

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ



ALEX DOS SANTOS MENDES

Representações Sociais, Práticas Educativas e o
Papel de Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Rio de Janeiro

2013

ALEX DOS SANTOS MENDES

Representações Sociais, Práticas Educativas e o
Papel de Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação e Cultura Contemporânea.

Linha de Pesquisa: Representações Sociais e práticas educativas.

Orientador Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos.

Rio de Janeiro

2013

ALEX DOS SANTOS MENDES

Representações Sociais, Práticas Educativas e o
Papel de Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Aprovada em: Rio de Janeiro, __/__/____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos (Orientador) – Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof.^a Dr.^a Helenice Maia Gonçalves – Membro
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes – Membro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força espiritual para a realização dessa dissertação.

Aos meus pais, Marlene Mendes e Milton Mendes, pelo eterno orgulho de nossa caminhada; pelo apoio, compreensão, ajuda e, em especial, por todo carinho ao longo deste percurso.

À Telma Jannuzzi e Maria de Fátima Vasconcellos, pela presença, carinho, compreensão e ajuda. A Marco Aurélio (Xerox – 17.º andar), pelo atendimento e presteza eficaz na elaboração do presente trabalho.

Aos meus amigos e colegas, Danilo Alves Bitarello, Ana Claudia Sierra Martins, Graziela Lonardoní, Deíse Moura, Carlos Eduardo Marinho, Gabriel Faria Junior e Adriana Barcelos, pela cumplicidade e apoio.

Aos Enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, que me permitiram refletir sobre a importância da formação continuada em nossa profissão.

Em especial, ao professor Pedro Humberto pela orientação, pelo exemplo de competência que culminou em um estudo sério e que, certamente, contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

Um pouco de ciência nos afasta de Deus.
Muito, nos aproxima.
Louis Pasteur.

RESUMO

MENDES, Alex dos Santos. **Representações sociais sobre o papel do enfermeiro na estratégia saúde da família**. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Sá, Rio de Janeiro, 2013.

Este estudo e pesquisa se propuseram a identificar a representação social do trabalho de grupo, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), e sua relação com o papel profissional do Enfermeiro em sujeitos atuantes na ESF, na cidade de Juiz de Fora e região. Participaram da pesquisa 51 Enfermeiros das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que, dentre várias atividades preventivas, desenvolvem, na modalidade de grupos, ações de atendimento ao adulto e idoso, à mulher, à criança e ao adolescente e à saúde mental. O aporte teórico metodológico foi o da Teoria das Representações Sociais de Moscovici, utilizando a abordagem estrutural proposta por Abric (2000), que consiste na identificação do núcleo central, de elementos de contraste e de elementos periféricos da representação. Os dados foram coletados, por meio de questões do tipo Associação Livre de Palavras (técnica ALP), com a expressão indutora sobre o ser enfermeiro, seus sentidos e significados e suas práticas educativas. A representação social identificada está fundamentada em elementos em torno do cuidar, da responsabilidade e da humanização como elementos centrais e da dedicação, educar e compromisso como elementos relacionados ao sistema periférico desta representação. Os resultados obtidos da prática educativa encontrada estão fundamentados em elementos em torno da prevenção, conhecimento, educação continuada e de promoção como elementos centrais e, qualidade de vida, grupo e equipe como elementos relacionados ao sistema periférico. De acordo com os dados encontrados, pode ser percebida uma aparente contradição e inconsistência entre o discurso dos Enfermeiros e o que estes apresentam como elementos inerentes a sua prática. Estes mostraram, por meio de um discurso elaborado, que reconhecem a importância de seu papel e de suas práticas educativas como um referencial de ideal; no entanto, por meio de um discurso espontâneo, mostram, claramente, uma prática social abstrata e que a educação em saúde é só no sistema público. Em consequência, leva-nos a pensar, através da análise, que educar é papel de Enfermeiro que trabalha com classe baixa, sistema público, papel compensatório ou complementar.

Palavras chave: Representações sociais. Enfermeiro. Educação em Saúde.

ABSTRACT

MENDES, Alex dos Santos. **Social Representations of the Role of the Nurse in the Family Health Strategy**. 2013. 91 f. Dissertation (Master's of Education) – Estácio de Sá University, Rio de Janeiro, 2013.

This study set out to research and identify the social representations of group work in the context of the Family Health Strategy (FHS) and its relation to the role of the professional nurse acting subjects in the FHS in the city of Juiz de Fora and region. Participated in the survey, 51 nurses, Units Primary Health will (UAP) that develop within several preventive activities in the form of groups, actions and care of the elderly adult, woman, and child and adolescent mental. The theoretical methodology was the Theory of Social Representations of Moscovici, using the structural approach proposed by Abric (2000) which consists in identifying the core elements of contrast and peripheral elements of representation. Data were collected through questions like Free Word Association (ALP technique) with inducing the expression on the nurse, their meanings and practices. The representation is based on identified social elements around caring, responsibility and humanization as central and dedication, and commitment to educate as elements related to the peripheral systems this representation. The results of educational practices are grounded in elements found around the prevention, knowledge, continuing education and promotion as central elements, and quality of life, group and team as elements related to the peripheral system. According to our data, can be noticed an apparent contradiction and inconsistency between the discourse of nurses and what they present as elements inherent in its practice. These demonstrated through a prepared speech that recognize the importance of their role and their educational practices as an ideal benchmark, however through a spontaneous discourse these clearly demonstrate an abstract social practices and that health education is only in the public system. As a result makes us think through the analysis, which is educating role of nurse who works with low-class, public system, compensatory or complementary role.

Keywords: Social representations. Nurse. Health Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	–	Elementos da RS de “Ser Enfermeiro” em profissionais de enfermagem atuantes na ESF.....	45
Quadro 2	–	Elementos da Representação de “Educação em Saúde” em profissionais de enfermagem atuantes na ESF.....	53
Quadro 3	–	Respostas para as questões de pesquisa ao grau de envolvimento dos sujeitos em relação ao campo de atuação do enfermeiro...	64
Quadro 4	–	Percentual de respostas para as questões sobre o grau de envolvimento dos enfermeiros em relação ao campo de atuação do enfermeiro.....	65
Quadro 5	–	Respostas para as questões de pesquisa ao grau de envolvimento dos sujeitos em relação ao trabalho de grupos na ESF.....	66
Quadro 6	–	Percentual de respostas para as questões sobre o grau de envolvimento dos enfermeiros em relação ao trabalho de grupo na ESF.....	67
Quadro 7	–	Quadro de respostas para as questões de pesquisa das experiências para realização do grupo educativo.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Classificação dos indivíduos pesquisados de acordo com a faixa etária.....	38
Tabela 2	–	Palavras mais frequentes para a expressão “Ser Enfermeiro”.....	48
Tabela 3	–	Palavras mais frequentes para a expressão “Educação em Saúde”.....	56
Tabela 4	–	Práticas relativas ao papel convencional dos enfermeiros e práticas preventivas/educativas.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– <i>Árvore máxima</i> da representação social da prática de Enfermeiros na educação em saúde.....	64
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTAS DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DPNS	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Representação Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE GRUPOS E SUAS REPRESENTAÇÕES	14
1.1 O CAMPO DA ENFERMAGEM NA APS	19
1.2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESF	21
1.2.1 OS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESF.....	25
1.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
1.3.1 ESTUDOS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CAMPO DA ENFERMAGEM.....	31
CAPÍTULO II – ESTUDO DA ESTRUTURA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E PRÁTICAS EDUCATIVAS DA ENFERMAGEM	37
2.1 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA	37
2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	39
2.3 RESULTADOS DO ESTUDO DA ESTRUTURA DA RS DE ENFERMEIROS E DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS	44
2.3.1 ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES PARA A EXPRESSÃO INDUTORA “SER ENFERMEIRO”.....	44
2.3.2 ANÁLISE DAS JUSTIFICATIVAS DAS EVOCAÇÕES SOBRE “SER ENFERMEIRO”.....	48
2.3.3 ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES PARA A EXPRESSÃO INDUTORA “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”.....	53
2.3.4 ANÁLISE DAS JUSTIFICATIVAS DAS PALAVRAS SELECIONADAS PARA A EVOCAÇÃO DE “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”.....	55
2.4 RESULTADOS DO ESTUDO DA IMPLICAÇÃO	64
2.3.5 ANÁLISE DAS AVALIAÇÕES ATRIBUÍDAS AOS TIPOS DE GRUPOS EXECUTADOS.....	68
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A – Questionário	80
APÊNDICE B – Distribuição das respostas entre todos os indivíduos de acordo com a graduação de 1 a 7	83

APRESENTAÇÃO

Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o impossível. São Francisco de Assis.

O interesse em realizar este estudo surgiu no ano de 2005, junto a minha experiência profissional, trabalhando como enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS). Desde então, pude perceber que o enfermeiro desempenha papéis educativos, não só em relações interpessoais (profissional/usuário), como em atendimento de âmbito coletivo. Estes atendimentos possuem objetivos definidos, desenvolvidos em atividades grupais, que demandam, por parte desse profissional da saúde, técnicas de coordenação, manejo e interação com os grupos. Diante dessa vivência, entendi que o meu processo de formação acadêmica e os estágios não me forneceram instrumentos para desvelar as potencialidades e para atender os desafios que emanam no cenário das práticas educativas desta área e que compõem meu cotidiano profissional.

Isso me conduziu a ressignificar de forma diferenciada, as relações apreendidas no trabalho e no contexto dos grupos sob minha responsabilidade. Esse novo significado proporcionou-me o encontro com elementos objetivos e subjetivos que transitam entre os sujeitos envolvidos: enfermeiros e usuários.

Oliveira (2011) afirma que o campo de saber da saúde vem se estruturando em função de reflexões sobre práticas e construções de seus objetos de interesse. Nesse sentido, como práticas sociais, estas áreas têm procurado definir a especificidade de seus objetos de investigação, de seus processos de trabalho, em consonância com outros processos no campo da saúde. Esta postura em uma construção interdisciplinar leva a uma abordagem complexa na qual o entendimento e a percepção das pessoas e dos grupos, sobre processos de saúde e doença, torna-se imprescindível à compreensão das representações pessoais e coletivas que circundam os grupos de pertença dos indivíduos em questão.

Oliveira (Ano, p. 589) afirma que, desde a década de 1980, quando a Teoria das Representações Sociais (TRS) foi introduzida no Brasil, sua apropriação vem se dando de forma destacada no campo da saúde, especialmente em estudos nos quais importe ter acesso ao conhecimento social que oriente as práticas de um dado grupo social quanto ao problema de saúde, ou seja, o conhecimento que grupo utiliza para interpretar tais problemas e justificar

suas práticas sociais, da mesma forma que para a análise das práticas profissionais de atenção à saúde.

O estudo das Representações Sociais possibilita ao pesquisador aproximar-se do objetivo definido, considerando o dinamismo que o gera. Este *constructo* delimita-se como a síntese possível e sempre provisória pela qual o sentido social de um dado objeto é apropriado pelo sujeito na prática concreta. Esta síntese não se opera no vazio; antes, especializa-se e temporaliza-se no binômio sujeito e objeto, articulando, na relação mutuamente construtiva, o indivíduo e a sociedade em dimensões e níveis, considerados, até então, abstratos ou tomados de forma isolada.

Atualmente, enquanto docente, tal inquietação permanece latente e reconfigura-se no desejo de desvelar tal representação sobre o papel do enfermeiro, práticas educativas na Estratégia Saúde da Família (ESF).

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I – O CAMPO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE GRUPOS E SUAS REPRESENTAÇÕES

O sistema de saúde no Brasil e no mundo passa por uma grave crise, pois existe uma distância entre as melhores evidências científicas e as práticas desenvolvidas junto aos pacientes (BRANCO 2012)

A Enfermagem moderna é complexa e multifacetada. A sua prática nos diferentes ambientes enfatiza os diversos papéis desempenhados pelos enfermeiros. Cada vez mais se torna necessário estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde, a partir da compreensão das necessidades representadas, vivenciadas e percebidas entre os sujeitos individuais e coletivos e os profissionais nas instituições de saúde.

É preciso considerar que os processos de intervenção em saúde implicam na avaliação das necessidades objetivas e subjetivas do processo saúde/doença, tal como representadas pelos sujeitos subjacentes às suas demandas, por ações e serviços de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Analisando a história da Enfermagem, registra-se que nas sociedades antigas cabia às enfermeiras o papel de subserviência. Elas proporcionavam uma assistência sob a supervisão do médico ou do sacerdote. As enfermeiras não participavam de atividades para promover a saúde, nem ensinavam as famílias como cuidar de seus doentes.

Potter e Perry (2002, p. 4) afirmam que

Entre os séculos XV e XVII, a falta de higiene e de medidas sanitárias, além do aumento da pobreza nos centros urbanos, resultou em sérios problemas de saúde pública. As Irmãs de caridade, entidade religiosa associada a São Vicente de Paula, fundada no século XVI, por Louise de Gras (posteriormente Santa Luísa de Marillac) foi provavelmente a primeira ordem de enfermagem com um programa educacional sistemático.

Na história da Enfermagem brasileira, observa-se que ela sempre acompanhou a política de saúde adotada no País, surgindo no período da colonização não como uma profissão, mas como cuidados prestados aos doentes por determinados grupos de pessoas.

A primeira escola de Enfermagem do Brasil é datada de 27 de setembro de 1890, com a denominação de “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras” por meio do Decreto n.º 791, assinado por Marechal Deodoro da Fonseca. Inicialmente, a escola recebeu orientações de enfermeiras francesas, passando por várias modificações até adquirir o nome Escola de Enfermagem “Alfredo Pinto”.

Em 1923, através do Decreto n.º 16300, foi aprovado o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DPNS), cuja função prioritária era o controle das grandes endemias. Em 1926, foi criada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), após a formatura da primeira turma da Escola de Enfermagem. Nesta época, a escola de Enfermagem do DNSP teve sua denominação alterada para Escola de Enfermagem “Ana Nery”.

Na medida em que a Enfermagem continuava a se desenvolver, expandindo suas funções, seus conceitos e definições, foram ocorrendo mudanças em suas práticas. Para Potter e Perry (2002, p. 5), uma definição de Enfermagem pode auxiliar o estudante a entender de que forma diferentes papéis e ações dos enfermeiros se reúnem num todo que é a profissão. As autoras citam algumas teorias que norteiam o trabalho cotidiano da prática deste profissional, tais como a de Hildegard Peplau (1952), onde o objetivo da Enfermagem é desenvolver uma inter-relação pessoal entre o paciente e o enfermeiro e sua prática é resultante de um modelo teórico interpessoal, enfatizando o relacionamento o sistema de saúde paciente/enfermeira. O propósito principal da Enfermagem é o de educar o paciente e sua família.

Na teoria de Faye Abelhah (1960), o objetivo da Enfermagem é propiciar a assistência de enfermagem para o indivíduo como um todo, indo de encontro às necessidades físicas, emocionais, intelectuais, sociais do paciente e de sua família. Abelhah nomeia quatro grandes áreas de atendimento ao paciente baseadas no conforto, higiene, segurança, equilíbrio fisiológico, fatores sociais e psicológicos, fatores sociológicos e comunitários.

Na teoria de Virgínia Henderson (1964), o objetivo da enfermagem é ajudar o paciente a conseguir a sua independência, tais como respirar, comer, beber adequadamente, mover-se dormir, descansar, comunicar-se, ter fé, participar de diversas formas de lazer.

Na teoria de Joyce Travellbee (1966), a enfermagem é um processo no qual o enfermeiro ajuda o indivíduo ou sua família a prevenir e a enfrentar a experiência da enfermidade e do sofrimento e, se necessário, ajudá-lo a encontrar um significado nessas experiências. Esta definição abrange o indivíduo em todas as definições.

Na teoria de Dorothy Johnson (1968), o objetivo da Enfermagem é reduzir o *stress* do paciente. Sua teoria focaliza necessidades básicas como, segurança, apoio, domínio de si e do ambiente, alimentação nos padrões sociais aceitáveis autoproteção.

Na teoria de Marta Rogers (1970), a Enfermagem está relacionada às pessoas, todas as pessoas, saudáveis e doentes, ricas e pobres, jovens e idosas. Rogers vê a Enfermagem como uma ciência humanista dedicada à pesquisa. A teoria de Imogene King (1971), também, aborda relacionamento interpessoal entre o paciente e o enfermeiro.

Historicamente, a Enfermagem apresenta um percurso marcado por mudanças significativas decorrentes de fatores políticos e sociais. Sua inserção no mercado de trabalho brasileiro se deu em função de necessidades políticas inerentes ao contexto social vigente, na qual a Enfermagem tinha o objetivo de cuidar dos enfermos. Uma profissão submissa e obediente voltada ao modelo biomédico. Atualmente, o enfermeiro traz consigo, enquanto membro da equipe interdisciplinar, o papel do cuidar em várias dimensões e níveis de assistência à saúde. Por outro lado, ainda, convive com a herança e influência dos modelos flexneriano¹, no qual o foco do cuidado era preponderante nos hospitais.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, a população passou a ter acesso aos serviços de saúde de forma integral, universal e gratuita. Esse sistema influencia a todos os brasileiros, além de propor a saúde, não apenas como a ausência de doenças, mas como um bem-estar que abrange vários aspectos de um indivíduo, resultando em qualidade de vida (BRASIL, 2004).

A criação ESF surge em resposta à crise do modelo médico-clínico, propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial, predominante no país, ainda não contempla os princípios do SUS, ou seja, a assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social (CAMPOS, 2007). Nesse novo modelo assistencial, vigente no país, o enfermeiro e demais profissionais enfrentam o desafio de rever suas práticas, visto que o mercado de trabalho exige um profissional diferenciado e altamente criativo frente aos desafios da competitividade (BEZERRA et al., 2005).

Diante da atual situação de consolidação SUS, busca-se estruturar um trabalho educativo que possa contribuir para este processo enquanto um instrumento de intervenção na assistência, enfatizando-se a melhoria da qualidade em saúde e contemplando-se a realidade estrutural brasileira (CHIESA; WESTEPHAL, 1995).

Desse modo, na educação em saúde, o enfermeiro tem um dos seus papéis mais evidenciados nos diferentes contextos de trabalho, sendo as relações pessoais tomadas como ponto de partida para efetivá-la. Neste sentido, o alvo da assistência recai sobre os grupos e no

¹ Que conceitua saúde como a ausência de doença, centrando o cuidado na cura.

potencial que o enfermeiro tem para promover a troca de ideias entre os sujeitos (ROSA et al., 2006). Entretanto, percebe-se a falta de referenciais teóricos e metodológicos que orientem as ações dos profissionais na coordenação de grupos nos serviços de saúde (SOARES; FERRAZ, 2007).

Na contemporaneidade, é cada vez mais utilizada a prática com grupos, enquanto estratégia na atenção à saúde e em atividades do ensino. O domínio dessa técnica pelos profissionais que trabalham com grupos torna-se indispensável, haja vista as propostas oficiais dos Ministérios da Saúde e da Educação, que vislumbram tais atividades como fundamento para guiar as ações assistenciais e gerenciais nos âmbitos da saúde e da educação (MOTA; MUNARI, 2006).

