito da população à regulação do acesso de forma eficiente e eficaz, faz-se necessária a melhoria na qualidade dos gastos públicos a fim de que sejam asseguradas a continuidade e a globalização dos serviços de saúde ofertados. Os gestores necessitam lutar por mais recursos para a organização da rede assistencial, no entanto, devem considerar a existência de ineficiências e iniquidades a superar quanto a administração deste setor.

Referências

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONNASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196, de outubro de 1996**. Normas para pesquisas em seres humanos. Brasília: CONNASS, 2012.

COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e resultados. São Paulo: Pearson, 2006.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Org.). **A política regulação do Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

PRADO, L. R.; TASSE, A. E. (Coord.). **Crimes Contra a Saúde Pública**: fraude alimentar. Curitiba: Juruá editora, 2009.

SILVA, M. V. S. **Avaliação da 2ª Microrregião de Saúde do Ceará**. 2008. 156f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 2008.

SPILLER, E. S. Fundamentos da gestão dos serviços em saúde. *In*: SPILLER, E. S. *et al.* **Gestão dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. p.37-43.

VALLE, A. B.; MONAT, A. S. **Sistemas de informações gerenciais em organizações de saúde...** Rio de Janeiro: Ed FGV, 2011.

UNIDADE 3

Saberes e Práticas de WebCuidado Educativo e Clínico
em Saúde, Gêneros, Juventudes e Tecnologias Digitais
da Informação e Comunicação

CONTRIBUIÇÃO DO USO DE TECNOLOGIAS PARA O APRENDIZADO EM SAÚDE

*Victorugo Guedes Alencar Correia
Eduardo de Oliveira Martins Dantas
Francisco Harles de Melo Sá
Marcos Renato de Oliveira
Raimundo Augusto Martins Torres*

Introdução

Com o desenvolvimento técnico científico intenso e crescente das últimas décadas, passamos por diversas transformações como o surgimento de várias tecnologias que levam a mudanças de estratégias em grandes áreas como investimentos, indústria, comércio, serviços e educação. Com a popularização da internet e o surgimento das tecnologias de informação e comunicação (TIC), as ciências da informação experimentaram uma ampla modificação de suas concepções (CÂMARA *et al.*, 2014).

Os rápidos avanços do conhecimento e sua democratização, por meio das TIC, provocam transformações na sociedade e no mundo do trabalho que se refletem também na formação dos profissionais de saúde. Os jovens que cresceram em meio a essa transformação das comunicações se adaptam de forma muito fácil às tecnologias, que representam uma contribuição para a mudança nas práticas pedagógicas baseadas na colaboração entre professores e alunos.

Percebe-se então a necessidade de profissionais competentes, capazes de modificar as práticas e apresentar novos resultados, compatíveis com as exigências contemporâneas de pensamento crítico, tomada de decisão e resolução de problemas, visando maior segurança e qualidade na atenção à saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2015; GROSSI *et al.*, 2014).

Estas novas tecnologias, inclusas nas instituições de ensino superior, promovem com mais facilidade as trocas de informação

entre os sujeitos. A partir do momento em que se tornam mais acessíveis, os materiais pedagógicos excedem os livros-textos para tornarem-se programas e projetos mais extensos, auxiliando os educadores enquanto mestres detentores do conhecimento (PESSONI; GOULART, 2015).

O crescente uso dessas tecnologias na educação permite rápido acesso à informação, seja através do acesso à base de dados, blogs, websites ou aplicativos, além de permitirem rápida e efetiva comunicação entre discentes, docentes e profissionais inseridos no processo. Com isso, a inserção desses recursos se torna uma realidade promissora no âmbito da educação, principalmente na área da saúde, já que o cuidado aborda tanto questões características de cada paciente, quanto a lacuna no conhecimento dos profissionais (CÂMARA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, vivenciamos um momento de transição, no qual os paradigmas dos processos de ensino e aprendizagem estão sendo colocados em questão. Sendo assim, é importante o desenvolvimento de novas metodologias, levando em conta um novo comportamento de aprendizagem, proveniente da nova realidade que se coloca no mundo atual (TENÓRIO *et al.*, 2013).

Desta forma, percebe-se a necessidade e a relevância de conhecer como essas tecnologias e o uso de aparelhos portáteis com acesso à internet pelos estudantes do ensino superior e pelas próprias instituições de ensino podem favorecer e otimizar o aprendizado em saúde. Com base no exposto, esse estudo tem como objetivo explorar o que a literatura demonstra a respeito das contribuições das tecnologias com internet através de *tablets*, *smartphones* e computadores no âmbito do ensino superior na área da saúde.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que segundo Monteiro, Silva e Oliveira (2015) é um método de pesquisa que permite a síntese de vários estudos publicados, de forma siste-

mática e ordenada, contribuindo para aprofundar os conhecimentos sobre o tema investigado e para formular conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Para tanto, formulou-se a seguinte questão norteadora: O que a literatura nacional fundamenta sobre o uso de tecnologias e suas contribuições para o aprendizado nos cursos superiores da área de saúde?

Nesse estudo foram seguidas algumas etapas fundamentais para uma revisão integrativa como: formulação da questão norteadora e objetivo, definição de critérios de inclusão e exclusão de artigos, análise e seleção das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, categorização dos dados, elaboração dos resultados, discussão e as percepções como conclusão finalizando o estudo (VIEIRA *et al.*, 2016).

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2017, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em periódicos indexados nas seguintes bases de dados: Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* (LATINDEX).

Os estudos foram selecionados através da combinação dos descritores em português “estudantes” and “tecnologia”. Os critérios de inclusão utilizados foram: documentos que abordavam o uso de tecnologias no ensino superior na área da saúde, disponíveis na íntegra, publicados em língua portuguesa entre os anos de 2013 a 2017. Os critérios de exclusão foram: documentos repetidos em bases de dados e que não abordavam a questão norteadora da pesquisa. Outras combinações com os descritores “universidades” e “aplicativos móveis” também foram pesquisadas, mas nenhum documento encontrado a partir delas estavam de acordo com os critérios de inclusão.

Resultados

A pesquisa inicial, sem inclusão de filtros foi composta por 1.373 publicações e após a filtragem pelos critérios desejados, 75 documentos foram encontrados. Desta busca, 49 foram excluídos por não atenderem ao objeto do estudo e 12 por estarem repetidos em outras bases de dados. A amostra final foi composta por 14 artigos que atenderam integralmente aos critérios de inclusão, após análise criteriosa de seus conteúdos e consequente confirmação da participação no estudo. Destes, 7 artigos estavam disponíveis na SciELO, 4 na LILACS, 2 na BDEF e 1 na LATINDEX.

Para apresentação das informações dos artigos selecionados foi construído um instrumento de coleta de dados adaptado de Monteiro, Silva e Oliveira (2015), que aborda os itens: título, autor, ano de publicação, periódico, objetivos e principais resultados. Estes itens ainda foram divididos em dois quadros, para melhor representação e compreensão do leitor. Realizou-se a leitura completa de cada artigo, com o objetivo de interpretar os resultados e, através da leitura comparativa, determinar os principais eixos explorados. Os estudos foram nomeados de E1 a E14, para melhor identificação.

No quadro a seguir foram representados os itens: título, autor, periódico e ano de publicação, ordenados de forma cronológica.

Quadro 1 - Representação do título, autor, periódico e ano de publicação dos artigos.

	Título	Autor (es)	Periódico	Ano
E1	Uma Proposta de <i>Serious Game</i> para o Ensino de Biossegurança em Odontologia	Paiva <i>et al.</i>	Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.	2013
E2	Avaliação do blog interativo sobre reparo de feridas e os cuidados de enfermagem	Tenório <i>et al.</i>	J. Fundam. Care. Online	2013

	Título	Autor (es)	Periódico	Ano
E3	Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica	Frota <i>et al.</i>	Rev. Gaúcha Enferm.	2013
E4	A internet e sua influência no processo ensino-aprendizagem de estudantes de enfermagem	Leite <i>et al.</i>	Rev. Enferm. UERJ	2013
E5	Desenvolvimento de um Ambiente Virtual de Ensino em Histologia para Estudantes da Saúde	Vasconcelos; Vasconcelos	Revista Brasileira de Educação Médica	2013
E6	Construção de objetos virtuais de aprendizagem para o ensino da história em enfermagem	Masson <i>et al.</i>	Rev. Min. Enferm.	2014
E7	Telemedicina: um Instrumento de Educação e Promoção da Saúde Pediátrica	Almino <i>et al.</i>	Revista Brasileira de Educação Médica	2014
E8	Desenvolvimento e validação de <i>software</i> educativo de saúde mental	Botti <i>et al.</i>	Rev. Min. Enferm.	2014
E9	Avaliação de tecnologia digital educacional “sinais vitais e anatomia” por estudantes da educação profissionalizante em enfermagem	Góes <i>et al.</i>	Rev. Min Enferm.	2015
E10	Computador-internet nas Práticas de Estudo Contemporâneas: uma Pesquisa com Estudantes de Psicologia	Sancofschi; Kastrup	Psicologia: Ciência e Profissão	2015
E11	Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no Curso de medicina da UFRN	Silva <i>et al.</i>	Revista Brasileira de Educação Médica	2015
E12	Avaliação da interação estudante-tecnologia educacional digital em enfermagem neonatal	Castro <i>et al.</i>	Rev. Esc. Enferm. USP	2015
E13	Avaliação dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem com a simulação clínica	Teixeira <i>et al.</i>	Rev. Bras. Enferm.	2015
E14	As Tecnologias da Informação e da Comunicação e o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas por estudantes do ensino superior da área da saúde	Monteiro; Barros	EaD em Foco	2016

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A natureza dos artigos apresentados é variada, os temas abordados podem ser incluídos em três áreas distintas: Apresentação de Softwares educacionais como jogos e outros aplicativos móveis (A1, A8, A9 e A12); Avaliação de ambientes virtuais de aprendizado focados em determinadas disciplinas e abordagens dos cursos da área de saúde como biossegurança, história da enfermagem, histologia, anatomia, sinais vitais, entre outros (A2, A3, A5, A6, A7 e A13) e Avaliação do uso das tecnologias de informação e comunicação como um todo e suas contribuições para o aprendizado, bem como a relação que os usuários destas tecnologias têm com as mesmas (A4, A10, A11 e A14).

Os periódicos Revista Mineira de Enfermagem e Revista Brasileira de Educação Médica apresentam destaque quanto ao número de publicações, com três artigos cada. Os demais artigos são de periódicos distintos que representam variadas áreas de conhecimento da saúde como odontologia, psicologia e enfermagem e medicina, sendo a área de enfermagem a que mais publicou artigos do gênero.

Em relação ao período de publicação, houve predominância nos anos 2013 e 2015, com 5 publicações cada, seguido do ano de 2014 com 3 publicações e 2016 com 1 publicação. Não foram encontrados estudos publicados no ano de 2017 que abrangessem o objeto de pesquisa pretendido.

No quadro a seguir é possível tomar conhecimento dos objetivos e principais resultados encontrados nos estudos selecionados:

Quadro 2 - Representação dos objetivos e principais resultados dos artigos.

	Objetivos	Principais Resultados
E1	Apresentar um <i>serious game</i> voltado ao ensino de práticas da biossegurança em Odontologia.	Foi codificado o protótipo do <i>serious game</i> “ <i>Dentistry BioSecurity Safer</i> ” com temática lúdica com um esquema de desafios e respostas. O recurso visa servir de instrumento auxiliar aos métodos tradicionais de ensino.

E2	Descrever a elaboração e a avaliação do blog interativo sobre reparo de feridas e os cuidados de enfermagem.	A construção do conhecimento digital na Enfermagem potencializa o aprendizado dos acadêmicos de enfermagem e profissionais, apresentando ideias novas pela troca de conhecimentos.
E3	Descrever a construção de um curso sobre punção venosa periférica utilizando as Tecnologias da Informação e Comunicação	O produto final do curso apresentou-se como suporte aos estudantes de enfermagem na formação de futuros enfermeiros na sua prática assistencial sobre punção venosa periférica.
E4	Identificar as ferramentas da internet mais utilizadas por estudantes de enfermagem e descrever como percebem a sua influência no processo ensino aprendizagem.	Todos os participantes usam a internet e 179 afirmaram que é uma ferramenta que auxilia os estudos, principalmente na pesquisa educacional. Logo, a internet exerce grande impacto no potencial de aprimorar o desempenho acadêmico de estudantes.
E5	Desenvolver um ambiente virtual de ensino em Histologia voltado para estudantes da área da saúde, disponibilizado na internet com o uso de uma plataforma de uso gratuito e livre.	Apresentou as seguintes vantagens: fácil manipulação, gerenciamento e atualização do site; interface simples; ampla quantidade de <i>plugins</i> disponíveis, que supriram as necessidades primárias do AVE; e utilização gratuita e livre.
E6	Descrever sobre o desenvolvimento de objetos virtuais de aprendizagem para o ensino da História da Enfermagem.	Ferramenta possibilitou a criação de objeto virtual de aprendizagem, facilitando da aprendizagem de maneira ativa, inovadora e problematizadora.
E7	Descrever a experiência de uso da telemedicina no processo de ensino-aprendizagem em Pediatria.	Evidenciaram a teleconferência como recurso para a consolidação de metodologias ativas do processo de ensino-aprendizagem, com protagonismo dos estudantes em sua formação acadêmica, como um instrumento importante na integração ensino-serviço e como tecnologia inovadora para a problematização pedagógica de práticas clínicas.
E8	Descrever o processo de desenvolvimento e validação do software educativo Quiz Loucura, desenvolvido para ser utilizado como recurso didático no ensino de saúde mental.	O Quiz alcançou sua meta como produção de tecnologia inovadora de apoio ao ensino-aprendizagem, uma alternativa para o ensino da formação na área da saúde mental de forma motivadora e adequada aos alunos de Enfermagem e demais cursos da saúde, como também aos profissionais de saúde em situações de treinamento/aperfeiçoamento.

E9	Avaliar a tecnologia digital educacional: “sinais vitais e anatomia” por estudantes da educação profissionalizante em Enfermagem quanto ao conteúdo, interface e usabilidade do sistema.	Todos os itens foram considerados adequados por mais de 90% dos avaliadores. Os estudantes expressaram algumas sugestões, as quais foram consideradas para a melhoria da tecnologia. Considerou-se que o produto desenvolvido está adequado para ser disponibilizado no ensino de Enfermagem inserido no referencial pedagógico da problematização e da aprendizagem significativa.
E10	Investigar como está sendo realizado o estudo na contemporaneidade.	As buscas e o levantamento bibliográfico envolvem antes a navegação pela internet que as idas às bibliotecas e/ou livrarias, o que isso tem incentivado, por um lado, a pesquisa, potencializando o acesso e a manipulação de informações.
E11	Descrever de que modo o estudante do curso de Medicina da UFRN utiliza as TICs para seu aprendizado, assim como avaliar se a língua inglesa interfere no uso dessas tecnologias.	Todos os entrevistados têm pelo menos um computador <i>desktop</i> , <i>notebook</i> , <i>smartphone</i> , <i>tablet</i> . Verificou-se que as redes sociais são utilizadas por quase a totalidade dos estudantes e que há um uso mais frequente de artigos científicos para o aprendizado.
E12	Avaliar com base em critérios ergonômicos estabelecidos pelo <i>Ergolist</i> , a interface da tecnologia educacional digital interativa cuidando do ambiente sensorial na unidade neonatal.	A tecnologia educacional avaliada possui uma interface amigável, apresenta facilidade de manuseio e propicia um ambiente de estudo agradável e motivador, simulando a realidade de uma unidade neonatal através de multimeios.
E13	Descrever as contribuições da simulação clínica para aprendizagem de atributos cognitivos e procedimentais, por meio do <i>debriefing</i> , na perspectiva dos estudantes de enfermagem.	Encontraram-se relatos de aproximação com a realidade da profissão, permitindo refletir sobre o desempenho e sentimentos suscitados na atividade simulada. Valorizou-se a oportunidade de rever os erros que podem ser evitados em situações semelhantes no futuro, aumentando a segurança do paciente.
E14	Descrever o processo de desenho e implementação de objetos de aprendizagem orientados para o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, numa escola superior do ensino politécnico português.	As práticas pedagógicas assentes em estratégias de resolução de problemas com o recurso às TIC proporcionaram o desenvolvimento de competências transversais que contribuem para a construção de métodos de trabalho e de tratamento de informação, assim como para articulação entre os processos de síntese e de análise, aspectos fundamentais quando se reportam a aprendizagens de nível superior.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os objetivos dos estudos são centrados na apresentação e descrição de aplicativos e/ou *softwares* que fornecem apoio aos processos de ensino e aprendizagem das disciplinas e procedimentos característicos dos cursos de saúde que cada estudo aborda. Além destes, há também artigos que descrevem de forma mais generalizada as contribuições que as tecnologias citadas oferecem para o processo de ensino e aprendizagem e a relação das mesmas com seus usuários.

