

Práxis educativa de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Nurses' educational practices in Family Health Strategy

Praxis educativa de enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar

Darlisom Sousa Ferreira^I

ORCID: 0000-0003-3381-1304

Flavia Regina Souza Ramos^{II}

ORCID: 0000-0002-0077-2292

Elizabeth Teixeira^I

ORCID: 0000-0002-5401-8105

^IUniversidade do Estado do Amazonas. Manaus,
Amazonas, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,
Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Ferreira DS, Ramos FRS, Teixeira E. Nurses' educational practices in Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20200045. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0045>

Autor Correspondente:

Darlisom Sousa Ferreira
E-mail: darlisom@uea.edu.br

EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 07-04-2020 **Aprovação:** 22-08-2020

RESUMO

Objetivos: analisar a práxis educativa de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** estudo descritivo com abordagem qualitativa, cuja produção dos dados utilizou a técnica grupal *World Café*, em dois encontros, com 26 enfermeiros de um distrito de saúde do município de Manaus-AM. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Categorical-Temática. **Resultados:** foram geradas duas unidades de análise: Configuração Política e Organizacional do Trabalho Educativo na ESF e Configuração Operativa do Trabalho Educativo na ESF, desvelando necessárias (re)configurações na cogestão, na centralidade do sujeito para o planejamento do trabalho educativo e na (re)pactuação entre a gestão dos serviços e as instituições formadoras para superação das contradições na implementação das Políticas Nacionais de Educação Permanente e de Atenção Básica em Saúde. **Conclusões:** a práxis educativa dos enfermeiros na ESF se configura em interações, se organiza para responder às políticas de saúde, incorporando a criatividade no fazer, mas enfrentando inúmeros obstáculos. **Descritores:** Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem em Saúde da Família; Atenção Primária em Saúde; Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the nurse's educational practice in Family Health Strategy. **Methods:** descriptive study with a qualitative approach, whose data production used the World Café group technique, in two meetings, with 26 nurses of a health district of Manaus-AM. The technique used was Categorical-Thematic Content Analysis. **Results:** the study generated two units of analysis: Political and Organizational Configuration of Educational Work at ESF and Operational Configuration of Educational Work at ESF, revealing the necessary (re)configurations in co-management, in the centrality of the subject for the planning of educational work, and in (re)pactuation between the management of services and training institutions to overcome contradictions in the implementation of National Policies on Permanent Education and Basic Health Care. **Conclusions:** the configuration of nurses' educational practice at ESF works toward interactions, organized to respond to health policies, incorporating creativity in doing, but facing numerous obstacles. **Descriptors:** Health Education; Family Health Strategy; Family Health Nursing; Primary Health Care; Health Work.

RESUMEN

Objetivos: analizar la praxis educativa de enfermeros en la Estrategia de Salud Familiar. **Métodos:** estudio descriptivo con abordaje cualitativo, para los datos utilizó la técnica grupal *World Café*, en dos encuentros, con 26 enfermeros de un distrito de salud de Manaus-AM. Se utilizó la técnica de Análisis de Contenido Categorical Temático. **Resultados:** han generadas dos unidades de análisis: Configuración Política y Organizacional del Trabajo Educativo y Configuración Operativa del Trabajo Educativo, en la ESF, desvelando necesarias (re)configuraciones de cogestión, centralización del sujeto para planeamiento del trabajo educativo y (re)pactación entre la gestión de servicios y las instituciones formadoras para superación de las contradicciones en la implementación de Políticas Nacionales de Educación Permanente y Atención Básica en Salud. **Conclusiones:** la praxis educativa de los enfermeros en la ESF se configura en interacciones, se organiza para responder a las políticas de salud, incorporando la creatividad en el hacer, pero enfrentando innumerables obstáculos. **Descritores:** Educación en Salud; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería en Salud Familiar; Atención Primaria en Salud; Trabajo en Salud.

INTRODUÇÃO

Ainda que etimologicamente o termo *práxis* possua o sentido aproximado de prática, este manuscrito assume sua acepção mais ampla, polissêmica e processual, materializada no movimento da ação para além da conduta⁽¹⁾. Neste estudo, *práxis* é entendida como síntese entre ser, pensar e estar no mundo, ação autocriadora fundamentada na obra marxiana, e retomada por Paulo Freire no Brasil, como problematização central — a união dialética entre prática e teoria, representada pela *práxis* como fomento de processos humanizadores e de transformação revolucionária da realidade social^(1,2). A forma específica de *práxis* a ser abordada é a *práxis* educativa concretizada em manifestações individuais e coletivas de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁾.

A ESF nasce no Brasil em 1994, formulada pelo Ministério da Saúde (MS) e lançada com o nome de Programa Saúde da Família (PSF), um programa de Atenção Primária à Saúde (APS) que buscava se diferenciar do modelo até então em desenvolvimento. Em 1997, passou a ser definido como estratégia, por não se tratar apenas de um “programa”, mas de uma política com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária⁽¹⁾. Desse modo, constituiu-se parte do processo de reforma do setor da saúde, amparado pela Constituição Federal, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, sendo, portanto, estratégia de produção de impacto no sistema de saúde como um todo^(1,3).