Observa-se, concomitantemente, um despreparo e desconhecimento desse profissional na realização de grupos, refletindo em uma prática mecanicista e não crítico-reflexiva, opondo-se aos objetivos propostos. Nesse sentido, há que se propor maior discussão, análise e estudo sobre a temática, a fim de subsidiar reflexões imbuídas de cientificidade e criticidade por parte daqueles que coordenam tais atividades. Desde então, pode-se perceber que o enfermeiro assume, comumente, as atividades de educação em saúde, sendo as de âmbito coletivo, isto é, as atividades grupais, as que demandam, por parte desse profissional, técnicas de coordenação no manejo com grupos. Essa responsabilização remete, não somente às questões metodológicas, mas, fundamentalmente, às relações interpessoais que se estabelecem na dinâmica grupal.

Diante de vivências apreendidas e estudos publicados, percebe-se que o processo de formação não forneceu instrumentos para desvelar as potencialidades que emanam no cenário das práticas educativas, configurando-se num grande desafio no cotidiano profissional. Portanto, torna-se relevante significar, de uma forma diferenciada, as relações apreendidas no contexto dos grupos realizados por enfermeiros. Esse significado atribuído permeia, a partir do encontro com tal prática, perceber que elementos objetivos e subjetivos transitam entre os sujeitos envolvidos – Enfermeiros e usuários. O que permanece latente e reconfigura-se em desvelar tal fenômeno.

Esta pesquisa teve como proposta compreender os sentidos e significados referidos, por meio da identificação da estrutura, e a organização dos elementos que constituem as Representações Sociais que os enfermeiros elaboram sobre a sua prática, assim como, compreender a forma como estes indivíduos ancoram os recursos utilizados na condução dos grupos educativos na ESF.

A teoria escolhida como suporte teórico para esta pesquisa foi a TRS sob a orientação da abordagem estrutural em decorrência de sua aplicabilidade adequada para a compreensão dos elementos constitutivos da Representação Social (RS) objetivada.

A apresentação do estudo aqui realizado foi organizada de modo a apresentar a construção conceitual que se fez necessária para uma plena compreensão da realidade do papel do enfermeiro na ESF, suas implicações, o problema levantado, o objetivo traçado, a mostra de sujeitos pesquisados, o método aplicado para coleta dos dados, os métodos utilizados para a análise destes dados e os resultados obtidos.

No Capítulo I, apresentamos o contexto histórico e legal no qual a Enfermagem se constituiu como prática, apresentando, resumidamente, os principais marcos de sua evolução e que se definiram como preponderantes na construção conceitual das teorias subsequentes e na constituição das representações sociais, hoje, elaboradas a respeito do seu papel na ESF. Neste capítulo, ainda foram enfocada os grupos educativos, como um dos papéis desses profissionais na referida estratégia.

A seguir, foi apresentada a TRS de acordo com os seus pressupostos teóricos, uma vez que esta foi a teoria adotada como suporte teórico para a compreensão das questões levantadas. Também, foram apresentados os argumentos que sustentam a escolha da abordagem estrutural, como abordagem mais adequada para a realização desta pesquisa. Finalizando o Capítulo I, foram apresentadas pesquisas realizadas no campo das representações sociais na Enfermagem que serviram para desenhar um panorama do campo de produção científica, produzida a respeito desta prática com o intuito de contextualizar a questão levantada como objetivo motivador deste estudo.

O Capítulo II foi constituído pela apresentação da descrição do conjunto de Enfermeiros que participaram da pesquisa, dos métodos de coleta de dados utilizados e das análises realizadas a partir dos dados coletados. A descrição dos sujeitos pesquisados foi, detalhadamente, realizada em função dos dados coletados no questionário aplicado. O método utilizado, como instrumento de coleta dos dados, foi um questionário composto por questões específicas orientadas pelos critérios definidos a partir da abordagem estrutural da TRS (CAMPOS, 1998).

A análise realizada no conjunto de dados coletados foi composta por uma combinação de métodos de análise, também específicos, da abordagem estrutural das Representações Sociais. Estes métodos de análises foram a análise das evocações com a utilização do *software* EVOC, a análise de similitude e a análise estatística (VERGÉS, 1992, 1994; FLAMENT, 2001).

Para finalização da pesquisa, foram apresentados os resultados obtidos em um estudo de implicações sobre a análise realizada. O trabalho proporcionou uma possível RS do trabalho de grupos no contexto da ESF e sua relação com o papel do enfermeiro, considerando os elementos que os indivíduos utilizam como referência para a construção de sua prática.

1.1 O CAMPO DA ENFERMAGEM NA APS

No mundo atual, vivenciamos grandes mudanças econômicas, políticas e culturais, o que se constitui como um desafio no campo social com ênfase no trabalho. As inovações tecnológicas, o aperfeiçoamento, as especializações e a busca por qualidade surgem e desencadeiam um novo modo de pensar o trabalho. Isso se configura em um desafio a ser enfrentado na atualidade, exigindo adaptações constantes dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (PEREIRA, 2005).

No campo da saúde, tal processo tem sido pensado em uma perspectiva de mudança de paradigmas. Como consequência, houve o deslocamento da ênfase curativista para a prevenção, resultando em uma reordenação do modo de se promover a saúde na contemporaneidade. Tal fato, conhecido como uma crise no curativismo, dá lugar à valorização da promoção da saúde como resposta à acentuada medicalização (LEONELLO, 2007). Esse debate sobre a promoção da saúde tem se intensificado nos últimos 30 anos, com o advento de novas formas de concepção da saúde, sobretudo no Canadá, Estados Unidos e nos países da Europa ocidental (HEIDMANN et al., 2006).

No Brasil, o marco definido pelo SUS assumiu um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, com ênfase na promoção da saúde em detrimento da concepção médico-centrada e curativista. O SUS, criado pela Constituição Federativa do Brasil de 1988, foi resultante da organização, no início dos anos 1980, da luta de movimentos sociais, que contaram com a participação de profissionais da saúde e que tinham como objetivo a mudança do modelo de saúde vigente (BRASIL, 2001). Desde sua criação, o SUS está pautado em princípios como, universalização do atendimento à saúde; integralidade do cuidado, considerando o indivíduo um ser integral e inserido em um contexto social próprio; equidade, baseando-se na ideia de que todo cidadão é igual perante o SUS, sendo atendido conforme suas necessidades e participação social.

A criação do SUS corresponde, sem dúvida, a uma política pública de saúde voltada para a democratização deste campo, além da esperada redução dos custos, ou seja, ela busca garantir o acesso das populações de baixa renda a uma maior qualidade de vida nesta dimensão. Esse sistema influencia a todos os brasileiros, pois propõe a saúde, não apenas como a ausência de doenças, mas também um bem-estar que abrange vários aspectos de um indivíduo, resultando em qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Com o advento do SUS, os profissionais de saúde passaram a ter como função o desenvolvimento de uma série de ações de promoção da saúde de muitos brasileiros. Essa política está regulamentada pela Lei n.º 8080 nas disposições gerais (BRASIL, 1988) que assegura o direito da saúde a toda população, em todo o território nacional e que deverá ser garantido pelo Estado que deverá criar políticas, tanto no âmbito social quanto econômico, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde a todo indivíduo. O Estado deve assegurar, também, o acesso à saúde de forma igualitária e universal. O artigo 5.º da Constituição Federal de 1988 propõe, também, como diretrizes dessa política, a descentralização, a participação da população e o atendimento do usuário de forma íntegra (BRASIL, 1988).

Apesar de seus princípios e objetivos, a consolidação da proposta do SUS enfrenta dificuldades de várias ordens. Deparamo-nos com problemas como, a desvalorização dos profissionais, a precariedade em que estes trabalham as desigualdades socioeconômicas presentes no Brasil e a relação fragilizada entre o profissional e o usuário. Tais fatores dificultam o desenvolvimento dessa política, sendo necessário o empreendimento de adequações nas ações em saúde que possam favorecer a prática, com a finalidade de nortear-se aos princípios e às diretrizes do sistema de saúde vigente (BRASIL, 2004).

Ademais, avanços e desafios para garantir a implantação dos princípios do SUS são essenciais, pois necessitam concretizar, operacionalmente, um modelo técnico assistencial que altere a produção dos serviços e gozem da legitimidade social. Frente ao desafio de uma saúde universal e pública, faz-se necessário a implantação de novos modelos de gestão capazes de superar o modelo hospitalocêntrico, baseados na medicina preventiva e de grupos.

A mudança de paradigma é um dos maiores desafios, pois, ainda, há modelos, em sua prática, com a gestão centralizada e verticalizada, indo de encontro ao que está proposto pelo próprio SUS, contribuindo para a desmotivação de funcionários, a insatisfação de usuários comprometendo toda a assistência. Essas mudanças deverão ser realizadas desde a gestão, com participação, comprometimento e disposição para oferecer um atendimento de qualidade e, também, com profissionais envolvidos pela ética, presteza e capacitados para realização do

acolhimento em sua verdadeira essência, além de usuários bem instruídos, participativos e corresponsáveis por toda a rede assistencial de saúde do país (BRASIL, 2006).

O SUS é um sistema hierarquizado em diferentes níveis de atenção, primário, secundário, terciário e quaternário. Dá-se destaque, na atualidade, às práticas educativas na APS que podem ser caracterizadas como um facilitador para as ações dos profissionais da saúde mais evidentes por compreender um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2001), considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural.

Tais práticas educativas se devem, substancialmente, às estratégias fomentadas na APS, com ênfase no PSF, criado em 1994, oriundo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, que objetiva levar à população promoção e proteção da saúde, através de uma reorganização nos serviços de saúde, principalmente, na atenção primária. Com a criação desse programa, houve uma maior ampliação da assistência à saúde, propondo, assim, menor gasto com hospitalização e especialista, o que gera lucros para a saúde no Brasil. Entretanto, o programa foi substituído pela estratégia, pois um programa é vivenciado de forma limitada com princípio, meio e fim; enquanto que uma estratégia poderá ser ampliada, fato este proposto pelo próprio Ministério da Saúde, tornando-se, assim, a ESF (KILSZTAJN, 2001; BRASIL, 2006).

1.2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESF

A ESF surge em resposta à crise do modelo médico-clínico, propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país, ainda, não contempla os princípios do SUS, ou seja, a assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social (CAMPOS, 2007). Portanto, os desafios da ESF estão na desconstrução de práticas de saúde, ainda, influenciadas pelo modelo flexneriano e na transformação de um modelo sanitário, centrado na doença, que é substituído pelo modelo de saúde coletiva, centrado na produção de cuidados e na educação para a saúde (CAMPOS, 2005).

A ESF está em conformidade com os princípios básicos do SUS – Descentralização, universalização, integralidade e participação da comunidade. É estruturada a partir da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Família que trabalha com os princípios de integralidade, hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização da área de abrangência do atendimento das equipes de saúde e do cadastramento da clientela.

O processo de trabalho é dividido entre uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. Cada equipe deve se responsabilizar por, no máximo, mil (1.000) famílias, ou quatro mil (4.000) pessoas. A equipe tem suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde que determina o processo de trabalho de cada profissional e são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e pelo enfermeiro, sendo as visitas compulsórias e apresentadas como o grande trunfo da estratégia para mudar o modelo assistencial.

Isso possibilita constatar que os profissionais da saúde realizam ações de saúde tanto curativas, como preventivas, não se restringindo somente a questões das UAPS, o que favorece um envolvimento maior com a população e amplia, também, o objeto de atuação do enfermeiro, uma vez que inclui as relações sociais e humanas relacionadas à saúde.

Com esse novo modelo assistencial, profissionais enfrentam o desafio de rever sua prática, visto que o mercado de trabalho exige um profissional diferenciado e altamente criativo frente aos desafios da competitividade (BEZERRA et al., 2005). As práticas educativas constituem parte do trabalho dos profissionais na ESF, sendo realizadas, expressivamente, por meio de palestras e reuniões grupais, com maior abordagem nas temáticas de Saúde da Mulher, da Criança, do Adulto e do Idoso (BEZERRA et al., 2004).

Os programas de saúde, em escala crescente, estão incluindo o enfermeiro em práticas grupais, terapêuticas e reabilitadoras, voltadas para uma diversidade de necessidades ligadas a diferentes grupos etários. É, pois, oportuno que o enfermeiro passe a pensar, seriamente, este fazer. Entretanto, a falta de referenciais teóricos e metodológicos que orientem as ações dos profissionais, na coordenação de grupos nos serviços de saúde, promove carência de uma gama de conhecimentos que não estão ancorados no campo teórico-metodológico, mas sim no universo interpessoal (SOARES; FERRAZ, 2007).

Estudos sobre educação em saúde, realizados em diversas regiões do país, tendo como sujeitos profissionais de saúde, alguns realizados com equipes da ESF e outros com enfermeiros, podem ajudar a suscitar a questão.

Melo, Santos e Trezza (2005) realizaram estudo com o objetivo de verificar o entendimento que os profissionais de saúde do município de São Sebastião – AL, vinculados a ESF, têm sobre educação em saúde e o seu envolvimento na realização de ações educativas. Também, procuraram analisar as dificuldades dos profissionais para realizarem ações educativas e suas necessidades para desenvolvê-las. Detectaram como causas do *déficit* a desorganização da demanda, a baixa escolaridade e a resistência da população às ações educativas, a ausência de área física adequada e a escassez de material de apoio. Concluíram ser necessária a atualização dos profissionais de saúde, assim como uma disponibilização maior de recursos físicos e materiais de apoio para que a educação em saúde seja uma realidade na ESF local.

Besen et al. (2007) investigaram se a ESF em Florianópolis – SC é objeto de discussão com a população na prática educativa dos profissionais e que compreensão sobre educação em saúde esses profissionais possuem. Os resultados mostraram que a ESF não é objeto de educação; alguns profissionais desconhecem seus fundamentos e a maioria deles tem práticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de promoção da saúde da ESF.

Heringer et al. (2006), em estudo nas comunidades do Complexo do Alemão – RJ, analisaram as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na ESF e perceberam uma dissociação entre o discurso e a prática realizada, o que mostrou a necessidade de associar o saber e o fazer e incorporar, no cotidiano de Enfermagem, práticas educativas transformadoras.

Silva, Dias e Rodrigues (2009) analisaram a *práxis* educativa em saúde dos enfermeiros da ESF de Sobral – CE. A hermenêutica-dialética foi adotada como referencial teórico-metodológico. Concluíram que, hegemonicamente, os processos educativos em saúde estão pautados em uma abordagem comportamental, de cunho eminentemente preventivo, cujas estratégias e recursos favorecem a unidirecionalidade e a não-dialogicidade do processo. Apesar disso, identificaram um movimento crítico-reflexivo entre os enfermeiros, no sentido de questionar a forma como estão estruturados e como são desenvolvidos os processos educati-

vos. Assim, os achados do estudo apontam para uma tensão entre dois modelos educativos – O tradicional e o dialógico.

Nauderer e Lima (2005) buscaram caracterizar e compreender as práticas dos enfermeiros em unidades básicas de saúde de Porto Alegre – RS e os resultados indicaram que as ações executadas pelos enfermeiros são influenciadas pelo sistema de saúde e suas limitações, especialmente, a falta de trabalhadores. Com isso, os enfermeiros são procurados para resolver problemas que nem sempre apresentam relação com seu trabalho, que mostra a diversidade de suas práticas. Concluíram que a presença do enfermeiro no cotidiano e o seu papel articulador contribuem para modificar as realidades de saúde.

Cervera, Parreira e Goulart (2011) tiveram como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros, vinculados à Saúde da Família, sobre a educação em saúde, em Uberaba – MG. Como resultado foi possível identificar que no cotidiano os sujeitos apresentam uma perspectiva de educação em saúde ampla, com uma relação de proximidade dos profissionais a esta prática. Porém, os trabalhadores, ainda, percebem esta estratégia de uma forma verticalizada, institucionalizada, com um sentido único profissional-usuário.

Jesus et al. (2008) caracteriza o discurso do enfermeiro sobre educação em saúde, discutindo alguns fatores que interferem no desenvolvimento desta prática na ESF, em Juíz de Fora – MG. Perceberam que as ações de educação em saúde são realizadas em momentos específicos, em forma de palestras e atividades em grupo, e que alguns entrevistados consideram que as ações educativas seguem o modelo tradicional, enquanto outros vêem a oportunidade para desenvolver nas pessoas uma consciência crítica da importância da responsabilização de profissionais e usuários nas ações de promoção e proteção à saúde. Fatores dificultadores para as práticas educativas são apontados, tais como, falta de investimentos em materiais, estrutura física, grande demanda e excesso de atividades burocráticas.

Os estudos supracitados apontam que a atual situação de consolidação do SUS busca estruturar um trabalho educativo que possa contribuir para este processo, enquanto um instrumento de intervenção na assistência, enfatizando-se a melhoria da qualidade em saúde e contemplando-se a realidade estrutural brasileira (CHIESA; WESTEPHAL, 1995).

Esses estudos, de um modo geral, tornam-se relevantes na medida em que o enfermeiro tem na educação para a promoção da saúde um dos seus papéis mais evidenciados nos diferentes contextos de trabalho dentro da ESF, sendo as relações pessoais tomadas como ponto

de partida para efetivar tal finalidade. Nesse sentido, os programas de saúde, em escala crescente, estão incluindo o enfermeiro em práticas grupais educativas, terapêuticas e reabilitadoras, voltadas para uma diversidade de necessidades ligadas a diferentes grupos. É, portanto, oportuno que o enfermeiro passe a pensar seriamente este fazer.

1.2.1 OS GRUPOS EDUCATIVOS NA ESF

Ao longo da história, a Enfermagem, como profissão, destacou-se de forma expressiva, tornando-se uma área científica de prestação de serviços, voltada ao cuidado do outro. Vários autores afirmam que o percurso histórico do cuidado na Enfermagem, iniciou-se há mais de um século. Uma história que, inicialmente, foi contada por Florence Nightingale, que é reconhecida, atualmente, como a criadora da Enfermagem Moderna. Nightingale acreditava que o principal objetivo da Enfermagem era manter o paciente na melhor condição para que a natureza pudesse agir sobre ele.

Desde o século XIX, a Enfermagem se estabeleceu como profissão e passou por um processo evolutivo. A partir daí, encontrou-se em constante desenvolvimento, definindo seu perfil científico e suas ações de prática até alcançar o seu *status* como profissão, buscando a formação do seu saber, sendo o ser humano o seu foco (BUSTAMANTE-EDQUÉM; SANTOS, 2004).

A rápida mudança no sistema de prestação de cuidados à saúde, a diversidade e complexidade crescente da prática exigem a instrumentalização da equipe, para que seja capaz de pensar criticamente, a fim de processar dados e tomar decisões oportunas em relação à assistência ao cliente.

Ao assumir sua profissão, o enfermeiro precisa integrar “seu jeito de ser”, adaptando suas características pessoais à cultura organizacional. Para isso, o profissional deve estar engajado e querer crescer, pois o aprendizado se dá pela conscientização (SALUM; PRADO 2000). Como afirma Freire (2002, p. 114), “[...] a conscientização não é apenas conhecimento ou reconhecimento, mas opção, decisão e compromisso.”

Também, diante das novas exigências das organizações de saúde, a enfermagem enfrenta contínuas transformações, o que mostra que as pessoas precisam procurar a melhor forma de ampliar seus conhecimentos, e um dos caminhos é a educação e a aprendizagem

contínuas (BEZERRA, 1995; BEZERRA, 2005). O papel do processo educativo na Enfermagem é a formação de trabalhadores com uma visão mais crítica e reflexiva de suas ações, a fim de que possam construir sua realidade, articulando teoria e prática.