Os principais resultados são unânimes quanto à percepção das vantagens que as tecnologias citadas oferecem ao ensino em saúde. As contribuições prestadas podem ser traduzidas através da observação de alguns itens como: variação dos métodos tradicionais, potencialização do aprendizado através da troca de conhecimentos, atuação como ferramentas de auxílio nos estudos, aprendizagem de forma inovadora e motivadora e constituição de metodologias eficazes para apreensão da atenção dos alunos. Contudo, alguns estudos observam a importância da atenção para o uso consciente e adequado destas tecnologias, visto que o acesso a *smartphones*, *tablets* e computadores também estão atrelados ao uso de outras tecnologias para fins diversos, como é o caso das redes sociais.

Discussão

Para a construção mais dinâmica e alcance eficaz dos objetivos do estudo e contribuições ao leitor, essa discussão será delineada através da distinção das três áreas nas quais foram subdivididos os estudos, são estas: Apresentação de *softwares* educacionais; Avaliação de ambientes virtuais de aprendizado; Avaliação do uso das tecnologias de informação e comunicação.

Apresentação de softwares educacionais

Os *softwares* educativos são classificados em tutorial, simulação e jogos educacionais. Os jogos educacionais são os *softwares* que

influenciam o desenvolvimento socioafetivo e cognitivo a partir do lúdico, motivação e intensa interatividade. Dessa forma, observa-se que muitos jogos passaram a ser considerados como ferramenta de apoio ao processo de ensino e aprendizagem, trazendo vantagens e benefícios quando inseridos no contexto educacional (BOTTI *et al.*, 2014; RAMOS; SOUZA; CORRÊA, 2014).

Esses jogos objetivam a transmissão de conteúdos específicos de disciplinas através do ensino e do treinamento de novas habilidades, promovendo também a conscientização sobre importantes questões. Nesse sentido, Paiva *et al.* (2013) propuseram a apresentação de um jogo educacional como ferramenta de auxílio às práticas educativas da biossegurança na área da Odontologia, um *serious game* chamado *Dentistry Biossecurity Safer*, voltado para a educação de estudantes em nível superior, com o intuito de conscientizá-los sobre a importância das práticas de biossegurança.

Botti *et al.* (2014) também descreveram o processo de desenvolvimento e validação de um software educativo na área de saúde mental para alunos do curso de Enfermagem, alcançando sua meta como produção de tecnologia inovadora de apoio ao ensino-aprendizagem e mostrando ser alternativa para o ensino da formação geral e específica da área da saúde.

Góes *et al.* (2015) elaboraram uma tecnologia educacional intitulada “anatomia e sinais vitais”, cuja apresentava um caso clínico relacionando de forma interativa aos conteúdos de anatomia e verificação de sinais vitais que partiu das necessidades dos alunos e dos próprios professores. Na perspectiva dos autores, a construção coletiva do conhecimento faz com que o produto construído tenha significado para o público-alvo e, de certa maneira, pode garantir a autonomia do processo ensino-aprendizagem.

Segundo Castro *et al.* (2015), que avaliaram a interface de uma tecnologia educacional digital interativa para cuidado do ambiente sensorial na unidade neonatal, para que haja o alcance e impacto positivo no processo ensino-aprendizagem com o uso de

tecnologias educacionais, deve ser levada em conta a necessidade de uma interface amigável que promova uma interação adequada homem-computador, além de possuir critérios que façam o sistema ser bem compreendido pelo usuário.

Góes *et al.* (2015) e Castro *et al.* (2015) ressaltam ainda que a utilização de tecnologia educacional não substitui o papel do professor, mas auxilia-o, podendo ser considerada estratégia de ensino complementar ao processo de aprendizagem, tornando-a mais atraente, criativa e facilitadora da autonomia do aluno. Os professores devem analisar e transformar tais tecnologias em instrumentos educacionais capazes de relacionar os conhecimentos ao panorama do ensino.

Avaliação de ambientes virtuais de aprendizado

No contexto das tecnologias educacionais, destacam-se os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), que são ambientes de mídias que utilizam o espaço digital para veicular conteúdos e permitir a interação entre os sujeitos envolvidos no processo educativo. Assim, o AVA funciona como um portal, que fornece várias ferramentas que podem ser utilizadas como suporte ao ensino e aprendizagem, como chats, fórum de discussões, diários, mensagens, wiki entre outros, constituindo desta forma, um espaço de mediação para a assimilação da informação (LIMA; NETTO, 2015).

O AVA utiliza métodos por meio dos quais o aluno será responsável pelo seu próprio estudo e terá a possibilidade de acessar o ambiente em local e tempo a critério de sua disponibilidade, otimizando a dinâmica da sala de aula, proporcionando um melhor aproveitamento dos conteúdos teóricos, tornando-os mais atrativos, e personalizando a aprendizagem. O uso dessas tecnologias proporciona a capacitação do aluno para a realização de determinados procedimentos de forma segura, a partir de recursos midiáticos que aproximam o aluno da realidade (FROTA *et al.*, 2013).

Dentro desse contexto, Vasconcelos e Vasconcelos (2013) e Masson *et al.* (2015) propuseram em seus estudos o desenvolvimento de AVAs voltados para estudantes da área da saúde, ofertando através de plataformas de fácil acesso e entendimento disciplinas como Histologia e História da enfermagem, respectivamente. Para os autores, o aprendizado do aluno pode ser beneficiado pelas vantagens do ensino online, como: diferentes metodologias para a aprendizagem de um mesmo conteúdo; autonomia e liberdade de estudo e favorecimento da autoaprendizagem.

Almino *et al.* (2014) utilizaram em seu estudo o AVA através da telemedicina no processo de ensino-aprendizagem em Pediatria. Essa modalidade constitui um importante recurso e instrumento fundamental à formação/prática médica e suas múltiplas competências, pois permite a integralização de aspectos relacionados ao conhecimento, à técnica e à cognição.

No enquadramento das AVAs, Tenório *et al.* (2013) tiveram a idéia de criar um blog interativo que permitisse aos alunos de enfermagem contato com os conteúdos citados além da sala de aula, que eles pudessem acessar a qualquer momento. Além disso esse ambiente era capaz de oferecer conteúdo seguro e adequado. A proposta do blog também permitia a criação de debates entre acadêmicos da área, além de ser fonte de informação e atualização de pós-graduandos e profissionais.

O estudo de Teixeira *et al.* (2015) faz outra abordagem no âmbito das AVAs, pretendendo abordar um componente integrante da simulação clínica. Esse processo possibilita reflexão intencional, para maximizar a aprendizagem, o que pode permitir mudanças de comportamento. Dessa forma, é tratada como um processo analítico pós-experiência, no qual a evolução e a integridade das lições aprendidas dentro da cognição e da consciência são avaliadas.

Palácio e Struchiner (2016) ressaltam, que o uso de AVAs no ensino superior em saúde oferece possibilidades para ampliar os limites da sala de aula ao disponibilizar ferramentas que quebrem

essas barreiras físicas e permitam um processo diferenciado, valorizando a presença e a interação dos sujeitos educandos. Contudo, embora o seu uso seja um caminho inovador, este requer mudanças na cultura acadêmica, nas relações interpessoais para uma cultura da aprendizagem orientada pela participação de todos os sujeitos envolvidos no processo educativo.

Avaliação do uso das tecnologias de informação e comunicação

Como vimos, os educadores podem lançar mão de estratégias de atualização e qualificação para se adaptar às diferentes formas de ensino, procurando elaborar matérias com didática adequada às novas tecnologias. As práticas pedagógicas sustentadas em modelos interativos pressupõem a participação ativa dos estudantes nos processos de ensino-aprendizagem que recorrem a estratégias de resolução de problemas (LEITE *et al.*, 2013; MONTEIRO; BARROS, 2016).

As práticas pedagógicas provenientes dos recursos tecnológicos constituem-se importantes no processo de ensino-aprendizagem, pois proporcionam o desenvolvimento de competências que passam pela interação social, pela comunicação e pela aposta no trabalho colaborativo. Essas práticas contribuem para a construção de métodos de trabalho e de tratamento de informação, assim como para articulação entre os processos de síntese e de análise, aspectos fundamentais quando se reportam a aprendizagens de nível superior (MONTEIRO; BARROS, 2016).

Na área da saúde, alternativas de acesso à informação estão sendo adaptadas às inovações tecnológicas no intuito de tentar suprir o elevado número de informações. É o caso do *E-learning*, que é o uso da internet e de outras ferramentas, bases de dados, informações científicas e programas computacionais destinados a melhorar o conhecimento e o desempenho estudantil (SILVA *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, Leite *et al.* (2013) constataram que os estudantes fazem uso da internet, como tecnologia da comunicação

para diversas finalidades, ressaltando o uso para fins educacionais e demonstrando a significância desse dispositivo e o empenho dos estudantes em utilizar a internet visando ao crescimento cognitivo.

Diversas maneiras de usar dispositivos como computador-internet foram percebidas no estudo de Sancovschi e Kastrup (2015). O papel central das novas tecnologias da informação e comunicação nesse tipo de prática destaca-se, em observação à existência de muitas experiências e transformações. Evidencia-se, portanto, que o uso do computador-internet participa das práticas de estudo na contemporaneidade, dando lugar a novos hábitos.

Os estudos dessa seção demonstraram que o uso da internet e de programas que melhorem a atuação do estudante da área de saúde favorecem a atualização, a comunicação e a qualificação acadêmica, proporcionando impacto positivo no crescimento científico e consequente aumento de desempenho dos estudantes, quando utilizados com foco no aprendizado e crescimento intelectual (LEITE *et al.*, 2013).

Considerações Finais

Os processos de desenvolvimento e modernização das tecnologias, aliados à facilitação do acesso que vem ocorrendo nas últimas décadas, além da popularização de computadores e *smartphones* nos fez refletir sobre a contribuição destas tecnologias para os processos de aprendizagem em saúde no ensino superior. O propósito desse estudo foi alcançado, pois a literatura estudada foi uniforme em demonstrar as contribuições das tecnologias da informação no processo de aprendizagem em suas variadas formas e metodologias.

Os estudos analisados puderam nos mostrar que a adoção de condutas educacionais guiadas pelo uso de tecnologias de informação e comunicação podem contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade da educação no ensino superior. O uso de jogos e aplicativos, além de proporcionarem um ambiente de aprendizagem interativo, possuem caráter motivador que atraem

a atenção do estudante. As tecnologias baseadas nas AVAs também se destacam por seu caráter interativo e, ao mesmo tempo, autônomo o que permite ao aluno o acesso à plataforma conforme sua disponibilidade de tempo e necessidade, proporcionando também novas experiências através da troca de informações com os demais componentes do sistema.

Como é de conhecimento geral, os dispositivos com acesso à internet propiciam o uso de outras tecnologias, voltadas para as mais diversas finalidades do dia a dia. A possibilidade de acesso concomitante de outras tecnologias com finalidades sociais, de entretenimento, entre outras, é uma característica que não se pode deixar de observar quando se fala em acesso a tecnologias. No entanto, pouco se comentou nos estudos analisados sobre as possibilidades dessa dispersão, ou se elas aconteceram. Sobre esse quesito é necessário que os docentes estejam bem preparados para lidar com essas tecnologias.

Referências

ALMINO, M. A. F. B. *et al.* Telemedicina: um instrumento de educação e promoção da saúde pediátrica. **Rev Bras Educ Med.**, v. 38, n. 3, p. 397-402, 2014.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Desenvolvimento e validação de software educativo de saúde mental. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 218-222, 2014.

CÂMARA, F. M. P. *et al.* Perfil do manuseio de inovações tecnológicas pelo estudante de medicina e sua interface para o aprendizado em saúde. **Rev Bras de Inov Tec em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 51-60, 2014.

CASTRO, F. S. F. *et al.* Avaliação da interação estudante-tecnologia educacional digital em enfermagem neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 114-121, 2015.

COSTA, R. D. A. *et al.* Anato Mobile: desenvolvimento colaborativo de um sistema de aplicativos para o ensino e a aprendizagem de Anatomia Humana em cursos superiores da área da saúde. **Acta Scientiae**, v. 18, n. 2, p. 456-469, 2016.

FROTA, N. M. *et al.* Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 29-36, 2013.

GÓES, F. S. N. *et al.* Avaliação de tecnologia digital educacional “sinais vitais e anatomia” por estudantes da educação profissionalizante em enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 37-43, 2015.

GROSSI, M. G. R. *et al.* A utilização das tecnologias digitais de informação e comunicação nas redes sociais pelos universitários brasileiros. **Rev Texto Digital**, v. 10, n. 1, p. 04-23, 2014.

LEITE, K. N. S. *et al.* A internet e sua influência no processo ensino-aprendizagem de estudantes de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 21, n. 4, p. 464-470, 2013.

LIMA, D. P. R.; NETTO, J. F. M. Análise dos Resultados de um Sistema Multiagente que Identifica e Caracteriza as Relações Sociais dos Alunos de um Ambiente Virtual de Aprendizagem. **Anais do XXVI Simpósio Brasileiro de Informática na Educação (SBIE)**, 2015. Disponível em: <http://www.br-ie.org/pub/index.php/sbie/article/view/5466/3825>. Acesso em: 22 fev. 2017.

MASSON, V. A. *et al.* Construção de objetos virtuais de aprendizagem para o ensino da história em enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 764-769, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/961>. Acesso em: 21 fev. 17.

MONTEIRO, A.; BARROS, R. As Tecnologias da Informação e da Comunicação e o Desenvolvimento de Estratégias de Resolução de Problemas por Estudantes do Ensino Superior da área da Saúde. **Rev EaD em Foco**, v. 6, n. 3, p. 50-58, 2016. Disponível em: <http://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/419/216>. Acesso em: 22 fev. 2017.

MONTEIRO, G. R. S. S.; SILVA, M. E. S.; OLIVEIRA, R. C. Mapa de risco como instrumento para a identificação de riscos ocupacionais: revisão integrativa da literatura. **Rev Fundam Care Online**, v. 7, n. 3, p. 3076-3092, 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/3471/pdf_1675. Acesso em: 22 fev. 2017.

PAIVA, P. V. F. *et al.* Uma Proposta de Serious Game para o Ensino de Biossegurança em Odontologia. **Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, v. 13, n. 2, p. 135-39, 2013.

PALÁCIO, M. A. V.; STRUCHINER, M. Análise do uso de recursos de interação, colaboração e autoria em um ambiente virtual de aprendizagem para o ensino superior na área da saúde. **Rev Ciênc Educ.**, v. 22, n. 2, p. 413-430, 2016.

PESSONI, A.; GOULART, E. Tecnologias e o ensino na área da Saúde. **Rev ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, p. 270-275, 2015.

RAMOS, A. A. B.; SOUZA, N. D. M.; CORRÊA, A. G. D. Desenvolvimento de um jogo digital interativo para apoiar a aprendizagem de libras e da língua portuguesa. **Rev Trilha Digital**, v. 2, n. 1, p. 76-90, 2014.

SANCOVSCHI, B.; KASTRUP, V. Computador-internet nas Práticas de Estudo Contemporâneas: uma Pesquisa com Estudantes de Psicologia. **Rev Psicol Cienc Prof.**, v. 35, n. 1, p. 83-95, 2015.

SILVA, J. R. *et al.* Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no Curso de medicina da uFrN. **Rev Bras Educ Médica**, v. 39, n. 4, p. 537-541, 2015.

TEIXEIRA, C. R. S. *et al.* Avaliação dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem com a simulação clínica. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 2, p. 311-319, 2015.

TENÓRIO, D. M. *et al.* Avaliação do blog interativo sobre reparo de feridas e os cuidados de enfermagem. **J Res.: Fundam Care Online**, v. 5, n. 3, p. 202-210, 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1584/pdf_904. Acesso em: 23 fev. 2017.

VASCONCELOS, D. F. P.; VASCONCELOS, A. C. C. G. Desenvolvimento de um Ambiente Virtual de Ensino em Histologia para Estudantes da Saúde. **Rev Bras Educ Médica**, v. 37, n. 1, p. 132-137, 2013.

VIEIRA, N. R. S. *et al.* Caracterização da produção científica sobre intoxicações exógenas: revisão integrativa da literatura. **Rev Saúde**, v. 10, n. 1, p. 47-60, 2016.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE VIA TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO: DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE UMA WEB-RÁDIO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM JOVENS ESCOLARES

*Raimundo Augusto Martins Torres
Antonia Lis de Maria Martins Torres
Leidy Dayane Paiva de Abreu
Isabela Gonçalves Costa
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Lucilane Maria Sales da Silva*

Introdução

Educação popular pode ser conceituada como um campo do saber na qual há uma intencionalidade na relação teoria-prática, em que atores mantêm uma dinamicidade das interações mediadas pelos processos comunicacionais cuja finalidade é a transformação social, uma consciência para emancipação de sujeitos (FREIRE, 1996).

Nesse cenário, as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) podem ser importantes ferramentas na promoção da saúde, sobretudo na população mais jovem. Assim, utilizar-se destas ferramentas junto a jovens escolares pode propiciar empoderamento e conseqüente autonomização de sujeitos com produção de práticas em saúde que produzem um cuidado autônomo, aqui entendido, os jovens, como protagonistas do ato de cuidar, assumem o cuidado de si. Este estudo descreve a utilização de uma web-rádio na educação em saúde com jovens escolares.