São inegáveis os avanços produzidos pela ESF nas dimensões político-institucionais, organizativas e técnico-assistenciais. Na primeira, observa-se a expansão dos cuidados primários, institucionalização da promoção da equidade, intersetorialidade e enfrentamento das questões de gestão de pessoal juntamente com a formação e educação para o sistema de saúde. Na dimensão organizativa, a integração da rede de serviços, o planejamento e a participação social são destacadas. Na dimensão técnico-assistencial, observam-se benefícios para o trabalho multidisciplinar, enfoque familiar, acolhimento, vínculo, humanização e produção do cuidado^(1,4).

A *práxis* educativa vinculada às ações de APS busca superar a dicotomização do ensinarcuidar. Estudos realizados nas duas últimas décadas^(1,5-6) têm apontado a *práxis* educativa de enfermeiros na ESF de forma positiva para o trabalho em equipe, pois confere, apoiando-se na própria *práxis*, o elenco de prioridades educativas e o reconhecimento de necessidades dos sujeitos, fazendo dali emergir os fins que dirigem a proposta de trabalho a ser desenvolvida pela equipe com a população⁽¹⁾.

Estudos que discutem o processo de trabalho em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família indicam que um dos desafios é a produção de outros modelos que promovam o enfrentamento de contradições e dificuldades, a efetivação de rupturas e adoção de diferentes posturas, para então se buscar opções e possibilidades de criação^(1,7). Diante do exposto, faz-se necessária a realização de estudos que analisem a *práxis* educativa na ESF, de modo a subsidiar a construção coletiva de caminhos e novos modos de fazer educação em serviços de saúde. A reflexão em contextos reais de trabalho e por meio do diálogo participativo pressupõe que os profissionais da ESF são atores do processo de subjetivação da *práxis*. Não se trata de interpretar a boa ou

a má prática em curso, mas de desvelar caminhos possíveis de conhecimento pertinente⁽¹⁾. A questão norteadora do estudo foi: Como se caracteriza a *práxis* educativa de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um distrito de saúde de Manaus-AM?⁽¹⁾

OBJETIVOS

Analisar a *práxis* educativa de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, no Distrito de Saúde Leste de Manaus-AM.

METODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa é um recorte do projeto intitulado “Construção e validação de instrumental para *práxis* educativa de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família”, que se amparou em princípios éticos das Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais regem pesquisas com seres humanos, ciências sociais e interesse estratégico dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Recebeu anuência institucional da SEMSA, foi submetido à Plataforma Brasil e obteve parecer consubstanciado de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade em 10 de novembro de 2017⁽¹⁾. Foram assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz.

Abordagem e tipo de estudo

A opção pela abordagem qualitativa se dá pelo caráter contextual, dialético, críticoconstrutivista em que a compreensão do objeto emerge das construções, produz efeitos de intervenção e incorpora, com base nas relações sociais dos participantes, na questão do significado das ações necessárias e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Essas últimas são tomadas como construções humanas significativas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, na proposição de alternativas, na busca de soluções e no próprio posicionamento ético-político da pesquisa^(1,8-9).

O tipo de estudo participante permite conhecer a própria realidade, participar da produção do conhecimento, aprendendo a escrever e reescrever sua história a partir da própria. O pesquisador é tido como alguém que ajuda e que serve como arma do conhecimento científico. Pesquisadores e pesquisados são partícipes de um trabalho comum, ainda que em situações e tarefas diferentes^(1,10).

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O cenário da pesquisa foi o Distrito de Saúde Leste (DISAL) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), cidade de Manaus, capital do Amazonas. Com uma cobertura de 51,68% da população, a Atenção Básica se organiza em cinco Distritos de Saúde (quatro urbanos e um rural), com 305 estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), dos quais 215 são Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF possui 225 equipes e alcança 32% de cobertura, sendo que o DISAL possui 58 equipes da ESF com 37 enfermeiros atuantes⁽¹⁾.

Fonte de dados, critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo 26 enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), incluídos pelos seguintes critérios: ser profissional efetivo do quadro da SEMSA e ter atuação mínima de dois anos nesse serviço. Foram excluídos enfermeiros em licença para tratamento de saúde, licença-prêmio, maternidade ou qualquer outro tipo de afastamento no período da coleta de dados⁽¹⁾.

Coleta, organização e análise dos dados

A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2018. Utilizou-se a técnica grupal denominada World Café, em dois encontros, com 12 e 14 participantes, respectivamente. Tal técnica trata do encontro de pessoas que, por meio de conversações significativas e estratégicas, buscam sentidos para os múltiplos contextos em que vivem, trabalham ou se divertem. Ali, as conversas favorecem a descoberta e a construção participativa de soluções conjuntas para problemas coletivos^(1,11). A técnica foi coordenada pelo “anfitrião-pesquisador”, que procedeu à sensibilização dos participantes do estudo mediante contato telefônico seguido de visitas às UBSFs do DISAL.

Para a realização da técnica grupal, utilizou-se um espaço, localizado em um bairro central da cidade, denominado “Café com Texto”, que ficou reservado exclusivamente para o estudo nos dias e horários acordados com os participantes. Nos encontros do World Café, os participantes foram organizados em grupos de quatro pessoas por mesa, sendo uma delas escolhida pelo grupo como “anfitriã de mesa”. As mesas continham toalhas de papel, giz de cera e canetas variadas para rabiscos, anotações ou registro de ideias⁽¹⁾. A questão disparadora dos diálogos foi: O que as equipes da Estratégia Saúde da Família podem criar para potencializar a práxis educativa em saúde?