Dalvim, Torres e Santos (1999) verificaram, em sua prática como docentes assistenciais em uma instituição pública de saúde, certo distanciamento dos enfermeiros em relação às ações educativas, bem como uma restrita visão, no que se refere aos problemas e necessidades educacionais da equipe de enfermagem como um todo.

O enfermeiro tem sido um profissional, extremamente, importante junto da equipe de saúde na construção desse novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve suas atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os profissionais da enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis do centro de saúde, como o setor de imunização e o de curativo, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, ações educativas dentre outras atividades, seja nas instituições privadas, seja nas públicas.

A Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/1986 determina, no art. 8.º, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente de programas de educação continuada, bem como participar de programas e atividades de educação da saúde, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral (BRASIL, 1986).

A utilização da estratégia de grupos, por parte dos enfermeiros, remonta à década de 1970, tendo a saúde pública como pioneira, com grupos de orientação à gestante. Em fins da década de 1970, a Enfermagem já se sobressaía no atendimento em grupos, perfazendo uma clientela variada, a qual assistia, por meio de intervenção coletiva, os problemas de locomoção, de hanseníase, de obesidade, de cardiopatias, de mães, adolescentes e de diabéticos, entre outros (MUNARI; RODRIGUES, 1997a).

Por se tratar de um profissional próximo à comunidade, o enfermeiro tem maiores condições de conhecer as condições de saúde do usuário e os seus hábitos cotidianos, bem como o seu modo de viver e perceber os fatores condicionantes do processo saúde-doença. Por isso, na prática, o enfermeiro assume, comumente, as atividades de educação em saúde, sendo as de âmbito coletivo, isto é, as atividades grupais, as que demandam, por parte desse profissional, técnicas de coordenação no manejo de grupos. Essa responsabilização remete, fundamentalmente, às relações interpessoais que se estabelecem na dinâmica grupal, configurando-se em um grande desafio no cotidiano profissional.

No campo de atenção à saúde, o grupo é compreendido como um *locus* que articula as várias dimensões da vida humana. Possui um cunho social, na medida em que aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, além de promover a construção mútua entre os sujeitos, mediada por relações objetivas e subjetivas, dotadas de intelecto, cognição, afetos e emoções, situados em um dado contexto sócio-histórico e cultural da existência humana no âmbito individual e coletivo (SILVA, 2007).

A prática educativa é cada vez mais utilizada com grupos enquanto estratégia na atenção à saúde e em atividades do ensino. O domínio dessa técnica pelos profissionais de saúde que trabalham com grupos torna-se indispensável, hajam vistas as propostas oficiais do Ministério da Saúde e da Educação, que contribuem com tais atividades, como fundamento para guiar as ações assistenciais e gerenciais (MOTA; MUNARI, 2006). Isso se dá por meio do trabalho em equipe, bem como através de atividades educativas junto a grupos específicos da população e no ensino, por meio de grupos de discussão de casos ou de estratégia em disciplinas nas quais o grupo funciona como ponto partida nas relações humanas.

De acordo com Munari e Rodrigues (1997), o enfermeiro é, na sua essência, um profissional que desenvolve seu trabalho em grupo. Atualmente, isso se dá por meio do trabalho em equipe, bem como por meio de atividades educativas junto a grupos específicos da população e no ensino com grupos de discussão de casos ou como estratégia em disciplinas na qual o grupo funciona como parte da aprendizagem.

Tendo em vista que o ser humano é, essencialmente, um sujeito social, percebe-se, na teoria dos grupos, uma grande importância aos vínculos sociais, sendo estes bases para os processos de comunicação e aprendizagem na dinâmica grupal (PICHON RIVIÈRE, 1988). A observação empírica da prática aponta uma realidade em que o enfermeiro tem assumido, comumente, a coordenação de grupos educativos nas UAPS, recaindo sobre esse profissional a maior responsabilização no tocante a essas atividades.

Segundo Cordeiro (1996), toda ação educativa deve ser planejada por meio de reflexão sobre o homem e sua realidade. O enfermeiro necessita conhecer a realidade do sujeito antes de planejar as ações educativas, caso contrário, corre o risco de suas orientações não serem seguidas e seu objetivo, no âmbito da promoção da saúde, não ser atingido. Estas ações educativas, com o intuito de promover a saúde ou prevenir as doenças, estão cada vez mais constantes no âmbito domiciliar ou em instituições, refletindo que mudanças estão ocorrendo e que estas já podem ser vistas, também, no papel do enfermeiro.

Nessa perspectiva, é relevante identificar a RS dos enfermeiros sobre o seu papel no contexto das práticas educativas grupais na ESF. Torna-se oportuno, pois se constitui em uma lacuna do conhecimento que carece de melhor elucidação. Isso permitirá compreensões que sinalizem práticas que envolvam um olhar e um conhecimento apropriado no manejo das relações grupais. Um dos principais problemas, que justifica, particularmente, o presente estudo, é a visão que os profissionais vão construir dos novos papéis solicitados. Ou seja, como são elaboradas Representações Sociais que possam ancorar as novas práticas previstas nos papéis profissionais associados à prevenção.

Isso implica em uma necessidade de se repensar os saberes e práticas inerentes ao universo de ações desenvolvidas pelo enfermeiro em seu cotidiano profissional. Nesse sentido, ressaltam-se as relações interpessoais que se constroem entre o enfermeiro e os usuários no contexto do grupo educativo, as quais merecem destaque, haja vista a escassa literatura sobre tal construção.

1.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conteúdo teórico e metodológico deste estudo possibilitou desvelar que as Representações Sociais têm um fator determinante nas atitudes e nos referenciais dos indivíduos. Constituem-se em um dos pilares de comportamentos dos enfermeiros nas relações grupais, assumindo papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas cotidianas.

Nas interações cotidianas, quando os indivíduos se encontram diante de uma informação nova, eles buscam torná-las familiares, coerentes com os sistemas de valores do grupo ao qual pertencem. A esse conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, Moscovici (1978) denominou de “Representações Sociais”. Seus estudos foram embasados em Durkheim que elaborou o conceito de Representação Social Coletiva.

Uma Representação Social implica em um fenômeno social relevante que é compartilhado com outros membros do grupo social. Podemos afirmar que a Representação Social encontra-se imbricada a um processo coletivo de criação, elaboração, difusão e núcleo figurativo que se apresentam com uma estrutura figurativa e simbólica (MARCONDES; SOUZA, 2003).

A chamada “grande teoria”, proposta por Moscovici, abriu espaço para três abordagens principais – A processual que segue a ideia original do autor e tem Jodelet (1984, 1986), como sua principal representante; a estrutural, desenvolvida por Abric (1984); a posicional, elaborada por Doise e colaboradores (DOISE; CLEMENCE; LORENZI-CIOLDI, 1992 apud SÁ, 1998). Embora esta pesquisa privilegie a abordagem estrutural, alguns comentários sobre a processual são também relevantes, visto que se referem à primeira tradição no campo da teoria.

A abordagem processual tem como foco a origem das Representações Sociais, analisando os processos de sua formação, considerando a historicidade e o contexto de produção. São analisados dois processos formadores das representações, a objetivação e a ancoragem que têm uma analogia lógica entre si e permitem a edificação de um núcleo figurativo que se apresenta com uma estrutura figurativa e simbólica (MARCONDES; SOUZA, 2003).

A ancoragem está, logicamente, articulada à objetivação e garante três funções basilares da representação – A incorporação do estranho ou do novo, a interpretação da realidade e a orientação dos comportamentos. A ancoragem possibilita a compreensão do modo pelos quais os elementos de uma representação colaboram para explicar e constituir as relações sociais (MOSCOVICI, 2003). Ela é organizada sobre três condições estruturantes – Atribuição de sentido (rede de significações); instrumentalização do saber (permite o indivíduo entender a realidade) e o enraizamento no sistema do pensamento. Logo, permite a incorporação do que é desconhecido ou novo em uma rede de categorias usuais (JODELET, 2001).

A abordagem estrutural das Representações Sociais é um desdobramento da teoria apresentada por Moscovici, em 1961, visto que este autor não desenvolve, suficientemente, como se estuda a estrutura de uma representação. Esta abordagem foi proposta por Jean Claude Abric e complementada por vários outros colaboradores da área, espalhados por todo o mundo. O grupo inicial de estudiosos sobre a temática ficou conhecido como o “Grupo do Midi” por estar sediado no sul da França, na região do Mediterrâneo (ALVES MAZZOTTI, 2002, p. 17).

De acordo com Campos (2003), a estrutura de uma RS é composta por dois sistemas, sendo o sistema central vinculado às condições históricas, sociológicas e ideológicas, além das normas e valores sociais, e o sistema periférico, que está ligado ao contexto imediato, à história pessoal do indivíduo e que permite mudanças na representação coletiva.

O conceito de núcleo central faz referência a um subconjunto de elementos em torno do quais as Representações Sociais são organizadas. Ele é responsável pela determinação do significado e pela determinação da organização do conjunto (CAMPOS, 2003),

[...] natureza do objeto representado e pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e ainda, pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo. Para tanto, o núcleo central - ou núcleo estruturante - de uma representação assume duas funções fundamentais: uma função generalizadora do elemento através do qual se cria ou se transforma o significado dos outros elementos constituídos da representação. Uma função organizadora: é o núcleo central que determina a natureza dos elos unindo entre si os elementos da representação. Neste sentido, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação. (ABRIC, 2000, p. 31).

Salienta-se que toda alteração do núcleo central provocará uma transformação total da representação. Portanto, torna-se oportuno ressaltar que é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações entre diferentes grupos. A centralidade de um elemento não pode ser atribuída somente por critérios quantitativos, mas também qualitativos, sendo importante ressaltar que a presença maciça de um elemento não define a sua centralidade, mas sim “[...] o significado que ele dá à representação [...]” (ABRIC, 2000, p. 31).

Toda representação está organizada em torno de um núcleo central que origina o seu significado e a sua disposição interna. Esse núcleo é apontado “[...] pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém com o objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o contexto ideológico do grupo [...]” (ALVES-MAZZOTTI, 2002, p. 20).

Os elementos periféricos podem ser definidos como esquema organizado pelo núcleo central, o que garante o funcionamento da representação e a orientação de leitura de uma situação (ABRIC, 2000). Esses esquemas, no funcionamento da representação, resultam em três características atribuídas por Flament (1989) como, prescrição de comportamentos; modulação personalizada das representações e das condutas a elas associadas; proteção do núcleo central através da função de defesa.

Na abordagem estrutural, para a análise de uma RS, exige-se que sejam conhecidos seus dois componentes essenciais – O conteúdo e a estrutura interna. Para identificá-los, fazem-se necessárias a realização de um levantamento do conteúdo da representação (entrevista,

associada à outra técnica associativa); a pesquisa da estrutura e do núcleo central (categorização, relações e hierarquias entre os elementos componentes da representação); a verificação da centralidade (testar os elementos identificados nas etapas anteriores, de maior expressão, para verificar a sua centralidade). E, finalmente, construir uma argumentação sobre como esses diferentes componentes se relacionam ao contexto e às atitudes, aos valores, às referências dos sujeitos (ALVES-MAZZOTTI, 2002).

De acordo com Alves-Mazzotti (2002,), os estudos qualitativos com base na TRS podem e devem ser apoiados nos aspectos teóricos da abordagem estrutural, pois ela possui uma gama de instrumentos metodológicos disponíveis para tal abordagem.

1.3.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CAMPO DA ENFERMAGEM

A TRS completou, em 2011, seus 50 anos de existência e vem sendo festejada, pelos adeptos a teoria, em coletâneas, artigos e várias homenagens. No Brasil, destacam-se os campos da psicologia social, da educação e da saúde. Campos (2012) afirma que na saúde a preocupação principal é com o sucesso da teoria no cuidado com a saúde das pessoas, pois um dos principais desafios é a mudança social. A TRS traz elementos que podem nos ajudar a compreender, profundamente, os fatores sócio-cognitivos que interferem nos sujeitos, quando apresentam adesão a uma crença positiva para a prevenção ou controle de doenças, socialmente, determinados no seu cotidiano.

É, nos estudos no campo da saúde, especificamente na Enfermagem, que podemos perceber o aumento da produção científica baseada nas representações sociais. Dentre vários estudos relevantes, destaca-se um levantamento feito por Machado et al. (1997) sobre teses e dissertações produzidas por enfermeiros no Brasil, entre 1992 e 1997, que objetivou verificar como a RS foi utilizada enquanto referencial teórico, e constatou-se que nove tinham esta fundamentação teórico-metodológica.

Outro estudo com metodologia retrospectiva realizado pela Escola de Enfermagem “Anna Nery” da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2001, constatou que as publicações na Enfermagem, com base na abordagem das Representações Sociais na região sudeste (83%), superavam as demais regiões do País. Foram os objetos mais comuns “processo saúde-doença”, “prática profissional do enfermeiro”, “doença” e “cuidar” (MARQUES;

TYRREL; OLIVEIRA, 2006). Isto nos faz refletir como o estado da arte envolve temas na área do fazer, do ser e do sentir que, ainda, discute-se no campo de atuação da Enfermagem.

Acredita-se que na Enfermagem as Representações Sociais permitem explicitar a visão das complexas relações entre o biológico e o social, da sociedade e da nossa relação com a realidade social (MACHADO et al., 1997). Sá (1998) afirma que a RS apresenta-se como uma forma de saber prático que aproxima o sujeito de um objeto, sendo necessário saber quem é o sujeito, o que ele sabe e como sabe. De acordo com Jodelet (2001), as RS são elaboradas pelo sujeito, com base em sua experiência pessoal, mas também por meio de informações, saberes, modelos de pensamentos que se recebe e se transmite através da tradição, da educação e da comunicação social.

Na Enfermagem, a TRS tem sido utilizada com enfoques tanto na abordagem estrutural, utilizando-se para a análise o *software* EVOC, quanto na processual, particularmente com o uso do *software* ALCESTE, principalmente, em dissertações de mestrado e tese de doutorado, respectivamente. Várias pesquisas sobre Representações Sociais têm sido produzida no campo da enfermagem.

Em um estudo desenvolvido por Gomes e Oliveira (2005), objetivou-se analisar a estrutura da RS da autonomia profissional construída por enfermeiros na Cidade de Petrópolis. O referencial teórico adotado foi a RS com a abordagem estrutural. A coleta de dados se deu através da aplicação da técnica de evocação livre ao termo indutor “autonomia profissional” e “enfermeiro”. A aplicação da técnica consistiu em solicitar aos sujeitos que falassem cinco palavras ou expressões que lhes ocorriam imediatamente à cabeça em relação ao termo referido. Foram entrevistados 83 enfermeiros, 42 das Unidades Básicas de Saúde e 41 na rede hospitalar.

Os dados coletados foram analisados com o apoio do EVOC. Os resultados indicaram, como possíveis elementos do núcleo central da representação, os termos “conhecimentos”, “conquista” e “responsabilidade” e, como elementos periféricos, “limitada” “pouca”, “utopia”, “independência financeira” e “reconhecimento”. O resultado das evocações foi organizado, previamente, constituindo-se em um *corpus* para análise. A coleta dos dados foi tratada pelo *software* EVOC 2000 que calculou, para o conjunto do *corpus*, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de evocação de cada palavra e a média das ordens médias de evocação.

Dentre os elementos de contraste, destacaram-se “importante”, “liberdade” e “respeito” (quadrante inferior esquerdo) e nos da primeira periferia, “difícil” e “não”. Aos possíveis

elementos do núcleo central é importante destacar que a palavra “responsabilidade” apresentou a maior frequência de evocações, ao mesmo tempo em que foi evocada mais prontamente. Assim, este termo foi citado, ao todo, 17 vezes, sendo 7 no primeiro lugar, 4 no segundo, 3 no terceiro, 2 no quarto e 1 no quinto. No que tange às outras duas palavras, “conhecimento” possui a maior quantidade de evocações (15 vezes), e “conquista” um *rang* menor (2,30), o que indica sua citação mais prontamente.

Concluíram que o possível elemento nuclear de “autonomia” apresenta componentes representacionais de atitudes favoráveis à mesma, consubstanciadas nas palavras responsabilidade e conquista. Consideraram, no estudo, que “[...] o crescente aumento do espaço profissional do enfermeiro é representado como consequência da evolução histórica, teórica e social da profissão. No entanto, esta conquista e este espaço são frágeis frente à política pública estabelecida ou aos perfis de atuação dos gestores nas respectivas esferas institucionais e governamentais”. (GOMES E OLIVEIRA, 2005).

Desta maneira, o termo “responsabilidade” sugere a consciência da necessidade de atenção quanto aos posicionamentos políticos e à explicitação do saber/fazer por parte dos enfermeiros em seu cotidiano, demonstrando conhecimento científico, implicando na autonomia profissional como processo em curso e não, completamente, estabelecida à medida que este propicia a superação de uma prática tradicional, baseada no empirismo e na repetição constante de procedimentos sem um suporte teórico suficiente e adequado aos desafios e dilemas enfrentados no cotidiano.

Andraus e Nakatani (1999) realizaram um estudo do tipo sondagem, com objetivo de identificar em determinado grupo, qual é a RS de enfermeiro. A pesquisa foi realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Para a coleta de dados utilizaram um questionário aplicado em 28 sujeitos que, atendendo a um projeto de extensão da Universidade, "A Comunidade vai a UFG", visitaram a referida unidade de ensino. O questionário era constituído de dados de identificação e uma questão aberta, interrogando sobre quem é o enfermeiro. A análise de dados foi realizada a partir das descrições dos sujeitos, de acordo com os conteúdos, tentando alcançar os significados das comunicações.

As comunicações mais frequentes foram "auxiliar do médico", "trabalha com doença", "exigências morais", "trabalho caritativo" e "reconhecimento social", dentre outras. A partir da organização dos dados, foram criadas categorias de Representações Sociais e uma descrição analítica quanti-qualitativa. Os dados pessoais dos sujeitos revelaram predominância feminina (70%), com uma maior frequência na faixa etária entre 20 a 30 anos (50%), com menos de 20 anos (28%) e com mais de 30 anos (22%). Quanto à escolaridade, eram universitárias

rios (39%), estavam cursando ou possuíam o segundo grau completo (39%), formação superior (18%) e um indivíduo com primeiro grau incompleto (6%). Referente à profissão, a maioria (36%) se enquadravam como estudante e como professor (21%).

A representação, frequentemente, mencionada nos conteúdos dos sujeitos foi a de "*auxiliar de médico*" (18,5%). Em sequência, com 17,4% nos conteúdos, desponta a representação "*trabalha com doença*". Em seguida, observou-se "*exigências morais*", como representação em 12,0% dos conteúdos, "*trabalho caritativo*" em 11,0% "*reconhecimento social da profissão*" foi mencionado em 9,8%. As Representações Sociais mais frequentes foram "*auxiliar de médico*" (18,5%), "*trabalha com doença*" (17,4%), "*exigências morais*" (12,0%), "*trabalho caritativo*" (11,0%) e "*reconhecimento social*" (9,8%).

Os autores entenderam que essas representações denotam que o enfermeiro é submisso ao médico; alguém que atua mediante as ordens do médico, um profissional que desempenha suas funções em instituições hospitalares com pessoas doentes, sendo reforçada, também, com a ideia de medicamentos e aparelhos hospitalares que foram referidos. Aparecem interligadas ao profissional enfermeiro, quando a ele é associado, dentre outras características, à pessoa boa, protetora e dedicada, como se fosse algo inerente à profissão, mostrando que este profissional, ainda, está muito ligado à figura de alguém que se doa integralmente, mesmo nas relações profissionais. Sugere que este profissional deva ter a vocação de abrir mão de si em função do outro. Por fim, surgiu como representação, ao papel do enfermeiro, um determinado valor, colocando-o como elemento importante e requerendo valorização. Estes conteúdos mostraram um apelo para aceitação do enfermeiro pela sociedade.

