

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLÓGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO

REDE DE SIGNIFICADOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS NO CUIDADO DA
CRIANÇA

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

Fortaleza - Ceará

Maio 2003

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

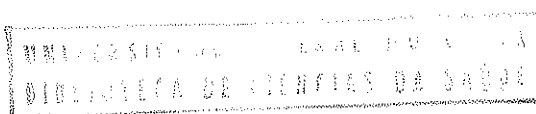
REDE DE SIGNIFICADOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICA DOS
PROFISSIONAIS NO CUIDADO DA CRIANÇA

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção parcial do título de Doutora em Enfermagem. A pesquisa está inserida na linha de pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza-Ceará

Maior 2003



Q45r Queiroz, Maria Veraci Oliveira

Rede de significados da educação em saúde: práticas dos profissionais no cuidado da criança/Maria Veraci Oliveira Queiroz – Fortaleza, 2003.

255f.il.

Orientador: Profª Drª Maria Salete Bessa Jorge. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará.

1. Educação em saúde. 2. Etnologia. 3. Cuidados integrais de saúde. 4. Cuidado da criança. 5. Cuidados de Saúde. I. Jorge, Mª Salete Bessa Jorge (Orient.). II. Título.

CDD 613

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

REDE DE SIGNIFICADOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICA DOS
PROFISSIONAIS NO CUIDADO DA CRIANÇA

Tese apresentada ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Doutora em Enfermagem em 28/5/2003 atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Graciele
3º Membro da Banca

Profa. Dra. Vera Lúcia Moreira Leitão

Profa. Dra. Vera Lúcia Moreira Leitão
4º Membro da Banca

Profa. Dra. Neiva Francenelle Cunha Vieira
Membro - Suplente

Prof. Dr. Andrea Caprara
Membro - Suplente

Dedicatória

Ao meu marido, aos meus filhos e aos meus pais, pela presença constante no meu existir e por terem sabido compreender a minha ausência em razão da busca contínua em aprender. Com vocês pude compartilhar momentos de tristeza, alegria, música, certezas e incertezas, estudo, trabalho e lazer. Tudo isso contribuiu para que eu compreendesse a realidade concreta do viver em família.

Agradecimentos

Inicialmente invoco a Deus, agradecendo por Sua contínua presença, iluminando, abrindo caminhos, o que me ajudou a ter fé, esperança, a lutar na busca de dias melhores, a encontrar o verdadeiro significado de viver em comunhão com meus semelhantes.

À orientadora, Maria Salete Bessa Jorge, pela disponibilidade, competência e pela relação de amizade e troca, ensinando-me e me motivando a descobrir estratégias na construção do conhecimento. Isto provocou em mim reflexões que iluminaram caminhos e possibilidades.

À minha família e em especial aos meus irmãos e irmãs, sobrinhas e sobrinhas, e aos meus queridos pais. Com vocês aprendi a perceber o sentido da amizade, do amor e da solidariedade, a valorizar o simples e procurar entender o complexo.

Aos profissionais informantes desse estudo, com os quais pude refletir e descobrir possibilidades de lidar com nosso cliente pediátrico e sua família, ajudando-os no caminho do cuidado à saúde. Foram reflexões compartilhadas, capazes de redimensionar maneiras razoáveis de cuidar e contribuir na melhoria da saúde da criança.

A todos(as) os (as)gerentes do Hospital Geral de Fortaleza a quem estou diretamente subordinada na hierarquia das funções, meu profundo agradecimento pelo apoio e compreensão quanto à minha liberação para que eu concretizasse essa pesquisa. Às minhas colegas de trabalho e, principalmente, àquelas que me apoiaram na concretude desse trabalho.

A todos os profissionais da instituição estudada, que facilitaram meu acesso ao campo da pesquisa e contribuíram com as informações.

À Universidade Estadual do Ceará, pelo incentivo e apoio em todo esse percurso, e, de modo especial, a todos os colegas do Curso de Enfermagem desta universidade, pelo apoio e troca de experiências.

Aos os funcionários e professores do Programa de Pós-Graduação – Doutorado, pelo meu crescimento pessoal e profissional, especialmente as Professoras Grasiela, Zulene, Lorita, Raimundinha, Neiva, Nazaré e o professor Rui Verlaine.

Aos examinadores da tese: Yolanda Flores, Maria de Lourdes, Grasiela Barroso, Vera Lúcia Leitão, Neiva Francenelle e Andréa Caprara obrigada pelos ensinamentos e sugestões.

À Fundação Cearense de Pesquisa, por ter me agraciado com bolsa durante o doutorado.

Enfim, a todos os que compartilharam comigo essa experiência e que contribuíram de alguma forma com esse estudo, cuja ajuda foi imprescindível na conclusão de mais uma etapa significativa na minha vida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Epígrafe

O conhecimento caminha lento feito lagarta.
Primeiro não sabe que sabe
e voraz contenta-se com o cotidiano orvalho
deixado nas folhas vividas das manhãs.

Depois pensa que sabe
e se fecha em si mesmo: faz muralha,
cava trincheiras, ergue barricadas.
Defendendo o que pensa saber
levanta certeza na forma de muro
orgulhando de seu casulo.

Até que maduro
explode em vôos
rindo do tempo que imaginava saber
ou guardava preso o que sabia.
Voa alto sua ousadia
reconhecendo o suor dos séculos
no orvalho de cada dia.

Mesmo o vôo mais belo
descobre um dia não ser eterno.
É tempo de acasalar
voltar à terra com seus ovos
à espera de novas e prosaicas lagartas.

O conhecimento é assim
ri de si mesmo
e de suas certezas.
É meta da forma
metamorfose
movimento
fluir do tempo
que tanto cria como arrasa
a nos mostrar que para o vôo
é preciso tanto o casulo
como a asa.

(Mauro Iasi)

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Introdução	12
Capítulo 1 CONCEPÇÕES NORTEADORAS DO OBJETO DE ESTUDO	28
Capítulo 2 OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	46
2.1 Opção Teórica: Teoria Cultural e Interpretativa de Geertz	47
2.2 Opção Metodológica: Etnografia e Discurso do Sujeito Coletivo	53
2.3 A Pesquisa	60
2.3.1 <i>Natureza da Pesquisa</i>	60
2.3.2 <i>Espaço Cultural da Pesquisa</i>	61
• Inserção da pesquisadora no campo e cenários da pesquisa	68
• Cenário 1: Unidade neonatal	71
• Cenário 2: Alojamento conjunto	76
• Cenário 3: Núcleo de aleitamento materno	79
• Cenário 4: Ambulatório de pediatria	82
• Cenário 5: Unidade de internação pediátrica	84
2.3.3 <i>Informantes da Pesquisa</i>	88
2.3.4 <i>Estratégias de Obtenção das Informações</i>	91
2.3.5 <i>Organização e Análise dos Dados</i>	97
2.3.6 <i>Princípios Éticos</i>	99
Capítulo 3 TRAMAS E TEIAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	101
Temática 1 CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	105
Categoria 1 Educação em saúde como orientação para o cuidado	105

Categoria 2 Educação em saúde como relacionamento e escuta	111
Categoria 3 Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e promoção da qualidade de vida	117
Categoria 4 Trabalho em equipe e planejamento da prática educativa	124
Temática 2 TRAMAS DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	130
Categoria 1 Teia da comunicação na prática de educação em saúde	132
Categoria 2 Humanização e aspectos da atenção integral na trama de educação em saúde	146
Categoria 3 Delineando as possibilidades e percebendo as impossibilidades da educação em saúde	155
Temática 3 TRIÁDE CUIDAR-ENSINAR-APRENDER	169
Categoria 1 Conhecimento, linguagem e experiências como forma de cuidar-ensinar-aprender	171
Categoria 2 Vínculo e confiança: construtos no processo de cuidar-ensinar-aprender	187
Reflexões, Avanços e Limites do Estudo	194
Referências	203
Apêndices e Anexos	211
Apêndice A Figuras metodológicas	212
Apêndice B Termo de consentimento livre e esclarecido	250
Anexo A Parecer da Comissão de Ética	251
Anexo B Folha de Rosto	252
Anexo C Projeto do Grupo Operativo	254