Ora, realizar atividades de educação e saúde é uma prática comum no processo de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente, daqueles inseridos na Atenção Primária em Saúde, considerando a promoção de práticas saudáveis. O público jovem é potente

quando se refere à produção da saúde e prevenção de agravos, no entanto, para trabalhar com eles/elas deve-se utilizar criatividade e dinamismo, no sentido de captar sua atenção e protagonismo nas ações desenvolvidas, pois os/as jovens são inquietos, têm raciocínio rápido e são sedentos por novidades nesta realidade contemporânea.

A utilização das TDIC para este tipo de atividade mostra-se como uma importante estratégia para favorecer a educação em saúde, já que a juventude está inserida em um contexto atual do mundo digital. A informação assume um papel fundamental, nesse momento, principalmente quando se percebe o quanto ela pode ser difundida, rapidamente, pelas diversas ferramentas e tecnologias.

Assim, é necessário instaurar uma lógica reflexiva que avance do campo da informação para o campo da comunicação, encarando aqueles que participam desse momento como sujeitos, e não, apenas, como meros receptores (SOUZA *et al.*, 2004).

Acredita-se que a garimpagem do ciberespaço que os jovens, na escola e/ou no exterior deste espaço, atuam é ponto central na constituição de suas subjetividades, pertencimento e significância, considerando-se que nas redes de comunicação as produções das linguagens e dos saberes abastecem suas formas de engendrar seus modos de viver e de compartilhar a comunicação e a informação que mobilizam as suas convivialidades.

Assim, pretende-se descrever a produção de saúde e educação por meio de um canal de comunicação digital, a Web Rádio AJIR, com os jovens de um estado do Nordeste brasileiro.

A relevância de tal relato reside no fato de que tais ações propiciam a aproximação desses sujeitos, tentando cada vez mais captar os modos como eles exercitam suas estéticas da existência, praticam seus prazeres, cuidam de si (FOUCAULT, 1984; 1985; 1988; 2006), concebem e praticam a cidadania, pois quando os/as jovens/as se alimentam de cultura, a emancipação humana se consolida e faz com que estes sujeitos atuem com atitudes de autonomização frente as suas realidades de vidas, focando o compromisso social e humano para um mundo melhor para todos/as (FREIRE, 1996).

Método

Trata-se de um estudo descritivo no qual se reflete sobre as possibilidades da utilização de uma ferramenta para dialogar com jovens produzindo aprendizagens significativas para os contextos de vida em que estão inseridos.

O estudo é resultante de um recorte do período de 2009 a 2011, com foco no Programa Em Sintonia com a Saúde (S@S) e em outras produções realizadas no Canal Digital referentes à saúde e educação.

Os sujeitos participantes do Programa em Sintonia com a Saúde são os jovens (alunos) de faixa etária entre 11 e 18 anos, do Ensino Fundamental e Médio, das escolas públicas estaduais.

O elo se dá pela participação desse programa que articula escolas públicas cearenses, por um canal de comunicação digital da extensão universitária, a *Web* Rádio AJIR (www.uece.ajir.com.br), emissora vinculada ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde-LAPRACS da Universidade Estadual do Ceará-UECE e Associação do Jovens de Irajá-AJIR.

A produção do programa é realizada em um estúdio-sala da UECE e todo o material é editado e postado em um *blog* no link: <http://www.saudeuece.ajir.com.br>, assim como, os áudios no ícone: Arquivos Multimídias, hospedados no *website* www.uece.ajir.com.br, para acesso coletivo, bem como na grade de programação da emissora são garantidas às reprises das entrevistas realizadas na semana. As dúvidas e inquietações dos participantes são discutidas por meio dos canais dialógicos da emissora digital disponíveis na internet (*Messenger*, mural de recados, *Twitter*, *Skype*) e também pelo mural de recados do *Web* site da emissora. Mesmo sendo os jovens escolares o público alvo, conta-se também com a participação dos internautas que trafegam nas infovias do mundo virtual.

A cada transmissão, as séries abordam temática da saúde coletiva, tendo como finalidade proporcionar uma orientação para o debate e instigar a reflexão, nos aspectos da mobilização social, da educação popular em saúde e do protagonismo juvenil.

A dinâmica de participação dos jovens escolares ocorre com a utilização do espaço do Laboratório de Informática Educativa das escolas envolvidas, de campos pedagógicos que possibilitam a interação com a equipe multidisciplinar que compõem o projeto - professores do curso de graduação e pós-graduação em enfermagem e discentes do curso de graduação nas áreas de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Computação e Jornalismo.

O estudo obedece aos aspectos Éticos da Pesquisa, emanados da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), bem como tem registro no Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará - UECE, FR 4248380/2010.

Contextualização: educação em saúde pela *web*-rádio

O ciberespaço, desmaterialização das informações, reorganização do tempo e espaço, velocidade são conceitos utilizados no cotidiano cultural, econômico, social, político e educacional, ilustrando um novo comportamento e uma nova maneira de pensar (LIMA, 1999).

Sabe-se que na atualidade os estudos sobre o real e o virtual tornaram-se problemáticos e desafiadores entre os pesquisadores, tradicionalmente, apegados aos fenômenos da materialidade em contraposição àqueles que se dedicam em advogar os processos de desterritorialização, identificação de vários territórios (subjetivos e objetivos) na convivência humana. Nesse sentido, Levy (1994) trata das terminologias, virtual e real, problematizando sua oposição e negação, ou seja, que a primeira é a ausência da segunda, e coloca em destaque as tensões que implicam esta dualidade, mesmo que elas não sustentem uma teoria geral.

A palavra virtual vem do latim medieval *virtualis* e significa força e potência. Levy, em termos filosóficos rigorosos, conclui que o virtual não se opõe ao real, mas ao atual, pois atualidade e virtualidade são duas maneiras de ser diferentes.

Assim, o virtual como campo de análise não se opõe ao real, torna-se local de possibilidades, de conexões entre acontecimentos e necessidades, em meio à intemporalidades (DELEUZE, 1998). Para tanto, trazer o virtual como campo de pesquisa, de olhar os acontecimentos e seus processos de subjetivação provocantes e provocadores propicia entender novas formas de refletir sobre outros modos de produzir a vida e seus agenciamentos (FOUCAULT, 1988; DELEUZE, 1998).

Busca-se na virtualidade os acontecimentos significantes que se deseja e pratica-se como produtos internos próprios pautados em seu contexto social e cultural. Desse modo, a virtualização inaugura uma cultura de desterritorialização, de nomadismo, de comunidades virtuais com seus andarilhos, trafegando pelas veias da comunicação telemática que carrega em si novos espaços de comunicação (PRADO *et al.*, 2012).

Nestas, por sua vez, produzem-se amizades, conflitos, saberes, paixões, pois seus membros se encontram, não referenciados por uma geografia estátil, mas pelo mínimo de inércia. No entanto, segundo Levy (1994), quando se remete à virtulidade no sentido que se trata aqui, ou seja, na ambiência da teleinformática e da comunicação produzida no ciberespaço, substratos dos sujeitos, como subjetividade, pertencimento e significação são tomados por suas pluridades temporais e espaciais, marcando-se não por uma cronologia uniforme, mas por uma quantidade de tipos de espacialidade e duração.

A abordagem do profissional de saúde deve ser pautada pelo princípio da integralidade da atenção, diretriz do sistema único de saúde (ALVES, 2005). Não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco e vulnerabilidade à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação em saúde.

A iniciativa dos profissionais em inserir-se em serviços de saúde que prestavam assistência às classes populares se deu integrada a projetos mais amplos, dentre os quais predominava a me-

metodologia da Educação Popular. Assim sendo, esta metodologia foi assumida pelo movimento dos profissionais, constituindo-se no seu elemento estruturante fundamental para realização de práticas educativas (ALVES, 2005).

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e de usuários e, pelo diálogo, busca-se a explicitação e compreensão do saber popular. Essa metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito com um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Desta maneira, a educação em saúde popular também se faz pelas experiências com o rádio, que ficaram um bom tempo de lado, mas que têm sido reativadas devido às novas perspectivas consolidadas pelo rádio enquanto elemento-ferramenta da educação e comunicação. Com a revolução digital acelerada e a clara tendência de convergência midiática, o rádio, enquanto meio de comunicação, integra este processo (SOARES *et al.*, 2010).

O rádio como um veículo de comunicação de massas passou por inúmeras mudanças ao longo dos anos, mediante o desenvolvimento da informática e da cibercultura. O processo de digitalização vivenciado pelas emissoras convencionais e a disponibilidade de seus conteúdos na Internet, contribuíram para o surgimento de um novo meio que se caracteriza pela junção entre a radiodifusão e a internet, vivificando a Web Rádio.

Por sua vez, a educação tem se aproveitado dos novos recursos tecnológicos para desenvolver metodologias de ensino educativas multidisciplinares nas mais diversas áreas do conhecimento. Ao contrário do rádio convencional, a expansão das rádios na Internet

com vertente educativa e formativa é explicável pelo baixo custo financeiro para veiculação dos programas, pela flexibilidade síncrona e assíncrona da programação, pela cobertura geográfica e pelo conjunto de interfaces tecnológicas disponibilizadas em ambiente virtual, dentre outros (SOARES *et al.*, 2010).

A web rádio quando aliada ao processo educativo torna-se um potencial impar na criação de um ambiente de aprendizagem crítico, dinâmico e participativo, em que os cidadãos podem falar, agir, se expressar, compartilhar conhecimentos para além de divulgar conteúdos. Outra característica relevante da convergência de mídias que favorece a formação de uma metodologia de ensino dinâmica e satisfatória é a convergência do computador com o rádio, pois se estabelece facilitando o ensino pela discussão e interdisciplinaridade de temas atuais que perpassam o conteúdo tradicional das disciplinas escolares, proporcionando ao alunado a oportunidade de explorar diversos tipos de conhecimentos disponíveis na atual sociedade da informação via ciberespaço (SOARES *et al.*, 2010).

É possível refletir que, ao ser transportado para um meio ainda não acessível a toda população, como a internet, o rádio pode se desvincular do seu papel social, descaracterizando-se como um meio barato, acessível e popular. Entretanto, a recriação do rádio no meio virtual propõe uma mudança no que diz respeito à produção. A internet quanto um elemento de recriação e propagação de conteúdos habilita as mídias a atuarem como nunca antes, livres de padrões pré-estipulados, de concessões políticas e amarras estruturais. A internet transforma o rádio em um meio livre de produção de conteúdos e torna seus profissionais militantes da inclusão digital (SOARES *et al.*, 2010).

As interações no canal de comunicação digital com os/as jovens possibilitaram-nos conhecer melhor suas demandas de saúde, bem como o modo que eles/elas utilizam a internet para buscar informações sobre os temas pautados nas séries, sobre Saúde Reprodutiva, Sexualidade, Relações de Gênero, Hanseníase, Dengue,

Cuidados com o Corpo, doenças sexualmente transmissíveis (DST)/ Aids, Cultura de Paz, Hepatites Virais, Tuberculose, dentre outros.

Referente aos programas realizados com os jovens, entre janeiro de 2009 a dezembro de 2011, foram 104 programas ao vivo, com interação junto aos jovens nas escolas, bem como 624 programas reprisados diariamente na grade de programação da emissora digital. Os municípios envolvidos foram: Fortaleza, Hidrolândia-Irajá, Caucaia, Pacoti, Aracati, Sobral, Maracanaú, Ipaumirim, Monsenhor Tabosa, Tauá e Quixadá.

Quadro 1 - Demonstrativo da produção de programas realizados com as escolas, com carga horária, participantes e local de produção no período de janeiro a dezembro de 2009-2011.

Quantitativo de Programas anuais com as escolas	Período	Horas	Nº de Participantes	Local
30 Programas Em Sintonia com a Saúde com Escolas do Estado do Ceará	Janeiro a dezembro de 2009	30h	390	Sala de estúdio-UECE
44 Programas Em Sintonia com a Saúde com Escolas do Estado do Ceará	Janeiro a dezembro de 2010	44h	572	Sala de estúdio-UECE
30 Programas Em Sintonia com a Saúde com Escolas do Estado do Ceará	Janeiro a dezembro de 2011	30h	4.290	Sala de estúdio-UECE

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ressalta-se serem variadas e inquietantes as questões trazidas pelos jovens e internautas para o debate virtual no encontro presencial na Web Rádio, considerando que as interações ocorrem sincronicamente (pelo MSN, Twitter, Skype) e assincronicamente (Mural de Recados do *site*) e garantem um fluxo de comunicação rico e instigador. Estudo revelou que esse tipo de programação propicia uma aprendizagem colaborativa na qual, de fato, os saberes se complementam e se reconstruem à medida que outras formulações acontecem (TORRES *et al.*, 2012). No entanto, pode-se destacar algumas temáticas em que há maior problematização dos participantes, conforme a seguir:

Quadro 2 - Demonstrativo dos programas realizados com as escolas. Janeiro-dezembro, 2009-2011.

Ano	Temas/Séries
2009	<ol style="list-style-type: none"> 1) 20 anos do Sistema Único de Saúde 2) Diabetes 3) Hanseníase 4) Problemas na coluna vertebral 5) Educação popular 6) Hipertensão arterial 7) Tuberculose 8) Dengue 9) Alcoolismo 10) Educação e cidadania 11) Drogadicção 12) Direitos reprodutivos e a questão do feminino 13) Síndrome da Imunodeficiência adquirida(AIDS): educação e prevenção 14) Solidariedade e cidadania na prevenção das DST/AIDS 15) Educação ambiental e desenvolvimento sustentável 16) Práticas Integrativas e complementares: a terapia reike 17) Saúde mental 18) Obesidade infantil 19) Educação nutricional e a segurança alimentar 20) Gravidez na adolescência 21) Infuenza A 22) Tabagismo 23) Cuidado nas práticas de saúde (enfermagem)
2010	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hanseníase: que machas queremos enxergar? 2) Tuberculose: tem sexo/cor e raça? 3) Síndrome da Imunodeficiência adquirida: educação e prevenção 4) Educação ambiental e desenvolvimento sustentável 5) 20 anos do Estatuto da Criança e Adolescente-Estatuto da Criança e do Adolescente 6) Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Relações de Gênero 7) Hepatites Virais
2011	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hanseníase 2) Dengue 3) Saúde Reprodutiva 4) Cultura de Paz 5) Tuberculose 6) Vírus Papiloma Humano 7) Síndrome da Imunodeficiência adquirida: soropositividade e luta contra o preconceito 8) Saúde do Homem e Masculinidades 9) Gravidez na Adolescência 10) Planejamento Familiar 11) Cultura de Paz na Escola 12) Hepatites Virais 13) Diabetes Mellitus

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse sentido, pelas demandas dos jovens, percebe-se que os saberes e as práticas devem estar interligados para que a escola se insira neste meio e a web rádio AJIR com o programa Em Sintonia com a Saúde busca auxiliar os professores a encontrar caminhos para falar das temáticas da saúde coletiva dentro da sala de aula, como também, busca oferecer a esses jovens uma oportunidade de adquirir conhecimento científico via mídia digital tão conhecida deles, a internet.

Desse modo, busca-se aproximar o conhecimento e o entretenimento dentro da escola, pois o programa é visto e ouvido dentro desse espaço. Esse encontro com o mundo digital revelou-se potente, pois inseriu jovens em contextos diferentes de uma realidade que é construída pela via da coletividade, abriu possibilidades, antes desconhecidas e/ou distantes e, conseqüentemente, deu outro sentido ao ser que cada jovem é, pela via da liberdade (perguntar, dar opinião, legitimar seu pensamento atualizado pelo virtual) e autonomia a partir das escolhas que o transformam no que é, e pode vir a ser (FREIRE, 1996; FOUCAULT, 2007).

Os resultados do projeto mostram que o canal vai sendo referenciado nas práticas e saberes acadêmicos e populares, como fundantes da construção de sujeitos comprometidos com as problemáticas sociais e de saúde da juventude, bem como situa a universidade como uma instituição social engajada no compartilhamento do saber científico produzido nos seus espaços com os diversos sujeitos que estão à margem dela. O volume de atividade desenvolvida no canal mostra o potencial pedagógico, social e democrático que a universidade tem exercido junto à população que a mantém. O conhecimento produzido denota a disseminação de seus ramos para vários setores da sociedade.

Conclusão

As ações de educação em saúde produzidas a partir da web rádio com os jovens escolares se consolidam como um instrumento de transformação e articulação de novos saberes e práticas com a aproxi-

mação do campo acadêmico e popular (escolas), gerando novos modos de interação e entretenimento na produção do cuidado em saúde coletiva, haja vista a abrangência dos temas que foram abordados.

A participação dos jovens está cada vez mais efetiva, bem como eles se tornam multiplicadores do conhecimento, ou seja, eles dialogam com os colegas o que aprendem nos programas, como também provocam a discussão dos temas no contexto familiar, levando os pais a discutirem sobre muitas questões com os filhos, tornando-se um ambiente de escuta, de aprendizado e de compreensão.