Em 2008, Gomes e Oliveira publicaram um estudo sobre a autonomia profissional do enfermeiro que tratou analisar as Representações Sociais de enfermeiros acerca da dimensão inter-relacional do cuidado de enfermagem, como essencial em sua concretização enquanto profissão. Como referencial teórico-metodológico, optaram pela TRS. Realizaram entrevista com 30 enfermeiros da rede básica do município Rio de Janeiro. Para análise dos dados utilizaram o *software* ALCESTE 4.5. O programa gerou cinco classes, duas expressam a formação/absorção profissional e três, a prática profissional.

As categorias analíticas foram constituídas a partir das dimensões nas quais as Representações Sociais se expressam – Os conceitos, os posicionamentos e as práticas de autonomia profissional. Os sujeitos (S) foram identificados por letra e ordem numérica, (Ex.: S1, S2, S3, etc.). A análise dos dados se baseou na análise de conteúdo. Foram encontradas cinco classes que indicam as seguintes temáticas, classe 1: conflitos no perfil profissional – universidade e mercado de trabalho; classe 2: limites da prática profissional nos programas de saú-

de; classe 3: contornos e especificação do papel próprio do enfermeiro; classe 4: construção e organização do espaço profissional e classe 5: auto e hetero imagem profissional.

A essência da profissão e de sua forma de relação com a sociedade apresenta-se como sendo complexa e inserida no âmago de problemáticas fundamentais para o reconhecimento da Enfermagem, especialmente no mundo contemporâneo da rapidez e do resultado imediato. Dessa maneira, é preciso uma Enfermagem que consiga reunir habilidades manuais para a manutenção da vida e a diminuição de agravos orgânicos, bem como o desenvolvimento de competências relacionais.

A humanização, buscada pela Enfermagem, não pode se pautar, unicamente, por sentimentos que transformam a clientela em alvo de mera afetividade pessoal; essa humanização precisa estar diretamente relacionada à construção de uma cidadania em que cada usuário do sistema de saúde tenha o seu direito de atendimento. A Enfermagem, por estar presente nos momentos relacionados ao processo saúde-doença, enfrenta de forma contínua o desespero, a dor e o sofrimento de diversas pessoas que estão sob o seu cuidado e, lidar com isso, pode configurar uma atitude despercebida na complexidade humana.

Campos et al. (2011) buscaram conhecer as Representações Sociais da equipe de enfermagem sobre erros no preparo e administração de medicamentos. Utilizaram como método de pesquisa a pesquisa de campo, qualitativa e descritiva, sendo a TRS o referencial teórico-metodológico. Utilizaram o questionário de evocação para coleta de dados. A análise se deu pelo *software* EVOC 2003. Os entrevistados foram questionados se conheciam alguma situação que envolvesse erros no preparo e/ou administração de medicamentos cuja expressão indutora foi “ocorrência de erro no preparo e/ou administração de medicamentos”.

O elemento com mais frequência no quadrante superior esquerdo, possivelmente, o núcleo central da RS acerca do objeto pelo grupo, é o termo “*negligência*”. Em seguida, aparecem, no mesmo quadrante, as expressões “*risco ao paciente*”, “*imperícia*” e “*carga horária excessiva/cansaço*”.

No quadrante superior direito, a 1.^a Periferia, são encontrados os elementos periféricos mais importantes, neste caso com as representações remetem para dois aspectos principais, um direcionado ao profissional que errou e, outro, ao paciente atingido pelo erro. Como elementos de contraste, aqueles que aparecem com baixa frequência, mas considerados relevantes para os sujeitos e podem reforçar os elementos da primeira periferia, estão localizados no quadrante inferior esquerdo, aparecem os signos “*Meu Deus*”, “*falta de condição*” (pessoal e estrutura física) e “*excesso de confiança*”.

A 2.^a Periferia, a que fica no quadrante inferior direito, é constituída por elementos menos frequentes e menos importantes, estes especificamente “*educação continuada*”, “*comunicar a supervisão*”, “*supervisão insuficiente*” e “*isso acontece*”. Concluíram que as representações são homogêneas, negativas, relacionadas ao profissional e à preocupação com o sujeito que sofre o erro. Os sujeitos ao pensarem neste erro remetem a culpa ao profissional que errou, deixando para os planos secundários, os problemas extrínsecos que podem ocasioná-lo ou simplesmente ignorando-os. O erro no preparo e/ou na administração de medicamentos, também, é gerado por falhas no sistema implicado e, como consequência, pode induzir ao erro humano.

Ao consultar em 6 de janeiro de 2013, o banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para identificar a produção científica brasileira, por meio de publicações em periódicos com o assunto “representação social de enfermeiros”, foram encontradas 59 teses das quais, apenas, dois estudos citados abaixo privilegia o objetivo ora estudado.

Marques, Tyrrell e Oliveira (2006) ressaltam a importância de estudos sobre RS nessa área. Para os autores, nos últimos anos vem crescendo o número de pesquisas sobre a identidade profissional do enfermeiro e que utilizam como o referencial a TRS. Isto justifica, pelos resultados das pesquisas citadas, que não há consenso acerca do trabalho de enfermeiros na ESF. E a representação do trabalho de grupos educativos pelos enfermeiros representa uma lacuna que carece desvelar, haja vista, escassa literatura que elucide tal temática.

CAPÍTULO II – ESTUDO DA ESTRUTURA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E PRÁTICAS EDUCATIVAS DA ENFERMAGEM

O presente estudo teve por objetivo identificar a RS do trabalho de grupo no contexto da ESF e sua relação com o papel profissional do enfermeiro em sujeitos atuantes na ESF. Assim, três elementos do campo representacional foram estudados, estudos estes que se articulam da seguinte forma, o estudo do envolvimento dos enfermeiros com relação ao campo de sua prática cotidiana, denominado pela abordagem estrutural como estudo da “implicação”; identificação dos elementos pertencentes ao papel convencional do enfermeiro e os elementos pertencentes ao papel educativo novo, analisando a relação entre eles, e, por fim, discussão, a partir do estudo estrutural da RS de enfermeiros, da visão educativa dos enfermeiros envolvidos e as práticas da ESF.

Para realizar o que proponho para este estudo, optei pela abordagem estrutural, por esta permitir analisar as questões que nos instigam. Com o termo RS, pretendo englobar os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, os quais têm suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo, além de se concretizarem em um campo específico de conhecimento a partir dos pressupostos teóricos de Serge Moscovici (MOSCOVICI, 1978).

2.1 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo teve como cenário as UAPS, na cidade de Juiz de Fora – MG e região. As UAPS centralizam o nível de atendimento primário à saúde aos usuários no SUS, bem como as ações grupais direcionadas à saúde do adulto e do idoso, da mulher, da criança e do adolescente e saúde mental, como programas da ESF.

Na ESF são realizados grupos educativos. Nesses grupos, os usuários se encontram e compartilham suas experiências relativas ao momento vivenciado. Os grupos são coordenados por enfermeiros. A quantidade dos participantes é de, aproximadamente, de 10 a 15 pessoas a cada reunião.

Para realização desta pesquisa, foi realizado o levantamento das UAPS que trabalham com grupos mensalmente. Um recorte foi feito para localizar todas as UAPS que são formadas por equipes da ESF.

Os sujeitos foram os enfermeiros que desenvolvem atividades de educação em saúde na modalidade de grupos, todos com vivência de trabalho na ESF. Os profissionais foram, previamente, contatados e esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e a relevância desta no campo da educação em saúde. Os sujeitos foram comunicados, previamente, sobre o objetivo da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi, devidamente, assinado por eles.

O estudo foi desenvolvido, segundo a TRS, utilizando a abordagem estrutural proposta por Abric (2000). Segundo Abric (1998, 2003), toda representação se organiza em torno de um núcleo central, que determina sua significação e a sua organização interna, ligado a elementos periféricos. Ainda, de acordo com o autor, “O núcleo central é determinado pelo objeto e pelo tipo de relação que o grupo mantém com o objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo” (ABRIC, 2000, p. 31).

O grupo pesquisado foi composto por 51 enfermeiros atuantes na Unidade Saúde da Família nos municípios de Juiz de Fora, Santos Dumont, Santa Rita do Sapucaí – MG. Entende-se que este número de sujeitos constitui uma mostra significativa para a realização de uma análise qualitativa, com objetivo de obtenção das RS do grupo em questão.

Dos 51 questionários recolhidos 40 foram aplicados pessoalmente e 12 foram enviados por mensagem eletrônica, não tendo sido observada diferenciação expressiva em qualquer característica das respostas, decorrente da forma de abordagem aos sujeitos.

Os sujeitos que responderam ao questionário foram organizados de acordo com a faixa etária a que pertencem, conforme a tabela abaixo,

Tabela 1 – Classificação dos indivíduos pesquisados de acordo com a faixa etária

FAIXA DE IDADE	N = 51
20 - 30 anos	15
31 - 40 anos	22
41 - 50 anos	8
Mais de 50 anos	6

Podemos identificar que 22 sujeitos se encontram na faixa etária entre 31 a 40 anos, o que sugere que tenham de 10 a 20 anos de formados. Tais fatos pressupõem que tais indivíduos possam ter sua formação concluída em escolas de ensino superior, cujos currículos foram estruturados a partir de princípios das concepções da ESF, cujo início de difusão se deu por volta do final dos anos 1990 e início dos anos 2000.

Dos indivíduos pesquisados, 15 pertencem à faixa etária que vai dos 20 aos 30 anos, indicando um período de formação em torno de 10 anos, portanto, podemos afirmar, neste momento, que a prática destes enfermeiros está voltada para a prevenção. 14 indivíduos, que pertencem ao grupo de formação superior a 40 anos, tendem a organizar suas práticas de acordo com a influência dos métodos flexneriano, divididos em 8 entre 41 e 50 anos de idade e 6 acima de 50 anos de idade, o que sugere uma formação, segundo um currículo estruturado, a partir de modelos hospitalocentricos definidos com base nas tendências de uma saúde voltada para a cura.

2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Na perspectiva estrutural, a representação se define por seu conteúdo e sua organização, ou seja, sua estrutura interna. Como já foi dito, esta organização pressupõe uma hierarquia determinada entre os seus dois componentes – Núcleo central e sistema periférico. Estes componentes funcionam como uma entidade, onde cada um assume uma função específica e complementar em relação ao outro (ABRIC, 2000). Segundo este autor, o funcionamento da RS, na perspectiva estrutural, é regido por um duplo sistema que nos possibilita a compreensão das RS de acordo com suas características básicas, que podem parecer contraditórias.

A contradição, a que Abric (2000) se refere, dá-se em função dos componentes da RS possuir características ao mesmo tempo estáveis e rígidas, decorrentes de um núcleo central fortemente ancorado nos valores e normas do grupo, vivenciado e compartilhado por seus membros; e móveis e flexíveis em função do sistema periférico estar constituído de elementos oriundos das práticas sociais nas quais os indivíduos ou os grupos estão inseridos como as experiências individuais e as relações estabelecidas no grupo. Segundo Abric (2000), as RS possuem a característica específica de manter, em sua estrutura, elementos que são oriundos do consenso do grupo, como também elementos que fazem parte das experiências individuais. De acordo com este autor,

[...] a homogeneidade de uma população não é definida pelo consenso entre seus membros, mas sim pelo fato de que sua representação se organiza em torno do mesmo núcleo central, do mesmo princípio gerador do significado que eles dão à situação ou ao objeto com o qual são confrontados (ABRIC, 2000, p. 34).

O estudo das RS regida pelo olhar da abordagem estrutural é essencial para a compreensão das dinâmicas sociais, e por que não falar, no caso desta pesquisa, para o papel do enfermeiro no contexto da ESF. A pesquisa realizada na perspectiva da abordagem estrutural nos permite ter acesso a um conjunto organizado de instrumentos de análise e interpretação que nos possibilita

[...] a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem. Este estudo permite compreender os processos que intervêm na adaptação sócio cognitiva dos indivíduos à realidade cotidiana e às características do meio social e ideológico. (ABRIC, 2000, p. 35).

De acordo com o objetivo desta pesquisa, com a utilização da abordagem estrutural, alcançaremos à possibilidade de identificar a estrutura e a conhecer a organização das RS que os enfermeiros constroem sobre a sua prática. Conseguimos, assim, entender como estes profissionais se posicionam, individual e coletivamente, diante de sua prática, construindo suas ações que, em um determinado instante, podem estar reproduzindo padrões de comportamento, ancorados em valores e normas já instalados neste grupo social, ou provocando transformações de acordo com a absorção de elementos novos a esta prática.

Segundo Abric (2001), a escolha da metodologia a ser utilizada em uma pesquisa deve ser determinada por considerações empíricas como a natureza do objeto estudado, tipo de problema, imposição da situação e outros, mas principalmente, pelo sistema teórico que sustenta e justifica a investigação. A eleição dos instrumentos deve ser orientada pela abordagem da TRS, escolhida pelo investigador. Conforme este autor, o estudo das RS implica na utilização de métodos que busquem identificar e fazer emergir os elementos constitutivos da representação, conhecer a organização destes elementos e identificar o núcleo central da representação assim como verificar a centralidade e a hierarquia manifesta.

Abric (2001) orienta a adoção de uma aproximação pluri-metodológica das representações para a realização de uma investigação de modo a respeitar quatro etapas, a identificação do conteúdo da representação; o estudo das relações entre os elementos, sua importância relativa e sua hierarquia; a determinação do controle do núcleo central e o teste de centralida-

de. Neste estudo, por se tratar de um estudo exploratório, não foi realizado o controle da centralidade.

O levantamento dos conteúdos e da estrutura das representações dos sujeitos foi realizado a partir da utilização de um primeiro método, chamado de método da “análise das evocações”. Este método pode ser entendido como uma técnica de coleta de dados e um consequente processo de análise, introduzidos no Brasil através da publicação “O Núcleo das Representações Sociais” de Celso Pereira de Sá (1996).

O método de “análise das evocações” tem como finalidade promover uma aproximação da estrutura das representações sociais vislumbradas, possibilitando o levantamento das primeiras hipóteses, a partir dos elementos coletados, do que poderia ser considerado como elemento central ou periférico. Sua proposta tem como fundamento a aplicação de um questionamento elaborado a partir de associação livre, onde é utilizada uma palavra ou expressão indutora. Neste método, entende-se que o que é lembrado ou evocado em primeira instância pode sugerir maior importância em relação ao tema tratado.

De acordo com esta orientação, foi aplicado um questionário (**APÊNDICE A**), composto por questões específicas, baseadas em concepções encontradas nos trabalhos de Campos, (1998); Vergès (1992, 1994, 1995) e Sá, (1996). Iniciou-se com uma questão do tipo de evocação, que consiste em utilizar um processo de associação livre a partir de uma expressão indutora para designar o objeto representado, que, no caso deste estudo, foram “Ser Enfermeiro” e “Educação em Saúde” e aplicada a questão: “*Com base na sua experiência como enfermeiro, quais são as palavras ou expressões que vêm espontaneamente à sua cabeça quando você escuta a expressão: SER ENFERMEIRO e EDUCAÇÃO EM SAÚDE?*”

Esta questão foi seguida de 8 linhas, numeradas onde o sujeito pôde fornecer suas respostas de acordo com o modelo clássico, que neste caso sugere de 5 a 10 possibilidades (VERGÈS, 1992). Nesta pesquisa foi solicitado aos sujeitos que dessem no mínimo três e no máximo oito respostas.

A partir da questão anterior, onde as palavras ou expressões evocadas foram descritas, foi apresentada uma questão de *seleção de palavras principais*, a qual teve o objetivo de solicitar aos sujeitos uma classificação de duas das suas respostas em *ordem de importância*, indo da mais importante para a menos importante, sendo solicitada também uma justificativa por meio de um pequeno texto, para a ordem escolhida. Este procedimento tem por objetivo com-

pletar a questão de evocação permitindo que os sujeitos justifiquem a sua escolha, ampliando a possibilidade de análise qualitativa da frequência e ordem de aparecimento das expressões ou palavras evocadas. As respostas obtidas foram tratadas por meio de uma “análise das palavras principais” (VERGÈS, 1992, 1994, 1995).

O tratamento dos dados coletados nas questões de livre evocação foi realizado por meio do *software* EVOC (VERGÈS, 1992, 1994; FLAMENT, 1981) que permite a identificação de hipóteses estruturais, ou seja, permite levantar hipóteses sobre quais elementos são centrais e quais são periféricos. Este programa oferece uma primeira visão exploratória da RS a ser identificada.

A relevância de uma palavra ou expressão é definida por meio do cruzamento entre a ordem e a frequência de aparecimento das mesmas. Uma palavra ou expressão com significativa “relevância” apresenta maior incidência de aparecimento nos primeiros lugares da ordem de evocação e com frequência significativamente elevada. Este cálculo é feito com a atribuição de pesos diferenciados de acordo com a ordem dada pelos sujeitos em suas respostas e divisão do somatório dos valores obtidos pela frequência total das evocações. Este procedimento permite a organização dos resultados em um “esquema” composto por quatro quadrantes.

No quadro superior e à esquerda, localiza-se o que Abric chama, atualmente, de *zona do núcleo central*, ambiente de locação das evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições, um quadrante onde aparecem os supostos elementos centrais. O quadrante superior direito mostra sua *primeira periferia*, onde aparecem os elementos que apresentam alta frequência, mas a uma ordem média de aparecimento considerada baixa; no quadrante inferior esquerdo, aparece a *zona dos elementos contrastantes* (ABRIC, 2003), relacionados à baixa frequência e a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições, o que pode ser indicativo de existência de um subgrupo ou pode ser composto de palavras associadas semanticamente a elementos da zona central. Finalmente, no quadrante inferior direito, aparece à *segunda periferia*, espaço constituídos dos elementos caracteristicamente periféricos, ou seja, de baixa frequência e sempre evocados nas últimas posições.

Outro tipo de questão utilizada foi uma lista de itens, previamente, estabelecidos – No caso do presente estudo, será uma lista, contendo práticas relativas ao papel convencional de enfermeiro e práticas preventivas/educativas, associadas ao papel esperado na ESF. Assim,

um segundo método de análise será utilizado, a chamada análise de similitude. O procedimento idealizado por Claude Flament, nos anos 1960, desenvolveu-se na década seguinte com as colaborações de Alain Degenne e Pierre Vergès, oferecendo uma formalização matemática como um método geral ou complementar das clássicas análises fatoriais ou de classificação (BOURICHE, 2003), mas, principalmente, própria para o uso em análises de representações sociais.

Por conseguinte, as matrizes de similitude, que são consideradas a partir de índices de distância ou proximidade, permitem a construção de uma representação gráfica da organização da representação (FLAMENT, 1986, 1993; VERGÈS, 1985, 1989). O método pode permitir gráficos denominados *árvore máxima*, com diferentes limiares a partir de uma mesma matriz. Em se considerando as análises aqui pretendidas, visam-se como índice de similitude a co-ocorrência.