Resumo

A pesquisa aborda a rede de significados da prática de educação em saúde com o objetivo de compreender a prática de educação em saúde no contexto de cuidados da criança, identificando as concepções de educação em saúde na perspectiva da equipe pediátrica, bem como analisando o significado da prática educativa articulados no pensar e no fazer dos profissionais que cuidam da criança. A tese defendida mostra que: **Na prática de educação em saúde, os profissionais desconsideram a diversidade de condições socioculturais que envolvem a criança em seu contexto familiar; seguem os protocolos institucionais e não integram o saber popular ao saber científico, como fundamento e valorização das experiências das famílias.** Como opção teórica utilizei a abordagem etnográfica de Geertz e como método de organização dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre. O campo de investigação foi uma instituição pública do Sistema Único de Saúde, tendo como cenários cinco unidades de cuidado da criança. Os informantes-chave constituíram-se de dezoito profissionais, dos quais dez enfermeiras, seis médicos e duas nutricionistas. Outros profissionais da equipe de saúde foram considerados informantes gerais. Como técnica de obtenção das informações optei pela observação-participante e pela entrevista semi-estruturada. Os informantes elaboraram os discursos e desses foram extraídas as concepções e as práticas, as quais exprimem idéias, pensamentos, o fazer cotidiano partilhado entre este grupo de profissionais. Os discursos individuais formaram os Discursos do Sujeito Coletivo e estão representados nas temáticas/categorias: **Temática 1 CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:** Educação em saúde como orientação para o cuidado; Educação em saúde como relacionamento e escuta; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e promoção da qualidade de vida; Planejamento e trabalho em equipe. **Temática 2 TRAMAS DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:** Teia da comunicação na prática de educação em saúde; Humanização e aspectos da atenção integral; Delineando as possibilidades e percebendo as impossibilidades da educação em saúde. **Temática 3 TRIÁDE CUIDAR-ENSINAR-APRENDER:** Conhecimento, linguagem e experiências como forma de cuidar-ensinar-aprender; Vínculo e confiança: construtos no processo cuidar-ensinar-aprender. Assim, pude constatar ser a educação em saúde uma estratégia de orientação ao cuidado infantil a envolver relacionamentos e uma comunicação com a mãe/família que traz em si uma finalidade precípua de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil promovendo a qualidade de vida. Portanto, necessita de planejamento e trabalho em equipe. Elucidou-se existir nessa trama e teias vivenciadas no cotidiano, possibilidades e impossibilidades de desenvolvê-la tal como concebem os defensores dessa prática. Contudo, representa uma necessidade e uma perspectiva para a humanização, o cuidado integral, ético e solidário, que promove vínculos e confiança entre profissionais e usuários. Favorece o resgate da linguagem, do conhecimento e das experiências da mãe/família numa atitude de troca entre saber popular e saber científico, embora os profissionais demonstrem dificuldade em articular tais conhecimentos. Esse é um dos caminhos utilizados para a compreensão da realidade vivenciada na prática e possibilita oferecer subsídios para reflexões sobre as atitudes profissionais em relação à saúde e às estratégias de educação em saúde como propostas de mudanças.

Abstract

The research approaches the net of meanings education's in health practice with the objective of comprehend the practice of education in health in the context of child's care identifying the conceptions of education in health in pediatric team perspective, as well as analysing the meaning of educative practice articulated in thinking and doing of the professional that take care of the child. The research defended shows that: **In the practice of education in health, the professional do not deem the diversity of sociocultural conditions that include the child in his familiar context; follow the institutional protocols and do not integrate the popular wisdom to scientific wisdom, as fulcrum and valorization of families' experiences.** As theoretical option we used the Geertz's ethnographic approach and as method of data's organization The Lefevre's Speech of Collective Subject. The field of investigation was a public institution of Only System of Health, having as scenarios five units of child's care. The informers-key constituted by eighteen professionals, being ten nurses, six doctors and two nutritient. Others professionals of health team were considered general informers. As technique to get informations we chose observation-participant and by the interview semi-structured. The informers elaborated the speeches and from them it extracted the conceptions and the practices, which express ideas, thoughts, the daily doing shared among this group of professionals. The individual speeches formed the Speeches of Collective Subject and are represented in thematics/categories: **Thematic 1 CONCEPTIONS OF EDUCATION IN HEALTH-** Education in health as orientation for the care; Education in health as relationship and listen; Acompanhiment of the growth and the development of the child and promotion of life's quality; Planning and team work. **Thematic 2 PLOTS OF THE PRACTICE OF THE EDUCATION IN HEALTH:** Net's communication in the practice of education in health; Humanization and aspects of total attention; Showing the possibilities and perceiving the impossibilities of education in health. **Thematic 3 TRIAD TAKE CARE -TEACH -LEARN** Knowledge, language and experiences as form of take care-teach-learn; link and trust: constructed in the process of take care-teach-learn. Thus, I could verify that the education in health is an orientation strategy to the infantile care that involves relationships and a communication with the mother/family that brings in itself a main purpose of accompanying the growth and the infantile development promoting the life quality. Thus, It requires planning and team work. It clear it up to exist in this plot and nets lived in the daily life, possibilities and impossibilities of developing it just as conceive the defenders of this practice. Nevertheless, it represents a need and a perspective to humanization, the integral care, ethical and solidary care, that promotes links and trust among professionals and users. It benefits of the language's rescue, to of the knowledge and of the experiences of the mother/family in a change attitude among knowing popular and to know scientific. That is one of the roads used for the understanding of the reality vivenciada in the practice and he/she facilitates to offer subsidies for reflections about the professional attitudes in relation to the health and the education strategies in health as proposed of changes.

Introdução

Onde quer que haja homens e mulheres há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender... mais do que dizer ou escrever é preciso fazer (Freire, 2000).

Este trabalho é uma investigação sobre a rede de significados da educação em saúde sob o olhar da equipe pediátrica em sua prática de cuidar da criança. Para entender meu interesse pelo tema é importante conhecer minha trajetória como enfermeira e minha opção pela enfermagem pediátrica, visto que no meu desenvolvimento profissional se definiu desde cedo a assistência e posteriormente a docência nessa área. Em razão destas atividades tenho estudado temas relativos ao cuidado infantil e práticas educativas na saúde como complementos e pré-requisitos da minha qualificação profissional.

Estudar práticas de educação em saúde é instigante e desafiador, pois envolve concepções, questionamentos sobre o meu fazer e o do outro, que complementa, associa, integra, às vezes, desencontra e se diversifica nos variáveis contextos e trajetórias.

O desafio principal foi apreender as tramas e teias construídas na prática educativa e sua interface no cuidado da criança. As concepções que permeiam o pensar/fazer dos profissionais informantes da pesquisa, considerando a representação de parte da realidade vivida por sujeitos cuja história profissional em algum momento se encontra com outras histórias, expressam um pensamento social que tem a ver com meu mundo, influenciado pelo conjunto de experiências no campo pessoal e profissional. Assim passo a descrever minha trajetória profissional caracterizada por pontos de interseção entre a assistência e a docência.

O início de minha atuação profissional como enfermeira se deu em 1984 ao ser admitida em um hospital geral da rede pública, naquela época, vinculada ao Instituto Nacional de Previdência Social (ex-INAMPS). Iniciei trabalhando na emergência com pacientes adultos e crianças. Em 1987 passei a atuar na unidade de internação pediátrica como enfermeira, assumindo a chefia desse setor até 1993. Após esse período passei a trabalhar somente como enfermeira assistencial, no turno da tarde, até o momento de ausentar-me para realizar o doutorado. Durante cinco anos (1988 a 1993) trabalhei como enfermeira em um hospital municipal de referência em atendimentos de emergência. Nos

dois últimos anos que permaneci nesta instituição desenvolvi minha prática na unidade de internação pediátrica com crianças acometidas de traumas, casos clínicos e cirúrgicos, interagindo com a criança e sua família em condições adversas, seja pelos problemas de saúde e/ou pela própria condição socioeconômica e cultural dessa clientela.

Em 1992 concluí o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal, o que me despertou interesse em aprofundar estudos sobre a hospitalização infantil, envolvimento da família no cuidado da criança e aspectos de humanização. Tais ensinamentos influenciaram na minha motivação em continuar estudando e, em 1993, submeti-me a concurso na Universidade Estadual do Ceará para docente do Curso de Enfermagem na disciplina Enfermagem Pediátrica. Ao ser aprovada neste concurso abdiqueei do emprego no hospital municipal.

Desde essa época desempenho a função docente-assistencial na área infantil, atividades que se complementam e provocam reflexões constantes sobre a indefinição de minha atuação junto das crianças e seus familiares que tenho a oportunidade de cuidar. O questionamento básico advindo dessa interação foi: Como ajudar essas famílias a superarem as dificuldades no processo de viver e ser saudável ?

É uma inquietação que me impulsiona a sair da postura, exclusiva, de assistir/curar e a desenvolver outras oportunidades no campo da promoção da saúde, integrando educação em saúde como estratégia, que embora tão comentada no cenário acadêmico e nas instituições de saúde, prima pelo fato de as ações serem ainda limitadas e indefinidas em seus propósitos por ações individualizadas e informativas. Portanto, não se configurando um exercício que permita às famílias as manifestações dos conhecimentos adquiridos em seu meio sociocultural, e aos profissionais de saúde ajudar a estas famílias a desenvolver ações capazes de promover a saúde da criança; ademais, a educação em saúde em qualquer situação deve ser um processo de reflexão e construção com as pessoas, permitindo-lhes compreender a si mesmas e motivando-as a ter atitudes que favoreçam a saúde e não apenas a busca de soluções aos problemas de doença.

Nas minhas atividades no ambiente hospitalar sempre busquei espaços para a educação em saúde em uma dimensão individual durante o contato com a criança e sua família. Procurava agir atendendo ao preceito de que as ações educativas fazem parte do

cuidado da criança. Desse modo, atuava conforme idéias por mim concebidas sobre esta prática.

Hoje percebo que essas ações eram desenvolvidas timidamente, voltando-se mais às orientações de recuperação da saúde da criança e algumas indicações de condutas sobre a alimentação infantil, incentivo ao aleitamento materno, cumprimento das prescrições médicas e relacionamento dos pais com a criança, temas principais de abordagem às mães. Indubitavelmente, acredito, foram atitudes coerentes e significativas, mas constituíam iniciativas individuais e, embora algumas vezes eu tenha articulado com a enfermeira coordenadora da unidade, com os residentes de medicina e outros profissionais, as ações não aconteciam de forma conjunta, não atendiam à demanda, pois eram descontínuas e sem planejamento, não havendo, assim, valorização dessas atividades, conseqüentemente, descompromisso do grupo.