Ressalta-se também que ao se utilizar a internet como campo dialógico, ultrapassando-se barreiras geográficas e até mesmo culturais, proporciona aos jovens e aos internautas o compartilhamento de saberes acadêmicos que sem uso da web não seria possível. Porém, os desafios ainda são enormes, pois o espaço virtual apesar de já bastante difundido na sociedade contemporânea, ainda não despertou o interesse das escolas de utilizarem nos processos de ensinar, aprender e dialogar com os jovens.

Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2004/ 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comitê Nacional de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 15. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política** (traduzido de ditos e escritos). Seleção e organização de textos de Manoel Barros da Motta; tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

LIMA, T.C.B. **Aprendizagem Colaborativa em Ambientes Virtuais e a Perspectiva Sóciointeracionista de Vygotsky**. Proceedings of the XII SIB-GRAPI (October 1999) 101-104.

LEVY, P. **L'intelligence collective. Pour une anthropologie du cyberspace**. Paris: La Découverte, 1994.

PRADO, C. *et al.* Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de Enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 5, p.862-866, 2012.

SOARES, I. O. **Metodologias da Educação para Comunicação e Gestão Comunicativa no Brasil e na América Latina**. In: BACCEGA, M. A. (Org.). **Gestão de Processos Comunicacionais**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 40-47.

SOUZA, C.A. *et al.* Tutoria na educação à distância. In: **Anais... 11º CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**. 2004 set 7-10; Salvador, Brasil. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/088-TC-C2.htm>. Acesso em: 26 fev. 2009.

TORRES, R.A.M. *et al.* **Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a utilização de uma webrádio como estratégia pedagógica**. **J Health Inform.**, v.4, n. esp., p. 152-156, 2012.

REFLEXÕES SOBRE A INFLUÊNCIA EXERCIDA PELAS MÍDIAS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE JOVENS

*Livia de Araújo Rocha
Marcos Renato de Oliveira
Raimundo Augusto Martins Torres*

Introdução

A adolescência, período que se estende dos 10 aos 19 anos e 11 meses, é conhecida como uma fase na qual ocorrem inúmeras transformações no indivíduo, que vão desde mudanças na personalidade às já esperadas mudanças corporais, mais conhecidas como puberdade. É nessa fase que é perceptível uma mudança na alimentação em associação com as mudanças do corpo. Essas mudanças se dão por inúmeros fatores, tais como modismos, influência de amigos, internet, além da falta de tempo (OMS, 2015; LEVI *et al.*, 2010).

É importante que nessa fase o conceito de alimentação saudável e equilibrada seja introduzido de maneira eficiente para que assim sejam implantadas mudanças necessárias em hábitos alimentares deficientes. Na fase caracterizada por crescimento e mudanças, a alimentação é fator determinante no desenvolvimento e na manutenção da saúde (PINHO *et al.*, 2014).

Escolhas erradas na alimentação podem causar danos graves à saúde, como a obesidade, que cresce cada vez mais entre os adolescentes e do mesmo modo, as doenças carências que são igualmente preocupantes e crescentes na população (BRASIL, 2014).

Os adolescentes estão cada vez mais conectados a rede de computadores e a outras mídias, que influenciam de forma direta as concepções alimentares desses indivíduos, sendo essas suas as principais fontes de informações, boas ou ruins, sobre alimentação dessa população.

É inquestionável o poder da internet sob o comportamento desses adolescentes, que gastam mais tempo em frente ao computador do que se exercitando, por exemplo. Dessa forma, é conveniente que informações sobre alimentação e saúde unidas aos hábitos já adquiridos desses adolescentes sejam relacionados para contribuir com um maior entendimento sobre o assunto. Até que ponto as novas mídias podem influenciar a alimentação dos adolescentes?

Metodologia

Revisão integrativa da literatura que traz o que está sendo dito sobre as influências exercidas pelas mídias sobre a alimentação de adolescentes. Para a identificação dos artigos de interesse utilizou-se as bases de dados LILACS, a biblioteca eletrônica SciELO e o portal BVS, a fim de selecionar artigos científicos publicados no período de 2007 a 2017, com um intervalo de no máximo dez anos de publicação, dando preferência aos trabalhos mais recentes. Os trabalhos selecionados deveriam tratar primordialmente da influência das mídias sociais sobre o comportamento alimentar de adolescentes.

Foram excluídos os artigos com data de publicação fora do período pré-estabelecido, aqueles com títulos que não apresentavam claramente a proposta do estudo e estudos que não apresentavam no resumo informações coerentes com o tema. Os estudos utilizados deveriam estar na língua portuguesa. Também foram revisadas as referências dos artigos selecionados no intuito de encontrar artigos adicionais. Esses estudos, quando localizados, também tiveram suas listas de referências revisadas.

Além disso, foram incluídos artigos que tratavam de questões pertinentes à adolescência que poderiam complementar de alguma forma a discussão do trabalho, assim, alguns trabalhos que tratavam da alimentação em si e/ou distúrbios alimentares, por exemplo, fo-

ram incluídos no trabalho, já que são temas inerentes à essa discussão. Para a pesquisa foram utilizadas as palavras-chave: “tecnologia”, “alimentação”, “adolescentes” e “tecnologia da informação”.

Resultados

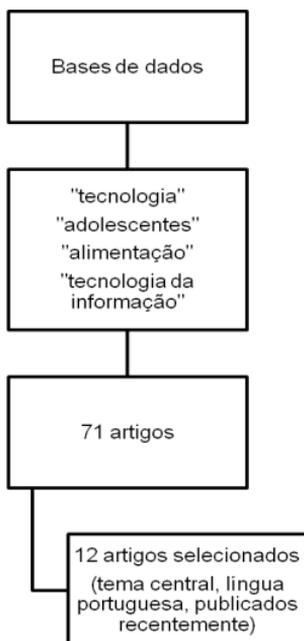
Com a pesquisa, pode-se observar que ainda existem poucos trabalhos totalmente voltados para essa temática. A maioria delas analisam influências ambientais de modo geral e incluem as mídias como um dos aspectos avaliados, outras tratam do tema de forma mais geral sem se ater às influências sobre os hábitos alimentares dos adolescentes, alguns se concentram em analisar o lado negativo das mídias ou em outros tipos de influências externas.

Com a busca encontrou-se 71 artigos, a partir disso, foram selecionados 20 artigos, encontrados nas bases de dados referidas anteriormente, usando os descritores para refinar a busca. Destes foram selecionados 12 artigos, de língua portuguesa e que traziam como ideia o tema central da pesquisa a influência das novas tecnologias sobre a alimentação dos adolescentes e que isso ficasse claro a partir do título do trabalho encontrado, a partir destes, foram revisadas as listas de referências, nas quais foram selecionados outros artigos de interesse. Esses trabalhos foram escolhidos de acordo com os quesitos previamente citados.

O número de trabalhos encontrados pode ter sido reduzido devido a refinação feita por meio dos descritores utilizados. Para compor a discussão utilizou-se de outros artigos ou livros citados em artigos de interesse que tratavam também de outras questões pertinentes a adolescência.

A presente investigação apoiou-se no referencial teórico das práticas alimentares na adolescência e a influência exercida pelas novas tecnologias, focando no adolescente como uma população vulnerável e que precisa de apoio nutricional.

Figura 1 – Base de dados



Fonte: Bases de dados (BVS, LILACS E SCIELO).

Discussão

Os adolescentes constituem um grupo único, caracterizado pelo rápido desenvolvimento físico e emocional, e ainda, com uma particular vulnerabilidade a determinados problemas de saúde. Nessa etapa da vida acontecem várias mudanças corporais e comportamentais, é nessa fase também em que o indivíduo atravessa uma série de modificações que serão decisivas para sua futura situação de saúde e bem-estar (PINHO *et al.*, 2014).

Essa população é considerada como um grupo de risco nutricional, devido à inadequação de sua dieta decorrente do aumento das necessidades energéticas e de nutrientes para atender à demanda do crescimento (ENES; SLATER, 2010).

Muitos fatores podem interferir diretamente no consumo alimentar nessa fase, tais como os valores socioculturais, grupo social, imagem corporal, renda familiar, aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, influência exercida pela mídia e grupo de convívio, omissão de refeições, distância entre a casa e a escola, disponibilidade e facilidade de preparo dos alimentos, além de instabilidade emocional, característica dessa fase (DISHCHEKENIAN *et al.*, 2011).

Os hábitos alimentares influenciam substancialmente o crescimento do indivíduo, por isso, os bons hábitos devem ser estimulados desde cedo. (MADRUGA *et al.*, 2012).

Esse processo envolve desde a escolha dos alimentos consumidos até as circunstâncias em que ocorre o ato de se alimentar como comer assistindo TV ou em frente ao computador (BRASIL, 2014).

Os adolescentes estão cada vez mais conectados às novas tecnologias, o que pode acabar afetando a saúde dos mesmos, já que é visto que houve uma substituição das antigas atividades de lazer por atividades totalmente sedentárias, como as “atividades de tela” (LUCENA *et al.*, 2015). As comodidades oferecidas pela tecnologia têm afetado o comportamento dos adolescentes, favorecendo a adoção de uma vida sedentária frente às telas (ENES; SLATER, 2010).

O desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação (TIC), nas últimas décadas, repercutiu de maneira intensa em muitos aspectos da vida social e individual, criando formas diferenciadas de pensar, sentir e agir do homem, além de uma sociedade influenciada pela cultura tecnológica. O mundo virtual é mais atrativo e com uma maior quantidade de informações (PERES *et al.*, 2012).

A globalização, associada ao aumento no uso da televisão e outras telas, como videogames e computadores, pelos adolescentes, edificou novos paradigmas e alterações significativas nas escolhas alimentares, comprometendo a adoção de um estilo de vida saudável (BICKHAM *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

As telas têm invadido as casas brasileiras, levando a mudanças no estilo de vida da população, em especial dos jovens. Aque-

le velho hábito de reunir a família ao redor da mesa vem sendo substituído por hábitos modernos de alimentar-se em frente a telas, levando as pessoas a não prestarem atenção no que consomem (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PenSE, 2015) evidencia esse fato por meio de dados que revelam um maior acesso de jovens às mídias tecnológicas. A pesquisa mostra que 87,4% dos escolares brasileiros avaliados do 9º ano do ensino fundamental responderam possuir aparelho celular e que 95,2% dos alunos de escolas privadas e 65,2% de escolas públicas possuíam algum tipo de computador (*desktops, notebooks, tabletes* etc.). Com relação ao acesso à Internet em sua própria casa, 77,5% dos escolares responderam que sim, e possuíam acesso contínuo à internet.

Paralelo a esse dado, a PenSe (2015) também constatou mudanças no padrão alimentar de adolescentes de todos os níveis socioeconômicos (BRASIL, 2015). Atualmente, é praticamente impossível imaginar o acesso à informação sem o advento das tecnologias da informação (CAVALCANTI *et al.*, 2012).

Estudos mostram que o tempo gasto com a televisão diminuiu na última década, mas a redução é causa de uma troca por outros dispositivos de tela como os *smartphones* (BRASIL, 2015).

Esses dispositivos conectam os adolescentes a toda sorte de informações, que podem ser confiáveis ou não. Assim essas mídias interativas exercem um poder de influência muito grande sobre esses adolescentes, que preferem seguir dietas de *bloggers* a buscar a ajuda de um profissional.

Atualmente a sociedade em geral passou a fazer buscas frequentes na internet sobre informações de saúde e sobre alimentação e nutrição em particular (RANGEL-S *et al.*, 2012).

A internet parece ser um lugar seguro para esses jovens que se sentem mais à vontade para falar sobre seus problemas e ansiedades através de uma tela, que não exige identificação, causando assim, uma sensação de liberdade e confiança para lidar com tais problemas.

Por ser essa uma fase de maior vulnerabilidade, indecisões e questionamentos, os adolescentes podem se sentir incomodados com orientações de um profissional de saúde e por isso preferem fazer uso da internet para resolverem os seus problemas.

Os adolescentes buscam por resultados rápidos e nessas mídias podemos encontrar uma infinidade de soluções para os mais diversos casos, e esse é o problema.

Gonçalves *et al.* (2012) salientam que as mídias são importantes influenciadores ao desenvolvimento de transtornos alimentares, como a anorexia, devido principalmente ao culto à magreza.

São dietas milagrosas com perda de peso rápida, dicas para ganhar massa muscular, dietas para os mais diversos fins, prontas para aplicação no dia a dia de qualquer pessoa. Desse jeito, os adolescentes que buscam por esses resultados adotam essas dietas e assim se sujeitam a possíveis problemas de saúde, como por exemplo, os distúrbios alimentares e consequentemente as deficiências nutricionais que podem comprometer ainda mais a saúde desse grupo. As redes sociais se tornaram ponto de “encontro” para pessoas trocarem dietas.

Ademais, o tempo dedicado ao uso dessas ferramentas digitais contribui significativamente para o sedentarismo e para o consumo excessivo de energia, uma vez que, além de passar horas sob essa situação, crianças e adolescentes estão mais expostas à propaganda de alimentos não saudáveis (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O *marketing* gerado por essas mídias se destaca como outra fonte de fortes influências, movimentando muito dinheiro e também mobilizando os adolescentes. A comida pode ser usada também como um meio de comunicação, quando um alimento é comprado e consumido, ele deixa de ser apenas um alimento. Ao consumir determinado alimento, esse mesmo alimento expõe e transmite uma situação e assim constitui uma informação, tornando-se significativa (FONSECA *et al.*, 2011). Desse modo, empresas usam o *marketing* que lança mão de artifícios como as mídias sociais para influenciar os jovens a consumirem o alimento daquela

empresa, muitas vezes sem a menor preocupação sobre o valor nutricional do alimento.

Para Barthes (1961), a publicidade gerada em mídias sociais é realmente muito forte, transferindo para os alimentos informações subliminares associadas ao desejo de querer consumir. Um só alimento pode significar virilidade, força, leveza, modernidade, tornando a comida a uma esfera de situações psico-afetivas.

Deve-se considerar também o obsoleto das informações na internet. A nutrição é uma ciência muito variável, o que hoje é considerado o vilão da alimentação, amanhã pode ser o grande herói da dieta. Assim, as informações contidas no *cyberespaço* podem tornar-se obsoletas, ultrapassadas.

Talvez por falta de informação ou por informações dadas de maneira incorreta é visto que jovens em idade escolar apresentam uma alimentação desequilibrada rica em carboidratos, alimentos de baixo valor nutritivo ou alimentos considerados prejudiciais à saúde. É necessário que isso seja mudado de forma realmente eficaz (TORAL *et al.*, 2007).

Porém seria a revolução tecnológica a culpada pela mudança nos hábitos alimentares de adolescentes?

As mídias não são apenas os vilões da alimentação dos adolescentes. Como citado por Silva *et al.* (2015), alguns jovens apontam as mídias tecnológicas como um meio facilitador da adesão a uma alimentação saudável, salientando que as informações repassadas pelas mídias são relevantes e os ajudam a reconhecer os erros e perigos de uma alimentação desequilibrada.

A internet e a televisão, por exemplo, facilitaram o acesso a informação, seja ela boa ou ruim. As pessoas podem tirar dúvidas sobre alimentação em qualquer lugar. Esses meios de comunicação tem o poder de falar com milhares de pessoas e desse modo, disseminar informações precisas e necessárias para a população. Elas também são utilizadas pelo governo que lança campanhas de saúde e assim atinge uma camada maior da população.

Visto assim, muitas pessoas puderam se prevenir de doenças ou mesmo fazer algum tratamento paliativo através de informações repassadas por essas mídias, que não substituem uma avaliação médica individualizada, porém a informação alcança mais pessoas por meio desses meios. É especialmente este ponto que as mídias devem focar, informar aos seus usuários que o atendimento de um profissional não pode ser substituído.

Inclusive, essas tecnologias estão sendo utilizadas como ferramenta pedagógica nas escolas e também por profissionais de saúde, que encontram ali um meio de se comunicar com os adolescentes de forma dinâmica e eficiente.

O desenvolvimento tecnológico permite a promoção do acesso e apreensão da informação, o que pode diminuir as desigualdades e iniquidades (MORENO, 2011).

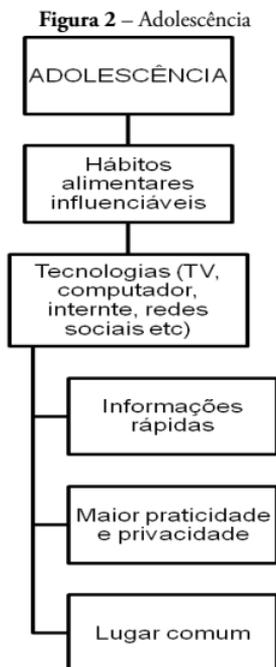
Cabe ressaltar a importância da internet na divulgação do conhecimento científico, tornando este mais acessível a toda a população, como nos artigos publicados nas bases de dados que trazem pesquisas inovadoras com resultados importantes, constituindo-se como fontes importantes de informações (RANGEL-S *et al.*, 2012).

O uso das TIC's na a educação é uma possibilidade a mais para gerar atração, sobretudo para os jovens que utilizam frequentemente a Internet (TORRES *et al.*, 2012). É importante que esses adolescentes tenham acesso a informações seguras e de qualidade sobre aspectos relacionados à prevenção de doenças e promoção da saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2012).