A seguir, no questionário aplicado, foram apresentadas questões (**APENDICE A**) com o objetivo de indagar a respeito das práticas no campo de atuação do enfermeiro. As questões foram elaboradas de acordo com as funções dos enfermeiros nos hospitais, na ESF, e nos grupos educativos. Aos sujeitos, foi solicitado que escolhessem dentre as opções oferecidas àquelas que eles percebiam como coincidentes com a sua prática na ESF de forma a responderem em uma escala gradual de 1 a 7, onde o número 1 corresponde a “discordo totalmente”, o 2 a “discordo muito”, o 3 a “discordo um pouco”, o 4 a “não tenho opinião formada”, o 5 a “concordo em parte”, o 6 a “concordo muito”, e o 7 a “concordo totalmente”.

O objetivo destas questões fundamentou-se na busca de identificação da ancoragem das representações que estes enfermeiros elaboram sobre o seu papel na ESF no contexto dos grupos educativos. Estas questões foram dispostas alternadamente para não provocar indução nas respostas no caso de identificação, pelo sujeito da relação da questão elaborada com a abordagem teórica de origem.

Os dados coletados, nestas questões, foram tratados por uma análise estatística descritiva para a identificação do envolvimento (implicação) dos sujeitos com o papel de enfermeiro e com as ações de educação em saúde. Isto nos possibilitou identificar o grau de envolvimento dos sujeitos entrevistados com a sua prática, o que possibilita a identificação mais detalhada, no que se refere à homogeneidade do grupo pesquisado, e, também, à identificação pessoal com sua prática. Questões de identificação pessoal como gênero, idade, tempo de formado,

experiências com grupos educativos também foram solicitadas para que a análise fosse feita a partir da melhor caracterização do grupo pesquisado.

2.3 RESULTADOS DO ESTUDO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS E DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

A partir dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário já citado (**APÊNDICE A**) e com o objetivo de alcançar as metas traçadas inicialmente nesta pesquisa, foi realizada uma análise que respeitou as seguintes etapas, (1) identificação do conteúdo e da estrutura da RS sobre o papel do enfermeiro, portanto identificação dos elementos constitutivos do núcleo central e do sistema periférico; (2) identificação das abordagens teóricas que sustentam as práticas mais presentes no cotidiano destes enfermeiros e, portanto, a identificação da ancoragem das representações do objeto pesquisado, e de que forma estes modelos teóricos influenciaram as práticas do enfermeiro na ESF. Por fim, foi realizada (3) uma análise com a proposta de promover uma reflexão a respeito do papel do enfermeiro na ESF no contexto dos grupos educativos.

2.3.1 ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES PARA A EXPRESSÃO INDUTORA “SER ENFERMEIRO”

Os dados inicialmente tratados foram os dados obtidos na primeira questão do instrumento de coleta (o questionário exemplificado no **APÊNDICE A**), as palavras e expressões oriundas da questão de evocação livre. Estas palavras foram inicialmente organizadas de acordo com os critérios exigidos para sua inserção no programa EVOC e posteriormente foi realizado um tratamento de categorização destes dados inseridos. Obtivemos então uma aproximação da organização dos elementos da RS de “enfermeiro”, apontando seus possíveis elementos centrais e periféricos, de acordo com o quadro de quatro casas apresentado a seguir (Quadro 1). Cabe ressaltar que este procedimento nos permite fazer o levantamento das primeiras hipóteses do que seria considerado como elemento central ou periférico.

Os critérios considerados na análise foram a frequência e a ordem de evocação das palavras. Estas palavras ou expressões são organizadas de acordo com o cruzamento destes critérios, para que seja definida a relevância dos elementos que originalmente surgiram por associação ao termo indutor (VERGÉS, 1992, 1994; FLAMENT, 1981) “Ser Enfermeiro”. A organização em quatro quadrantes permite uma primeira aproximação quanto à organização da representação em um sistema de cognições centrais e um sistema de cognições periféricas.

É importante ressaltar que, nesta etapa de análise, as palavras são consideradas de acordo com a configuração apresentada pelos sujeitos e, quanto maior for a frequência, mais estável é a palavra, o que indica que as palavras que possuem alta frequência e são mais prontamente evocadas pelos sujeitos são palavras que supostamente constituem o Núcleo Central.

Quadro 1 – Elementos da RS de “Ser Enfermeiro” em profissionais de enfermagem atuantes na ESF

Freq.	ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
	Inferior a 3,10	Superior a 3,10
≥ 10	26. Cuidar (1,63)	11. Conhecimento (3,22)
	16. Responsabilidade (1,75)	
	14. Humanização (3,00)	
	12. Dedicção (2,92)	
	11. Educar (3,00)	
	11. Compromisso (3,18)	
	10. Amor (3,00)	
≤ 10	8. Liderança (2,85)	5. Respeito (3,81)
	7. Acolhimento (2,85)	4. Atenção (4,00)
	5. Equipe (2,80)	4. Empatia (4,25)
	3. Ciência (2,00)	3. Ética (3,67)
	3. Assistência (3,00)	

Número de palavras diferentes: 74/Número total de evocações: 220/Ordem média de evocações: 3,10
Total de sujeitos: 51

Em uma primeira aproximação da identificação da estrutura e organização da RS sobre o papel do enfermeiro, temos a seguinte configuração, no *quadrante superior esquerdo* estão

localizados os elementos considerados como constituintes do que seria um possível *núcleo central* da representação elaborada pelos enfermeiros: “cuidar”, “responsabilidade”, “humanização”, “dedicação”, “educar”, “compromisso” e “amor”. Os termos mais salientes, ou seja, evocados com maior frequência pelos enfermeiros, são “cuidar”, “responsabilidade” e “humanização” o que indica uma representação cujo núcleo central possivelmente está organizado em torno destes elementos. O “cuidar” é a palavra com maior ocorrência dentre todas as palavras evocadas pelos enfermeiros entrevistados; dos 51 enfermeiros que participaram da pesquisa, 26 destes citaram o “cuidar” como palavra que é lembrada quando se refere ao “Ser Enfermeiro”, o que parece indicar o “cuidar” como estruturante da prática da profissão.

“Responsabilidade” e “humanização” foram as palavras de segunda e terceira maior ocorrência e, em uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições; portanto, podem ser consideradas como uma forte evocação. A presença destes elementos indica uma associação relacionada à identidade do enfermeiro. Neste quadrante ainda, e, portanto, relacionado aos elementos que constituem, provavelmente, o *núcleo central* da RS do objeto estudado, encontramos as palavras “dedicação”, “educar” e “compromisso”, que aparecem, também, com alta frequência na evocação dos indivíduos. A palavra “amor”, também, surge na evocação de palavras pelos indivíduos com frequência expressiva. Estas palavras não são tão relevantes quanto as primeiras, mas são, também, importantes, o que sugere um reconhecimento evidente por parte dos enfermeiros sobre a sua identidade profissional.

No *quadrante superior direito* há a presença da palavra “conhecimento”. O “conhecimento” é uma palavra evocada muito relevante, pois sua frequência é relevante se comparada com algumas expressões que estão relacionadas no *primeiro quadrante*. No entanto, não foi significativa sua aparição nas primeiras posições de evocação quando solicitado aos enfermeiros que indicassem as duas palavras mais importantes dentre todas as palavras evocadas. O “conhecimento” está situado no quadrante denominado de *primeira periferia*, portanto é uma palavra que apresenta alta frequência e ordem média de aparecimento considerada baixa. A presença do “conhecimento” está relacionada ao componente educar indicado pelos indivíduos no primeiro quadrante indicando uma ideia que valoriza o profissional detentor de conhecimentos científicos.

No *quadrante inferior esquerdo* as palavras e expressões que se destacam são “liderança”, “acolhimento” e “equipe” que são elementos, também, pertencentes ao sistema periférico, da chamada *zona dos elementos contrastantes* e, portanto, com baixa frequência e ordem média de aparecimento nas primeiras posições. Estes elementos possuem uma ligação forte com os elementos do *núcleo central* por seu aspecto semântico (ABRIC, 2001), ou seja, os enfer-

meiros de um modo geral se organizam a partir de uma estrutura de significado comum que reforça a ideia central escolhida (COSTA; ALMEIDA, 2000).

Estes elementos constituem um conjunto de elementos mais flexíveis da representação e, portanto mais próximo da prática dos sujeitos, e orientam, diretamente, suas condutas. Mais uma vez, há a presença de elementos indicativos de uma prática que está vinculada ao “cuidar”, a “responsabilidade” e a “dedicação”, que constituem elementos inerentes à característica prática do papel do enfermeiro, mas estes elementos não estão dissociados da ideia de “cuidar” e “humanizar”.

No *quadrante inferior direito* estão presentes elementos freqüentes como, “respeito”, “atenção” e “empatia”, no entanto com ordem média de aparecimento alta. Estes elementos se organizam em torno do núcleo central de forma mais flexível e mais próximo a uma realidade mutável, é por meio destes elementos que se faz possível prováveis mudanças nas práticas e, por conseguinte, nas RS.

Os resultados e análises apresentados, até este estágio nos indicam que a RS da sobre o papel do enfermeiro por seus sujeitos possui um conteúdo, supostamente, organizado em torno do CUIDAR, da RESPONSABILIDADE e da HUMANIZAÇÃO, como elementos centrais importantes e elementos não tão relevantes, mas também importantes, como DEDICAÇÃO, EDUCAR, e COMPROMISSO.

Os elementos que, possivelmente, pertencem ao conjunto do sistema periférico são CONHECIMENTO, LIDERANÇA, ACOLHIMENTO e EQUIPE. No entanto, não podemos tomar esta configuração como conclusiva, pois esta é, ainda, uma etapa do processo de análise dos dados coletados. A articulação que se estabelece entre os elementos constituintes de um provável núcleo central e sistema periférico da RS, sobre o papel do enfermeiro na ESF, expressa a predominância dos elementos que reforçam a característica do “Ser Enfermeiro”.

O termo “cuidar” possui significado especial, pois é considerada uma característica essencial na Enfermagem e fruto de várias teorias na área. Com merecido destaque para a teoria de Jean Watson (1985), na qual a Enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidado, utilizando uma abordagem humanística e comportamental. A autora define a Enfermagem como a “[...] ciência humana de pessoas e de experiências de saúde-doença, medidas por transações humanas de cuidados profissionais, pessoais, científicos, éticos e estéticos” (WATSON, 1985 apud WALDOW, 2007, p. 25).

Segundo Radsma (1994 apud WALDOW, 2007), o cuidado possui raízes históricas entre as mulheres e com a Enfermagem, tendo significado de doação e dedicação. O cuidado indireto realizado por uma boa parte dos enfermeiros não deixa de ser cuidado. Para o autor, o

discurso de que o cuidado é a essência da Enfermagem precisa ser estudado por novas pesquisas. Diferentes pesquisas realizadas no Brasil e em Portugal na busca da identidade profissional do enfermeiro, com destaque para Brito (2008), já mostraram que o possível núcleo central da RS do “Ser Enfermeiro” é formado pelas palavras “cuidar” e “responsabilidade”.

2.3.2 ANÁLISE DAS JUSTIFICATIVAS DAS EVOCAÇÕES SOBRE “SER ENFERMEIRO”

Após as questões que ofereceram os dados para a realização das análises acima, foi solicitado aos enfermeiros participantes da pesquisa, na questão de *seleção de palavras*, que estes escolhessem duas das palavras evocadas, ordenando-as em primeira e segunda importância, justificando de forma descritiva sua escolha. Utilizando estas justificativas, podemos compreender de forma mais detalhada como os enfermeiros concebem e organizam os elementos que eles consideram importantes para a sua identidade profissional e a realização de sua prática. Foram organizadas na tabela abaixo, as palavras mais frequentes na seleção dos enfermeiros, para que possamos identificá-las na análise das justificativas apresentadas pelos sujeitos.

Tabela 2 – Palavras mais frequentes para a expressão “Ser Enfermeiro”

PALAVRA OU EXPRESSÃO	N = 51
Cuidar	16 (47%)
Responsabilidade	8 (15%)
Líder/Liderança	6 (11,7%)
Dedicação	5 (9,8%)
Humanização	5 (9,8%)
Educar/Educação	4 (7,8%)
Gerencia	4 (7,8%)
Amor	3 (5,8%)
Ciência	3 (5,8%)

Conforme a Tabela 2, os termos mais frequentes na seleção feita pelos enfermeiros foram o “cuidar” e a “responsabilidade”, estes elementos relacionam-se com o papel da profis-

são, Esta ideia pode ser ilustrada por meio das afirmações dos próprios sujeitos. No caso da palavra “cuidar”, os sujeitos significaram como sendo importante porque

- [S1] – *Cuidar perpassa todas as atribuições envolvidas no ser enfermeiro.*
 [S6] – *O enfermeiro para realizar o cuidado, que é o seu principal fazer, deve ter um relacionamento e comunicação terapêutica, ter empatia, saber gerenciar e liderar, foco principal de sua profissão.*
 [S9] – *Cuidar: ato de cuidar de gente, gostar.*
 [S10] – *Cuidar: essência da profissão.*
 [S14] – *A enfermagem é um dom de cuidar.*
 [S16] – *O cuidar é a essência da enfermagem. E as demais palavras são alguns dos fundamentos da pesquisa.*
 [S17] – *Cuidar, pois é o profissional enfermeiro que realmente cuida dos pacientes, que o acompanha nas 24 horas.*
 [S21] – *Cuidado: a enfermagem esta baseada no cuidado.*
 [S37] – *Cuidar: é o que move a enfermagem.*
 [S38] – *Cuidar: nosso principal objetivo.*
 [S40] – *Cuidado, Orientação e Acolhimento: São os princípios básicos de um elo entre o profissional e seus clientes.*
 [S43] – *Cuidar-responsabilidade e liderança são essenciais para um bom desempenho profissional.*
 [S46] – *Cuidar para favorecer o processo da cura.*
 [S48] – *O cuidar está acima de tudo na profissão Conhecimento técnico - científico é a base para um cuidar que construa a enfermagem como ciência.*
 [S49] – *Cuidar com dedicação torna o profissional enfermeiro mais reconhecido.*
 [S51] – *O cuidado com humanização visando à qualidade de vida.*

Conforme as justificativas acima, os sujeitos se referem ao cuidar humano, como seres multidimensionais e complexos, que contemplam ao mesmo tempo, os aspectos biológico, psíquico, social, afetivo e racional. No cuidado que foca apenas órgãos, patologias, sinais e sintomas clínicos, a relação e a interação entre os seres ficam prejudicadas. Considera-se que o cuidado deve ir além da visão biológica e biomédica, de modo a integrar as diversas unidades e multiplicidades dos seres. A ação do enfermeiro precisa ser eficiente e eficaz, contudo, precisa valorizar também a subjetividade do ser humano.

O cuidar em enfermagem não pode ser compreendido, apenas, como a realização de uma tarefa ou atividades relacionadas apenas ao assistir direto. O cuidado prestado pelo enfermeiro deve ser entendido numa visão ampla, numa “[...] ótica multidimensional, abrangendo ações de natureza administrativa, educativa, investigativa e de assistência [...]”. Isto vai exigir do enfermeiro não apenas competência técnica, mas também humana e política (GUIMARÃES; BASTOS, 2000, p.3).

A “responsabilidade” é relatada pelos sujeitos como fundamental para o papel do enfermeiro, de acordo com os discursos destacados abaixo,

[S4] – Responsabilidade porque a pessoa é o nosso objeto de trabalho.

[S5] – Responsabilidade-compartilhada: responsabilidade solidária, ser correta e não permitir que membros de sua equipe ajam de forma errada com imprudência negligência e imperícia.

[S12] – Responsabilidade: pois caso o líder não apresenta esta característica dificilmente o trabalho desenvolvido por toda a equipe será bem feito.

[S28] – Responsável por atividades de promoção, proteção e reabilitação e recuperação da saúde.

[S36] – Responsabilidade: pois cuidamos de vida.

[S37] – Responsabilidade: é fundamental para evitar erros.

[S38] – Responsabilidade: todas as ações têm um impacto muito grande na vida das pessoas.

[S41] – Responsabilidade oferecer resolutividade nas atividades.

No exercício da sua profissão o enfermeiro que se envolve num processo de análise reflexiva encontra imensos desafios e estímulos ao desenvolvimento da sua “responsabilidade”.

Não é tarefa fácil, mas esta profissão, que privilegia o contato humano, as relações interpessoais, da imensa oportunidade de fazê-lo. Isso acontece naturalmente, sem grande esforço, se a pessoa nela se envolver séria e responsabilmente, se aceitar as tarefas a desempenhar e as situações que se lhe apresentam como desafios à sua capacidade de aprender e evoluir, por mais incômodas e difíceis que elas sejam. O enfermeiro assume a responsabilidade da assistência ao cliente, independente de concordar ou não, pois ao habilitar-se como profissional da área, passa a ter a obrigação de cumprir com os valores da Enfermagem, valores estes coletivos e considerados como bens necessários para sua existência e pela permanência do relacionamento com seus clientes.

Como palavra bastante selecionada pelos enfermeiros a “liderança”, foi relatada por estes de acordo com os discursos destacados a seguir,

[S1] – Liderança é um atributo necessário ao enfermeiro seja em qualquer contexto ou nível de assistência, assim como trabalho em equipe.

[S5] – Liderança: poder de persuasão, poder de convencimento, influencia sem autoridade. Manter o equilíbrio da equipe.

[S14] – Todo o enfermeiro deve ser um bom líder.

[S19] – Coordenar a equipe sendo você o ponto de referência na liderança, planejando todos os programas nas suas particularidades e sendo atuante.

[S24] – Líder, pois quando trabalhamos em equipe/pessoas o enfermeiro tem esse papel importante para conduzir o trabalho.

[S41] – Liderança suprir as necessidades da equipe.

Os sujeitos apresentam a liderança como um papel de extrema importância ao papel do enfermeiro. Ser líder em qualquer nível de assistência deverá ser um atributo necessário ao profissional. A atuação do enfermeiro como líder é fato observado e analisado por vários profissionais de outras áreas que lidam com o fenômeno da liderança. James Hunter, em sua obra intitulada

da “O monge e o executivo – Uma história sobre a essência da liderança”, ressalta a visão e atuação da enfermeira como líder, inclusive destacando-a como um profissional que possui habilidades de liderança por vezes superiores mesmo àqueles que teoricamente deveria possuí-la como uma característica nata, como os executivos e outros profissionais que lidam diretamente com gerenciamento de produção.

No contexto atual da Enfermagem, sustentamos a idéia de que só é possível exercer a liderança para o cuidado pelo próprio cuidado com os membros da equipe que a enfermeira lidera. Como ressaltado na obra-alvo desta reflexão, acreditamos que o enfermeiro possui subsídios para desenvolver uma liderança de sucesso, visto que possui os princípios da essência da liderança enraizados em sua filosofia profissional. Entretanto, é preciso que estes princípios sejam resgatados à luz de um novo paradigma, não mais baseado na liderança pelo poder.

As palavras “dedicação” e “humanização” aparecem de forma também expressiva na seleção dos enfermeiros, o que sugere a intenção destes de reforçar a concepção de que a Enfermagem, não está dissociada de seu componente afetivo. A “dedicação” refere-se, principalmente, à arte de cuidar, os enfermeiros reforçam a ideia de que se dedicam, promovem um cuidado mais humano, conforme abaixo,

[S9] – Dedicação: sem ela não acontece a atuação da enfermagem.

[S26] – Dedicação: ser dedicado é exercer sempre com competência o exercício profissional.

[S32] – Ser enfermeiro hoje exige do profissional dedicação pois são inúmeros desafios e problemas enfrentados e a baixa remuneração da classe.

[S34] – Dedicação: não dá para ser enfermeiro pela metade, estamos sempre nos doando.