Essa falta de compromisso formal, um projeto a definir o desenvolvimento dessas atividades talvez fosse a principal causa do insucesso e da indefinição das ações e dos espaços para a implementação da prática educativa. Dávamos prioridade às ações exclusivamente técnicas, numa preocupação com a doença e a cura da criança, sem às vezes relacionar com o contexto sociocultural da criança e condição individual da mãe em relação ao processo ensino-aprendizagem. Não havia, portanto, um elo mais forte com a família no sentido de ajudá-la a participar do processo de reabilitação e promoção da saúde. Dessa forma, as atividades educativas reproduziam uma prática verticalizada, uma relação autoritária e dominada pelo saber do profissional, diminuindo a possibilidade de participação e conseqüentemente de decisão da família. Isto se contrapõe ao modelo de educação em saúde que não se preocupa apenas com a transmissão de conteúdos, orientações prontas, mas desenvolve estratégias de acordo com as condições do cliente, utilizando a criatividade, sensibilidade e especialmente a sensatez.

Na assistência à criança as propostas de educação em saúde ainda permanecem centradas na transmissão de conhecimentos fundados nas concepções dos profissionais, que nem sempre levam em conta o saber das famílias, a existência de práticas populares, as representações sobre o processo saúde-doença. As informações/orientações destinadas às famílias fazem parte dessas ações e comumente são carregadas de idéias segundo as quais a doença decorre da falta de conhecimento e dedicação das mães, principalmente,

inexistindo uma análise do contexto em que vivem estas famílias. Este argumento às vezes é usado na tentativa de criar um sentimento de culpa nos responsáveis pela criança, pois talvez, diante do impacto, as famílias se esforcem para seguir as orientações repassadas. Este é um pensamento a reger condutas profissionais, mas nem sempre favorece a assimilação e adesão de condutas “ensinadas”, porquanto essa forma de agir não oferece oportunidade de a mãe/família refletir e decidir sobre a melhor forma de aprimorar e desenvolver o cuidado da criança.

As experiências relatadas em associação aos conhecimentos teóricos adquiridos em toda a minha formação profissional vieram fortalecer minha decisão de investigar a prática de educação em saúde contextualizada no cuidado da criança por entender ser esta uma prática que pode ser definida de modo diferente, não restrita apenas a informação/orientação, sem facultar ao cliente refletir sobre a melhor forma de cuidar da saúde e os meios de alcançá-la.

Em observações realizadas no trabalho de dissertação de mestrado e durante minha atuação na área pediátrica, notei nossa dificuldade em conduzir um processo educativo capaz de envolver a família da criança, motivando-a a ter iniciativas que facilitem o processo de ser saudável.

Assim, para compreender outros acontecimentos a influenciar meu interesse nessa investigação é preciso apresentar experiências adquiridas na construção do conhecimento e sua relação com o fenômeno em estudo, incluindo-o na prática de cuidado à criança em seu significado atual, lembrando que o conhecimento se edifica pelas mais diferentes percepções do sujeito, unindo o novo ao antigo, pois esse é social e historicamente determinado.

Nesse intuito, passo a descrever sucintamente as experiências das mães no cuidado à saúde da criança, seu mundo cotidiano expressado em um estudo resultante da dissertação de mestrado, cujo tema central “**Só a mãe conhece o filho: uma abordagem cultural**”. Este estudo retratou uma realidade vivenciada por mães que acompanhavam seus filhos em uma unidade de internação pediátrica. Foi confirmado pelos relatos e atitudes das famílias que no enfrentamento das situações de saúde-doença encontram possibilidade de aprender, pois em diversos discursos as mães afirmaram: “certas coisas que passei, foi pra me ensinar” e, a partir de experiências com a doença do filho, mostraram que em

determinados momentos tornaram-nas mais orientadas e cientes do direito de perguntar, ter explicações sobre as condições de saúde do filho, facilitando sua participação e decisão nos cuidados de saúde, embora em muitas ocasiões tenham enfrentado dificuldades no relacionamento com os profissionais da área de saúde (QUEIROZ, 1998).

Diante da realidade observada e analisada no referido trabalho, compreendi ser a participação dos pais nos cuidados com os filhos um fato existencial a possibilitar o reconhecimento das necessidades e tomadas de decisões que promovam a saúde e desenvolvimento da criança. Entretanto, esse acontecimento que perpassa um aprendizado pode ser otimizado se houver esforço para compreender as condições individuais, o significado e as experiências do cliente no processo de saúde e adoecimento, diminuindo a assimetria no processo comunicativo.

A partir dessa compreensão, venho percebendo que as atitudes das famílias, as experiências vividas na luta pela sobrevivência, são aprendidas e ressignificadas, definindo a maneira de cuidar da saúde. Apesar de os profissionais terem intenção de orientar os cuidados para a saúde, repassam conhecimentos elaborados cientificamente, dificultando a compreensão do cliente. E o relacionamento, muitas vezes, se dá de forma assimétrica, coercitiva, confirmando somente as opiniões do profissional, faltando informações sobre o significado que essas pessoas atribuem ao processo saúde-doença.

O modo de viver, o comportamento das pessoas tem sua gênese no convívio intercultural. Portanto, nenhuma intervenção que envolve decisão, atitude causará efeito se não forem considerados o contexto e a subjetividade dos sujeitos. Esse contexto guarda relação direta com a cultura, ponto de indispensável valorização em todo o decurso das ações educativas.

Ao abordar a família na perspectiva de educação em saúde, o profissional deve acreditar nas suas potencialidades, permitir a ela encontrar opções para a solução de seus problemas, com apoio de quem dispõe de condições para ajudar. Nessa perspectiva, é necessário atentar para condutas com postura ética, considerando os aspectos culturais e, sobretudo, um trabalho educativo com enfoque interdisciplinar. Por ser a saúde um campo multidimensional é improvável uma única abordagem, uma única postura abarcar todas as necessidades do cliente.

Ao realizar estudos na área de educação em saúde destacando o envolvimento da família e da comunidade nos cuidados à sua saúde, notei serem estas propostas definidas no Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes destacam a importância da participação da comunidade como um caminho para a melhoria das condições de saúde da população.

O contexto atual de atenção à saúde da criança exige a inovação urgente de uma prática que contemple a interação com a criança e com a família; que o profissional atue junto dos pais e/ou responsáveis, facilitando a aprendizagem das situações e desafios do processo saúde-doença. Concordo com Pilon (1996) quando expressa a opinião de que a tarefa de educação em saúde não é decidir o que é importante, mas facilitar as condições para as pessoas encontrarem a melhor forma de cuidar da saúde, tendo atitudes conscientes, decidindo por seu projeto de vida. Este será fundamentado segundo os valores apoiados nas percepções, conhecimentos e experiências de cada pessoa.

O processo educativo em saúde deve permear todas as práticas a envolver o cuidado da criança, o qual é peculiar ao contexto de vida humana. Tal como o cuidado, ensinar é uma especificidade humana e requer várias qualidades, como a responsabilidade, o compromisso e o respeito pelo outro. É um ato essencial à vida essencialmente porque a educação é uma forma de intervenção no mundo, de criar e recriar, consoante ressalta o educador Freire (1994). Acrescenta o autor que ensinar exige a apreensão da realidade. É preciso conhecer as diferentes dimensões caracterizadoras da essência da prática, trazendo maior segurança ao desempenho. A aprendizagem tem finalidades precípuas como a de transformar a realidade para nela intervir, recriar.

É preciso entender que cada ser humano possui sua história, suas experiências de vida resultantes do seu convívio familiar e social, expressadas por meio da cultura, a qual determina a visão de mundo das pessoas, que se pode assemelhar ou não à cultura dos profissionais. Por esse motivo, nessa relação ensino/aprendizagem, é necessária a compreensão da cultura, respeitando-a em sua plenitude. Sem a valorização destes aspectos, o processo educativo resultará acríptico e incongruente (MONTICELLI, 1997).

Cultura, conforme vários antropólogos, tem relação com o saber, com o fazer, com a religião, com o cuidado, enfim, com o cotidiano das pessoas que convivem em um grupo. Para Mondin (1980), a cultura é resultante de frutos adquiridos pelo homem mediante o exercício das suas faculdades espirituais ou orgânicas. Ao relacionar natureza e cultura,

define esta como todo o conjunto do saber e do fazer, ou seja, da ciência e da técnica e tudo aquilo que com o seu saber e com o seu fazer extrai da natureza condições para viver. A cultura tem uma dimensão humana, social e laboriosa, requer esforço, trabalho, pois os bens etnológicos não são transmitidos mecânica ou instintivamente. O autor se refere, pois, à capacidade humana de aprender e desenvolver-se como pessoa e como grupo, deixando um legado à sua posteridade, imprimindo a sua marca, como parte do ambiente construída pelo homem, consoante preconiza Herskovits (1971).

Morin (2001, p.56) adverte que o homem somente se realiza plenamente como ser humano pela cultura e na cultura, a qual é constituída pelo “conjunto dos saberes, fazeres, regras, normas, proibições, estratégias, crenças, idéias, valores, mitos que se transmitem de geração a geração, se reproduz em complexidade psicológica e social” Assim, a educação deve estar conectada a essa realidade humana, nutrida pelo conhecimento do homem e seu destino na sociedade e, como ressalta o autor, a educação deve mostrar e ilustrar seu destino multifacetado: destino individual, social, histórico, todos entrelaçados e inseparáveis.