Os diálogos ocorreram em rodadas de 15 minutos, após os quais os participantes trocavam de mesa para conversar com outro grupo. Na última rodada, as pessoas retornavam às suas mesas iniciais para síntese das discussões, descobertas e organização e compartilhamento das ideias de cada grupo, num momento de manifestação do conhecimento coletivo. Os encontros tiveram duração de três horas, foram filmados e fotografados. Para contribuir com a logística, registros e outros aspectos de infraestrutura, a pesquisa contou com auxiliares de pesquisa devidamente treinados⁽¹⁾.

Na organização e processamento dos dados, o conteúdo das toalhas de mesa e dos vídeos foi transcrito e processado com auxílio do software Atlas.ti 8 (*Qualitative Research and Solutions*), versão 8.3.20/2019, um CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) que tem sido amplamente usado nas mais diversas áreas de investigação^(1,12). Trata-se de um recurso tecnológico que permite diferentes tipos de análises de dados textuais e imagéticos, articulando distintas abordagens teórico-metodológicas, facilitando o manejo no processo de organização de grande quantidade de dados e contribuindo para o rigor e cientificidade na interpretação dos significados. Para análise, aliou-se o uso desse software à Análise de Conteúdo Categórica Temática^(1,13), com a finalidade de compreensão dos discursos e seus significados. As etapas da análise foram: 1. Leitura fluente do corpus de análise; 2. Definição das unidades de registro (expressões discursivas); 3.

Agrupamento temático em unidades de significação; 4. Definição e nomeação das subcategorias e categorias; 5. Magnitude/quantificação de segmentos; 6. Associação das categorias ao conhecimento científico.

Os dados discursivos transcritos foram tratados em uma Unidade Hermenêutica (UH) com dois Documentos Primários (DP), um para cada World Café realizado. No processo de codificação seletiva, os documentos geraram dez Códigos de Pesquisa (CP), relativos a 189 segmentosexpressões discursivas agrupadas pelo sentido-significado. No processo de codificação axial por associação e interpretação, foram gerados dois conjuntos (*Code Groups*), aqui denominados Unidades de Análise (UA)⁽¹⁾.

RESULTADOS

Dos dez códigos de pesquisa, cinco formaram a Unidade de Análise denominada “Configuração Política e Organizacional do Trabalho Educativo na ESF”, e cinco códigos constituíram a Unidade “Modos de Fazer o Trabalho Educativo na ESF”. O Quadro 1 apresenta cada Unidade de Análise, seus respectivos códigos, indicando a magnitude deles segundo o número de segmentos discursivos que os compõe⁽¹⁾.

Quadro 1 – Unidades de Análise da práxis educativa de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, Manaus, Amazonas, Brasil, 2019

UH/ DP	CÓDIGOS DE PESQUISA – CP	UNIDADES DE ANÁLISE – UA	Magnitude
1 UH/ 2 DPs	1. Cogestão e vínculo com a comunidade	Configuração Política e Organizacional do Trabalho Educativo na ESF (CPO-TESEF)	83 Segmentos
	2. Demandas educativas motivadas pelos atores da comunidade		
	3. Contribuição de outros atores parceiros		
	4. Processo de trabalho produtivista		
	5. Parcerias e intersectorialidade		
	6. Trabalho educativo individual ambulatorial	Configuração Operativa do Trabalho Educativo na ESF (COP-TESEF)	106 Segmentos
	7. Trabalho educativo grupal por condição de saúde		
	8. Trabalho educativo momentâneo		
	9. Estratégias metodológicas e recursos do trabalho educativo na ESF		
	10. Educação permanente para a ESF		

Nota: UH – Unidade Hermenêutica; DP – Documentos Primários; ESF – Estratégia Saúde da Família. Fonte: World Café – Corpus das Transcrições dos Vídeos e Tolhas de Mesa.

Na primeira Unidade de Análise (Configuração Política e Organizacional do Trabalho Educativo na ESF), cinco códigos de pesquisa revelam elementos diretamente ligados às premissas do Sistema Único de Saúde no que tange ao trabalho com a comunidade, suas motivações e necessidades de saberes, bem como às parcerias intersectoriais em curso e outras necessárias à efetividade do trabalho educativo. Nesse código, estão circunscritos elementos ligados às relações político-comunitárias, organizacionais, de controle social e da gestão do processo de trabalho educativo do enfermeiro⁽¹⁾.

O código de pesquisa 1 destaca a cogestão e vínculo com a comunidade como subsídios fundamentais para o trabalho das equipes, expressando que a organização do trabalho educativo precisa ser apoiada pela comunidade⁽¹⁾.

A gente precisa da interação dos líderes da comunidade para ter esse apoio e poder melhorar o nosso trabalho. A gente vai saber a maior necessidade do que a gente tem dentro da nossa comunidade e com o apoio da liderança talvez a gente consiga fazer muito mais do que a gente faz. (Enf1)

As demandas educativas motivadas pelos atores da comunidade constituem os elementos do código de pesquisa 2, que revela a perspectiva inclusiva e a participação social da comunidade como importantes no planejamento das ações a serem desenvolvidas com os usuários⁽¹⁾.

Nós colocamos a motivação, aquela em que a comunidade apresentou demanda para a gente, para que a gente pudesse se armar e passar a informação a respeito daquela demanda que surgiu. Então, a motivação está nesse sentido, de que a equipe precisa ser estimulada para que ela passe a desenvolver aquela temática que a comunidade demandou. (Enf4)

Os elementos do código de pesquisa 3 expressam o reconhecimento da contribuição dos atores parceiros no desenvolvimento do trabalho educativo, envolvendo escolas, igrejas, organizações não governamentais (ONGs) localizados nos diferentes territórios⁽¹⁾.