Se esse é um meio facilitador de divulgação da informação, este deve ser aproveitado em sua totalidade, usando os espaços cabíveis com o dinamismo exigido por essas plataformas e linguagem apropriada, adicionando a credibilidade necessária e, ainda infelizmente, deficiente nestes meios.

Nós, profissionais de saúde, temos a responsabilidade de estarmos cientes das comorbidades potenciais associadas ao uso desregulado dessas tecnologias (PERES *et al.*, 2012). Para tanto os

profissionais de saúde devem desenvolver estratégias educativas que visem à interação e a troca de conhecimentos, e respeitem o estilo de vida de cada população (MARTINS *et al.*, 2015).



Fonte: Artigos encontrados.

Considerações Finais

Contudo percebe-se que, diante do que fora sumariamente tratado, o uso de mídias como meios influenciadores para a adoção de uma dieta saudável é uma realidade. Muito embora essas tecnologias sejam utilizadas pelos jovens como principal meio de obtenção de informações, em determinadas situações, essas mídias podem os influenciar de forma negativa, afetando os seus hábitos alimentares.

Sendo, assim, extremamente importante tornar esses meios de comunicação mais seguros, fazendo do seu uso uma importante

ponte entre profissionais de saúde e pacientes, difundindo bons hábitos alimentares entre os jovens que as utilizam.

Referências

BARTHES, R. **Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine.** In: MARTY, E. **Oeuvres complètes: 1942-1965.** Paris: Seuil, 1993-1995. p. 924-933.

BICKHAM, D. *et al.* Characteristics of screen media use associated with higher body mass index in young adolescents. **Platform Abstracts**, [s. l.], v. 50, n. 11, [s. p.], 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. **Journal Health Informatics**, v. 4, n. 4, p. 182-186, 2012.

DISHCHEKENIAN, V. R. M. *et al.* Padrões alimentares de adolescentes obesos e diferentes repercussões metabólicas. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 1, p. 17-29, 2011.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010.

FONSECA, A. B. *et al.* Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3853-3862, 2011.

GONÇALVES, J. A. *et al.* Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Rev Paul Pediatr.**, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar:** 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

LEVY, R.B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p.3085-3097, 2010.

LUCENA, J. M. S. *et al.* Prevalência de tempo excessivo de tela e fatores associados em adolescentes. **Rev Paul Pediatr.**, v. 33, n. 4, p. 408-414, 2015.

MADRUGA, S. W. *et al.* Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 376-386, 2012.

MARTINS, M. C. *et al.* Influência de uma estratégia educativa na promoção do uso de alimentos regionais. **Rev Rene**, v. 16, n. 2, p.242-249, 2015.

MORENO, M. A. G. As tecnologias da informação e comunicação no contexto da alfabetização digital e informacional. *In*: CUEVAS, A.; SIMEÃO, E. **Alfabetização informacional e inclusão digital**: modelo de infoinclusão social. Brasília (DF): Thesaurus, 2011. p. 39-53.

OLIVEIRA, J. S. *et al.* Uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2016.v50suppl1/7s/pt/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

PERES, J. *et al.* Cultura tecnológica e vulnerabilidade ao trauma psíquico. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 2, p. 303-310, 2012.

PINHO, L. *et al.* Excesso de peso e consumo alimentar em adolescentes de escolas públicas no norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.67-74, 2014.

RANGEL-S, M. L.; LAMEGO, G.; GOMES, A. L. C. Alimentação saudável: acesso à informação via mapas de navegação na internet. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 919-939, 2012.

SILVA, D. C. A. *et al.* Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3299-3308, 2015.

TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, M. V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Rev Nutrição**, v. 20, n. 5, p.449-459, 2007.

TORRES, R. A. AM. *et al.* Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a utilização de uma webrádio como estratégia pedagógica. **Journal Health Informatics**, v. 4, n. esp., p. 152-156, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **OMS y el ONUSIDA publican un nuevo conjunto de normas para mejorar la atención dispensada a los adolescents**. Disponível em: <http://www.who.int/media-centre/news/releases/2015/health-standards-adolescents/es/>. Acesso em: 25 mai. 2016.

USO DA WEB RÁDIO NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO EM SAÚDE: PROMOVENDO A COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AS JUVENTUDES ESCOLARES

*Raimundo Augusto Martins Torres
Samylla de Fátima Sabóia Veras
Natália Sousa Lopes
Isabela Gonçalves Costa
Aretha Feitosa de Araújo
Dayane Paiva de Abreu*

Introdução

A comunicação e as descobertas relacionadas aos processos de informação, produção, difusão e de recepção de conteúdos interpelam historicamente as transformações das condições de sensorialidade e de inteligência, as interfaciando a Comunicação e Educação decorrentes das linguagens das mídias digitais, pois isso implicou em questões emblemáticas na interpretação das revoluções que as tecnologias empreendem nas formas de conviver e de estabelecer mediações no campo simbólico das relações sociais.

Nesse sentido, o cuidado educativo mediado pela comunicação e informação vem sendo construindo no contexto da ciência da enfermagem, ao longo dos tempos, sob a acepção de aprimoramento da prática clínica. Para exercer essa prática que hospeda este objeto, o profissional necessita entender suas multidimensionalidades, seu caráter mutável e a potencialidade das ferramentas disponíveis, como no caso das ferramentas digitais, bem como o cenário em que permeia a produção desse tipo de cuidado, pois visa seu desenvolvimento com qualidade (SILVA *et al.*, 2011).

O nosso desenvolvimento e envolvimento com a educação e saúde, o cuidado educativo de enfermagem, embasados por uma visão instrumental e tecnologia do ensino, serviu para deslocar o sen-

tido maior do conhecimento e do aprendizado das ciências, tecnologia e saúde, transformando-os em discurso desencarnado, perene e imutável sem nenhuma relação com a realidade do aluno ou da produção de conhecimentos em nosso mundo. Restringir o sentido da escola apenas a educação instrumental, e que enfermeiros(as) não atuam nesses espaços, são equívocos. Precisamos ter uma visão abrangente de que a educação envolve também ciências, tecnologia e saúde, e assim buscaremos resolver o problema do acesso a uma cidadania plena, à cultura, ao saber e ao trabalho.

Unir o trabalho clínico e educativo da enfermagem, com uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) com vistas à atenção ao cuidado em saúde das juventudes escolares, se revelam como categorias analíticas e promissoras na prática clínica e educativa da enfermagem, portanto é importante buscar estratégias que instiguem aos jovens a tais discussões aliando do seu dia a dia ao cuidado em saúde (TORRES *et al.*, 2015).

O uso da internet visa à promoção da circulação de informação, à ampliação e celeridade nos processos de comunicação, como um dispositivo de promover à saúde no território escolar com foco no contexto dos problemas reais demandados pelos os jovens. Nesse sentido, termos Ciberespaço, desmaterialização das informações, reorganização do tempo e espaço, velocidade, que são muito utilizados em nosso cotidiano cultural, econômico, social, político e educacional, ilustrando um novo comportamento e uma nova maneira de pensar (LIMA, 2007).

Assim, imergir-nos nas virtualidades e nos espaços escolares nos quais os/as jovens tercem seu cotidiano, nos aponta para desafios dessa realidade, pois entendemos que esses sujeitos têm autonomia dos seus processos de formação humana e, suas histórias de vidas, são produzidas, reguladas e subvertidas por marcadores sociais imergidos no fazer, no agir e no pensar em seus processos de promover e praticar a saúde individual e coletiva. Ao possibilitar

tais canais de comunicação com esse público, estaremos praticando a promoção da saúde e prevenção de agravos, a cultura de paz nas escolas públicas, entre outras questões.

Como exemplo do uso das TDIC, podemos destacar a utilização de web rádio como ambiente virtual de promoção do cuidado de enfermagem com os jovens nas escolas, que constitui como uma experiência do uso das tecnologias digitais no processo de comunicação e educação em saúde.

A escolha pelo tema foi através da experiência em debates sobre as temáticas como a dengue, hanseníase, saúde reprodutiva, sexualidades, relações de gênero, cultura de paz, diabetes mellitus, HPV, Hepatites Virais, AIDS/DST/HIV, Tabagismos, alcoolismo, drogas de abuso, entre outras, que são problematizadas, anualmente, no Programa Em Sintonia com a Saúde realizado através da *web* rádio como estratégia de educação em saúde, entre os anos de 2014 e 2015. *A priori* notamos que os/as jovens demonstram forte interesse em participar, discutir, tirar dúvidas sobre suas demandas de saúde, além de enfatizarem a falta de espaço, seja na família, seja na escola, para discutir tais assuntos. É pertinente que na escola se discuta temas sobre saúde e, em especial, a saúde reprodutiva e que sejam assuntos abordados e trabalhados pelos professores tendo em vista que boa parte deles argumentam que os familiares não têm condições de abordar estes assuntos em casa (LEVY, 1994).

Nesse sentido, objetivou-se com esse estudo analisar os discursos dos/as jovens escolares acerca das práticas de cuidados realizadas por eles/elas após dialogarem no Programa Em Sintonia com a Saúde através da Web Rádio, as temáticas, dengue, hanseníase, hepatites virais, AIDS/HIV, HPV, tuberculose. Nesse sentido, essa ferramenta digital pode ser utilizada para debater problemáticas, que afetam as juventudes em seu cotidiano de vida das juventudes.

Metodologia

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Optamos por este tipo de estudo por entender que, à medida que utilizamos o espaço virtual da internet para dialogar com as juventudes nas escolas, estamos produzindo intervenções que, a partir das interações entre pesquisador e pesquisandos, geram demandas empíricas sobre as temáticas centrais desse estudo. A compreensão e a crítica de uma realidade social requisitam a contextualização histórica dessa realidade, com base na dialética entre os sujeitos (MINAYO, 2014).

Os sujeitos, no entanto, foram 217 jovens participantes (estudantes) das escolas públicas do Estado e o Cuca do Mudubim que participam do Programa Em Sintonia com a Saúde através da *Web Rádio AJIR* nos anos de 2014 a 2015. Os territórios pesquisados compuseram-se de escolas situadas na capital (Fortaleza) e outra no interior do Estado (Município de Hidrolândia). Não foi possível realizar nas demais escolas citadas no projeto inicial, devido à desistência das escolas, porém foi acrescentado o Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciência e Esportes (CUCA) localizado no bairro Mudubim, em Fortaleza - Ceará. A escolha dos mesmos deu-se pelo fato de que, nesse município, já existiam participação no programa e, no Cuca, é a viabilização de expansão do programa Em Sintonia com Saúde que é um projeto no qual se desenvolve o cuidado educativo em saúde como estratégia de pesquisa, formação e extensão.

Como critérios de inclusão dos sujeitos foram considerados todos os/as jovens das escolas credenciadas e que participaram dos programas semanais, bem como aqueles/aquelas que cursam a partir do 8º. Ano do Ensino Fundamental. E os de exclusão foram aqueles/aquelas jovens que estavam em escolas que não eram vinculadas ao programa e abaixo do 8º. ano do Ensino Fundamental.

Esses critérios tiveram como o objetivo maior, garantir a definição dos sujeitos que estão imersos na programação educativa promovida via web rádio semanalmente. Vale ressaltar, que a

produção do Programa Em Sintonia com a Saúde via Web Rádio é realizada, semanalmente, ao vivo, e os jovens (estudantes) e professores de várias escolas interagem com estudiosos (especialistas) convidados para debater temas do campo da saúde coletiva.

A produção do mesmo é realizada na sala-estúdio na universidade e todo o material é editado e postado em um blog para acesso coletivo, bem como na grade de programação da emissora realizam-se às reprises dos programas diariamente. As dúvidas e inquietações dos/as jovens são discutidas através do *skype*: juventude@ajir.com.br, *facebook*, *twitter*, *whatsApp* e também pelo mural de recados do site da emissora digital. Mesmo sendo os/as jovens escolares nosso público alvo, contamos também com a participação dos internautas que trafegam nas infovias do mundo virtual.

Os dados foram coletados através da interação pelo canal de comunicação digital da *web* rádio, como o *facebook*, *twitter*, *whatsApp* no momento das interações dos programas: Em Sintonia com a Saúde sobre as temáticas, dengue, hanseníase, hepatites virais, AIDS/HIV, tuberculose, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, tabagismo, produzidos e veiculados nesse espaço com os jovens das escolas públicas do Estado do Ceará e do Cuca Mudubim. Os instrumentos de coleta de dados foram, a observação in lócus, diário de campo digital e todo o material de interação, através do site da *web* rádio, *Skype*, *Facebook*, *Twitter*, *WhatsApp*, mural de recados, foram coletados como material empírico da pesquisa.

Desse modo, analisamos todo o material empírico coletado nos programas e em lócus, que após a coleta de dados, buscamos situá-lo nas categorias discursivas dos/as jovens escolares acerca das suas impressões sobre as temáticas, dengue, hanseníase, hepatites virais, AIDS/HIV e tuberculose, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e tabagismo.

As perguntas discursos, que se traduzem pelo o material empírico advindo das interações (via *Skype*, mural de recados, *Facebook*, *Twitter*, *WhatsApp*) nos programas Em Sintonia com a Saú-

de, foram analisadas a partir da formulação de categorias temáticas e organizadas em sessões, por meio da categorização das falas de Minayo (2014), amparada pelo referencial teórico que da base à pesquisa acerca da produção teórica sobre práticas discursivas de Michel Foucault.

As categorias temáticas foram: Sessão 1: Juventudes e a Arbovirose “Dengue”: um discurso importante (Programa: 02-04-2014); Sessão 2: Web Rádio como meio de transmissão de informação sobre hanseníase junto as juventudes escolares (Programa: 16/04/2014); Sessão 3: Diálogos juvenis e o cuidado em saúde com enfoque no HIV/Aids, (Programa: 03/12/2014); Sessão 4: Juventudes escolares: um diálogo sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (Programa: 04/06/2014); Sessão 5: Discutindo Hepatites Virais no cenário escolar junto as juventudes (Programa: 10/12/2014); Sessão 6: HPV e Juventudes Escolares: Descobrimientos (Programa: 18/03/2015); Sessão 7: Tuberculose: O que os Jovens Escolares tem a dizer? (Programa: 28/05/2014); Sessão 8: Jovens Escolares e o Tabagismo: uma interação dialógica: (Programa: 24/09/2014).

Para o anonimato dos jovens de saúde utilizamos codinomes *Jovem 1*, *Jovem 2*, *Jovem 3*. E para as questões de ética na pesquisa, seguimos as determinações do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), tendo em vista que estamos dando seguimento ao objetivo - analisar como os educandos experimentam a utilização da web rádio como tecnologia digital no processo de formação para a prática de enfermagem coletiva, derivado do projeto guarda-chuva: Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a experiência de utilização da Web Rádio AJIR como ferramenta pedagógica na formação dos educandos de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará UECE, aprovado pelo CEP/UECE com parecer de No. FR 424380/2011.

Resultados e Discussão

A utilização da tecnologia e comunicação nesse estudo foi potencializadora na formação em enfermagem e ocorreu como abordagem inovadora no processo de estratégias para educação em saúde com as juventudes no âmbito escolar, que nos permitiu incentivar a participação dos/das jovens de forma dinâmica e interativa nas sessões dialógicas, desse modo, lançamos questionamentos importantes e espontâneos dos participantes sobre os temas abordados, que interagiram de forma positiva, participando e dialogando sobre as temáticas.

Sessão 1: Juventudes e a Arbovirose “Dengue”: um discurso importante (Programa: 02-04-2014)

Na sessão voltada para a dengue, foram um total de 11 perguntas analisadas nessa sessão, com a participação de 9 jovens. As perguntas-discursos demonstram que os/as jovens têm interesse em saber mais sobre a doença e quais maneiras de prevenção e tratamento. Emitiram perguntas sobre medicamentos adequados e de como evitar a proliferação do mosquito e conseqüentemente a doença.

Perguntas-discursos:

O que é a dengue? Como devemos tratar a dengue? Quais são os sintomas? Jovem 1

“Como prevenir a dengue?” Jovem 3

Para Foucault (2007), o homem estava fora do campo do saber, de modo que as ciências humanas analisavam as empiricidades humanas. Além disso, tentamos chegar também a essa outra afirmativa: o saber é estratificado entre o que se diz (palavras) e o que se faz (coisas). Mas a interrogação que se promove gira em torno da articulação entre esses estratos, o que ou qual elemento é capaz de fornecer as estratégias que ligam as palavras às coisas? Esse elemento é o poder, cuja arqueologia das ciências humanas somente iluminava as suas sombras.

Sessão 2: Web Rádio como meio de transmissão de informação sobre hanseníase junto as juventudes escolares (Programa: 16/04/2014)

No diálogo sobre a hanseníase totalizaram 10 perguntas analisadas, com participação de 12 jovens. As perguntas- discursos mostraram que os/as jovens têm interesse de saber sobre o surgimento da doença na antiguidade, sua evolução nos dias de hoje, como podem ser prevenidas e os riscos de transmissão. Mostrando também um interesse e conhecimento pela situação atual da doença no Brasil.