Ao reiterar o conhecimento sobre cultura na educação e na saúde, penso que para cuidar/ensinar é preciso aproximar o profissional da realidade do cliente, no intuito de conhecer e utilizar estratégias que venham de fato atender às necessidades do mesmo, respeitando suas peculiaridades culturais. Educar é também introduzir no ensino histórias e narrativas pessoais, incluir o que é central e relevante, descobrindo o poder do eu, as possibilidades de cada um, o autodescobrimento (WALDOW, 1995).

A cultura faz parte de todos os processos vitais das pessoas, as quais agem de acordo com o aprendizado adquirido em suas relações interpessoais e grupais. Leininger, autora da Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado (TUDCC), baseada na antropologia e na enfermagem, utiliza pressupostos numa perspectiva cultural. Para Leininger (1991, p.47) a cultura pode ser considerada o conjunto de “... valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo”.

A autora esclarece que os valores e normas de comportamento advêm da cultura do grupo; assim, direcionam-se as atitudes presentes nas práticas de cuidado. Tais práticas

podem ser desenvolvidas pelo sistema profissional de cuidados constituído de profissionais e pelo sistema popular de saúde ou sistema de cuidados genéricos, este desenvolvido por pessoas ou grupos da comunidade. Portanto, considera-se o cuidado como um sistema de cultura, seja profissional ou seja popular, os quais têm suas peculiaridades e se complementam.

O sistema profissional de saúde é constituído pelas profissões organizadas enquanto o setor popular de saúde é o cenário não profissional, não especialista de cultura popular onde a doença é primeiramente definida e os cuidados de saúde são iniciados. Segundo Kleinman (1980), o setor popular funciona como origem e determinante mais imediato do cuidado. Os profissionais organizam os cuidados de saúde para as pessoas leigas, mas estas decidem quando e a quem consultar, concordam ou não com o tratamento e podem optar por tratamentos alternativos quando estão satisfeitas com sua qualidade.

Tais situações trazem a compreensão de que quando uma mãe procura os serviços de saúde, na maioria das vezes, ela já tem iniciado práticas de cuidado, assim como já tem alguma experiência que lhe ajuda até a decidir sobre as condutas a serem tomadas em relação à saúde do filho. Isto tem de ser levado em consideração pelos profissionais e pode evitar descrença e ineficiência do cuidado profissional, assim como desentendimento entre o profissional e a mãe.

É preciso entender que no cuidado à saúde da criança as ações são compartilhadas entre o profissional e a mãe e sempre está presente o componente de educação em saúde. Dessa forma, o conhecimento profissional poderá ser assimilado pelas famílias, se colocado de maneira compreensiva, numa linguagem coerente com a cultura. Porém há de se entender que as famílias preservam, de certa forma, seu modo de cuidar conforme aprendido em seu meio cultural (QUEIROZ, 1998).

Sobre o cuidado numa perspectiva cultural, Leininger (1991) ampliou esse conhecimento e desenvolveu conceitos associados ao processo saúde-doença e especialmente ao cuidado, mostrando existir a universalidade e a diversidade de cuidados entre as coletividades que refletem o modo das pessoas agirem em relação à saúde. Desse modo, ressalta estarem os enfermeiros buscando compreender as pessoas e atentam para o aspecto cultural a fim de ajudá-las nas situações de saúde-doença, percebendo as várias dimensões deste ser. Afirma ser o cuidado foco central da enfermagem e para desenvolvê-

lo de forma coerente, aceito e assumido pelo cliente, é necessário conhecer significados, expressões, funções e estruturas que mediatizam a vida e a saúde. Este conhecimento terá impacto sobre a educação em saúde, portanto, consubstanciará as práticas de cuidado com a criança e a família, vinculadas às ações educativas.

Collière (1999) refere-se ao cuidado como prática indispensável à vida e pertencente a todo grupo social. Esta função primordial à sobrevivência humana vem sendo alterada em razão das mutações tecnológicas, socioeconômicas e culturais, produzindo diversidade de práticas disputadas tanto por profissionais como pela população de um modo geral.

O cuidado implementado mediante respeito à cultura do cliente tem sido reconhecido como uma necessidade para que as ações sejam realizadas com participação, atendendo alguns princípios educativos, ou seja, que a pessoa, no caso, a criança e a família, assumam seu cuidado, tornando-se capaz de trocar idéias, opiniões sobre suas práticas, como meio de validar, adaptar ou repadronizar formas aceitáveis e benéficas de cuidado. Os conceitos anunciados são definidos por Leininger (1991) na teoria transcultural e são adequados para o cuidado cultural, pois fazem parte das ações e decisões que o profissional deve ter a fim de permitir um cuidado mais aproximado e integrado à cultura das pessoas de quem cuidamos.

Nessa experiência de cuidado da criança, percebo que em todos os campos de atuação devemos estar cientes de que educação em saúde é uma prática capaz de favorecer a cura, reabilitação e promover a saúde, como também dar suporte ao profissional para avaliar as condições da mãe ou de outro responsável em assumir o cuidado da criança. Por conseguinte, todas as oportunidades devem ser aproveitadas para conversar com a mãe, trocar experiências e perceber sua condição de cuidar da criança. Mas isto ocorrerá, de fato, pela compreensão das condições objetivas por parte dos profissionais, uma aproximação com a realidade das famílias a partir da relação intersubjetiva, no convívio com essas mulheres que procuram os serviços buscando a saúde do filho. Dessa forma, o processo de cuidado será guiado pelas condições reais e pela subjetividade entre os sujeitos.

Vasconcelos (1997) argumenta dever o profissional de saúde preocupar-se em ter uma prática comprometida com a transformação da realidade social, propiciando a

realização de ações sobre os problemas mais globais de uma comunidade e não apenas valorizando a rotina de atividades. Todavia, conforme este autor, os profissionais desconhecem o fato de que nas atividades de atendimento individual encontra-se importante espaço de atuação política, onde se pode iniciar as ações educativas. Neste espaço, entendo poder o profissional utilizar instrumentos ampliadores da consciência de cidadania, tornando estes sujeitos capazes de utilizar a voz, e, num sistema de troca, criarem possibilidades de mudanças em sua condição de vida e saúde.

As preocupações dos profissionais defensores da prática centrada nas ações "educativas", em todos os âmbitos do cuidar, buscam construir com as pessoas maneiras de cuidar da saúde para que estas permaneçam ou venham a ser saudáveis. Na prática pediátrica percebo com frequência, uma especial atenção com aquele momento da doença, intervenções curativas, sem inclusão de aspectos de proteção e promoção da saúde infantil. E ainda, o relacionamento entre o profissional e o usuário, às vezes, se dá de forma assimétrica e autoritária, não havendo, portanto, uma relação que permita a valorização das experiências da mãe de modo que reforce o aprendizado, a motivação e, principalmente, a luta pelas condições de saúde da criança. O acesso aos serviços de saúde torna-se cada vez mais difícil e a resolutividade dos problemas é adiada, repassada de um serviço ou de um profissional para outro, sem preocupações com mudanças positivas nas condições de vida dessa população, a qual se distancia cada vez mais da possibilidade de obter saúde e uma vida digna.

Em relação à vida da criança, tais condições não estão apenas sob o poder da família, mas, em alguns aspectos da saúde, os profissionais que cuidam da criança podem ajudar as famílias a encontrar meios para recuperar a saúde, mas investir também em aspectos da promoção da saúde, o que pode iniciar-se mediante um processo de comunicação permeada de compromisso com a saúde da criança. É válido pensar nessa possibilidade durante os encontros entre a mãe/família e o profissional de saúde. Um espaço e uma intenção que vão além do atendimento dirigido àquele momento da doença, uma oportunidade de resgatar em cada pessoa o seu potencial, as possibilidades de lidar com o processo saúde-doença, buscando em si mesmo e junto dos serviços e profissionais responsáveis o desenvolvimento de ações que venham favorecer a saúde.

Mediante o conteúdo exposto, considero relevante compreender como se dá esse movimento e de que forma os profissionais de saúde podem contribuir na implementação das ações que ajudem a melhoria da saúde da criança. É uma perspectiva a ser visualizada no encontro entre profissionais e usuários dos serviços de saúde por meio da prática educativa, a qual expressa a rede de significados construídos no desenvolvimento dessa atividade.

Os questionamentos a originar o presente estudo surgiram da realidade vivida por mim, portanto, estão delimitados no campo da prática de acordo com minhas experiências. Segundo Berger e Luckman (2001), o caminho para “conhecer a realidade” é construído na integração das significações subjetivas com o mundo intersubjetivo do senso comum, num processo de interação e comunicação.

Complementam Jantsch e Bianchetti (1995) que os processos educativos, a exemplo da prática de investigação ou ato pedagógico, para serem adequadamente analisados, devem ser considerados como objeto das ciências sociais. Conforme salientam as autoras, o conhecimento não tem como ser produzido de forma neutra, pois as relações que ele tenta apreender não são neutras. Do mesmo modo, ressaltam que delimitar um objeto de estudo não é fragmentá-lo ou limitá-lo arbitrariamente, abandonando as múltiplas facetas que o determinam, mas construí-lo, não perdendo o tecido da totalidade como parte indissociável, tendo sempre em vista - remato eu - suas grandes conexões.