Outra que poderia estar ajudando é a formação. Fazer uma equipe entre a equipe de saúde e a equipe da educação, ou seja, daquela escola que você trabalha poderia formar um grupinho, uma equipe cuidasse de uma parte: fazer recreações para criança, adolescentes, estar ajudando nessa questão da educação em saúde. Essa escola que estamos falando é escola vinculada. (Enf2)

Então, minha realidade é totalmente diferente, eu tenho parceria com a escola, tenho a igreja ao lado da unidade, tenho a escola em tempo integral em frente, que tem uma programação, que é participativa, que nos convida para participar com eles das palestras, tem mais quatro escolas, a nossa equipe é boa na interação com as escolas, temos duas ONGs também que nos procuraram para ajudar. (Enf3)

No código de pesquisa 4, processo de trabalho produtivista, aponta-se para os problemas decorrentes de um trabalho regulado e mensurado por métricas e metas diárias estritamente quantitativas ou de volume de atendimentos, num regime produtivista pouco sensível (desconexo) às realidades e atores específicos. A maior parte do tempo de trabalho do enfermeiro da ESF é dedicada às atividades assistenciais ou aos controles burocráticos em torno do próprio trabalho, em detrimento das ações educativas com a comunidade e com os próprios membros da equipe⁽¹⁾.

A gente está alienada no sistema, tudo é o sistema, porque eu tenho que gerar número, então tu deixas de fazer um bom atendimento, deixa de promover saúde porque está alienada ao sistema da quantidade. (Enf5)

Outra coisa é a qualidade no atendimento, porque a gente não tem a qualidade no atendimento, a cobrança é pela quantidade e não a qualidade, isso já prejudica muito nosso trabalho. (Enf6)

Mas aí eu te falo, vou formar grupos para educação permanente da equipe, se eu já não tenho tempo às vezes para promover educação em saúde? Eu tenho que encontrar tempo para promover a educação da equipe também, se você enfermeiro sozinho quer fazer tudo, você não consegue. (Enf7)

O enfermeiro da estratégia está muito preso na assistência, ele está muito focado na burocracia, demanda que toma muito tempo. (Enf8)

O código de pesquisa 5 traz elementos que revelam a necessidade de avanços na constituição de parcerias e intersectorialidade com potencial de transformação de concepções e práticas da equipe da ESF. Nesse código, há elementos que revelam a busca pelo conhecimento a partir da relação permanente entre universidade e serviço de saúde no preparo e enriquecimento técnico e científico dos profissionais da ESF. Possui, assim, uma relação estreita com a educação permanente, aqui destacada como diretriz política com impactos na organização do trabalho⁽¹⁾.

Profissionais das universidades que estão dentro das unidades de saúde mudam uma concepção e trabalham muito bem; existe um acréscimo de conhecimento tão grande para as unidades de saúde, muita melhoria dentro dessa equipe de saúde. Então seria muito bom se nós conseguíssemos estabelecer parcerias permanentes. (Enf24)

Tem coisas que nós não somos preparados: eu não fui preparada para dar palestra na escola para adolescentes. Certas coisas a gente não tem um preparo, um manejo, uma afinidade. Então, eu acho que essa parceria com as universidades iria enriquecer muito o nosso trabalho. (Enf25)

Na segunda Unidade de Análise, intitulada “Configuração Operativas do Trabalho Educativo na ESF”, os elementos discursivos descrevem os modelos de educação em saúde desenvolvidos na ESF, as estratégias e tecnologias inovadoras que têm sido utilizadas, bem como a necessidade de educação permanente⁽¹⁾.

Os três primeiros códigos de pesquisa dessa UA (6, 7 e 8) expressam tendências ou modelos de fazer que coexistem e interagem na ação educativa com os usuários — ações individuais, grupais e uma terceira, assumida como práticas remanescentes de antigas ações do enfermeiro. O trabalho educativo individual ambulatorial (código 6) se restringe ao desenvolvimento de orientações, ligadas a consultas e ações programáticas, como repasse de informações que o profissional julga necessárias àquele atendimento⁽¹⁾.

A educação em saúde é feita individual sim, isso é cotidiano, se faz isso diariamente. (Enf9)

Quando vou atender o paciente, já tenho uma lista diária de orientações pra dar para ele. Conforme a necessidade de cada paciente que precisar daquela orientação, eu vou gastar um pouco mais de tempo com ele. (Enf10)

Eu acho que não dá mais para fazer como antigamente, porque agora eu preciso cumprir metas, eu tenho um tempo praticamente determinado para cada paciente. (Enf1)

O trabalho educativo grupal por condição de saúde (código de pesquisa 7) mostra-se como alternativa eventual de ação

educativa, por meio de palestras dirigidas a segmentos de usuários por condição de saúde. Percebe-se que sua execução está diretamente relacionada com o porte das unidades e estrutura física disponível para o desenvolvimento dessa prática⁽¹⁾.