Perguntas- discursos:

O que acontecia com as pessoas que contraía a hanseníase antigamente? Jovem 3

“Sabemos que o Brasil, é o segundo país a ter mais pessoas infectadas, perdemos só para a Índia...diante disso o que deve ser feito para mudar essa situação?” Jovem 4

Localizando os não - ditos no desdobramento por meio das perguntas-discursos com suas interrogações, leva-nos a pensar que esses enunciados sobre Hanseníase visíveis nas perguntas, ou seja, as perguntas nos trazem uma riqueza de possibilidades de pesquisa ainda inexploradas.

Sessão 3: Diálogos juvenis e o cuidado em saúde com enfoque no HIV/Aids, (Programa: 03/12/2014)

Foram analisadas 9 perguntas, com a participação de 9 jovens. Percebeu-se que os/as jovens têm um grande interesse em discutir essa temática, visto que se trata de um tema não muito debatido no ambiente familiar e escolar. Apresentaram muitas dúvidas e dificuldades de entenderem as maneiras de transmissão e prevenção do HIV/AIDS. Passando para nós a carência de informação que possuíam.

Perguntas- discursos:

AIDS pode causar danos em relação sexual com proteção?
Jovem 5

AIDS/HIV pega pelo beijo? Jovem 6

Tipo a pessoa que tem essa doença ela ta suada se a outra encosta pode passar essa doença? Jovem 7

Tematizar HIV/AIDS juvenil requer atentar para as práticas discursivas no cotidiano. O conceito de prática discursiva implica que a linguagem é uma ação que produz efeitos. Ainda sobre tal concepção de discurso, que aqui não se confunde com a fala, importa frisarmos que, na condição de prática, os discursos são originários e originam modos de relações sociais, produzem sujeitos, modos de existência e a própria experiência de si (TORRES *et al.*, 2015).

Em A Ordem do Discurso, Foucault define prática discursiva como um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 1996).

Sessão 4: Juventudes escolares: um diálogo sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (Programa: 04/06/2014)

Analisamos 15 perguntas feitas por 34 jovens presentes nesse programa. Nessa análise foi possível identificar uma maior dificuldade de entendimento das patologias abordadas e dos cenários das possíveis morbidades e das mortalidades, se fazendo necessária uma melhor abordagem preventiva em questões do DM e HAS e o incentivo para a prevenção e rastreamento precoce. Abordamos a temática com intuito de despertar nos participantes o interesse de prevenção e cuidados para se evitar possíveis complicações futuras.

Os sujeitos mostraram interesse no discurso realizado, não só com a sua própria saúde, mas com a de familiares que já possuem o DM e HAS.

Perguntas-discursos:

A pessoa com Diabetes mellitus tipo II, pode ter cura caso ela mude seu hábito alimentar e comece a praticar exercícios?
Jovem 8.

Existem políticas públicas que promovem ações de prevenção as DCNTs (Doenças crônicas não transmissíveis)?
Jovem 4. Escola A

Os remédios para a pressão alta pode causar problemas para o coração? Jovens 6,7,8. Escola B.

Crianças também podem sofrer hipertensão? Jovem 2. Escola B.

A hipertensão pode matar?” Jovem 7. Escola C.

O AVC está relacionado a hipertensão? Se sim, como se explica esse processo entre hipertensão e AVC? Jovem 8. Escola B.

No começo da diabete, a pessoa sente algo estranho? alguma dor Jovem 2. Escola B.

Qual o consumo diário de açúcar que devemos consumir? Jovem 3. Escola B.

A vantagem de estar inserido junto aos jovens escolares e a oportunidade de conhecer e discutir com uma variedade de pessoas com problemas ou objetivos semelhantes, em que o fato de poder compartilhar preocupações comuns, faz com que haja uma variedade de *feedback* que não seria possível individualmente (TORRES *et al.*, 2015).

E nas falas dos jovens foi visto de forma clara que a discussão geral das plenárias estava voltada para a Hipertensão, Acidente Vascular Cerebral e diabetes e que os mesmos já relacionam doenças e possíveis agravos como o AVC ocasionado por complicações da Hipertensão, o consumo do açúcar com o diabetes.

Sessão 5: Discutindo Hepatites Virais no cenário escolar junto as juventudes (Programa: 10/12/2014)

Analisou-se 8 perguntas realizadas por 7 participantes. As perguntas-discursos demonstram que estes/estas se preocupam com a maneira de transmissão e prevenção da doença. Depois de compreenderem um pouco mais sobre esta patologia e questionaram sobre sinais e sintomas e de como identificar os tipos de Hepatites.

Perguntas-discursos:

Como podemos adquirir Hepatite? Jovem 2. Escola A.

Os sintomas das Hepatite A, B, C, D e E são os mesmos?
Jovem 2. Escola A.

Sessão 6: HPV e Juventudes Escolares: Descobrimientos (Programa: 18/03/2015)

Pôde-se analisar 18 perguntas-discursos elaboradas pelos 26 participantes do programa. Ao analisá-las identificou-se que eles/elas tinham dificuldades em entender sobre a doença. Mostram curiosidades de saber como se desenvolvem e como identificar se é portador da doença ou se o parceiro (a) é portador também. Seus questionamentos foram também no sentido de como identificar os sintomas do HPV e meios de prevenção, como a vacinação, e idade ideal para iniciar a prevenção. Mostraram uma preocupação em entender que vírus é este, como se desenvolve, e se existem riscos para o beber caso a mulher esteja gestante e descubra que é portadora do HPV.

Perguntas-Discursos:

Quais são os sintomas iniciais do HPV, e a partir de que idade a pessoa pode contrair a doença? Jovem 6. Escola C.

Meninas maiores de 13 anos e que não são mais virgens, podem tomar a vacina? Jovem 7. Escola C.

Quem deve fazer e quando fazer o exame preventivo? Jovem 8. Escola A.

Sessão 7: Tuberculose: O que os Jovens Escolares têm a dizer? (Programa: 28/05/2014).

Identificou-se 26 perguntas-discursos de 38 jovens participantes e percebeu-se que existiu uma grande dificuldade em diferenciar a gripe de um problema mais sério como a tuberculose e o porquê da gripe evoluir para uma tuberculose. Questionaram também o meio de transmissão da doença, de tratamento e se é uma doença contagiosa. Perguntaram também sobre o período de incubação da doença e se é possível adquirir a tuberculose mais de uma vez, e quais os riscos para a gestante que entra em contato com a tuberculose.

Perguntas-Discursos:

Uma pessoa com gripe comum pode adquirir tuberculose?
Jovem1. Escola A.

A tuberculose surge através de gripe mal curada ou não? Jovem2. Escola B.

Essa doença so pega uma vez? Na minha família e vizinhança já vi mais de uma vez. Jovem4. Escola D.

Depois de quanto tempo que a pessoa entra em contato com o bacilo da tuberculose ela começa a apresentar os sintomas?
Jovem11. Escola A.

É percebido que os/as jovens se movem pelo desejo, pela vontade de saber sobre o tema. Tendo essa noção como alicerce, os diálogos sobre a tuberculose não partiram de uma mera transmissão de informação “lúdica”, engraçada e interativa sobre como se prevenir desse agravo. Percebe - se uma interatividade produtiva, com criatividade pela qual os/as jovens se tocaram, identificaram-se com o problema, comentando suas experiências na família, na comunidade, até mesmo nas escolas, ou seja, desse lugar, desconhecido pelos educandos(as), de onde falam e enunciam seus saberes e práticas de vida cotidiana.

É no cotidiano de suas interações, que os jovens constroem formas sociais de compreensão, consciência, pensamento, percepção e ação (TORRES *et al.*, 2015).

Sessão 8: Jovens Escolares e o Tabagismo: uma interação dialógica: (Programa: 24/09/2014)

Analisou-se 20 perguntas-discursos feitas pelos 30 jovens participantes do programa com a temática tabagismo. Notou-se que existe um grande interesse dos participantes em saber como o usuário de tabaco se torna dependente, qual a substância presente no cigarro que mais prejudica o organismo.

Perguntas-discursos:

Como o cigarro atua quimicamente no organismo? Jovens 1 e 2. Escola A.

Como o cigarro atua quimicamente no organismo? Jovens 1 e 2. Escola A.

Qual substância do cigarro que causa dependência? E Quais substâncias fazem parte da composição do cigarro? Jovem 8. Escola C.

Minha avó fuma desde os 07 anos, tem 73 anos hoje, tem chance de parar de fumar? Jovem 9. Escola D.

Nos discursos acima os jovens questionaram também sobre o uso contínuo e excessivo do fumo presentes no meio familiar, que riscos isso pode trazer e se pode levar a morte. Como outras perguntas que mostraram preocupação em entender o mal que o tabaco pode causar aos indivíduos que faz uso dessa droga.

A partir dessas categorias analisadas diante do programa Em Sintonia com a Saúde, percebemos os sentidos e potência desses temas e estratégias pedagógicas na saúde coletiva como um todo para as juventudes escolares.

A comunicação produzida com os sujeitos jovens das escolas através das vivências e reflexões elencadas, narradas e consolidadas com as intervenções nos territórios, nos quais os/as jovens residem, sugere dobras com a formulação dos planos de cuidados que se funde à interação entre as demandas e discursos elaborados pelos (as) jovens e os saberes dos profissionais de saúde. As dobras são os espaços do meio, no qual a equipe da *Web* Rádio AJIR transita. Com a visão das dobras, não concebemos o ambiente virtual em

oposição ao espaço físico da escola, mas entendendo, que a relação tempo-espaço é diferenciada (SOUZA, 2015).

A partir das perguntas feitas pelos (as) jovens é possível perceber que a web rádio tem como um meio condutor que possibilita novas descobertas, constituindo-se em um mecanismo/ferramenta para melhor promover saúde, tirar dúvidas/curiosidades acerca do cuidado, no favorecimento do diálogo e vínculo com o profissional da saúde, seja através de recados no mural na página da emissora digital e/ou solicitação de temas para os próximos programas.

Em razão da autonomia de participação dada aos participantes nesse processo interativos os sujeitos podem, participando das atividades de grupo, fazer escolhas segundo seu encaminhamento e utilizar estratégias de aprendizagem que lhes convém (LIMA, 2007).

Considerações Finais

O programa Em Sintonia com Saúde desenvolvido na web rádio foi bem aceito pelas juventudes escolares e que também não estava nesses territórios, pois contribuiu na construção de novos conhecimentos e saberes referentes aos temas abordados e questionamentos respondidos. Em diálogos não formais após a realização dos programas, os/as jovens relatam que este canal se constitui como uma ótima maneira de aprendizagem com uma didática inovadora, pois contribui para a construção de novos conhecimentos, que por muitas vezes por questões culturais, não conseguem ser abordados em ambientes familiares, tendo uma maior facilidade de tirar dúvidas através desse meio de comunicação digital – web rádio.

Deste modo, considerou-se que a web rádio proporcionou, na formação em enfermagem, uma somatória de conhecimentos no âmbito da pesquisa e atividade de extensão, com oportunidades de maior envolvimento na produção coletiva com estudantes de graduação de outras áreas, assim aprender como produzir uma comunicação para sujeitos de diversos contextos sociais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comitê Nacional de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 15. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel. Petrópolis, RJ: Vozes Ramalhete, 2004.

LEVY, P. **Lintelligence collective**. Pour une anthropologie du cyberspace. Paris: La Découverte, 1994.

LIMA T.C.B. Aprendizagem colaborativa em ambientes virtuais e a perspectiva sócio-interacionista de Vygotsky. *In: Anais...* 18º ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORTE E NORDESTE; 2007 Jul 01-04, Maceió, AL.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

SILVA, C. R. L. *et al.* Conceito de Cuidado/Conforto: Objeto de Trabalho e Objeto de Conhecimento de Enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n.2, p. 357-360, 2011.

SOUZA, V.E.C. **Desenvolvimento e validação de software para apoio ao ensino- aprendizagem sobre diagnósticos de enfermagem**. 2015. 213f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2015.

TORRES, R. A. M. Sexualidade e Relações de Gênero na escola: diálogos fáceis de dizer, porém difícil de conviver. *In: COSTA, A. H. C. et al. Recortes das Sexualidades: encontros e desencontros com a educação*. Fortaleza Ceará: Edições UFC, 2015. p.20-27.

TECNOLOGIA EDUCATIVA ASSOCIADA AO CÍRCULO DE CULTURA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DE ESCOLARES

*Ana Osmarina Quariguasi Magalhães Frota
Ana Jéssica Silveira Rios
Raimundo Augusto Martins Torres
Ianna Oliveira Sousa
Maria Adelane Monteiro da Silva*

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de importantes transformações biológicas e mentais, articuladas ao redimensionamento de papéis sociais, como mudanças na relação com a família e escolha de projeto de vida. Percebe-se o quanto esse período deve ser valorizado, constituindo-se em uma etapa de muita vulnerabilidade e exposição a fatores de risco (ARAÚJO *et al*, 2008).

É uma fase considerada preocupante em relação à saúde sexual e reprodutiva em virtude da possibilidade da gravidez não planejada e precoce, além da exposição às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a Aids. Assim, o tema induz discussões nas políticas de educação sexual e reprodutiva do adolescente (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009).

Vista a necessidade da inserção da educação em saúde em todos os âmbitos da juventude, cabe aos profissionais a sensibilização para trabalhar com esse objetivo: educar para uma maior qualidade de vida, contemplando as especificidades dessa fase principalmente no que concerne ao seu desenvolvimento sexual e reprodutivo. Desta forma, a Enfermagem se destaca por estar próxima ao ser humano e preocupada com o seu bem-estar, enquadra-se no desafio de ações em educação em saúde que permitam incentivar os jovens à reflexão crítica de sua realidade (BESERRA; PINHEIRO, BARROSO, 2008).

Para Coll *et al* (2010), a mídia sendo atualmente uma importante ferramenta de condução de informação à população, seja capaz de influenciar tanto positivamente quanto negativamente o estilo de vida das pessoas. Com isso, surge a discussão sobre o impacto dos meios de comunicação de massa sobre o sistema de saúde da população.

Nesse contexto, diante da diversidade das Tecnologias Digitais de Informação e comunicação (TDIC) existentes, a internet aparece como a mídia que vem sendo mais utilizada pelas pessoas de maneira geral, propiciando um meio de busca de informações e de comunicação. E os jovens participam desse processo. Eles gostam de navegar, de divulgar suas descobertas, de se comunicar com outros pares, mas também podem utilizar informações erradas, entre tantas disponíveis.

Entende-se que as manifestações culturais juvenis ocorridas nesses espaços podem e devem ser utilizadas como ferramentas que possam facilitar a interlocução e o diálogo entre os jovens e a escola. Aliar o uso destas tecnologias à educação e a saúde tem levado a pensar em uma nova forma de promoção e prevenção de agravos e doenças voltados ao cuidado dos jovens, estimulando na escola a apropriação e disseminação de novos saberes e práticas em saúde.

Nessa perspectiva, existe um canal digital denominado Web Rádio AJIR, que veicula via internet a transmissão audiovisual do Programa: Em Sintonia com a Saúde. A Web Rádio AJIR é um canal online da Associação dos Jovens de Irajá – AJIR vinculado ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde – LAPRACS e tem o apoio da Pró-Reitoria de Extensão – PROEX da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Nesta emissora digital são promovidas discussões de assuntos relativos à educação em saúde, tendo como público principal os jovens escolares. De acordo com o tema a ser discutido no programa, são convidados profissionais debatedores na área da educação em saúde para interagirem com os jovens e ouvintes que trafegam na Internet. Os programas são produzidos em um estúdio na Universidade Estadual do Ceará e transmitidos

todos os dias de quarta-feira das 16h00min às 17h00min. No momento em que o programa acontece os ouvintes interagem com perguntas e comentários através do *Skype, twitter, WhatsApp, Facebook* e mural de recados do site da emissora (TORRES *et al*, 2012).

Assim, ao utilizarmos estas TICD para promover as ações educativas em saúde estamos levantando as demandas de saúde dos jovens ao mesmo tempo em que estamos promovendo a saúde deles/delas. O apoio de equipamentos sociais, como a escola, é fundamental, pois se trata de um espaço propício para tais atividades, o qual é frequentado diariamente por esses sujeitos. Constitui local de aprendizado e construção da cidadania, tendo disponíveis os recursos tecnológicos necessários.

No sentido de promover saúde a partir das necessidades dos jovens aliada à educação, o Círculo de Cultura de Paulo Freire se apresenta como estratégia adequada para proporcionar essa educação em saúde, pois se acredita que o trabalho com jovens deve ser dialógico e construtivista para alcançar seu pleno êxito. A abordagem de ensino do Círculo de Cultura constitui uma ideia que substitui a de 'turma de alunos' ou de 'sala de aula'. A escolha por desenvolver um Círculo de Cultura, visa ensinar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória (BRANDÃO, 2005).

O Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (FREIRE, 1999).

Para ampliar a discussão sobre a diversidade sexual e a saúde reprodutiva na escola com os jovens, faz-se necessária a propagação da socialização desta temática, permitindo o desenvolvimento e o esforço dos valores humanos, de modo a prevenir e promover a saúde desses indivíduos, propiciando a produção de relações humanas que respeite as diversas identidades sexuais e de gênero no espaço escolar.