A construção desse objeto de estudo indica a busca de sua compreensão e vem marcada pelos meus interesses, delineada pelas concepções construídas ao longo do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Com as oportunidades a mim propiciadas durante o curso de mestrado, doutorado e outros de aperfeiçoamento e qualificação profissional, pude apreender referenciais teóricos e metodológicos que reorientam a prática de educação em saúde. Aos poucos fui incorporando-os ao meu pensar, sentir e fazer. Portanto, ao elaborar esse estudo fui buscar nas experiências vividas bases para construção desse objeto que representa uma prática social construída na convivência com os sujeitos (criança e família) compartilhada no cotidiano com meus pares e mais precisamente com alguns membros da equipe de saúde da área pediátrica. Esses foram escolhidos como informantes-chave da pesquisa, a qual representa um recorte do que eles têm a dizer sobre o que pensam e fazem.

Partindo dessa compreensão, as reflexões da pesquisa que conduziram a apreensão da realidade estudada foram norteadas pelos seguintes questionamentos: Qual a concepção desses profissionais da área pediátrica em relação à educação em saúde? Como é o seu fazer em relação às atividades de educação em saúde? Como os profissionais integram o conhecimento de sua formação acadêmica com o saber das famílias de crianças que procuram os serviços de saúde, que têm um saber, fonte primordial para apreensão das relativas verdades científicas? Como eles conseguem perceber se o conhecimento ensinado foi aprendido?

Ao construir esse objeto como tema de interesse, ressalto estar ele permeando a prática de cuidar da criança, pois, nesse ato, há permanente ação concebida pelos profissionais como prática educativa no sentido de dar informações, orientar, encaminhar e até mesmo motivar as famílias, especialmente a mãe, atitudes favoráveis à saúde da criança. Isto implica no mínimo participação do cliente¹ no processo de cuidar, como também conhecimento por parte dos profissionais sobre o contexto de vida desta família.

Como membro da equipe de saúde, sinto-me no dever de contribuir na construção de estudos e práticas no campo da educação em saúde que favoreça a melhoria de vida e saúde da população, porquanto esse recurso facilita a construção de cidadania. Nesse aspecto, Valla e Stotz (1994) comentam que construir uma cidadania da modernidade é uma extensão dos direitos sociais e pensar na saúde como um serviço e como um direito social é pensar no papel dos atores sociais que desempenham, de fato, as políticas do setor público.

Mediante a idéia dos autores, penso que a realidade dos sujeitos pesquisados representa uma prática social e apresentou-se a mim como um mundo intersubjetivo do qual faço parte. Da interação com essa realidade surgiram os questionamentos, as dúvidas e as perspectivas às vezes sonhadoras quando caminho sozinha. Mas a meu ver pode ser uma construção em equipe, pois acredito na possibilidade de um trabalho capaz de consolidar esses desejos comuns a outras pessoas e representativos de uma necessidade premente do contexto atual.

¹ A denominação "cliente" mesmo não sendo a ideal é utilizada com o sentido de pessoa (criança e/ou família) que necessita de uma ação do sistema de saúde. Sugere ser uma pessoa autônoma, com liberdade para participar das decisões sobre a sua saúde, portanto, não é um receptor passivo, mas ativo assumindo também responsabilidades com sua saúde. Também utilizo "usuário de saúde" com a mesma conotação.

Dessa forma, pretendo com esse estudo contribuir com a reflexão teórica e prática no campo do ensino e da assistência à criança. No ensino: refletir com os alunos, incentivando-os a desenvolverem uma prática priorizando as ações educativas com vistas à promoção da saúde, superando condutas individualistas, postadas no autoritarismo centrado somente no "saber científico".

Ao reconhecer as múltiplas dimensões do cuidado, o qual não é realizado por um único profissional, mas por uma equipe, desejo contribuir na execução da prática educativa junto aos membros da equipe pediátrica para que possam valorizar as propostas sugeridas nesse trabalho, pois algumas dessas idéias foram compartilhadas com os informantes da pesquisa, portanto, devem ser redimensionadas ao campo da prática de modo que subsidiem ações educativas com esse propósito.

Considerando os múltiplos e variados determinantes da saúde infantil e todo o contexto a envolver a educação em saúde como uma prática inerente à pediatria, venho com esse estudo resgatar meu interesse, minhas idéias e minha visão de mundo, as quais me direcionam para estudar a rede de significados da educação em saúde, procurando compreender as concepções e o modo de fazer dos profissionais que cuidam da criança. Acredito que nestes pensamentos e ações está retratada a cultura dos profissionais, a qual consiste nas estruturas (rede de significados) socialmente estabelecidas pelo grupo a que pertencem.

Ao relacionar a interface da prática com o referencial teórico-metodológico que consubstancia essa pesquisa, delineei os seguintes pressupostos:

- Toda prática de cuidado com a criança envolve ação educativa e deve considerar o contexto sociocultural da criança e da família.
- A prática de educação em saúde contempla a interação do profissional com a família, principalmente com a mãe, no sentido de orientar, apoiar e facilitar para construir maneiras de aprimorar e desenvolver o cuidado da criança com vistas a melhorar e manter sua saúde.

Isso posto, reconheço ser necessário compreender as relações do cuidar/educar envolvendo os profissionais da área pediátrica. Com base nos pressupostos construídos, procuro defender a seguinte tese:

Ao desenvolver a prática de educação em saúde relacionada aos cuidados com a criança, os profissionais desconsideram a diversidade de condições socioculturais e o contexto familiar; seguem os protocolos institucionais e não integram o saber popular ao saber científico, como fundamento e valorização das experiências das famílias.

A apreensão da realidade e a construção do conhecimento se deram a partir do objetivo: **compreender** a prática de educação em saúde no contexto de cuidados da criança **identificando** as concepções de educação em saúde na perspectiva da equipe pediátrica (médico, enfermeiro e nutricionista) bem como **analisando** o significado da prática educativa articulada no pensar e no fazer dos profissionais que cuidam da criança.

O processo e a dinâmica da investigação foram norteados por referencial teórico e metodológico, conceitos, pressupostos e objetivos, além de reunir histórias e vivências que de certo modo influenciaram na construção dos resultados. Estes se apresentam em partes que se conectam para formar a rede de significados de educação em saúde no contexto de cuidados da criança, a qual está representada da seguinte forma:

No capítulo 1 resgato as concepções norteadoras do objeto de estudo, contemplando aspectos relacionados aos conceitos e definições sobre educação em saúde, promoção da saúde, políticas de saúde e contexto de educação em saúde no cuidado da criança, integrando discussões sobre o tema. Estas concepções contribuíram no delineamento da pesquisa e na construção dos resultados.

No capítulo 2 procuro esclarecer a opção teórica referente à cultura na antropologia interpretativa, referencial que subsidiou a fundamentação à luz de Geertz. Na opção metodológica apresento os métodos utilizados: O Discurso do Sujeito Coletivo como método de organização e análise dos dados e a etnografia como método de interpretação dos acontecimentos e das experiências dos informantes com base na hermenêutica cultural. Discorro ainda sobre a natureza da pesquisa e os caminhos percorridos desde o campo,

inserção da pesquisadora, estratégias de obtenção dos dados e como se processou a organização e análise/interpretação dos dados.

O capítulo 3 corresponde à análise e interpretação dos dados da pesquisa com o tema geral: **TRAMAS E TEIAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, compreendendo os significados contextuais das temáticas e suas categorias de análise: Temática 1, relacionada às **CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, reflete o pensamento dos informantes na relação cuidar/educar, destaca aspectos do processo comunicativo, acompanhamento da criança como promoção da qualidade de vida e a necessidade de um trabalho integrado e planejado que otimize os resultados da prática. Os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) deram origem às seguintes categorias: **Educação em saúde como orientação para o cuidado; Educação em saúde como relacionamento e escuta; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e promoção da qualidade de vida; Trabalho em equipe e planejamento da prática educativa.**

Temática 2, **TRAMAS DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, representa o fazer cotidiano dos profissionais, retratando a dinâmica concreta expressada socialmente por meio do DSC e de algumas observações do campo. Procurei apreender o significado da prática de educação em saúde na qual os informantes consideram o diálogo como essência da relação que permite compreender a subjetividade da mãe e da criança. Dessa maneira destacam a humanização e os aspectos da atenção integral como objetivos principais da educação em saúde, embora nas entrelinhas evidenciem algumas posturas autoritárias, guiadas por rotinas e normas institucionais que imperam nessa prática. Essa discussão se configura nas possibilidades e impossibilidades demonstradas na trama do fazer e estão representados nas categorias: **Teia da comunicação na prática da educação em saúde; Humanização e aspectos da atenção integral; Delineando as possibilidades e percebendo as impossibilidades da educação em saúde.**

Temática 3, **TRÍADE CUIDAR-ENSINAR-APRENDER**, reúne as idéias sobre o processo de educação em saúde em que os informantes destacam a relevância da linguagem utilizada na comunicação com a mãe/família, o resgate de suas experiências, dando indícios de um cuidar/educar na perspectiva cultural, mostrando ser possível articular o conhecimento profissional ao da mãe/família, embora na prática tenham dificuldade de centrar as atividades de acordo com as condições e necessidades dos

usuários. Outra estratégia importante é a formação de vínculo e confiança por meio de um relacionamento afetivo solidário e ético entre a mãe/família e o profissional de saúde. Esta temática constitui-se das categorias: **Conhecimento, linguagem e experiências como forma de cuidar-ensinar-aprender** e **Vínculo e confiança: construtos no processo de cuidar-ensinar-aprender**.