Como o atendimento da unidade também não é mais por grupo populacional, por programa, isso desconstrói, porque a gente acaba não tendo tempo, e o tempo é tudo, até para dar palestra. Existe atividade coletiva, mas a atividade coletiva é um papel, você fala aqui, cada um assina e acabou. (Enf12)

Com uma grávida é uma coisa, com um idoso é outra, mas agora eu não tenho mais como trabalhar por grupos que nem eu trabalhava. Hoje o grupo que eu trabalho é só as grávidas. (Enf13)

Na nossa realidade, nós temos a casinha, a casona, o meu é estratégia, lá temos três equipes, então tudo é uma realidade diferente. Lá na minha, graças a Deus, eu posso inovar, porque nossa estrutura é grande, nossa área é grande, e eu aproveito na hora que estão fazendo a triagem. (Enf14)

O trabalho educativo momentâneo (código de pesquisa 8) é aquele realizado sem planejamento, sem reconhecimento das necessidades dos sujeitos, dos desejos de saber, na recepção, na sala de espera, minutos antes do atendimento médico, reconhecido como “de antigamente”. Os relatos evidenciam práticas hegemônicas que concebem a educação em saúde como estratégia de modelagem comportamental normativa, prescritiva e de passividade⁽¹⁾.

Sinceramente, essa coisa de antigamente [...]. Ah! Eu vou marcar com as mulheres lá em uma escola, você chama e vão na área, você vai fazer uma palestra com essas mulheres sobre câncer de mama, gente! Elas não vão, não vão, só vai uns gatos pingados. Então, qual é a oportunidade? É aquele momento em que elas estão lá esperando a consulta, só que elas estão esperando a consulta querendo ir embora também. Eu digo: “Doutora, espera aí 10 minutinhos que eu vou fazer uma conversa rápida aqui sobre o câncer de mama.” Ela segura. Então elas começam: “A doutora não vai atender não?” Tu estás falando e elas: “A doutora não vai atender?” (Enf15)

As estratégias metodológicas e recursos do trabalho educativo na ESF (código de pesquisa 9) incidem sobre um conjunto de tecnologias utilizadas pelos enfermeiros na ESF, que vão das tradicionais (expositivas) a adaptações e criações mais espontâneas e emergentes (dialogais), inclusive com uso de dispositivos móveis⁽¹⁾.

A roda de conversa é uma estratégia muito boa e forma um vínculo melhor. As rodas de conversas por especialidades, diferentemente da sala de espera, que englobam tudo, vou trabalhar as demandas, porque a gente acha que sabe tudo, fala pouco e quem não sabe nada aprende muito menos. (Enf20)

Nós fazemos certificado de reconhecimento por trimestre, homem, mulher, adolescente [...] e a gente fez uma oficina para construir fantoches, fica na unidade para quando for fazer palestra usar. (Enf21)

Toda equipe tem grupos de WhatsApp. Temos um dia para trabalhar a educação continuada [...] quem não tem um smartphone

hoje? E assim, nós nos nutrimos de informações o dia inteiro pelo WhatsApp. (Enf22)

Então, também formamos o grupo do WhatsApp [com usuário] e deu certo mesmo. Nós temos também um grupo das famílias vulneráveis. (Enf23)

O código de pesquisa 10 destaca a necessidade de educação permanente na ESF, com vistas à busca de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o alcance de mecanismos que qualifiquem o trabalho educativo na ESF⁽¹⁾.

O profissional deve buscar conhecimentos para que ele desenvolva mecanismo de alcance ao usuário nas práticas de educação em saúde. (Enf16)

Muitas vezes o profissional não sabe nem onde buscar metodologias ativas, como buscar em uma base de dados, um livro que vai aperfeiçoar as práticas dentro dos serviços. (Enf17)

O vazio assistencial não permite que você desenvolva a prática de educação em saúde, a gente não consegue se não tiver a nossa base. (Enf18)

Então, o que eu posso observar é que a equipe já está acostumada, acomodada com, “tudo tem que ser o enfermeiro” e “eu não vou fazer porque eu não sei fazer”. Capacitação em conjunto para que todos, que oriente na mesma linguagem, para utilizar linguagem acessível. (Enf19)

DISCUSSÃO

Na configuração da práxis educativa de enfermeiros da ESF, a partir da primeira Unidade de Análise, emergiram configurações políticas e organizacionais que impactam diretamente o trabalho educativo com os usuários do serviço⁽¹⁾.

A cogestão e vínculo com a comunidade estão elencados como ferramentas de apoio e melhoria do fazer profissional. Cogerir para o cenário estudado não é ser sujeito “operacionalizado” pelo sistema, mas ator “operacionalizante” do processo, aquele que pela participação se faz operador das suas necessidades, dificuldades, desejos, saberes e poderes na construção do trabalho educativo em saúde⁽¹⁾.

As perspectivas atuais de cogestão são concretizadas por dispositivos de participação e construção coletiva, pois conferem responsabilidade para todos os atores sociais envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários), que passam a participar do planejamento e organização da unidade, intervindo na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde na Atenção Primária^(1,14). Os enfermeiros do estudo destacaram a imperativa necessidade de retomada da interação com lideranças comunitárias na busca de soluções aos desafios, dilemas e perspectivas do trabalho educativo em saúde.

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a reorientação do modelo assistencial tem sua proposta fundada no movimento de participação como mecanismo para construção e consolidação do SUS. Mas essa reorientação nos trouxe inúmeros desafios, e no âmbito da ESF, o trabalho educativo figura como parte essencial à atenção integral e contínua às famílias das áreas adscritas¹.