Portanto, esse capítulo descreve a estratégia de aprendizagem para promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens escolares utilizando tecnologia educativa associada ao círculo de cultura de Paulo Freire.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa participante (SCHMIDT, 2008) com abordagem qualitativa (MINAYO; DESLANDES, GOMES, 2011). A pesquisa foi realizada na Escola Municipal de Ensino Fundamental Maria José dos Santos Ferreira Gomes no bairro Padre Palhano, Sobral, Ceará, no período de Fevereiro a Dezembro de 2013.

A escolha da escola aconteceu de forma intencional por conveniência, em virtude da presença de jovens no ambiente, associado à disponibilidade dos recursos tecnológicos como computadores e internet. E também, por fazer parte do território de cenário de prática dos pesquisadores, uma vez que a participação junto a Web Rádio AJIR é resultante do projeto desenvolvido a partir do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde PRÓ-PET SAÚDE-UVA e Secretaria de Saúde de Sobral em parceria com o Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde – LAPRACS/CCS da UECE/ PROEX. O Laboratório, oficialmente, faz parte do curso de graduação em enfermagem e desenvolve, entre outras coisas, atividades de extensão, ensino e de pesquisa (TORRES *et al*, 2010).

O local onde os encontros aconteceram foi a sala de informática da escola, pois além de dispor dos recursos tecnológicos necessários, havia espaço para organizar os sujeitos em círculo.

Os participantes foram os jovens estudantes dos 7º e 8º anos da referida escola, do período matutino, uma vez que os encontros aconteciam à tarde. O número de participantes foi de acordo com a disponibilidade e interesse de participação na pesquisa, resultando

em uma média a cada encontro de nove a doze adolescentes, alguns encontros tiveram até 17 participantes. O convite aos jovens foi através da divulgação das atividades nas salas de aula.

O sigilo das informações prestadas foi mantido através da identificação dos participantes por código, denominado pela letra J, seguido dos numerais arábicos: J1, J2 e assim sucessivamente, de acordo com a ordem de fala e inserção na pesquisa.

Utilizamos como técnica de coleta de dados a observação participante aberta. Para tanto, adotamos como instrumento um roteiro para a observação com aspectos concernentes aos objetivos do estudo e contamos com registro em diário de campo.

O desenvolvimento das estratégias de aprendizagem baseou-se no Método de Paulo Freire (FREIRE, 2002). A utilização desta estratégia nas sessões aconteceu de acordo com as fases que compõem os aspectos teóricos do Método, considerando adaptações pelas especificidades e dinâmica do grupo. Assim, iniciaram-se os momentos com os jovens com o círculo de cultura. Em seguida, havia a transmissão e interação dos jovens escolares através da web rádio e ao final a avaliação do momento (RIOS *et al*, 2014).

A seguir, apresentam-se as fases do Método, segundo Freire(2011):1º fase: descoberta do universo vocabular;2º fase: formação das palavras geradoras; 3º fase: formação do tema gerador; 4º fase: elaboração de fichas indicadoras para o auxílio dos facilitadores nos debates;5º fase: elaboração de fichas indicadoras aproximadas às palavras geradoras.

Para análise dos dados da referida pesquisa utilizamos os dados resultantes das observações do processo grupal, registradas no diário de campo e os discursos dos participantes durante a realização das atividades. Na interpretação e análise dos dados, usamos a análise de conteúdo temática, segundo Minayo(2011). Foram identificadas as principais temáticas, de acordo com a frequência sentido das falas, criando as categorias classificatórias.

Respeitaram-se os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no tocante à autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e o princípio equitativo (BRASIL, 2012).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual os responsáveis pelos participantes assinaram, considerando que os mesmos são menores de idade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob o parecer Nº 12208813.8.0000.5053/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A abordagem em grupo com os jovens constituiu uma forma privilegiada de facilitar a expressão de seus sentimentos, a troca de informações e experiências. Nesse sentido, as atividades realizadas possibilitaram conhecer o grupo participante, bem como suas necessidades e dúvidas.

Características do grupo participante do estudo

Todos os participantes encontravam-se devidamente matriculados nos 7º e 8º anos, da escola citada, o que facilitou a organização do grupo, possibilitando a coleta de dados e a efetivação da pesquisa.

A faixa etária compreendeu dos 11 a 14 anos, sendo a maioria de 12 e 13 anos. As meninas estavam em maior número dentre os participantes. Em geral moravam com os pais e irmãos. Tais dados foram obtidos de uma ficha preenchida pelos estudantes ao se inserirem no grupo, essa ficha foi utilizada como controle de participação dos mesmos.

O grupo apresentava uma rotatividade de participantes, por se tratar de uma atividade extracurricular, na qual não tinha uma obrigatoriedade de frequência dos alunos. Eles participavam

devido o interesse e disponibilidade, não havendo dessa forma, um número fixo de sujeitos. Outro fator que justifica essa rotatividade dos alunos é a questão do meio social no qual vivem, uma vez que a violência bastante presente no bairro impedia os jovens de se deslocarem até a escola.

A utilização da estrutura grupal como instrumento de promoção, prevenção e atenção à saúde integral dos adolescentes destaca-se como estratégia de ação. A necessidade de buscar suas identidades e de apoio durante essa fase possibilitam ao grupo ser mediador de questões que favoreçam comportamentos secundários (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Vivência das atividades em grupo

Considerando as especificidades e dinâmica do grupo, as três primeiras fases do método de Paulo Freire ocorrem de modo simultâneo, pois os temas do programa da web rádio são definidos semestralmente, já orientando quanto à temática que será abordada. Assim, os encontros foram seguidos por etapas de: acolhimento através de dinâmicas, problematização do tema, participação no programa e finalizando com avaliação do aprendizado a partir das discussões finais.

No primeiro momento, as dinâmicas foram relacionadas ao conteúdo abordado, com o intuito de apreender algo sobre o conhecimento deles quanto ao assunto a ser discutido. Para a problematização do tema foram utilizadas estratégias que instigasse o diálogo entre os participantes, por meio de rodas de conversa, exposição de material educativo, discussão de casos (Figura 01). Em seguida, acontecia o momento de interação com o programa da Web Rádio AJJR, que após encerrar a transmissão, era realizado um momento de avaliação. Ressaltamos que ao final de todas as atividades já era apresentada a temática a ser discutida no próximo encontro, procurando despertar o interesse e permitindo que os jovens fossem resgatando o conhecimento prévio sobre o assunto.

Figura 01 – Registro dos momentos de discussões com jovens sobre as temáticas abordadas. Sobral-CE, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora.

As intervenções foram pautadas no reconhecimento do tema pelos sujeitos, suas primeiras impressões e necessidade do saber, justificando a escolha pelo Método como orientador das atividades que são vivenciadas antes da transmissão do programa (FROTA *et al*, 2012).

No Quadro 01 descrevemos as estratégias utilizadas no desenvolvimento das atividades nas sessões grupais, referentes a cada temática discutida.

A realização do Círculo de Cultura favoreceu a discussão dos assuntos de maneira mais dinâmica, de modo que instigasse a participação dos jovens, possibilitando a construção do conheci-

mento juntamente com os sujeitos, nos aproximando também do universo em que vivem fortalecendo o vínculo entre pesquisadores e pesquisados.

A dinâmica do programa *online* acontecia a partir do momento em que os estudantes conectavam-se pelo computador ao site e ao bate-papo da web rádio, em seguida iniciavam as orientações em saúde através de um diálogo entre locutor e escolares (Figura 02).

Figura 02– Registro dos momentos de interação dos jovens à Web Rádio AJIR. Sobral-CE, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 01 – Demonstrativo das atividades desenvolvidas junto aos jovens escolares da Escola Maria José Ferreira Gomes. Sobral-CE, 2013.

Temática	Estratégias utilizadas
Saúde Reprodutiva – Métodos Contraceptivos	<p>1º Momento: Dinâmica do comando. 2º Momento: Olhares dos Jovens sobre Métodos Contraceptivos 3º Momento: Placas Coloridas (Vermelho, Verde e Amarelo)</p>
Saúde Reprodutiva – Gravidez na Adolescência	<p>1º Momento: Dinâmica Feitiço virou contra o feitiçeiro 2º Momento: Olhares dos Jovens sobre Gravidez na Adolescência: História de Jovens (Estudo de Caso) 3º Momento: Batata quente (com pirulito)</p>
Saúde Reprodutiva – Planejamento Familiar	<p>1º Momento: Dinâmica Mãos Dadas 2º Momento: Discussão utilizando estudo de caso 3º Momento: Contação de história</p>
Saúde Reprodutiva – Sexualidade e Saúde Reprodutiva / prevenção ginecológica	<p>1º Momento: Dinâmica do Escultor 2º Momento: Roda de Conversa (demonstração do material utilizado no exame ginecológico) 3º Momento: Pergunta enrolada no pirulito</p>
Sexualidade e Relações de Gênero	<p>1º Momento: Dinâmica da Mímica 2º Momento: Vídeo (Era uma vez uma outra Maria); discussão com desenhos 3º Momento: Desenho da mão</p>
Relações de Gênero e Saúde Reprodutiva	<p>1º Momento: Acolhida com música 2º Momento: Pesquisa na internet por músicas que falassem do tema (homem e mulher) 3º Momento: Completar a frase: Eu sinto...</p>
HIV/Aids	<p>1º Momento: Dinâmica do repolho 2º Momento: Vídeos sobre o tema 3º Momento: Pesquisar imagens na internet sobre tema e justificar a escolha</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

A discussão no grupo realizada antes de começar o programa favorecia para que logo ao iniciar a transmissão, os estudantes fossem instigados a enviarem seus questionamentos e então ficavam atentos às problematizações de suas indagações que eram também compartilhadas em tempo real com os estudantes de outros municípios que participam do programa na web rádio.

No decorrer do desenvolvimento do programa, lançava-se uma pergunta âncora relacionada ao tema e quem participava respondendo a mesma concorria a premiações ao final, no encerramento da transmissão. Essa estratégia fomentava a participação dos jovens, uma vez que quando não sabiam das respostas buscavam informações e ficavam curiosos em saber qual a resposta correta.

Compreendemos que a realização do programa via web rádio é mais eficaz junto aos jovens quando há a utilização de metodologias ativas, considerando o conhecimento apreendido durante os encontros e a partir de experiências anteriores (FROTA *et al*, 2012).

Assim, o uso da web rádio associada ao Círculo de Cultura de Paulo Freire possibilitou ampliar a visão a cerca da pró-atividade dos sujeitos e de como é relevante considerar isso junto aos jovens. Deste modo, percebemos como a combinação de metodologias ativas com uma tecnologia inovadora que favorece a interação e a comunicação qualificada em saúde, constitui-se em um processo educativo que pode permitir a construção de uma realidade diferenciada, a partir do contexto em que vivem (RIOS *et al*, 2014).

Analizando as categorias abstraídas

Com base nas informações obtidas durante sessões realizadas, os conteúdos mais relevantes foram agrupados da seguinte forma: reconhecendo as representações dos gêneros; discutindo com os jovens sobre planejamento reprodutivo e HIV/Aids; abordagem sobre exame de prevenção do câncer de colo uterino junto aos jovens.

Reconhecendo as representações dos gêneros

Nas discussões, os jovens reconheceram as representações sociais do homem e da mulher, revelaram que pode haver trocas nas atividades que ambos executam, mas que ainda assim a pessoa do sexo masculino tem mais autoridade perante o sexo feminino.

O homem assiste o jogo, joga bola, manda e-mail para se encontrar com as mulheres. (J2)

A mulher faz as coisas de casa: varrer, passar, lavar. (J4)

Um dia que a mulher ou a mãe da gente não quiser mais a gente, a gente tem que fazer as coisas, por isso é certo o homem fazer as coisas. (J6)

Eles manifestam a percepção do que culturalmente preconiza a sociedade de que a mulher é destinada aos cuidados domésticos e da família e o homem responsável pela renda, mas que a inversão papéis é comum acontecer nos tempos atuais o que representa uma grande conquista para as mulheres.

Nos últimos anos, presenciamos muitas conquistas resultantes da luta feminina contra a desigualdade de gênero. O espaço no trabalho do mundo público é uma delas e, apesar da realidade de apresentar que ainda se estar distantes de condições plenas de igualdade entre homens e mulheres, no mercado de trabalho é visível a crescente conquista das mulheres de maior qualificação profissional e melhores espaços no mercado de trabalho. Porém, essa conquista ocorreu sem que, no mundo privado, houvesse transformações significativas nas relações de gênero, como a redução de suas obrigações e o compartilhamento de tarefas concernentes aos cuidados com a casa e a família. Isso resulta em uma dupla e, às vezes, ininterrupta, jornada de trabalho feminino como realidade na vida de mulheres que acumulam papéis nas duas esferas (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Percebemos que os jovens reproduzem as representações culturais que continuam impregnadas nos discursos destes sujeitos,

apesar de possuírem posições críticas relativas à troca das funções desempenhadas pelo homem e pela mulher, mas o pensamento machista e sexista ainda pondera, principalmente ao se abordar sobre comportamento, pois as mulheres são as mais citadas nos comentários. Nas discussões surgiu um diálogo entre os jovens sobre o comportamento das mulheres.

A menina mais comportada não chama atenção. (J3)

Antigamente chamava atenção, hoje não. (J10)

Os homens não querem essas mulheres interesseiras. (J3)

As mulheres jovens vivenciam a contradição entre a existência de supostas liberdades no campo sexual, sendo estigmatizadas com base nos seus comportamentos. Ao longo da história, passam a vivenciar cada vez mais livremente a sexualidade, com acesso a métodos contraceptivos e de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Entretanto, esses avanços ainda estão alicerçados na ideologia hegemônica, que determina a condição de subalternidade para as mulheres (BRANCAGLIONI; FONSECA, 2016).

Discutindo com os jovens sobre planejamento reprodutivo e HIV/Aids

Nas atividades os jovens citaram a camisinha masculina como uma forma de generalizar todos os métodos. Todavia, os mesmos sabiam que tais métodos evitavam gravidezes e as Infecções Sexualmente Transmitidas (IST).

Em um dos momentos foi utilizada uma tabela demonstrativa dos métodos contraceptivos para a discussão do assunto, o que chamou a atenção deles. Ficaram curiosos em saber como é usado cada método e em tocar no material. Alguns questionamentos surgiram:

Como o diafragma fica dentro do corpo da mulher? (J1)

Todas as pílulas são iguais? (J4)

A mulher usando o anticoncepcional é garantido ela não engravidar? (J3)

Observamos que os mesmos começaram a cochichar e rir ao pegar nos preservativos, trazendo a representação que falar sobre esses métodos ainda guarda muitos tabus. Alguns tiveram a curiosidade de ler as instruções de uso das embalagens, principalmente da camisinha feminina, já que não era conhecida pela grande maioria dos adolescentes, surgindo a seguinte fala: “*Me passa o pacote para eu ler porque quando eu precisar tenho que saber usar.*” (J9)

As razões para o alto índice de gravidez e IST na juventude são atribuídos a não utilização de métodos contraceptivos de forma adequada em razão da própria negação do jovem quanto à possibilidade de engravidar, os encontros casuais e o ato de assumir sua vida sexual ativa, além de pouco conhecimento em relação aos métodos (SOUSA; GOMES, 2009; ARAÚJO; COSTA, 2009). A prevenção neste contexto ganha enfoque prioritário, sendo necessário para que estratégias de redução desses eventos aos jovens sejam implementadas pela equipe de saúde, junto à escola (SILVA *et al*, 2015).

Assim, como decorrência de atitudes, muitas vezes, irresponsável no exercício da sexualidade, alguns problemas têm se demonstrado mais frequentes, tais como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS, nessa faixa etária (TAQUETTE, 2013).

Os jovens também reconheceram a importância da prevenção para evitar a gravidez e quanto esse acontecimento pode interferir no futuro da pessoa, como foi afirmado por um deles: “*Quando engravida com 14 anos tem que ficar responsável.*” (J3)

Também citaram dentro de seus conhecimentos populares os sinais e sintomas de uma mulher quando engravida:

“*Sabe quando está grávida, ela fica cuspingo direto, tem enjoô, vomita, a barriga cresce.*” (J2)

“*Quando a menstruação atrasa é que está grávida.*” (J3)

Discutiu-se sobre as mudanças fisiológicas e psicológicas que uma gestante passa, principalmente quando está na juventude.

E sobre o preconceito que a sociedade ainda tem, refletindo na exclusão dessa jovem do contexto social. Nesse momento, alguns alunos relataram casos de meninas que abandonaram os estudos devido à gravidez e de uma que voltou para a escola depois que a criança nasceu.

A imaturidade emocional do jovem pode levar a dificuldade em estabelecer relações afetivas com seu filho, baixa autoestima e despreparo no cuidado da criança, que podem aumentar os riscos de agravos à saúde física e emocional da jovem e do bebê. Ainda, a gravidez nessa fase da vida pode levar a problemas sociais, como a evasão escolar, redução das oportunidades de qualificação profissional e consequente dificuldade no acesso ao mercado de trabalho, instabilidade conjugal e preconceito por parte da sociedade (MOCCELLIN *et al*, 2010).