[S36] – Dedicação: para levarmos o melhor de forma diferenciada a cada doente.

A humanização é tratada pelos enfermeiros no bom trato e no ser mal tratado, pautado na ação técnica/científica, amparada, também, no aspecto psicossocial/expressivo do cuidado.

[S9] – Humanidade: lidamos com o ser humano.

[S20] – Humanização; é a principal arma que a enfermagem possui.

[S30] – Doação e humanização: ver e tratar o próximo como a si mesmo.

[S38] – Humano: ser humano para poder atuar melhor e com dedicação.

[S46] – Humanizar para apoiar o ser humano durante o tratamento.

O atendimento à saúde abarca aspectos biopsicossociais, éticos e técnico-científicos, sendo necessário o encontro destes no tratamento dado pelo profissional de saúde na promoção de um cuidado humanizado. Na perspectiva da humanização, não existe profissional bom ou ruim, mas sim aquele que exerce sua atividade em saúde com compromisso e responsabilidade segundo o desenvolvimento e conscientização destas premissas (BRASIL, 2008). Deste modo, as justificativas dos sujeitos refletem a divergência entre a representação dos sujeitos e o preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH).

Outras palavras como, “educar”, “gerencia”, “amor” e “ciência”, também, foram selecionadas pelos enfermeiros e foram palavras apresentadas no quadro de evocações, como palavras freqüentes, o que significa que estes enfermeiros identificam a presença destes elementos como inerentes ao “Ser Enfermeiro”, mas não os consideram como os elementos fundamentais para a realização da profissão. A palavra “educar” foi selecionada, apenas, quatro vezes; “gerência” foi selecionada quatro vezes; “amor” e “ciência”, apenas, três vezes.

É interessante destacar a presença da palavra “educar” que, segundo a justificativa dos enfermeiros, está, estreitamente, relacionado à educação em saúde, como trabalho do enfermeiro junto à equipe com os usuários. A educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para capacitação da comunidade, contribuindo para promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica, pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão do mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento dessas práticas educativas por parte destes profissionais, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (ALVES, 2004).

[S2] – Educação: um dos grandes papéis do enfermeiro é ser educador em saúde.

[S17] – A educação está presente em todo o trabalho desde uma simples orientação individual.

[S24] – Educador: orientar os funcionários e usuários sobre autocuidado, importância do bom relacionamento, orientar sobre cuidados.

[S44] – A enfermagem é sempre exercida em equipe. Trabalhamos com a saúde e educamos a população para o autocuidado.

As justificativas apresentadas pelos enfermeiros expressam, de um modo geral, como os indivíduos pensam a respeito do “Ser Enfermeiro”, delegando a este profissional uma função de instrumento capaz de promover o cuidado nas suas dimensões, com responsabilidade, liderança, humanização, dedicação, amor, gerencia e ciência.

A análise das justificativas apresentadas pelos enfermeiros nos levou à percepção de um panorama – O exercício do cuidar pressupõe adotar preceitos da responsabilidade, dedicação, da humanização, da assistência e do processo de trabalho, como instrumento para transformação a serviço da humanidade e da interdisciplinaridade, com substituição da concepção fragmentaria para a unitária do ser humano. Sob essa ótica, resgatar a essência do trabalho do enfermeiro – o cuidar – é antes de tudo, buscar estratégias para que as quatro dimensões se realizem cada vez mais de forma integrada e indissociável. Neste contexto, a questão da dicotomia entre o administrar e o assistir ganha feições novas, podendo tornar-se complementaridade, acrescidas do educar e investigar.

2.3.3 ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES PARA A EXPRESSÃO INDUTORA “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”

Em uma segunda etapa, os dados obtidos na questão do instrumento de coleta “Educação em Saúde” (APENDICE A), as palavras e expressões oriundas da questão de evocação livre foram na tabela abaixo.

Quadro 2 – Elementos da Representação de “Educação em Saúde” em profissionais de enfermagem atuantes na ESF

Freq.	ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
	Inferior a 3,00	Superior a 3,00
≥ 15	33. Prevenção (2,18)	
	16. Conhecimento (2,20)	
	16. Educação-continuada (2,17)	
	15. Promoção (2,33)	
≤ 15	8. Qualidade de vida (1,80)	8. Visitas domiciliares (3,60)
	7. Grupos (1,75)	8. Equipe (4,80)
	4. Orientação (2,25)	6. Conscientização (3,50)
	3. Cuidado (2,67)	4. Comunidade (3,25)
		4. Controle (3,33)

Número de palavras diferentes: 107/Número total de evocações: 221/Ordem média de evocações: 3,00
Total de sujeitos: 51

Em uma primeira aproximação da identificação da estrutura e organização da RS de “Educação em Saúde”, temos a seguinte configuração: no *quadrante superior esquerdo* estão

localizados os elementos considerados como constituintes do que seria um possível *núcleo central* da representação elaborada pelos enfermeiros: “prevenção”, “conhecimento”, “educação-continuada” e “promoção”. Os termos mais salientes, ou seja, evocados com maior frequência pelos enfermeiros, são “prevenção”, “conhecimento” e “promoção” o que indica uma representação cujo núcleo central possivelmente está organizado em torno destes elementos.

A “prevenção” é a palavra com maior ocorrência dentre todas as palavras evocadas pelos enfermeiros entrevistados, dos 51 enfermeiros que participaram da pesquisa, 33 destes citaram a “prevenção” como palavra que é lembrada quando se refere a “educação em saúde”, o que parece indicar a “prevenção” como estruturante da prática da ESF. “Conhecimento” e “educação continuada” foram as palavras de segunda e terceira maior ocorrência e, em uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições, portanto, podem ser consideradas como uma forte evocação. A presença destes elementos indica uma associação relacionada ao trabalho do enfermeiro na ESF.

Neste quadrante ainda e, portanto relacionado aos elementos que constituem provavelmente o núcleo central da RS do objeto estudado, encontramos a palavra “promoção”, que aparece também com alta frequência na evocação dos indivíduos. Esta palavra é tão relevante quanto as primeiras, mas é também importante, o que sugere um reconhecimento evidente por parte dos enfermeiros sobre educação em saúde.

No *quadrante superior direito* não há a presença de palavras. No *quadrante inferior esquerdo* as palavras e expressões que se destacam são “qualidade-de-vida”, “grupos” que são elementos também pertencentes ao sistema periférico, da chamada *zona dos elementos contrastantes* e, portanto com baixa frequência e ordem média de aparecimento nas primeiras posições. Estes elementos possuem uma ligação forte com os elementos do *núcleo central* por seu aspecto semântico (ABRIC, 2001), ou seja, os enfermeiros de um modo geral se organizam a partir de uma estrutura de significado comum que reforça a ideia central escolhida (COSTA; ALMEIDA, 2000).

Estes elementos constituem um conjunto de elementos mais flexíveis da representação e, portanto, mais próximo da prática dos sujeitos; estes elementos orientam mais diretamente suas condutas. Mais uma vez há a presença de elementos indicativos de uma prática que está vinculada a “prevenção”, a “conhecimento” e a “educação-continuada”, que constituem ele-

mentos inerentes à característica prática do enfermeiro na ESF, mas estes elementos não estão dissociados da ideia de “prevenção” e “educação-continuada”.

No *quadrante inferior direito* estão presentes elementos frequentes como: “visitas-domiciliares”, “equipe” e “conscientização”, no entanto com ordem média de aparecimento alta. Estes elementos se organizam em torno do núcleo central de forma mais flexível e mais próximo a uma realidade mutável, é por meio destes elementos que se faz possível prováveis mudanças nas práticas e, por conseguinte nas Representações Sociais.

Os resultados e análises apresentados, até este estágio nos indicam que a RS de “Educação em saúde” por seus sujeitos possui um conteúdo supostamente organizado em torno da PREVENÇÃO, do CONHECIMENTO e da EDUCAÇÃO CONTINUADA como elementos centrais importantes e elemento não tão relevante, mas também importante como PROMOÇÃO. Os elementos que possivelmente pertencem ao conjunto do sistema periférico são: QUALIDADE-DE-VIDA, GRUPO e EQUIPE.

No entanto não podemos tomar esta configuração como conclusiva, pois esta é ainda uma etapa do processo de análise dos dados coletados. A articulação que se estabelece entre os elementos constituintes de um provável núcleo central e sistema periférico da RS sobre o papel do enfermeiro na ESF da expressa a predominância dos elementos que reforçam a característica da “Educação em Saúde”.

2.3.4 ANÁLISE DAS JUSTIFICATIVAS DAS PALAVRAS SELECIONADAS PARA A EVOCAÇÃO DE “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”

Após as questões que ofereceram os dados para a realização das análises acima, foi solicitado aos enfermeiros participantes da pesquisa, na questão de *seleção de palavras*, que estes escolhessem duas das palavras evocadas ordenando-as em primeira e segunda importância justificando de forma descritiva sua escolha. Utilizando estas justificativas podemos compreender de forma mais detalhada como os enfermeiros concebem e organizam os elementos que eles consideram importantes para a prática de “Educação em Saúde”. Foram organizadas nas tabelas abaixo, as palavras mais frequentes na seleção dos enfermeiros, para que possamos identificá-las na análise das justificativas apresentadas pelos sujeitos.

Tabela 3 – Palavras mais frequentes para a expressão “Educação em Saúde”

PALAVRA OU EXPRESSÃO	N = 51
Prevenção	21(41,1%)
Promoção	8 (15,6%)
Conhecimento	5 (9,8%)
Educar/educação	4 (7,8%)
Desafio	3 (5,8%)
Informação	3 (5,8%)

Conforme a Tabela 3, os termos mais frequentes na seleção feita pelos enfermeiros foram a “prevenção” e a “promoção”, estes elementos relacionam-se com a educação em saúde com os usuários da ESF. Esta ideia pode ser ilustrada por meio das afirmações dos próprios sujeitos. No caso da palavra “prevenção”, os sujeitos justificaram como sendo importante, porque,

[S4] – *Prevenção primária: a educação em saúde é um instrumento utilizado na prevenção de doenças e promoção da saúde.*

[S9] – *Participação na prevenção direta de doenças e atuar na prevenção.*

[S14] – *Prevenção: a função da educação em saúde é principalmente atuar na prevenção, evitando o adoecimento através de ações de promoção e educação, especialmente quando se atua no Programa Saúde da Família.*

[S20] – *Prevenção: a prevenção é o instrumento mais importante para que o paciente cuide e obtenha uma qualidade de vida sem complicações futuras.*

[S21] – *Prevenção: ensinando como o agravo ou doença acontecem e possível também ensinar como evitar esses agravos evitando assim danos à saúde.*

[S34] – *Prevenção: utilizando dos nossos conhecimentos para a problematização dos agravos a saúde, assim o enfermeiro atua provocando mudança do estilo de vida dos indivíduos causando uma melhor qualidade de vida da família e da comunidade.*

[S39] – *Prevenção: através dela melhoramos a qualidade de vida das populações evitando com que as mesmas não sofram com o processo saúde-doença.*

[S40] – *Promoção-prevenção: a base do programa saúde da família é a prevenção de doenças, então, acredito que qualquer atuação dos profissionais deve ser voltada na busca desses princípios.*

[S47] – *Prevenção: a educação em saúde facilita que os usuários aprendam o que é necessário ou como ter como hábitos saudáveis para não adquirir enfermidades.*

[S48] – *Prevenção atuar na prevenção de doenças que são as atividades de enfermagem, não propagando a contaminação e transmissão de doenças.*

[S50] – *Prevenção de forma que possa orientar e informar as pessoas de diversas doenças, e assim, gerando uma importância imensa para a promoção da saúde em busca de varias dimensões sociais como o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis.*

De acordo com as justificativas, a palavra “prevenção” aparece com um sentido amplo e essencial na prática do enfermeiro, principalmente na ESF. Podemos observar que a maior preocupação dos sujeitos entrevistados foi com a prevenção de doenças. Em relação à prevenção, os enfermeiros se sentem confiantes e qualificam positivamente as atividades desenvolvidas por eles para prevenção das doenças, as quais predominam no universo de trabalhos realizados na ESF. Os enfermeiros citaram vários grupos educativos desenvolvidos por eles e a importância atribuída e avaliam o trabalho desenvolvido por eles como de qualidade.

Consideram que, os trabalhos de grupo, contam com a base de conhecimento fundamentando a idéia de que a bagagem de conhecimento específico e o domínio de conteúdo na área são indispensáveis. Avaliam que a ação preventiva traz como resultado uma rica troca entre o enfermeiro e os usuários, favorece a troca entre eles, promovendo cumplicidade e a aproximação de todos.

A preocupação dos enfermeiros é que este trabalho seja realizado, mas indagam sobre qual a melhor maneira de se fazer isto, pois percebe que somente a informação não é suficiente para prevenir à doença, sendo necessária a sensibilização do usuário. Consideram que o trabalho de prevenção deve ser programado e dirigido e, não somente, ocorrer de forma intuitiva, como vêm sendo realizado.

Em vários momentos, questionam se a atitude informal e intuitiva das conversas a esse respeito com os usuários, seria o melhor caminho. Em alguns momentos, parece que os enfermeiros confundem um trabalho de prevenção com ações de tratamento, revelando suas representações sobre seu próprio trabalho como enfermeiro – aquele que lida com o conhecimento específico da área.

Embora considerem o trabalho de prevenção importante e necessário, conforme apontado acima, os enfermeiros manifestam alguns questionamentos relativos à atual tendência da sociedade em esperar que a educação possa sanar todos os problemas sociais. Não citaram o papel da família. Não consideram que a família é muito importante no trabalho de prevenção, podendo ser o fator de apoio, ou se manter omissa, facilitando ou dificultando, assim, o desenvolvimento de um trabalho cooperativo.

A expressão “promoção”, de acordo com as justificativas dos indivíduos, remete-nos à idéia de “promoção da saúde”, portanto, também, aos princípios norteadores da prática da

Enfermagem. Em relação à expressão selecionada, “promoção da saúde”, os sujeitos, assim justificam,

[S8] – Promoção: é mais amplamente disseminada através da educação continuada em saúde.

[S10] – Promoção da Saúde: um dos pilares da atenção primária de saúde para a garantia de prevenção da doença.

[S21] – Promoção: realizando ações de promoção da saúde a população adquire melhor qualidade de vida.

[S38] – Promoção: através da educação em saúde ocorre à promoção do bem estar do indivíduo.

[S39] – Promoção: é a oportunidade que os profissionais têm para criar o senso crítico nas pessoas, mostrando a importância da co-participação dos usuários na melhoria da qualidade de vida.

[S41] - Promoção: educar a população quanto às questões de bem-estar o enfrentamento dos determinantes de saúde.

[S47] – Promoção: a educação em saúde promove ações, políticas que permitem que os usuários não se exponham a determinados riscos para desenvolver, ensinando como cuidar da própria saúde.

[S50] – Promoção é a base da saúde pública.

A promoção da saúde vem sendo interpretada, por uns, como reação à acentuada medicalização da vida social e, por outros, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado, a princípio, para caracterizar um nível de atenção primário (LEAVELL; CLARK, 1976), seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. O conceito moderno de promoção da saúde e a prática, conseqüente, surgiram e desenvolveram-se de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países em desenvolvimento, particularmente, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental.

Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos – Em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997), desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

Sigerist (1946 apud ROSEN, 1979, p.10) foi um dos primeiros autores a referir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que “[...] a saúde se

promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso [...]", para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. Portanto, fica claro que na educação em saúde não há receitas prontas. A mediação intersetorial e entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social são contribuições inestimáveis que a prática da promoção da saúde, por profissionais e ativistas da saúde, pode trazer ao movimento social.

A análise das justificativas apresentadas pelos enfermeiros nos levou à percepção de um panorama que valoriza de forma expressiva o aspecto preventivo enaltecendo predominantemente a promoção da saúde. Os enfermeiros entendem como objetivo principal a ser alcançado por meio da educação em saúde é a prevenção de doenças e agravos. Os elementos que transmitem um conceito crítico e reflexivo surgem de forma tímida nestes discursos, no entanto demonstram uma presença que marca a possibilidade de avanços para uma prática que observa a contribuição também do conhecimento, da educação, do desafio e da informação.

O “conhecimento” foi uma palavra muito selecionada pelos indivíduos e foi muito direcionada por estes à ideia de “direito do cidadão” e “desempenho da profissão”. Como podemos confirmar, segundo as justificativas dos próprios enfermeiros,

[S7] – Conhecimento: é um direito e dever do cidadão conhecer para se cuidar.

[S31] – Conhecimento: com embasamento científico e interatividade com a comunidade o trabalho em educação em saúde é realizado com prazer e competência.

[S45] – Conhecimento: tanto por parte do enfermeiro como do paciente e da equipe.

[S46] – Conhecimento para usar técnicas no desempenho da profissão.

[S48] – Conhecimento é a base científica no desempenho da profissão.

O “conhecimento” produzido na Enfermagem nos reporta à identificação do conhecimento requerido para a prática de enfermagem e remete-nos à proposição de Johnson; Ratner (1997) de que certas tendências de concepções ocorrem e que estas podem ser classificadas em duas dimensões – Conhecimento objetivo versus subjetivo e conhecimento prático versus especulativo. O conhecimento para a prática de enfermagem centralizou-se em combinações distintas destas dimensões.

A combinação dos conhecimentos **prático** e **objetivo** pode ser identificada nas regras, nos princípios e procedimentos para a prática de enfermagem, nas considerações éticas e lógicas; a combinação de conhecimentos **subjetivo** e **prático** pode incluir habilidades comportamentais e comportamentos éticos de enfermeiros; conhecimento estético e pessoal; o conhecimento experiencial ou habilidades manuais. A combinação **objetiva** e **especulativa** engloba conhecimentos das Ciências Naturais, Ciências Humanas e Ciência de Enfermagem; a combinação de **conhecimentos subjetivo especulativo** inclui, por exemplo, a intuição. Enquanto o conhecimento subjetivo-prático considera "sobre o que deveria ser feito", o conhecimento subjetivo-especulativo diz respeito "[...] a aquilo que é o caso/objeto e é de natureza descritiva [...]" (JOHNSON; RATNER, 1997, p. 10)

Como destaca a WHO (1996), a pesquisa em enfermagem envolve o estudo de todos os aspectos da prática de enfermagem e em todos os seus contextos; e neste sentido, vale ressaltar a citação de McGlothlin (1961, p. 215), “[...] ao se desenvolverem poucas pesquisas, a profissão cai em um vazio, executando suas funções através da repetição e não por meio do entendimento do que se executa.”

Esta repetição do fazer, citada pelo autor, nos leva a comparar com as justificativas dos sujeitos que, na prática do enfermeiro, o conhecimento é transmitido de forma transversal sem meios de troca e construção do conhecimento na relação enfermeiro e usuários.

A evocação da palavra “Educação-continuada” traduz a forte influência da educação em saúde, assim,

[S6] – Grupo educativo: neste momento o enfermeiro abre espaço para discussão reflexão e compreende as dificuldades encontradas pelas famílias no seu cotidiano quanto ao cuidado. Consideramos os componentes ambientais, físicos, culturais, sociais, econômicos associados às diversidades de cada família. Os grupos educativos procuram sempre enfatizar os conceitos de promoção de saúde no contexto saúde doença.

[S12] – Educação continuada com toda equipe do PSF, pois é muito importante que toda equipe se aperfeiçoe e esteja em constante aprendizado para melhor atender a população.