As políticas materializam os serviços, e no tocante ao envolvimento da comunidade na construção e cogestão do SUS, a participação do usuário está plenamente garantida na Lei 8.142/90. Desde a criação das Conferências e Conselhos de Saúde^(1,14), as demandas dos movimentos sociais e suas comunidades constituem as diretrizes que integram o planejamento das ações necessárias aos territórios e seus atores.

Embora a cogestão seja um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivos^(1,15), a participação representativa e a contribuição dos atores do território não têm sido realidade para a totalidade dos enfermeiros do estudo. Alguns territórios têm plenamente institucionalizada a contribuição dos atores parceiros, como escolas, igrejas, associações e organizações não governamentais; outros seguem incipientes na articulação-colaboração, o que revela premente necessidade do estabelecimento de parcerias intersetoriais para (re)configuração política e organizacional do trabalho educativo nas suas equipes e territórios⁽¹⁾.

Enquanto configuração política e organizacional, as demandas educativas dos atores e da comunidade necessitam consolidar-se como estratégia e atendimento às carências e especificidades individuais e locais. Isso transformaria as decisões e encaminhamentos político-organizacionais em instrumentos de atendimento aos anseios da população adscrita para além das limitações programáticas e das reais exigências às equipes da ESF⁽¹⁾.

O enfermeiro que atua na ESF, de maneira geral, faz visita domiciliar, realiza consultas de enfermagem, atende demanda espontânea, executa procedimentos privativos, além de desenvolver a função gerencial^(1,16), singularidade indissociável do trabalho de enfermagem, mas que ainda é produto de incompreensão e repercute na divisão técnica do trabalho^(1,17).

O processo de trabalho produtivista foi associado pelos enfermeiros à burocracia, sobrecarga de trabalho, gasto demorado do tempo em atividades programáticas, dicotomia assistência/educação e alcance de metas quantitativas, o que vêm produzindo alienação ao sistema, percalços na manutenção do trabalho em equipe^(1,18) e desconhecimento do próprio trabalho profissional de enfermagem.

A enfermagem é a única das profissões da saúde com crescente proporção de carga horária de trabalho, maior ou igual a 40 horas semanais^(1,19). A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem regulamenta que o trabalho educativo é uma atividade inerente ao profissional enfermeiro e visa à melhoria de saúde do indivíduo, da família e população em geral. Há que se rever o ordenamento do trabalho educativo na ESF fragmentado pelo foco métrico-assistencialista^(1,20), de ação distante daquelas preconizadas para resolutividade dos problemas numa relação harmônica entre a carga horária e as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF⁽¹⁾.

O processo de trabalho produtivista, de âmbito mecanizado, gera prejuízos às políticas, aos profissionais e à vida dos usuários. Então, mesmo que os enfermeiros estejam ligados às atividades assistenciais, o trabalho educativo não pode divergir e estar negligenciado no cotidiano das ações da ESF. Faz-se necessária a construção de entendimentos que associem o fazer cuidadoso com o educativo, numa propositura articulada de preservação dos preceitos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) para reorientação do modelo de atenção (e educação) à saúde⁽¹⁾. Essa integração do fazer educativo-cuidativo perpassa pela frágil preparação pedagógica, cujo instrumental teórico-prático potencializa

a ação educativa em todas as instâncias, sejam elas assistenciais, sejam gerenciais. Nesse ínterim, a capacitação pedagógica promove o enfrentamento e empoderamento dos profissionais mediante um processo dinâmico, dialógico e político, que se desenvolve através da reflexão e do diálogo entre os sujeitos, resultando no comprometimento com a mudança da realidade^(1,21).

Ao considerar que a discussão sobre promoção da saúde vem sendo fortalecida no cenário mundial com propostas de redefinição das políticas públicas, direcionando outro olhar ao contexto da saúde, e do entendimento de que aparatos biomédicos não são capazes de modificar os determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença^(1,21), as parcerias e intersetorialidade desvelada no discurso dos participantes do estudo reafirmam a perspectiva de expansão de políticas públicas pensadas em torno da intersetorialidade na busca integrada por ações e serviços de forma não fragmentada^(1,22), que fortaleçam e ampliem as ações nos serviços de saúde ou outros espaços, como praças, escolas, territórios comunitários, ONGs, indústrias entre outros. No entanto, a concepção de intersetorialidade que permeia o estudo é tomada como problemática, na medida em que não traduz estratégia profissional e/ou de gestão, mas de arranjos interprofissionais pelos enfermeiros e suas equipes⁽¹⁾.

A parceria e intersetorialidade se materializam na articulação ensino-serviço, que é transversal às duas unidades de análise: na primeira, como parceira para o desenvolvimento da competência educativa^(1,23) dos enfermeiros da ESF; e na segunda, como estratégia de educação permanente na ESF^(1,24). Esses processos estão anunciados como ampliadores de horizontes, (des)naturalizadores de práticas obsoletas e formadores de sujeitos-trabalhadores sensíveis e comprometidos com a construção de práticas que não constituem apenas o saber biomédico^(1,25).

O trabalho educativo individual ambulatorial é realizado nas consultas de enfermagem a partir de uma "lista de orientações" informativas segundo meta e/ou ação programática a ser atingida. Essas condutas ratificam a manutenção do modelo hegemônico autoritário^(1,26) e desconsideram os determinantes e suas múltiplas influências no processo saúde-doença.