A última fase da pesquisa, constituída da **Reflexão, Avanços e Limites**, retrata o pensamento da autora sobre o processo de construção e reconstrução desse conhecimento, aspectos relevantes aos achados, limitações da pesquisa, refletindo sobre as descobertas e sua relação com a tese e por fim as considerações sobre avanços possíveis no desenvolvimento concreto da prática de educação em saúde no cuidado da criança.

Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (Paulo Freire, 1970).

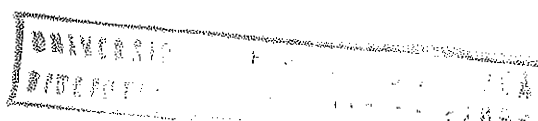
Capítulo 1 CONCEPÇÕES NORTEADORAS DO OBJETO DE ESTUDO

Na trajetória como pesquisadora, minhas indagações envolvem a relação saúde/doença/cuidado e paralelamente as ações educativas como atividade essencial na assistência à criança. Nesse percurso, entendo que o homem está em *moto contínuo* educativo, buscando satisfazer suas necessidades de vida, trabalho e saúde. Educar e aprender são ações dinâmicas que atendem ao instinto de um ser inacabado, em constante interação com seu mundo, pensando nele como um ser de possibilidades, como menciona a ontologia de Heidegger. Retomo seu pensamento ao considerar o homem um ser histórico, invocado, desafiado para desabrigar a realidade no modo do requerer como subsistência; um ser que assume sua posição, correspondendo à provocação de um ser-no-mundo, que constrói e se socializa (HEIDEGGER, 1997).

Em relação às concepções sobre o processo cognitivo e os mecanismos de apreensão de saberes, a exemplo de Heidegger, Freire (2001) admite como ponto fundamental considerar as possibilidades humanas, os estímulos, a invocação, o interesse pelo desocultamento da realidade mediante um processo reflexivo. Afirma que uma das tarefas do educador é desvelar as possibilidades, não importam os obstáculos para a esperança, pois sem essa nada podemos fazer. Aproximando-me dessa idéia, penso em estratégias de educação em saúde, que tem propósitos não de fazer pelo outro, mas de ajudar no processo de descoberta e implementação de práticas saudáveis.

Paulo Freire é referenciado como destaque na proposta de educação para mudança, pois implementou uma prática educativa emancipatória que serviu de exemplo para educadores em diversas áreas. Na saúde, seu modelo pedagógico e antropológico subsidia diversas iniciativas, como a educação em saúde, na qual a atuação dos profissionais deve ser voltada não apenas para detectar os riscos e prevenir as doenças resultantes principalmente da pobreza, mas para favorecer o desenvolvimento humano, superando limitações e atendendo ao interesse principal do homem, a emancipação.

O referencial de educação proposto por Freire (1988, 1994, 1996, 1998, 2000, 2001), que norteiam as concepções deste estudo foi tomado por mim como um fio condutor para dinamizar as discussões. Neste sentido, após diversas leituras sobre a temática, elaborei o conceito de educação em saúde como iniciativas governamentais e estratégias profissionais que envolvem um contexto geral, o qual na prática se define como um processo dinâmico, criativo, feito pelo diálogo, gerando troca de saberes e experiências



entre cliente e profissional. Este, como facilitador, deve construir com a mãe/família maneiras de aprimorar e desenvolver o cuidado da criança com vistas a melhorar e manter sua saúde.

Ao apreender as ações desse conceito, na minha opinião a enfermagem e outras profissões da saúde que desenvolvem uma prática educativa, tendo esta noção, devem atuar não apenas fazendo o que se coloca visivelmente "normatizado", mas trabalhando na viabilização de posturas educacionais sugestivas da participação, da autonomia do cliente como caminhos a serem construídos em busca da equidade e da cidadania. Essa idéia traz conotação de uma educação que ajuda a mãe/família para o enfrentamento das situações e não para a passividade. Ao profissional compete promover meios para facultar essa participação, evitando apenas orientações prescritivas, porquanto essas pessoas devem ser ajudadas nas condições de uma vida saudável. Esse é o principal objetivo da educação em saúde que busco discutir e construir juntamente com os sujeitos desta investigação.

É importante ressaltar que o sistema atual de saúde recoloca para a sociedade em geral e, especialmente, para os trabalhadores da saúde a necessidade de encaminhamentos urgentes, mobilização de grupos sociais que participem da construção de uma prática capaz de modificar o cenário atual de desigualdades sociais prevalente nas condições de saúde da maioria dos grupos sociais. Ou seja, uma prática com competência técnica e compromisso político-social a favor das classes dominadas. Esse é o propósito principal de toda prática social e de modo particular, na educação em saúde, cujo fundamento básico é a emancipação dos cidadãos.

Conforme ressalta Silva Júnior (1998), os serviços de saúde passam por mudanças na sua estrutura organizacional. Uma tentativa de reorganizar esses serviços de saúde pode ser exemplificada na luta pela Reforma Sanitária, que sai da sua dimensão jurídica e gradativamente se constróem novos modelos de atenção à saúde, com reorientação de práticas geradoras de maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade. Mesmo assim, temos presenciado tanto nas emergências de adultos quanto nas pediátricas uma demanda constituída de pacientes com doenças agudas e crônicas resultantes em muitos casos de uma atenção inadequada nas instâncias básicas de saúde, assim como nos serviços especializados. Algumas iniciativas a partir da reorganização dos serviços de saúde por meio da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde com responsabilidades para

o município, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF), uma das estratégias que está sendo implementada, portanto, em fase incipiente, deve contribuir na melhoria desse perfil.

Quanto à assistência à saúde da criança no ambiente hospitalar, apresenta grandes desafios, decorrentes de uma diversidade de fatores, entre os quais a alta demanda no atendimento secundário e terciário, a incluir necessariamente uma sustentação técnico-científica, expondo a criança a danos físicos e emocionais, além dos custos financeiros ao setor público e à família.

No entendimento de Terra (1999), a atividade ambulatorial deve ser responsável por cerca de noventa por cento das necessidades em saúde da criança. Assim, as ações básicas devem ser exercidas mantendo o controle das doenças preveníveis, enquanto a promoção da saúde será efetuada priorizando-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e interrelações com os fatores ambientais, sociais e biológicos.

É importante destacar que ações governamentais envolvendo o assistir/cuidar da criança são delineadas com base nos perfis socioepidemiológicos e nos agravos e riscos potenciais que acometem a infância em sua fase evolutiva. Conhecendo a demanda de doenças, os riscos que expõem as crianças e as repercussões no cenário da saúde, reconheço ser necessário priorizar ações preventivas e de promoção à sua saúde. A esse respeito afirma Veríssimo (2002) que os profissionais da área da saúde podem atuar e influenciar em todos os campos da promoção da saúde, no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, fortalecendo a ação comunitária, contribuindo no desenvolvimento das pessoas e na reorientação dos serviços de saúde. A autora discute sobre a atuação mais direta do enfermeiro nos dois últimos aspectos, por serem os demais abrangentes e inter-relacionados a outras áreas. Contudo, não se pode perder de vista que tanto a capacidade dessas pessoas para cuidar da saúde como a reorientação dos serviços de saúde são ações complementares associadas à promoção da saúde.

Na prática de cuidado à criança, visualizamos diariamente, as causas repetitivas que as levam aos serviços de saúde referem-se àquelas pertinentes ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, atualmente denominado Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esta estratégia desenvolvida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo

das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), apoiada pelo Ministério da Saúde - Brasil, tem como objetivo promover maior acesso aos cuidados básicos de saúde, priorizar o atendimento às doenças prevalentes na infância e as ações para reduzir a mortalidade por causas perinatais. Essa iniciativa enseja a valorização do papel das famílias e da comunidade nos cuidados básicos de saúde. Portanto, elege a família em seu papel social como núcleo básico de atenção (BRASIL, 2001).

Na infância e, especialmente, nos primeiros anos de vida, ocorrem altos índices de morbidade e mortalidade por doenças consideradas preveníveis e controláveis por meio das ditas "ações básicas". As causas desse problema são múltiplas, mas nesse estudo as discussões estarão centradas no sistema de comunicação, nas relações do cuidador com a criança e sua família enfocadas nas atividades de educação em saúde.

Nesse contexto, cabe salientar as afirmações de Valla e Stotz (1993) ao enfatizarem que a força de uma nação ou sociedade depende dos acontecimentos, ou seja, da articulação das famílias na sociedade em relação a viver e ser saudável. As necessidades de saúde são as mesmas de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas a exigirem a adesão de condutas corretivas diante de problemas que requerem soluções sociais, holísticas e preventivas. A saúde é um direito social e está intimamente relacionada com as condições de vida e trabalho. Isto pode ser construído pela aliança entre os setores populares e profissionais comprometidos, no intuito de evitar as graves conseqüências decorrentes do desrespeito a esse direito.