[S26] – Educação sempre se aplica em qualquer fase de nossas vidas e na saúde ela mais do que nunca precisa ser uma aliada para passar credibilidade, confiança e competência junto a vivencia e experiência de cada um no exercício profissional.

[S29] – Grupos educativos: possibilitam a discussão de temas de interesse da comunidade, esclarecendo suas duvidas e auxiliando na mudança de hábitos.

Caber ressaltar a diferença de Educação Continuada e Educação em Saúde, repetitivamente. A primeira representa o conceito de que "nunca é cedo ou tarde demais para se aprender", uma filosofia que tem sido adaptada por uma vasta gama de organizações diferentes. A educação continuada é atitudinal, ou seja, as pessoas podem e devem estar abertas a novas idéias, decisões, habilidades ou comportamentos (FIELD, 2006).

A educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para capacitação da comunidade, contribuindo para promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão do mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento dessas práticas educativas por parte destes profissionais, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (ALVES, 2004).

2.3.5 ANÁLISE DE SIMILITUDE

Outro tipo de análise utilizada foi uma lista de itens, previamente estabelecidos, contendo 18 práticas relativas ao papel convencional de enfermeiro e práticas preventivas/educativas associadas ao papel esperado na ESF. Assim, um segundo método de análise será utilizado, a chamada análise de similitude. O procedimento idealizado por Claude Flament, nos anos 1960, desenvolveu-se na década seguinte com as colaborações de Alain Degenne e Pierre Vergès, oferecendo uma formalização matemática como um método geral ou complementar das clássicas análises fatoriais ou de classificação (BOURICHE, 2003), mas, principalmente, própria para o uso em análises de representações sociais. A seguir, encontram-se os resultados avaliados pelos sujeitos acerca da prática convencional e preventivas/educativas e suas implicações.

Tabela 4 – Práticas relativas ao papel convencional dos enfermeiros e práticas preventivas/educativas

PRÁTICAS	QUANTIDADE DE PALAVRAS	QUANTIDADE DE OCORRÊNCIAS
1. Anamnese	9	(2,95%)
2. Educação continuada	38	(12,4%)
3. Diagnóstico situacional	47	(15,4%)
4. Auditoria	0	(0%)
5. Ações preventivas	42	(13,7%)
6. Visita domiciliar	15	(4,9%)
7. Desinfecção de materiais	0	(0%)
8. Sala de espera	31	(10,1%)
9. Reuniões do Conselho	10	(3,27%)
10. A Consulta	7	(2,29%)
11. Acolhimento	20	(6,55%)
12. Vigilância Nutricional	4	(1,31%)
13. Vacinação	3	(0,9%)
14. Aconselhamento	17	(5,57%)
DST/AIDS		
15. Palestras	36	(11,8%)
16. Procedimentos técnicos	4	(1,31%)
17. Recursos	4	(1,31%)
18. Histórias de vida	18	(5,9%)
TOTAL	305	(100%)

A partir da organização das práticas anteriormente referidas (Tabela 4), estas foram submetidas a um tratamento denominado *análise de similitude* onde foi gerada a *árvore máxima* (Figura 1). A *árvore máxima* é uma expressão gráfica da representação do objeto pesquisado e tem por finalidade estabelecer a relação entre os elementos selecionados, de acordo com a ocorrência da relação ao modo como as práticas são organizadas, com as palavras oriundas das evocações dos indivíduos pesquisados.

De acordo com a *árvore máxima* obtida, temos a categoria “diagnostico situacional” como elemento central da RS do enfermeiro na educação em saúde, estabelecendo uma ligação significativa com a prática “ações preventivas”, “educação continuada”, “sala de espera”

e “palestras”. A prática “diagnóstico situacional”, por sua vez, condensa vários elementos como, “visita domiciliar”, “acolhimento”, “aconselhamento”, “historias de vida”. Ainda, aproxima-se da categoria “consulta”, “anamnese”, “vigilância nutricional”.

Diante desta análise e após a identificação da RS do enfermeiro na educação em saúde, esta apresenta indícios de que está sob influência significativa de uma abordagem situacional e preventiva, em função dos elementos mais relevantes estarem expressos por estas duas categorias, “diagnóstico situacional” e “ações preventivas”, entendendo que este elemento foi evocado com maior frequência pelos enfermeiros em proximidade a “palestras” e “educação continuada”. O que pode ser confirmado na observação dos gráficos da *árvore máxima* disposta, a seguir na Figura 1.

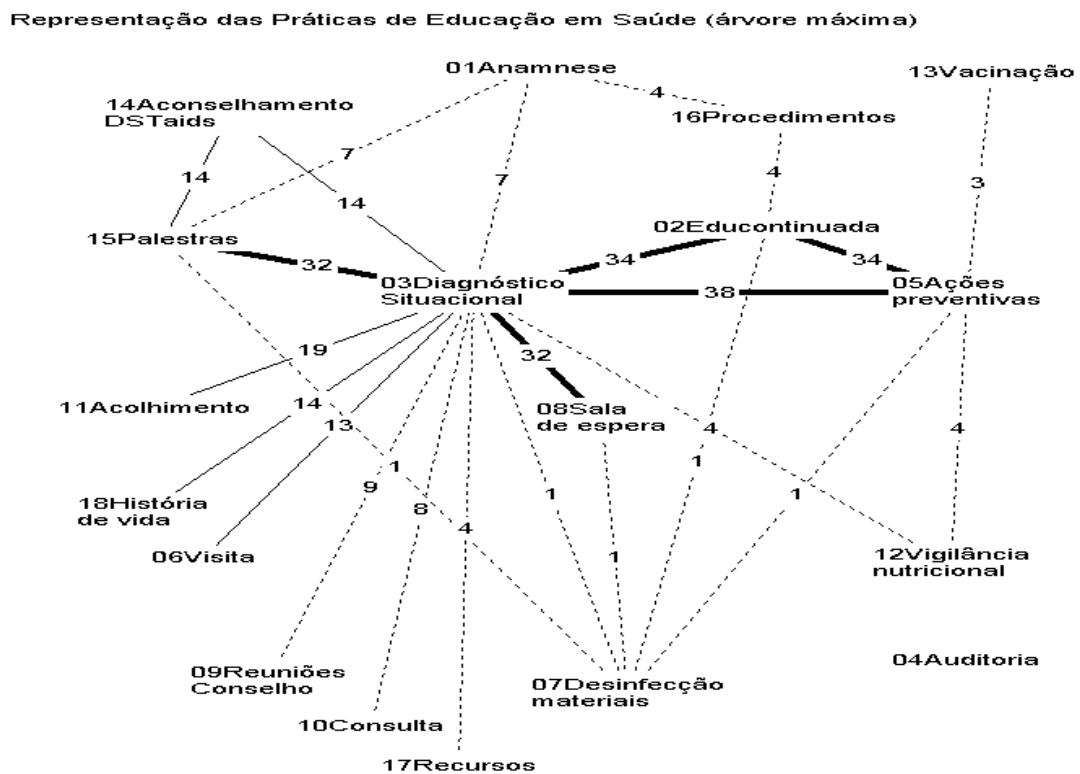


Figura 1 – *Árvore máxima* da RS da prática de Enfermeiros na educação em saúde

De acordo com a leitura que a análise da figura anterior, identificamos o “diagnóstico situacional” e “ações preventivas” como elementos centrais na prática do enfermeiro na educação em saúde. Aqui, aparece uma ideia de que a passagem de conhecimento do enfermeiro para a população produz/gera saúde, então, a educação para a saúde é gestão e transmissão de conhecimento.

O que parece, nos resultados, é que eles acreditam (de “crença”) que a educação em saúde é um processo de passagem contínuo de conhecimento, logo, traz a visão de uma população ignorante, de onde se pode pensar que educação em saúde é só no sistema público, só para pobres. Em consequência, faz-nos pensar, então, que seja papel compensatório ou complementar, a partir da análise de que educar seja papel de enfermeiro que trabalha com pobres, com sistema público.

2.4 RESULTADOS DO ESTUDO DA IMPLICAÇÃO

Foi realizada ainda uma indagação a respeito do grau de implicação dos sujeitos pesquisados com a prática da Enfermagem no contexto da ESF (Quadro 3) e a relação dos grupos educativos (Quadro 4) para que pudesse ser feita uma análise com base em informações que fossem fornecidas por sujeitos que consideram a prática em que estão envolvidos, minimamente importantes em suas vidas ou mesmo para que pudesse ser indicado o quanto estes enfermeiros estão implicados com a sua prática. Conforme o quadro apresentado abaixo,

Quadro 3 – Respostas para as questões de pesquisa ao grau de envolvimento dos sujeitos em relação ao campo de atuação do enfermeiro

QUESTÕES	DISCORDO TOTALMENTE E MUITO	UM POUCO	NÃO TENHO OPINIÃO FORMADA	EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE E MUITO
Ação individual	0	4	0	19	28
Equipe interdisciplinar	0	1	0	3	47
Ação coletiva	0	1	0	1	49
Trabalhos de grupo	0	0	0	4	47
Informação/Prevenção	0	0	1	5	45
Preocupação com trabalho de grupo	2	2	0	14	33

N= 51

Quadro 4 – Percentual de respostas para as questões sobre o grau de envolvimento dos enfermeiros em relação ao campo de atuação do enfermeiro

QUESTÕES	NÚMERO DE RESPOSTAS TOTALMENTE E MUITO
Você considera que pode contribuir individualmente para melhorar o trabalho da Enfermagem?	54,9%
Você considera que coletivamente os enfermeiros podem melhorar o trabalho da Enfermagem?	96%
Você considera que a equipe interdisciplinar em conjunto pode melhorar o trabalho da Enfermagem?	92,1%
Os trabalhos de grupo são importantes para o seu trabalho como enfermeiro?	92,1%
Sobre as atividades educativas, assistenciais, administrativas e investigativas do enfermeiro você se sente:	88,2%
Você se sente em relação ao trabalho de grupo na Enfermagem:	64,7%

De um modo geral, os enfermeiros informaram que consideram a sua prática como uma atividade importante e podem melhorar o trabalho da Enfermagem na ESF. A maioria dos enfermeiros (92,1%), envolvidos na pesquisa consideram-na “totalmente importante” e “muito importante” os trabalhos de grupos. Dos 51 sujeitos que responderam o questionário, 54,9% acham que podem individualmente contribuir “totalmente” e “muito” para melhorar o trabalho da Enfermagem. Do número total de indivíduos pesquisados, 96% acreditam “totalmente” e “muito” que podem agir coletivamente para melhorar o trabalho da Enfermagem.

Os indivíduos, ainda, apresentaram um quadro expressivo em relação à equipe interdisciplinar quanto à melhoria do trabalho da Enfermagem. Segundo as respostas obtidas 92,1% dos sujeitos se consideram “totalmente” e “muito” que os trabalhos de grupo são importantes para o seu trabalho como enfermeiro. Isto sugere que de um modo geral os enfermeiros que utilizam essa modalidade de atendimento na ESF demonstram uma grande disponibilidade para que a prática e se sente em relação ao trabalho de grupo na Enfermagem (64,7%) dedicação e envolvimento venha a ser exercida com muita qualidade.

No tocante ao trabalho de grupos na ESF 54,9% sente que “totalmente” e “muito” pode contribuir individualmente para melhorar. Este percentual indica que os indivíduos não apenas demonstram um grau de grande envolvimento com a sua prática como entendem que podem contribuir de grande modo para modificações e melhorias que possam ocorrer ou ne-

cessitem ocorrer nesta prática. No entanto, 96% acreditam pode contribuir coletivamente para melhorar o trabalho de grupo na ESF.

Os números apresentados nos sugerem que o grupo de enfermeiros pesquisado, considera a sua prática como um componente importante em suas vidas e entendem a importância dos grupos educativos na prevenção de doenças dos usuários, que a sua forma de atuação frente aos grupos educativos pode contribuir significativamente para um avanço na qualidade de vida, pois estes enfermeiros consideram não apenas que possuem as condições necessárias para o pleno exercício de sua profissão como também afirmam sua dedicação à questão da saúde dos usuários.

Percebem, ainda, que são, potencialmente, capazes de contribuir individualmente e que eles se sentem muito preocupados (64%) e que não conseguem mudar com sua ação individual (45,1%) para melhorar esta prática. No entanto, não se percebem como indivíduos bem informados sobre questões relacionadas à condução de grupos educativos, o que sugere, ainda, que estes indivíduos não participam de movimentos de circulação de informações, reflexões, concepção de novos conceitos a respeito desta prática.

O quadro exposto, a seguir, apresenta o panorama de respostas dadas pelos enfermeiros sobre o trabalho de grupo na ESF, configurando um cenário de predominância de indivíduos que consideram o grupo educativo importante na própria vida, que se percebem dedicados à questão e consideram que podem agir, coletiva e individualmente, para modificar e melhorar essa prática, no entanto, sentem-se bem preocupados acerca da efetividade na prevenção de doenças.

Quadro 5 – Respostas para as questões de pesquisa ao grau de envolvimento dos sujeitos em relação ao trabalho de grupos na ESF

QUESTÕES	DISCORDO TOTALMENTE E MUITO	UM POUCO	NÃO TENHO OPINIÃO FORMADA	EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE E MUITO
Ação individual	5	1	3	15	27
Ação Coletiva	1	0	0	12	38
Importância para Sociedade	0	0	0	15	42
Participação da Equipe Interdisciplinar na prevenção	0	1	2	0	48
Eficiência na Prevenção	9	0	0	0	42

N= 51

Quadro 6 – Percentual de respostas para as questões sobre o grau de envolvimento dos enfermeiros em relação ao trabalho de grupo na ESF

QUESTÕES	NÚMERO DE RESPOSTAS TOTALMENTE E MUITO
Você pode contribuir individualmente para melhorar?	52,9%
Você pode contribuir coletivamente para melhorar o trabalho de grupo no PSF?	74,5%
Os trabalhos de grupos do PSF são importantes para a sociedade?	82,3%
Você considera que a atuação da equipe interdisciplinar:	94,1%
Em relação à prevenção de doenças, o trabalho grupal:	82,3%

Fortalecendo o depoimento comentado anteriormente, quando questionados a respeito do grau de envolvimento dos sujeitos em relação ao campo de atuação do enfermeiro suas condições de trabalho os indivíduos expressam em maioria, que possuem condições necessárias para realizar bem seu trabalho como enfermeiros na ESF. Um grupo correspondente a 52,9% acha que podem individualmente contribuir “totalmente” e “muito” para melhorar o trabalho de grupo.

Do número total de indivíduos pesquisados, 74,5% acreditam “totalmente” e “muito” que podem agir coletivamente para melhorar o trabalho de grupo na ESF. Os indivíduos ainda apresentaram um quadro expressivo em relação à equipe interdisciplinar quanto à melhoria do trabalho de grupo. Segundo as respostas obtidas 94,1% dos sujeitos se consideram “totalmente” e “muito” que a participação da equipe interdisciplinar é importante para a prevenção de doenças. De um modo geral os enfermeiros que utilizam essa modalidade de atendimento na ESF demonstram uma grande eficiência do trabalho de grupo na prevenção (82,3%).

Um dado interessante apresentado pelos enfermeiros é que pouco menos da metade acredita que não conseguem contribuir individualmente para melhorar o trabalho de grupo. Ao passo que a maioria (82,3%) acredita que o trabalho de grupo seja importante para a sociedade. Ademais, apenas 9 sujeitos acham “totalmente” e “muito” ineficiente a prevenção através do trabalho de grupo. Esta dicotomia mostra uma visão estereotipada, idealizada dos grupos, sem influencia de uma prática real ou consistente: é como uma espécie de “politicamente correto” ser a favor da prevenção e dos grupos, então o trabalho de grupo é muito im-

portante, não porque o sujeito experimentou e viu, mas porque é o que é ensinado e afirmado nos documentos e políticas da ESF.

Apesar dos aspectos positivos apontados na literatura acerca dos benefícios do trabalho em grupo, ao se traçar intervenções que visem à promoção e a educação em saúde deve-se considerar os modos de pensar dos sujeitos envolvidos, edificados ao longo do processo de viver. Somente com ações construídas coletivamente é que talvez, possam ser reinventados novos caminhos para promover a saúde.

2.3.5 ANÁLISE DAS AVALIAÇÕES ATRIBUÍDAS AOS TIPOS DE GRUPOS EXECUTADOS

Foi realizada ainda uma indagação a respeito da experiência dos sujeitos com grupos educativos no contexto da ESF para que pudesse ser feita uma análise com base em informações que fossem fornecidas por eles que consideram a prática em que estão envolvidos, minimamente importantes em suas vidas ou mesmo para que pudesse ser indicado o quanto estes enfermeiros estão implicados com a prática de educação em saúde, conforme o quadro descrito abaixo,

Quadro 7 – Quadro de respostas para as questões de pesquisa das experiências para realização do grupo educativo

QUESTÕES	N = 51		
	SIM	NÃO	JUSTIFICOU
Já realizou atividades grupais no contexto da ESF?	47 (92,1%)	4 (7,9%)	23 (48,9%)

N= 51

O quadro acima representa que a maioria dos sujeitos entrevistados já realizou alguma atividade grupal no contexto da ESF. Isto mostra que o trabalho de grupo faz parte da prática dos enfermeiros entrevistados na ESF. Os grupos mais citados pelos sujeitos foram “grupos de hipertensos”, “grupo de diabéticos”, “grupo de gestantes”, “grupo de qualidade de vida”. Menos da metade (48,9%) dos enfermeiros que responderam “sim”, justificou a importância atribuída, conforme abaixo,

[S21] – No programa saúde da família onde realizei, a mais importante foi as atividades de promoção a saúde relacionados a hipertensão arterial, visto que o número de hipertensos na comunidade era enorme.

[S48] – Os encontros eram super proveitosos pois era o momento em que construíamos novos conhecimentos dentro da realidade dos usuários.

[S45] – Pois é o momento onde a mulher se encontra frágil, com a educação em saúde com as gestantes trabalhamos com saúde da mulher refletindo na saúde da criança.

[S1] – No qual foram trabalhados em quatro encontros tema que envolvem esse conceito, dentro do que é preconizado por viver e ser saudável pela organização mundial da saúde.

[S34] – Todas são importantes, mas tenho um carinho todo especial pelo trabalho realizado com os adolescentes (...).

Alguns dos sujeitos tratam o trabalho de grupos educativos como uma experiência pessoal positiva, outros como positiva para o grupo, isto em termos de prevenção de melhoria da qualidade de vida e outros ainda colocam como uma importância abstrata como podemos perceber na justificativa do S34.

Podemos nos perguntar se estas “experiências” fizeram parte de um planejamento como objetivo e planejamento previamente estabelecido, pois não parece, também, afirmar que estas respostas nos levam a crer que os grupos não são tratados como “técnicas”, “procedimentos técnicos”, ou seja, percebemos, nas justificativas, que estes profissionais não têm formação consistente para ver/entender os grupos como uma prática estruturada, mas sim como uma espécie de “atividade educativa”, como se todos os enfermeiros soubessem “naturalmente” executar práticas educativas com competência. A aplicação de grupos pode ser, neste sentido, comparada a palestras: há um “pressuposto” que todo enfermeiro já está formado para executar este tipo de prática educativa.