No trabalho educativo grupal por condição de saúde, as ações são feitas com grupos populacionais organizados segundo patologia ou programa. A palestra é a estratégia que se mantém operacional, persistindo a concepção que marginaliza as necessidades dos educandos e suas experiências na centralidade do processo de construção de saberes⁽²⁶⁾. Entretanto, percebe-se a emergência de avanços no fazer o trabalho educativo, pela utilização de processos e técnicas pedagógicas a partir do coletivo, centrado na socialização da vida, desenvolvido com base nas vivências cotidianas, assumindo-se o diálogo grupal como construto de libertação e transformação dos problemas em soluções de saúde⁽¹⁾.

A palestra se mantém como recurso de auxílio à falta de informação e orientação nos atendimentos clínicos do trabalho multiprofissional em saúde⁽²⁷⁾; é efetiva quando em conjunto com programas educativos. No cenário do estudo, o uso da palestra foi retratado como estratégia antiga, de pouca adesão, embora ainda oportuna, principalmente quando da espera pela consulta médica, configurando-se como um trabalho educativo momentâneo⁽¹⁾. Assim, percebe-se a importância da formação de

enfermeiros para atuarem como educadores, numa perspectiva crítica, progressista e transformadora^(1,28) da práxis cotidiana na ESF.

O reconhecimento das necessidades educativas de determinada comunidade não é plenamente utilizado como ferramenta de planejamento participativo constituído nem tampouco elencado como prioridade. Unir cogestão e educação permanente em saúde é sinónimo de transformação das práticas cotidianas dos trabalhadores do SUS⁽¹⁾. Nessa perspectiva, o legado freireano, comprometido com seu “que fazer” — tendo disponibilidade para o diálogo, bom senso, humildade, liberdade, alegria e esperança, respeito aos seres humanos, ética, estética e convicção de que a mudança é possível —, torna-se uma possibilidade para superar as limitações da prática educativa na ESF^(1,29-30).

No que tange às estratégias metodológicas e recursos do trabalho educativo na ESF, a roda de conversa foi destacada como alternativa de formação de vínculo e reconhecimento das demandas dos sujeitos; e tem sido bastante utilizada pela enfermagem^(1,31) por constituir-se como metodologia educacional ativa, crítica, reflexiva, que aprofunda o diálogo, estimula a participação democrática e contribui efetivamente na promoção da saúde da população⁽¹⁾.

Apesar de as UBSFs não serem equipadas com Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), o aplicativo móvel WhatsApp tem sido incorporado ao fazer educativo das equipes da ESF. As TICs, na interface saúde pública e cibercultura^(1,32), ainda são pouco exploradas no preparo/execução do trabalho educativo na ESF^(1,33), mas, ainda que incipiente, a realidade estudada inova com o uso dessa ferramenta no apoio da gestão da unidade^(1,34) e na promoção da saúde de comunidades vulneráveis⁽³⁵⁾, criando meios de integrar as pessoas, com tecnologias de baixo custo e amplo acesso⁽¹⁾.

A Política Nacional de Educação Permanente necessita se fortalecer enquanto estratégia qualificadora dos profissionais de saúde. Nessa linha, os participantes do estudo ressaltam e reconhecem a necessidade de aperfeiçoamento e preparo para atuação em face dos inúmeros desafios, e o conhecimento pedagógico se coloca como elemento preponderante para ações educativas transformadoras^(1,36).

A articulação ensino-serviço⁽²⁴⁾ emerge como elemento fundamental de educação permanente para a ESF. No entanto, percebe-se a necessidade de ajustes entre as demandas dos trabalhadores às políticas públicas, bem como uma (re)pactuação entre a gestão dos serviços e instituições formadoras, visando à superação das contradições na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁽¹⁾.

Limitações do estudo

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a restritividade ao cenário estudado, o que limita generalizações das descobertas

às demais equipes da Estratégia Saúde da Família de outros contextos. No entanto, algumas questões e características discutidas nos associam a uma práxis peculiar ao trabalho interprofissional e em equipe, o que coloca o cenário desta pesquisa como potencialmente similar a outros. Sugere-se que estudos vindouros incluam as demais categorias/membros que integram a ESF em diferentes regiões do Brasil.

Contribuições para área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Considera-se que os resultados deste estudo preenchem lacuna científica do contexto estudado ao discutir com originalidade a práxis educativa como alternativa de conhecimento-intervenção e produção em saúde; e ao destacar o trabalho e criatividade do enfermeiro na translação de políticas públicas de saúde, mesmo que entrelaçado por inúmeros obstáculos. Nesse sentido, contribui substancialmente para a discussão sobre o planejamento do trabalho educativo do enfermeiro, revelando configurações políticas, organizacionais e operativas pertinentes e aplicáveis a outros cenários e unidades da mesma tipologia no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

CONCLUSÕES

O estudo atingiu seu objetivo, uma vez que analisou a práxis educativa dos enfermeiros na ESF do Distrito Leste de Saúde de Manaus, desvelando um delicado equilíbrio. A práxis educativa revelou-se transformadora das iniquidades e alternativa possível para outros modos de conhecimento-intervenção e produção em saúde. É necessário encarar o momento atual, e os desafios precisam ser enfrentados com alternativas que considerem os profissionais e usuários enquanto sujeitos de produção/trans-formação da práxis educativa na ESF⁽¹⁾.