A criança e o adolescente são as principais vítimas de agravos à saúde resultantes das condições sociosanitárias do país às quais somam-se o elevado índice de violência, a falta de escola, lazer e outras questões estruturais que afetam diretamente a sociedade e repercutem negativamente no crescimento e desenvolvimento infantil. Nessas circunstâncias, o núcleo familiar também é atingido, tornando-se incapaz de por si, sem o apoio e orientação dos serviços e/ou profissionais, superar as limitações impostas pela condição sociocultural, econômica e sanitária que interfere na saúde.

Em face desse panorama, tento imaginar como serão em futuro bem próximo as condições de saúde da população infantil, se não houver intervenções emergentes capazes de amenizar tal situação. Essa realidade desumana perpassa uma dimensão macroestrutural

que pode ser considerada como descaso dos governantes sobre as políticas públicas, não inserindo a saúde como prioridade social.

Numa perspectiva microestrutural, porém, o problema traz-me inquietações desde o início de minha trajetória profissional e acentua-se cada vez mais ao perceber que a responsabilidade não é exclusiva do setor público, pois, como cidadã e profissional de saúde, tenho o compromisso de inserir-me em projetos que propiciem às famílias ultrapassarem a situação de miséria, passividade e resignação e avancarem para um estado de superação.

As áreas da educação e da saúde são espaços que permitem discutir e atuar junto dos sujeitos na luta pela transformação dessa realidade inadiável. A realidade sanitária do país requer atuação de caráter emergente de atendimento às necessidades de saúde e à vida. As ações devem ser direcionadas não mais para a doença como eixo; a saúde deve ser o centro norteador do planejamento das políticas públicas e sociais. Portanto, há necessidades de mudanças no ensino, nas relações e nos conteúdos da educação (PAIM e ALMEIDA, 2000). Conforme reforçam os autores, os componentes do ensino buscam a interdisciplinaridade, a participação social e a articulação ensino, serviço e comunidade. No plano estrutural envolvem as relações políticas, de modo que as ações passem a contemplar a articulação estudo, trabalho, intersetorialidade e controle social.

Sobre a prática educativa direcionada às mães/família/criança, deve contemplar aspectos subjetivos e culturais, pois um ponto forte é a relação de confiança, o vínculo expressado pelo educando e pelo educador na forma de relacionar-se, atividade na qual precisamos utilizar uma abordagem coerente e adequada às condições do outro, com quem nos comunicamos.

Nesse entendimento, para haver melhora nas condições de saúde da criança a partir de práticas educativas, estas devem ser reestruturadas com base em planejamento e envolvendo um número maior de profissionais, requerendo, portanto, um trabalho em equipe. O êxito destas ações inclui o desenvolvimento de estratégias adequadas na implementação em todas as instâncias de cuidado, seja ambulatório, unidade de internação e, especialmente, unidade de atendimento materno-infantil, onde as ações de educação em saúde são extremamente necessárias.

Em relação ao ato educacional, segundo Ramos (1999), esse deve estar integrado às práticas de saúde, e deve ser entendido como um dos trabalhos da enfermagem e da área da saúde e não como tarefa isolada, autônoma ou exclusiva de um profissional.

Nesse intuito, cabe ao profissional perceber que o comportamento, o estilo de vida, bem como os fatores médicos, sanitários e socioculturais, têm fortes relações com a qualidade de vida das famílias e da sociedade. Estes fatores estão relacionados diretamente à educação em saúde, a qual exerce papel significativo na prevenção das doenças e na promoção da saúde. “Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210). A autora analisa o conceito, decifrando o sentido e a interrelação de cada termo, propiciando maior compreensão. Refere combinação porque permite mesclar os múltiplos determinantes do comportamento humano com experiências de aprendizagem planejadas e facilitadas para um aprendizado sem coerção, mas aceitação de atos capazes de alcançar um efeito desejado sobre a saúde.

Alguns autores discutem sobre as abordagens de educação em saúde nas diversas vertentes filosóficas. Valla e Stotz (1993) sintetizam-nas em educativa, preventiva, radical e de desenvolvimento pessoal. Todas fazem restrições ou críticas ao chamado “modelo médico”, ao cientificismo da corrente positivista, que no campo da saúde não dá conta dos novos problemas de saúde da população. Falta-lhe o entendimento de que a educação em saúde envolve consciência e compromisso com a população, pois deve favorecer a resolução de problemas no campo da assistência às necessidades humanas.

A educação geralmente está relacionada aos valores e ideologias da sociedade naquele momento histórico considerando orientarem a ação humana. Assim, o educador deve promover uma educação crítica, participativa, o reconhecimento da realidade, capaz de facilitar mudanças possíveis a favor dos educandos.

Nessa perspectiva é preciso levar em consideração as tecnologias voltadas à educação em saúde, as quais devem ser revistas e apropriadas de forma que causem impactos sociais. Portanto, devem estar alicerçadas em metodologias atuais conforme vêm tendo sua validade na prática. Segundo Nietzsche (1998), todas as manifestações pedagógicas refletem, explicita ou implicitamente, teorias ou tendências pedagógicas vinculadas a determinado fundamento ideológico.

As teorias abordam a relação entre educador e educando e, mais especificamente, o conjunto de ferramentas e canais de comunicação utilizados para que haja aprendizagem. Podem ser classificadas como “tradicionais” e “críticas”. As críticas, com raízes em abordagens anteriores, isto é, têm sua evolução histórica recomposta das teorias tradicionais. A pedagogia tradicional é centrada no intelecto, na transmissão de conteúdos centralizada na pessoa do professor. Tem uma filosofia conservadora segundo a qual cabe ao professor determinar conteúdos e ao aluno atuar como agente passivo, um “adulto em miniatura” que pensa ser atualizado. A pedagogia crítica pressupõe alguns princípios que norteiam as ações do educador, tais como: a educação não é um ato isolado e neutro, mas um ato social e político; deve estar voltada para a realidade concreta do indivíduo; os contextos são vistos de forma viva, significativa, inacabada, não atomizada, totalmente vinculados à realidade social; o homem cria a cultura à medida que, integrando-se nas condições de seu contexto de vida, reflete sobre ela e dá respostas aos desafios que encontra; a sociedade é vista como uma luta cheia de condições (NIETSCHE, 1998).

A pedagogia crítica reúne vários pressupostos os quais são discutidos por outros autores. A exemplo, Freire (2001) tece considerações sobre o racionalismo em que a razão “sabe” e “pode” tudo, porém é fundamental a “apreensão” crítica sobre a forma de ser dos fatos em que nos envolvemos, pois facilita a função de cognoscente que vem sendo construída social e historicamente e passa a ser uma experiência existencial capaz de intervir. Comunicar o que foi apreendido de modo inteligível é tarefa do sujeito, e deve ser feita num processo que precisa ser cada vez mais crítico e atento à realidade. Nessa compreensão enfatiza o autor que nossa presença no mundo não seja uma presença neutra; que seja apta para observar, comparar, avaliar, decidir e intervir, assumindo tão criticamente quando possível a competência política, capaz de transformar. Além de todo esse fecundo ensinamento, Freire nos leva a pensar que se não é possível realizar certo sonho ou projeto de mundo, devemos usar possibilidades não apenas para falar da desejada utopia, mas para participar de práticas com ela coerentes, como seres transformadores.

Ao buscar uma compreensão sobre as abordagens pedagógicas, pretendo aproximar-me de conceitos e práticas de educação em saúde com base na educação participativa, ainda sabendo que tais princípios e estratégias educacionais não se aplicam facilmente nem mesmo na área da educação propriamente dita. Propostas discutidas teoricamente às vezes não são aplicáveis em sua totalidade, mas há sempre esperanças,

pois, como afirma Freire (2001), a acomodação é a expressão da desistência da luta pela mudança.

Acredito valer a pena discutir estratégias pedagógicas, aplicadas à saúde, que venham trazer autonomia ao cliente, porquanto, agindo assim, as pessoas passam a acreditar mais no profissional e na sua capacidade, havendo possibilidade de cuidar de si e do outro sob seus cuidados. Penso ainda que como agente de mudanças não estou sozinha nessa caminhada. Como enfermeira da área pediátrica, também sou membro de uma equipe preocupada com o presente e o futuro da criança e tenho consciência de que não se pode adiar iniciativas promotoras de mudanças.

A capacitação e aprimoramento profissional em educação e comunicação em saúde têm sido alvo de estudos, particularmente no campo da promoção da saúde, onde o profissional da área possui sua parcela de contribuição, conforme expressam as cartas e declarações resultantes das conferências internacionais de promoção da saúde. Estes documentos reúnem conceitos, idéias e proposições dimensionadoras dos campos político e técnico da promoção da saúde.

A promoção da saúde inclui a capacitação da comunidade nas dimensões educacionais, políticas, sociais e comportamentais. Reconhece suas potencialidades no controle de fatores determinantes de sua saúde, sendo esta o caminho para a qualidade de vida. Entretanto, a responsabilidade se estende aos vários setores políticos, econômicos e sociais, além das organizações voluntárias, ONGs, autoridades locais, indústrias e meios de propagação coletiva (BRASIL, 2001).

Nesse campo multidimensional, destacam-se o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde, o respeito às peculiaridades culturais, esforço maior de pesquisa em saúde, para que as pessoas sejam assistidas na integralidade de seu ser. É incluída maior participação da comunidade. O controle desse processo como condição essencial para a equidade (BRASIL, 2001).

Desse modo, a promoção da saúde corresponde ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, tendo participação e controle desse processo. Porém como ressalta a Carta de Ottawa referente à primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, a promoção da saúde não é

responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2001).