Frente a este novo panorama, que conceitua um modelo preventivo para a saúde, o Enfermeiro não deve focar sua ação/cuidado na assistência ao portador de doenças, mas sim atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde dos usuários. Respeitar a independência, primando a participação deste no processo de cuidado, e considerando-os como multiplicadores da informação pode ser considerada uma meta para a assistência qualificada e assim, cuidar sem o invadir ou o possuir. Os conhecimentos que fornecem subsídios para uma prática de cuidado integral incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. É preciso reconhecer que o ciclo de vida consiste numa série de etapas relacionadas entre si e num todo integrado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A sociedade possivelmente identifica o enfermeiro como àquele que cuida do paciente, sendo comum, nas Unidades de Saúde, o profissional de nível médio ser confundido como o enfermeiro. Construções sociais como estas têm evidenciado a necessidade de estudos sobre a identidade profissional do Enfermeiro.

No âmbito desta proposta, a pesquisa aqui apresentada procurou investigar quais representações sociais, praticas que os enfermeiros constroem, durante o trabalho com grupos educativos na ESF. A pesquisa de campo realizada com os enfermeiros que atuam na ESF e que tiveram uma experiência com grupos educativos, mostrou que o enfermeiro é o profissional que gerencia o cuidado com responsabilidade e amor. A palavra “cuidar” foi comum nas “falas” dos sujeitos, sendo atribuído o sentido de “a essência da Enfermagem” ou seja, o enfermeiro deve cuidar do próximo. Porém, as atividades de gerenciamento o afastam desta prática, colocando o enfermeiro como aquele que não cuida diretamente, mas sim supervisiona o cuidado.

Os sujeitos da pesquisa atribuíram uma identidade à profissão pautada na responsabilidade pelo cuidado da vida do próximo e pelo gerenciamento deste cuidado. A formação na graduação, por um lado, torna-se uma influência positiva quanto à construção desta identidade. De fato, no percurso histórico da profissão, a cientificação da Enfermagem proposta por Florence Nightingale culminou, nos dias atuais, em uma profissão imersa em teorias e preocupada com a ação de enfermagem baseada em evidências científicas. Porém, percebeu-se que os enfermeiros atribuíram valor maior ao ato de cuidar por amor, historicamente construído, do que à cientificação do cuidar, quando solicitados a representar o “Ser Enfermeiro”.

No tocante a RS da educação em saúde, as palavras “prevenção” e “promoção” foram as mais comuns nas “justificativas” dos sujeitos, sendo atribuído o sentido de “educação continuada” ou seja, o enfermeiro deve cuidar do próximo continuamente.

A utilização de grupos educativos na ESF não se constitui propriamente em uma novidade. Por natureza, o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo nos vários níveis de atenção a saúde. Porém, um aspecto chamou a atenção, quando notamos que os trabalhos publicados pela Enfermagem brasileira na sua grande maioria não se referem à questão do preparo do enfermeiro para a condução dessa tarefa. Esse fato suscitou atentar para verificar de fato os pontos relevantes no desenvolvimento do trabalho de grupo pelos enfermeiros partindo da sua experiência concreta. Por essa razão, acreditamos que desvelar os

aspectos importantes na formação do enfermeiro para que o mesmo possa realizar atividades grupais de forma mais consciente, reflexiva e efetiva, esteja presente como nossa maior intenção na elaboração dessa pesquisa.

Ao analisar os grupos indicadas pelos enfermeiros entrevistados como experiências práticas para a prevenção e promoção da Saúde, foi capaz de revelar os desafios que eles vivenciam no cotidiano da ESF. Nesse contexto, o reflexo do modelo flexneriano e a incorporação de referenciais de saúde que tem como pilar a oferta organizada de ações que partem da realidade e das necessidades de saúde do usuário, é incorporado às oportunidades que acionam práticas grupais nos referenciais de promoção da saúde no contexto da ESF.

Com base em diferentes referenciais, sabe-se que a programação de práticas de prevenção de agravos, embutidas em um discurso de promoção da saúde, mas com ações práticas com enfoque tradicional, centradas em um modelo curativista, não traz impactos frente à proposta de um modelo assistencial produtor de saúde e da vida humana. Cabe-nos, como profissionais de saúde, por meio da construção de práticas planejadas e engajadas, buscarmos incorporar os referenciais da saúde coletiva e da educação popular em saúde, para a construção de práticas de grupo que conciliem as necessidades de saúde e as orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde da população, sendo promotoras da saúde “com” e não “para” a comunidade que assistimos. Isso se torna um desafio contínuo!

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

_____. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Editora da UCG, 2003.

_____. (dir) Pratiques sociales et représentations. Paris, PUF, 1994 In: NOBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S.P. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/Autor Associado, 2001. 464p.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: A. S. P. Moreira; D. C. Oliveira (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia. 1998. p. 27-38

ALENCAR, R. C. V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. A abordagem estrutural das Representações Sociais. Psicologia da Educação. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, n. 1, p. 7-37, 2002.

ALVES MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

ALVES, S. V. **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Botucatu, 2004.

BESEN, C. B.; NETTO, M. S.; ROS, M. A. da; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F.; A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

BEZERRA, A. L. Q. **Treinamento do enfermeiro recém-admitido visão do treinador e do treinado**. 1995. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1995.

BEZERRA, A. L. Q. et. al. O papel educador do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev. Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 22-28, 2005.

BOURICHE, B. L'analyse de similitude. In: ABRIC, J-C. (Dir.). **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Saint-Agne: Éditions Érès, 2003, p. 221-252.

BRANCO, J. R. **Qualidade e segurança do paciente. Gestão de riscos**. Rio de Janeiro, Medbook, 2012.

BRASIL. Lei n.º 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de junho de 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal Brasileira**. Brasília, DF: Senado Federal, 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf. Acesso em: 31 abr. 2010.

BRASIL. Resolução n.º 196 de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 10 de outubro de 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 20 mar. de 2010.

BRASIL. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 21 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf. Acesso em: 21 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 20 mar. de 2010.

BRITO, A. M. R. **Representações sociais de discentes de enfermagem sobre ser enfermeiro**. 2008. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2008.

BUSTAMANTE-EDQUÉN, S.; SANTOS, R. S. **A arte de cuidar em enfermagem familiar. Família saúde desenvolvimento**. Curitiba, v. 6, n. 1, p. 57 - 64, jan./abr. 2004. Disponível em <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8078/5697>. Acesso em 20 de agosto de 2007.

CAMPOS, L. A. S. **Didática da Educação Física**. Várzea Paulista, SP: Fontoura, 2011.

CAMPOS, P. H. F. **Pratiques, représentations et exclusion sociale: le cas des éducateurs des enfants de rue du Brésil**. Thèse de Doctaret em Psychologie; Université de Provence, Aix-en-Provence, 1998.

_____. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e Representações Sociais. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. da; (Org.). **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Goiânia: Editora UCG, 2003. p. 21-36.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, supl. 12, p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em saúde da família: uma estratégia para o apoio à extensão da atenção básica nas grandes cidades. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n. 8, p. 38-46, 2005.

CAMPOS, P. H. F. Representações Sociais, risco e vulnerabilidade. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, 2012.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1.547- 1.554, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf. Acesso em: 18 jan. 2013.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 46, p.19-22, mar. 1995.

COSTA, W. A.; ALMEIDA, A. M. O. A construção do conceito de bom professor. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. 2. ed. Goiânia: Ed. AB, 2000.

DALVIM, R.M. B; TORRES, G.V; SANTOS, S.R. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, p. 43-9, 1999.

DOISE, W.; CLEMENCE, A.; LORENZI-CIOLDI, F. Représentations sociales et analyses des données, Grenoble: PUG, 1992. In: SÁ, C. P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais In: JODELET, D. (Org.). **As Representações sociais**, 2001. p. 321-341.

_____. Sur la réunion des arbres maximaux d'un graphe totalement préordonné. **Mathématiques, Informatiques et Sciences Humaines**, v. 3, n. 2, p. 97-105, 1993.

_____. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Eds.). **Les représentations sociales**. Lausanne, Délachaux et Niestlé, 1986, p. 139-156.

_____. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. **Cahiers de Psychologie Cognitive**, v. I, p. 375-385, 1981.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 32. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FIELD, John. *Lifelong Learning and the New Educational Order*. **Trentham Books**, 2006.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 178-185, 2008.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, p. 393-398, 2005.

GUIMARÃES, E. M. P.; BASTOS, M. A. R. **Desarollo de Recursos Humanos em Enfermeria**. Maestria em Administración de Servicios em Enfermeria. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

HERINGER, A.; FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S.; BARROS, A. L. S. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros no programa saúde da família no Rio de Janeiro. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, 2007.

JESUS, M. C. P. et al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. EDUERJ, 2001.

JOHNSON, J. L.; RATNER, P. A. The nature of the knowledge used in nursing practice. In: THORNE, S. E.; HAYES, V.E. **Nursing praxis: knowledge and action**. Thousand Oaks: Sage Publ., 1997. p. 3-22.

KILSZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, dez. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302001000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 mar. 2011.

LEONELLO, V. M. **Competências para a ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem**. 2007. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. Mc-Graw-Hill Inc.: São Paulo, 1976.

McGLOTHLIN, W. J. **Place of nursing among the profession**. *Nurs: Outlook*, v. 9, n. 4, p. 214 - 216, Apr. 1961.

MACHADO, A. L.; OLIVEIRA, F. B.; SILVA, W. V.; HUPSEL, Z. N. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 3, p. 486-97, dez. 1997.

MARCONDES, A. P.; SOUZA, C. P. Parceria de abordagens metodológicas no estudo de representações sociais da avaliação institucional. **GT: Psicologia da Educação/nº 20. 26ª Reunião anual da ANPED. “Novo Governo. Novas Políticas?”** 5 a 8 de outubro de 2003, Poços de Caldas. Disponível em:
<http://www.anped.org.br/reunioes/26/posteres/anamericapradomarcondes.rtf>.
 Acesso em: 20 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 128 p.

MARQUES, S. C.; TYRREL, M. A.; OLIVEIRA, D. C. A Produção Científica da Enfermagem na Perspectiva da Representação Social. Brasil, 1975-2001. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, set. 2006. Disponível em:
<http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 9 nov. 2008.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F.; Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião- AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 250-5, maio-jun. 2005.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. Representações Sociais. **Investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 150-161, 2006. Disponível em:
http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/atualizacao. Acesso em: 27 set. 2007.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.

NAUDERER T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 74-7, jan.-fev. 2005.
 OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 1996. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília. 1996.

OLIVEIRA, A. M. de. **Representações Sociais de Desenvolvimento Humano**. IN *Psicologia reflexão e crítica*, 2003.16 p. 147 a 153. Acesso em 2011.

PEREIRA, E. G. **A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período de 1988 a 2003.** 2005. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PICHON RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal.** 39. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Grande tratado de Enfermagem prática clínica e prática hospitalar.** 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002.

PRIBERAM. **Dicionário On-line de Língua Portuguesa.** 2009. Disponível em: http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx. Acesso em: 15 fev. 2009.

RADSMA, J. Caring and nursing: a dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, v. 20, n. 3, p. 444-449, 1994. In: WALDOW, V. R. **Cuidar.** Expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

RIZZINI, I.; CASTRO, M. R.; SARTOR, C. D. Série banco de dados- 6 Pesquisando. **Guia de Metodologias de Pesquisa para Programas Sociais.** Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 1999.

ROSA, R. B. et al. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev. gaúcha enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p.185-192, jun. 2006.

SÁ, C. P. **A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

_____. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.

SALUM NC, P. M. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 2, Pt. 1, p. 298-311, 2000.

SIGERIST, H. E. *The University at the crossroads.* New York: Henry Schumann Publishers. 1946. In: ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Graal, Rio de Janeiro. 1979.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, set./out. 2009.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; GRILLO, M. J. C; HORTA, N. C.; PRADO, P. M. C. Promoção da Saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. **Ver. Esc. Enfermagem USP** n. 41(Esp.), p. 826-9, 2007. Disponível em: < www.ee.usp.br/receusp/>. Acesso em: 18 set. 2011.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde: Sistematização de Fundamentos e Metodologias. **Esc. Anna Nery R Enferm.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p 52-57, mar. 2007.

STACCIARINI, J. M.; ANDRAUS, L. M. S.; ESPERIDIÃO, E.; NAKATANI, A.K. Quem é o enfermeiro? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.1, n.1, out./dez. 1999. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>. Acesso em: 20 dez. 2012.

WATSON, J. The philosophy and science of caring. Boston? Little Brown, 1985. In: WALDOW, V. R. **Cuidar**. Expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

WHO. World Health Organization. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 1996. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília. 1996.

VERGÈS, P. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central de la représentation. **Bulletin de Psychologie**, v. 45, n. 405, p. 203-209, 1992.

_____. Representations sociales de l'économie: une forme de connaissances. In: JODELET, D. (Ed.). **Les représentations sociales**, Paris: PUF, 1989. p. 387-405.

_____. Approche Du noyau central; propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI, C. (Éd.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne, **Délachaux et Niestlé**, 1994. p. 233-253.

_____. Représentations sociales partagées, périphériques, indifférentes, d'une minorité: méthodes d'approche. **Cahiers Internaux de Psychologie Sociale**. n. 28, p. 77-95, 1995.

_____. Interprétation au premier degré l'analyse au plus près des propriétés mathématiques. **Informatique et Sciences Humaines**, v. 67, p. 27-40, 1985.

APENDICE - A

QUESTIONÁRIO

1. Quais são as palavras, em ordem de importância, que vêm a sua mente quando você escuta a expressão: “SER ENFERMEIRO”? (Dê no mínimo 3 respostas).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Justifique 2 escolhas mais importantes:

2. Com base na sua experiência como ENFERMEIRO quais são as palavras ou expressões que vêm espontaneamente à sua cabeça quando você escuta a expressão: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”. (Dê no mínimo 3 respostas).

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

2.1 Pensando no seu ambiente de trabalho selecione, dentre as suas respostas, em ordem de importância, quais são as duas mais importantes para caracterizar o que é educação em saúde.

2.2 Copie as duas respostas que você selecionou acima e justifique as razões pelas quais você acredita que elas são importantes.

Resposta 1:

Resposta 2:

3. Em sua opinião, selecione as 6 frases que mais caracterizam o trabalho do enfermeiro em “Educação em Saúde”.

- (1) Realizar anamnese (coleta de dados).
- (2) Promover educação continuada com a equipe de enfermagem.
- (3) Realizar educação para saúde de acordo com diagnósticos situacional da comunidade.
- (4) Realizar auditoria na comunidade.
- (5) Promover ações preventivas à saúde.
- (6) Realizar visita domiciliar com a equipe.
- (7) Coordenar atividades de desinfecção de materiais.
- (8) Realizar sala de espera.
- (9) Participar das reuniões do Conselho local (identificar as lideranças).
- (10) Realizar a Consulta de Enfermagem ambulatorial.
- (11) Participar do Acolhimento.
- (12) Atuar na Vigilância Nutricional.
- (13) Participar de campanhas de Vacinação.
- (14) Realizar aconselhamento DST/AIDS.
- (15) Realizar palestras nas escolas.
- (16) Realizar procedimentos técnicos como medicação, passagem de cateterismos, curativos.
- (17) Realizar levantamento dos recursos administrativos, físicos, materiais e humanos da instituição de saúde.
- (18) Conhecer as histórias de vida dos usuários.

4. Já realizou atividades grupais no contexto do PSF?

Sim Não Se sim, qual a mais importante e por quê?

5. Abaixo, você vai encontrar afirmações quanto ao campo de atuação do enfermeiro. O que nos interessa, aqui, é sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas.

A) Você considera que pode contribuir individualmente para melhorar o trabalho da Enfermagem?

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente

B) Você considera que coletivamente os enfermeiros podem melhorar o trabalho da Enfermagem?

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente

C) Você considera que a equipe interdisciplinar em conjunto pode melhorar o trabalho da Enfermagem?

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente

D) Os trabalhos de grupo são importantes para o seu trabalho como enfermeiro?

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente

E) Sobre as atividades educativas, assistenciais, administrativas e investigativas do enfermeiro você se sente:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente desinformado	Muito desinformado	Pouco desinformado	Não sei dizer	Pouco informado	Muito informado	Totalmente informado

F) Você se sente em relação ao trabalho de grupo na Enfermagem.

1	2	3	4	5	6	7
Preocupado	Muito preocupado	Pouco preocupado	Não sei dizer	Pouco tranquilo	Muito tranquilo	Totalmente Tranquilo

Em relação ao trabalho de grupo no PSF:

G) Você pode contribuir individualmente para melhorar

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo Totalmente

H) Você pode contribuir coletivamente para melhorar o trabalho de grupo no PSF

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente

I) Os trabalhos de grupos do PSF são importantes para a sociedade.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente

J) Você considera que a atuação da equipe interdisciplinar

1	2	3	4	5	6	7
Não consegue melhorar nada , a prevenção	Não consegue melhorar muito, a prevenção	Tem pouca participação na prevenção	Não tenho opinião formada	Pode melhorar em parte, a prevenção	Pode melhorar muito, a prevenção	Pode melhorar a prevenção totalmente

K) Em relação à Prevenção de doenças, o trabalho grupal:

7	6	5	4	3	2	1
É extremamente eficiente	É muito eficiente	É pouco eficiente	Não tenho opinião formada	É ineficiente	É muito ineficiente	É extremamente ineficiente

6. Sexo: Masculino Feminino

7. Idade: Entre 20 – 30 anos
 Entre 31 – 40 anos
 Entre 41 – 50 anos
 Mais de 50 anos

8. Tempo de formado: 0 até ≤ 1 ano
 > 1 até ≤ 2 anos
 > 2 até ≤ 5 anos
 > 5 até ≤ 10 anos
 > 10 anos

APENDICE B

Título: Distribuição das respostas entre todos os indivíduos e de acordo com a graduação de 1 a 7.

ABORDAGEM	QUESTÃO	N.º DE RESPOSTAS							
		DT	DM	DP	NTO	CP	CM	CT	NR
Ação individual, equipe interdisciplinar e ação coletiva	Você considera que pode contribuir individualmente para melhorar o trabalho da enfermagem?	0	0	4	0	19	14	14	0
	Você considera que coletivamente os enfermeiros podem melhorar o trabalho da enfermagem?	0	0	1	0	3	18	29	0
	Você considera que a equipe interdisciplinar em conjunto pode melhorar o trabalho da enfermagem?	0	0	1	0	1	13	36	0
Trabalhos de Grupo	Os trabalhos de grupo são importantes para o seu trabalho como enfermeiro?	0	0	0	0	4	17	30	0
Informação	Sobre as atividades educativas, assistenciais, administrativas e investigativas do enfermeiro você se sente:	0	0	0	1	5	23	22	0
Preocupação com o trabalho de grupo	Você se sente em relação ao trabalho de grupo na enfermagem:	1	1	2	0	14	26	7	0
Trabalho de grupos na ESF	Você pode contribuir individualmente para melhorar?	5	0	1	3	15	17	10	0
	Você pode contribuir coletivamente para melhorar o trabalho de grupo no PSF?	0	1	0	0	12	20	18	0
	Os trabalhos de grupos do PSF são importantes para a sociedade?	0	0	0	0	9	15	27	0
	Você considera que a atuação da equipe interdisciplinar?	0	0	1	2	0	32	16	48
	Em relação à prevenção de doenças, o trabalho grupal:	6	3	0	0	0	18	24	42

DT – Discordo Totalmente; DM – Discordo Muito; DP – Discordo um Pouco; NTO – Não Tenho Opinião formada; CP – Concordo um Pouco; CM – Concordo Muito; CT – concordo Totalmente; NR - Não Responderam.