Os modos de fazer o trabalho educativo incluem a utilização de estratégias e técnicas pedagógicas voltadas à socialização do conhecimento, compartilhamento de saberes e formação dos profissionais de saúde para o cuidado com a vida. Verificou-se que são ratificadas tanto práticas autoritárias, coercivas, que não consideram os determinantes psicossociais e culturais do comportamento, quanto práticas crítico-reflexivas, libertadoras e construtoras de novos saberes — num oscilante fazer intermitente entre os modelos hegemônico e dialógico de educação⁽¹⁾.

O trabalho do enfermeiro se configura em interação, responde às bases políticas da saúde, incorpora criatividade no fazer, mas se depara com inúmeros obstáculos. Observa-se um movimento “do antigamente” ao “presente”; há tensões e intenções; hermetismos e fraturas⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira DS, Ramos, FRS. Práxis educativa de enfermeiros na estratégia saúde da família: do real conceptualizado à inovação tecnológica [Tese] [Internet]. 2021[cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/211685>
2. Pereira DA, Rocha SFM, Chaves PM. O conceito de práxis e a formação docente como ciência da educação. Rev Ciênc Hum [Internet]. 2016[cited 2017 May 29];17(29):31-45. Available from: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/2307/2182>

3. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1903-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.0559201>
4. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1499-509. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
5. Ramos FRS. O Processo de Trabalho de Educação em Saúde. In: Ramos FRS, Verdi MM, Kleba ME. Para Pensar o Cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1999. p. 16-61.
6. Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):157-65. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300016>
7. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2004 [cited 2017 May 29];20(2):438-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>
8. Prado ML, Souza ML, Monticelli M, Cometto MC, Gómez PF. Investigación cualitativa en enfermería: metodología y didáctica. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2013.
9. Witt T, Gianotten V. Investigación participative en un context de economia campesina. In: Monroy GV. La investigación participativa en América Latina: antología. Pátzcuaro, Michoacán: CREFAL; 1983. p. 225-78.
10. Brandão CR, Streck DR. Pesquisa Participante: o saber da partilha. São Paulo: Saraiva; 2006.
11. Brown J, David I. O World Café: dando forma ao nosso futuro por meio de conversações significativas e estratégicas. São Paulo: Cultrix; 2007.
12. Forte ECN, Pires DEP, Trigo SVVP, Martins MMFPS. A hermenêutica e o software ATLAS.TI: união promissora. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e0350017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000350017>
13. Bardin L. Análise de conteúdo - Ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Edições 70;2011.
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Coleção para entender a gestão do SUS: Sistema Único de Saúde. v. 1. Brasília, DF: CONASS; 2011.
15. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão. 2. ed. Brasília: MS; 2009.
16. Trindade AA, Resende MA, Souza G, Dias RA, Calsavara RA, Franco AC, et al. As implicações práticas do enfermeiro em saúde da família: um olhar sobre a sala de imunizações. *REAS*. 2019;(19):e263. <https://doi.org/10.25248/reas.e263.2019>
17. Leal JAL, Melo CMM. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 (2):413-23. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>
18. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):e20170372. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>
19. Oliveira BLCA, Silva AM, Lima SF. Carga semanal de trabalho para enfermeiros no Brasil: desafios ao exercício da profissão. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(3):1221-36. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00159>
20. Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(2):e0019424. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>
21. Pinto MB, Silva KL. Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180282. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0282>
22. Costa RE, Medeiros AK. Cooperação e Intersetorialidade na Política sobre drogas no Brasil. *RASI* 2019;5(1):21-40. <https://doi.org/10.20401/rasi.5.1.255>
23. Leonello VM, Vieira MPM, Duarte TCR. Competencies for educational actions of Family Health Strategy nurses. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1072-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0390>
24. Schott M. Articulação ensino-serviço: estratégia para formação e educação permanente em saúde. *REFACS* 2018;6(2):264-8. <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i2.2825>
25. Lopes MCR, Morel CM. Processos de aprendizagem de adultos na educação profissional em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(1):e0018111. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00181>
26. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(57):389-402. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0128>
27. Ferreira DL, Resende EAMR, Lucas ALR, Silva ACF, Lenci SS, Silva SGF, et al. O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no Brasil em atividades de cuidado com o diabetes. *REAS*. 2019;(17). <https://doi.org/10.25248/reas.e91.2019>
28. Saboia VM, Valente GSC. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2010[cited 2019 Aug 09];serIII(2):17-26. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a02.pdf>
29. Silva KL, Barcelos BJ, França BD, Araújo FL, Magalhães NTI, Ledo MM. Entre experimentações e experiências: desafios para o ensino das competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(67):1209-20. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0467>
30. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra;2011.
31. Dias ESM, Rodrigues ILA, Miranda HR, Corrêa JA. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2018;10(2):379-84. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.379-384>

32. Honorato EJ, SantAna. A interface entre Saúde Pública e Cibercultura. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):481-5. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21512012>
 33. Mota DN, Torres RAM, Guimarães JMX, Marinho MNASB, Araújo AF. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. *J Health Inform [Internet]* 2019 [cited 2019 May 29];10(2):45-9. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/563/330>
 34. Pinto LF, Rocha CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1433-48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015>
 35. Oliveira EF, Jesus VS, Siqueira SMC, Alves TA, Santos IM, Camargo CL. Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36:200-6. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56705>
 36. Menegaz JC, Backes VMS, Zamprogna KM, Lima MM, Costa TP. Obstáculos para o encontro pedagógico entre professores e estudantes de enfermagem em diferentes contextos educacionais. *Educ Pesqui*. 2018;44:e176325. <https://doi.org/10.1590/s1678-4634201844176325>
-