No que se refere ao HIV/Aids, verificamos que o tema não é desconhecido, uma vez que eles reconhecem a importância de uma relação sexual com uso de preservativos para evitar uma possível contaminação por HIV/Aids, fator importante para a conscientização da prevenção da doença, mas que precisa ser aprofundado e mais discutido. Entendemos de que os jovens escolares precisam ser orientados sobre a doença, mas também deve ser dada ênfase à prevenção a fim de que perpetuem a consciência do sexo seguro.

HIV é uma DST. (J5)

É assim, estou com vergonha de falar. Eu já ouvi uma história de um menino e uma menina e ela quem tinha Aids aí eles se cruzaram e ela passou para ele. (J11)

A Aids é uma doença transmitida pelo sexo, para não pegar a gente usa camisinha. (J9)

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2010, liberou o Boletim Epidemiológico – aids IST, no qual atesta a notificação de 12.693 casos de Aids, entre adolescentes de 13 a 19 anos, entre 1980 e 2010 (BRASIL, 2010).

Estudos mostram que, independentemente do nível socioeconômico, o conhecimento de jovens e adolescentes acerca da transmissão e da prevenção do HIV ainda é limitado, e o uso do preservativo não é frequente (Gonçalves *et al*, 2013; Bezerra *et al*, 2012). A falta do preservativo no momento da relação resulta em práticas sexuais desprotegidas, predispondo os adolescentes à aquisição de alguma IST. Nessa perspectiva, é relevante fornecer informações, que promovam adequados comportamentos sexuais e ensinamentos do uso correto de métodos contraceptivos e preventivos, assim como a promoção à saúde, com esclarecimentos relacionados às questões de gênero e aos estereótipos acerca do HIV/Aids (TRONCO; DELL'AGLIO, 2012).

Procuramos mediar as discussões a partir das fragilidades do grupo trabalhando sobre a transmissão, tratamento, os sinais e sintomas de uma pessoa com Aids.

O enfermeiro como profissional capacitado para assistir o indivíduo em todas as etapas da vida, necessita desenvolver ações de promoção educativas com os jovens escolares em relação às sexualidades e a saúde reprodutiva, assim como inserir-se em programas voltados para a saúde do adolescente e sua família os quais devem atender as reais necessidades de ambos (BRUZAMARELLO, 2010).

Abordagem sobre exame de prevenção do câncer de colo uterino junto aos jovens

De um modo geral, os jovens desconheciam sobre o exame de prevenção do câncer de colo do útero. Então se explicou em que consiste o exame, como é realizado, levou-se o material utilizado na realização do exame para demonstrar como é feito o procedimento. Apresentavam olhares atentos às explicações e risos ao pegarem no aparelho reprodutor. A temática suscitou muitas dúvidas, por ser um assunto até então desconhecido para eles/elas.

Como é feito o exame?(J5)

E isso não dói não?(J7)

Com quantos anos faz a prevenção?(J2)

Mulher grávida faz prevenção? (J8)

Apesar da temática não ser discutida frequentemente com os jovens, mas destacamos a importância do assunto, pois a juventude vem apresentando o início da atividade sexual adiantado e o câncer de colo uterino é uma neoplasia prevalente em mulheres e quando elas têm o início da vida sexual precocemente, com múltiplos parceiros e desprotegida ficam mais vulneráveis a desenvolver a doença. Desse modo, enfatizamos nas discussões a importância da realização periódica do exame para as mulheres que já possuem uma vida sexual ativa.

Embora o Ministério da Saúde (MS) vem estabelecendo metas para controle e prevenção cérvico-uterino, alvos direcionados aos programas a saúde da mulher, a incidência e a mortalidade por esse tipo de câncer ainda e elevada no Brasil (SOUZA; TYRRELL, 2011; ZAPPONI; MELO, 2010).

O exame citopatológico é um método simples que permite detectar alterações da cérvix uterina, a partir de células descamadas do epitélio e se constitui até hoje, o método mais indicado para o rastreamento do Câncer de Colo Uterino – CCU por ser um exame rápido e indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial, que tem se mostrado efetivo e eficiente para aplicação coletiva, além de ser de baixo custo (FERNANDES *et al*, 2009).

No Brasil, as taxas de incidência estimada e de mortalidade apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são consideradas elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas estruturados de detecção precoce. A estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame de Papanicolau prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos. Faz-se necessário, portanto, garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (BRASIL, 2013).

Diante desse cenário, torna-se necessário investir no desenvolvimento de ações para a prevenção e controle do câncer do colo do útero abrangendo os diferentes níveis de atuação como: promoção da saúde, detecção precoce, assistência às pacientes, vigilância, formação de recursos humanos, comunicação e mobilização social, pesquisa e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da tecnologia forneceu um suporte às discussões realizadas e contribuiu ainda mais para o aprendizado. Evidenciamos que a interação entre os jovens durante a exposição do programa, bem como a problematização fomentada a partir do círculo de cultura foram fatores que contribuíram para que as necessidades de aprendizagem dos mesmos foram suprimidas, apesar de que ainda persistam mitos entre as considerações observadas.

Assim, verificamos que há a necessidade constante de discussões sobre saúde sexual e reprodutiva com esse público, pois apresentam demandas e vulnerabilidades em saúde específicas aos seus processos de desenvolvimento pessoal. Contudo, enfatizamos que o papel do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de agravos é fundamental para prestação de um cuidado amplo e integral, considerando os jovens com o seu potencial de positividade e criatividade.

Compreendendo a enfermagem como prática social, acreditamos que participar desse processo de aprendizagem com jovens constituiu em experiência rica que contribuiu sobremaneira para a nossa formação enquanto profissionais da área da saúde à medida que possibilitamos a construção de sujeitos autônomos que participam do seu processo saúde-doença-cuidado.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A *et al.* **O grupo de adolescentes na escola: a percepção dos participantes.** Reme Rev Min Enferm.12(2):207-12, 2008.
- ARAÚJO, M. S.; COSTA, L. O. **Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco.** Brasil.CadSaude Pública, 2009; 25:551-562.
- BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. **Ação educativa na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 set; 12 (3): 522-28.
- BEZERRA, E. O. *et al.* **Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS.**Rev RENE. 13(5):1121-31, 2012.
- BRANCAGLIONI, B. C. A.; FONSECA, R. M. G. S. **Violência por parceiro íntimo na adolescência: uma análise de gênero e geração.** RevBra-sEnferm, set-out;69(5):946-55. 2016.
- BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire.** 7a ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano VII nº 1. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Brasília (DF): 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução N. 466 de 12 de dezembro de 2012- CNS. Brasília, DF, 2012.
- BRUZAMARELLO, B. **Educação sexual de adolescentes na escola: um olhar sobre o cenário brasileiro** [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
- COLL, C. V. N. *et al.* **Percepção de adolescentes e adultos referente à influência da mídia sobre o estilo de vida.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde; v. 15, n. 2, 2010.

FERNANDES, J. V. *et al.* **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil.** Rev. Saúde Pública, 43(5): 851-8, 2009.

FREIRE, P. **Criando métodos de pesquisa alternativa:** aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1999. p. 34-41.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 34ª ed. Rio de Janeiro: Paz eTerra; 2002.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FROTA, A. O. Q. M. *et al.* **A tecnologia de informação como ferramenta na promoção da saúde do adolescente:** um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem. In: Anais do IV Seminário Internacional de Promoção da Saúde; 2012; Fortaleza-CE. Universidade de Fortaleza-UNIFOR. p. 268.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. **A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres.** Esc Anna Nery Rev Enfermjul-set; 13 (3): 625-31, 2009.

GONÇALVES, H. *et al.* **Conhecimento sobre a transmissão de HIV/AIDS entre adolescentes com 11 anos de idade do Sul do Brasil.** Rev Bras Epidemiol.;16(2):420-31, 2013.

MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, T. M. E. **Métodos Contraceptivos:**a prática dos adolescentes. Esc Anna Nery RevEnferm.out-dez; 13 (4): 863-71, 2009.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. MOCCELLIN, A. S. *et al.* **Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência:** revisão da literatura. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, n. 4, v. 10, p. 1-7, 2010.

RIOS, A. J. S. *et al.* **Uso de Tecnologia da informação e comunicação no fortalecimento da autonomia sexual e reprodutiva de adolescentes:** protagonismo dos membros do pró-saúde/pet-saúde da UVA em Sobral-CE, Brasil. In: Sobrinho, J. F., LINS JR, J. R (Org). Extensionando: Cultivando saber na escola e na comunidade. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014. p. 151-167.

SCHMIDT, M. L. S. **Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, Mar./Apr. ; v.13, n.2, 2008.

SILVA, M. R. B.*et al.* **Porque elas não usam?:**um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões. Saúde em Redes.; 1 (4): 75 – 83. 2015.

SOUSA, M. C.; GOMES, K. R. **Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais.** CadSaude Publica, 2009; 25:6645- 6654.

SOUZA, M. H. N.; TYRRELL, M.A.R.; **Políticas de salud a lamujer em Brasil, 1974-2004.** Rev. Enferm. UERJ.19(1):70-6, 2011.

TAQUETTE, S. R. **Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França:** semelhanças e diferenças. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22 n. 2, p. 618-628, 2013.

TORRES, R. A. M.*et al.* **Tecnologias digitais e educação em enfermagem:** a utilização de uma web-rádio como estratégia pedagógica. J. Health Inform. Dezembro; 4 (Número Especial - SIIENF 2012): 152-6, 2012.

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. **Caracterização do comportamento sexual de adolescentes:** iniciação sexual e gênero. Gerais: RevInte-rinst Psicol. 2012.

ZAPPONI, A. L. B.; MELO, E. C. P. **Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões brasileiras.** Rev. Enferm UERJ. 2010; 18(4):628-631, outdez.2010.

ORGANIZADORES

LUCILANE MARIA SALES DA SILVA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC (1992), Mestrado em Patologia (1996) e Doutorado em Enfermagem (2002) pela UFC. Pós-doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (2011). Coordenadora do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Mestrado e Doutorado 2012 a 2015) da UECE e Coordenadora da Graduação em Enfermagem da UECE.

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1995), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2001) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (2012). Atualmente é professora da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, aids, saúde, adolescente e saúde da família.

RAIMUNDO AUGUSTO MARTINS TORRES

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1995), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1999) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (2009). Desenvolve estudos e pesquisas na área de Enfermagem, com ênfase em Políticas e Práticas de cuidado em Saúde, Juventude, Gênero, AIDS, Comunicação e Saúde e Tecnologias da Informação, Comunicação e Educação.

LISTA DE AUTORES

ANA OSMARINA QUARIGUASI MAGALHÃES FROTA

Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sobral, CE, Brasil.

ANA JÉSSICA SILVEIRA RIOS

Especialista em caráter de Residência em Urgência e Emergência. Sobral, CE, Brasil.

ANA ZAIRA DA SILVA

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Urgência e Emergência pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo - IESM.

ANNATÁLIA MENESES DE AMORIM GOMES

Psicóloga e Assistente Social. Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Educação em Saúde. Professora dos Mestrados Profissionais Ensino na Saúde (UECE) e Saúde da Família (RENASF/UECE).

ANTONIA LIS DE MARIA MARTINS TORRES

Pedagoga (FACED/UFC), Mestre (FACED/UFC) e Doutora pela Universidade Federal do Ceará. Professora efetiva do ensino superior desde 2004. Atualmente é professora efetiva vinculada ao Departamento de Estudos Especializados da Faculdade de Educação da UFC com atuação na área de educação a distância e tecnologias digitais.

ARETHA FEITOSA DE ARAÚJO

Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Mestre em Ensino na Saúde (UECE). Foi bolsista da Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP-CE no núcleo de Educação Permanente em Saúde na macrorregião do Cariri.

CAMILA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva - Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Atua na Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza.

DÉBORA SÂMARA GUIMARÃES DANTAS

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC-UECE). Possui Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pelo mesmo Programa (PPSAC-UECE). Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS - Universidade Federal do Ceará (UNA-SUS/UFC). Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

EDUARDO DE OLIVEIRA MARTINS DANTAS

Possui graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí/ Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (UFPI/ CSHNB) (2017). Pós-Graduando em Saúde Pública - Ênfase em Saúde da Família pela Faculdade Entre Rios.

FRANCISCO HARLES DE MELO SÁ

Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Piauí.

GABRIELLE LEMOS OLIVEIRA RODRIGUES

Atualmente é bolsista de iniciação científica uece da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem, atuando principalmente no seguinte tema: Pet-Saúde.

GLAUCILÂNDIA PEREIRA NUNES

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

HANNA HELLEN MATOS DOURADO

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em auditoria do sistema público e privado de Saúde. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

IANNA OLIVEIRA SOUSA. ENFERMEIRA

Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sobral, CE, Brasil.

IDALINA MARIA MOREIRA BARBOSA

Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atuando na linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidado na Atenção Primária, ênfase na Estratégia Saúde da Família vinculada ao grupo de pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

ISABELA GONÇALVES COSTA

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente bolsista de Iniciação Científica (CNPq) pela Linha de Pesquisa: Saberes e Práticas de Cuidado Clínico em Enfermagem e Educativo com as juventudes, Gêneros e Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação.

JORDANA RODRIGUES MOREIRA

Possui graduação em enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (2015). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem- GRUPSFE.

JOSÉ JEOVÁ MOURÃO NETTO

Enfermeiro do Hospital Regional Norte, em Sobral/CE, e do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (gestão 2017-2020). Especialista em Saúde do Adolescente (UVA) e em Saúde da Família (UFC). Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIO-CRUZ). Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE).

KATHERINE JERONIMO LIMA

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Ex- Residente em Saúde Coletiva (ESP-CE).

LEIDY DAYANE PAIVA DE ABREU

Doutoranda e mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Mestre Graduada em Biologia (2010) pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

LIANA PAULA SALES

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará.

LÍVIA DE ARAÚJO ROCHA

Graduada do curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal do Piauí (UFPI), campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB). Atualmente trabalha na Secretaria Municipal de Sussuapara como nutricionista responsável técnica pela Alimentação Escolar.

LUCILANE MARIA SALES DA SILVA

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1989-1992), Mestrado em Patologia pelo Departamento de Patologia e Medicina legal da Universidade Federal do Ceará (1994-1996). Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (1999-2002). Pós-doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (2011). Coordenou o Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará de 2012 a 2015. Tutora de Cursos de EAD pela FIOCRUZ.

MARCELO COSTA FERNANDES

Enfermeiro, Docente da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG campus Cajazeiras.

MARCOS RENATO DE OLIVEIRA

Professor da Universidade Federal do Piauí, doutor em cuidados clínicos pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC, especialista em saúde pública pela - UECE, graduado em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza - FAMETRO.

MARIA ADELANE MONTEIRO DA SILVA

Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UVA. Sobral, CE, Brasil.

MARIA ALICE OLIVEIRA DA SILVA

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista Iniciação Científica PIBIC/CNPQ.

MARIA DA CONCEIÇÃO COELHO BRITO

Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista CAPES. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral/CE.

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, mestre em Saúde Pública, Docente da Graduação em Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva.

MARIA SOCORRO DE ARAÚJO DIAS

Enfermeira sanitária. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC, com Pós Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Professora Associada do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Coordenadora Adjunta e docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF/UVA. Docente Permanente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC- Sobral).

MARIA VERÔNICA SALES DA SILVA

Doutora em Enfermagem - Saúde Comunitária (UFC). Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária (UFC). Graduação em Enfermagem (UVA). Graduação em Licenciatura Plena em Programa Formação Pedagógica (UECE). Graduação em Direito - UNIFOR. Especialista na Gestão de Sistemas Locais de Saúde (ESP-CE). Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde Pública e Privada - INET. Supervisora do Centro de Investigação Científica - Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará.

NATÁLIA SOUSA LOPES

Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista de iniciação científica CT/FUNCAP.

RAIMUNDO AUGUSTO MARTINS TORRES

Enfermeiro. Doutor em Educação Brasileira (UFC). Mestre em Enfermagem (UFC). Docente da Graduação em Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva.

RIKSBERG LEITE CABRAL

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará e Rede de Formação em Saúde da Família, Docente da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO, Técnico do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Municipal João Elísio de Holanda.

SAMYLLA DE FÁTIMA SABÓIA VERAS

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (2016) Atuando principalmente na Saúde Coletiva, Estratégia, Saúde da Família e Comunidade.

SANDRA VALESCA VASCONCELOS FAVA

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do Hospital Infantil Albert Sabin, Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará.

TATIANA REBOUÇAS MOREIRA

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Diabetes pelo programa de residência multiprofissional em atenção hospitalar à saúde (RESMULTI) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente, é servidora do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

TÚLIO BATISTA FRANCO

Psicólogo. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas – UNICAMP, Pós-Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade da Bolonha/Itália, Professor Associado do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense – UFF.

VICTORUGO GUEDES ALENCAR CORREIA

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí/ Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (UFPI/ CSHNB) (2017). Especialização em andamento em Gestão em Saúde pela UFPI. É membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC/ CNPq) na linha de Epidemiologia e Controle dos Processos Infecciosos e Parasitários, da Liga Acadêmica de Hanseníase e Outras Doenças Negligenciadas (LAHDN/UFPI).