Este documento mostra a responsabilidade dos diversos setores e serviços para promover a saúde da população, mas o setor saúde tem responsabilidade precípua, além de prover serviços clínicos e de urgência. Alerta para que estes serviços adotem posturas respeitadas quanto às peculiaridades culturais. A reorientação dos serviços de saúde requer esforço na pesquisa em saúde, assim como mudanças na educação e no ensino dos profissionais de saúde para que de fato sejam redimensionadas atitudes e organização de serviços, focalizando as necessidades globais da população na sua condição de um ser integral (BRASIL, 2001).

A Declaração de Adelaide, realizada na Austrália em 1988, prioriza as “políticas públicas saudáveis” com ênfase na saúde e na equidade e no meio ambiente, todos associados ao setor econômico. Também reafirma o pacto internacional no campo da saúde, em que os países em desenvolvimento assegurem políticas públicas favoráveis à saúde das nações em desenvolvimento (BRASIL, 2001).

O alcance de adequada condição de saúde depende de múltiplos fatores que promovam o desenvolvimento. Este reconhecimento é destacado principalmente na Declaração de Bogotá realizada em Santa Fé de Bogotá, Colômbia, em 1992; que trata da promoção da saúde no continente latino-americano e assume a relação entre saúde e desenvolvimento. Destaca a solidariedade e a equidade social como condições indispensáveis na promoção da saúde e no desenvolvimento. Portanto, os desafios dessas ações são de transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar para todos. Nesta perspectiva, sugere o combate às causas de enfermidades por atrasos e pobreza superpostas às enfermidades da urbanização e da industrialização. Associa a esses objetivos o incentivo ao exercício da democracia e cidadania (BRASIL, 2001).

Mais recentemente, a Declaração de Jacarta, na Indonésia, em 1997, ressalta a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, e reitera a necessidade de estimular a participação por meio da educação, informação e direito de voz das pessoas e comunidades, como essenciais na promoção da saúde (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000). Esses autores acrescentam que a

promoção da saúde, se estende para todas as pessoas “sadias”, “doentes” ou com riscos de adoecer, pois mesmo nas pessoas doentes sempre há alguns componentes de saúde a serem promovidos.

Em junho de 2000, aconteceu no México a quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Os participantes desta conferência discutiram as idéias já expostas anteriormente, as constatações e reconhecimento sobre a promoção da saúde e sua repercussão no desenvolvimento social e econômico e a equidade em termos de saúde e bem-estar.

Os documentos mundiais de promoção à saúde reforçam a necessidade de participação do governo e da sociedade, exigindo o desenvolvimento de habilidades profissionais para executar as ações em parceria com a comunidade, conscientizando-a e capacitando-a com vistas a modificar os determinantes de saúde. Certamente, a educação em saúde é uma forma lenta e contínua de avançar nesse compromisso social.

A promoção da saúde e a educação em saúde são interdependentes, têm objetivos comuns e ambas requerem a participação ativa das pessoas inseridas em processos de mudança. A educação em saúde é, portanto, um dos componentes e recursos fundamentais a serem utilizados nas estratégias para a promoção da saúde (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

O momento presente exige de nós cidadãos uma postura de compromisso e solidariedade, pautada em princípios éticos e humanos. Visualizando a condição atual de saúde da maioria da população, faz-se necessária uma compreensão da complexidade das relações entre as políticas públicas e as políticas no setor saúde e educação, no intuito de encontrar estratégias já garantidas publicamente, porém dependentes do esforço de cada um de nós e de todos para atuar na efetivação dos direitos essenciais à vida.

Dallari (2001) afirma estar essa compreensão vinculada ao entendimento histórico das mudanças sociais iniciadas, principalmente, no final da década de 1980 e fortalecidas em toda a década de 1990, as quais abrem espaços para transformações na área social, com a participação democrática de grupos e organizações da sociedade na luta pela cidadania. No Brasil, a articulação desses movimentos tornou-se bem visível a partir da Constituição Federal de 1988, que estabelece várias mudanças no campo da saúde, enfatiza não somente

a ausência de doença mas o bem-estar, resultante de políticas públicas que garantam o acesso universal e igualitário

A lei maior da República estipulou critérios para que a saúde seja corretamente determinada em seu texto. Assim, vinculou sua realização às políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados, não só, à recuperação, mas também a sua promoção e proteção (DALLARI, 2001, p 5).

A área social, com destaque para a área da saúde, apresenta hoje e como sempre situações conflituosas, uma vez que está atrelada às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste neoliberal (SOARES; LUNARDI, 2002).

É importante ressaltar as mudanças lentas, mas consubstanciadas nas propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), que ensejam melhoria na qualidade de vida. Essas mudanças são resultantes de movimentos legitimados e expressados em documentos legais representativos da luta dos brasileiros pela sobrevivência e por uma condição digna de vida e saúde. Segundo Elias (2002), o sistema de saúde deve apresentar uma concepção ampla, tendo como objeto fundamental o cuidado com a saúde das pessoas, que vai além da assistência médica, contemplando outras dimensões nas quais o social está inserido. Por exemplo, incorporar programas de combate à desigualdade social e exclusão social, corrigindo, assim, os problemas estruturais, pois uma das maiores dificuldades na implementação de políticas públicas é essa, além das de ordem conjuntural.

Uma nova concepção de saúde implica intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade, com atuação na promoção da saúde e situações de risco à saúde. Consiste, portanto, numa distribuição de direitos e responsabilidades entre Estado, sociedade e indivíduos no campo da construção de políticas de saúde (CARVALHO, 2001).

As mudanças no campo social e na saúde apontam também para uma nova maneira de entender as pessoas, suas necessidades, bem como para a renovação de estratégias que, de fato, venham atender às propostas estabelecidas nas políticas de saúde.

Essa trajetória política e ideológica consolidada na Constituição vigente dá rumo a um novo paradigma que enfatiza as lutas coletivas/comunitárias, enfatizando a promoção da saúde em detrimento da prevenção das doenças. No entanto, a formação dos recursos

humanos não acompanhou essa proposta, pois a orientação dos profissionais ainda está voltada para a cura e o cuidado da doença, sem valorizar a contento a promoção da saúde (ALVES; ARRATIA; SILVA, 1996). Os autores alertam que as pessoas e grupos devem manter sua higidez, como determinante da qualidade de vida.

Sobre a promoção da saúde, Lefèvre (2002, p.2) a define como

O conjunto de ações, intervenções, propostas, processos e movimentos que, atacando as causas mais básicas das doenças e apontando para novas formas ou condições de trabalho, de vida e de relacionamento do homem consigo mesmo, com seus semelhantes e com o meio ambiente, podem influenciar decisões individuais, grupais e coletivas que objetivem melhorar a qualidade de vida dos seres humanos.

Essa definição aponta para ações propostas entre pessoas e vários setores da sociedade na luta pela saúde e a qualidade de vida e envolve diretamente atitudes profissionais na relação com o cliente. Desse modo, acredito ser indispensável à superação do distanciamento cultural que poderá ser favorecido pelo diálogo, resultando em decisões compartilhadas com os sujeitos aos quais são dirigidas as ações.

Ao acompanhar as mudanças sobre as políticas de saúde no Brasil, percebo haver a defesa constante das idéias de parceria entre os diversos setores da sociedade, a importância da interdisciplinaridade como uma construção integrada das diversas categorias profissionais e serviços e, ainda, da participação da população, a qual deverá ser instrumentalizada para enfrentar os riscos à saúde.

As diretrizes do SUS contemplam a descentralização, participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde e o atendimento integral, enquanto os princípios fundamentam-se na universalidade, igualdade e equidade. Vários são os caminhos que levam à implementação desses princípios, porém ainda não estão definidos em termos de ações, como e para quem se faz, há distorções técnicas e gerenciais (ELIAS, 2002).

O princípio da integralidade indica a superação de modelos assistenciais fragmentados com ênfase ao cuidado individual e à doença e avança ao atendimento das várias necessidades ligadas à promoção e recuperação da saúde. Nessa estrutura atual de conceber o processo saúde-doença modificam-se também as estratégias ligadas à promoção e educação em saúde.

A educação em saúde, como uma das estratégias para a promoção da saúde, vem sendo discutida em algumas instâncias, a partir das idéias de Paulo Freire, cuja proposta é a educação participativa e emancipatória, abordagem dialógica e capacitação de uma visão crítica para analisar o contexto social em que esses problemas acontecem.

Desde a década de 1970, no Brasil, a área de atenção à saúde vem propondo uma linha de planejamento participativo, valorizando a responsabilidade pessoal, da família e da comunidade. Nesse sentido, a prática de educação em saúde abandona o caráter autoritário, instrumentaliza os indivíduos na conquista de sua cidadania. Assim, a educação em saúde coloca todo seu patrimônio à disposição da população, a qual deve ser atendida em seus anseios e necessidades (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

O conceito de educação em saúde se sobrepõe ao de promoção em saúde, um processo amplo a abranger a participação de toda a população no contexto de sua vida e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Nessa visão ampliada de saúde, na prática, observam-se atualmente diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde e variadas práticas com caráter reducionista que precisam ser questionadas e direcionadas para perspectivas integradoras e participativas (SCHALL; STRUCHINER, 1999). Por conseguinte, acredito que a educação em saúde deve ser entendida como um espaço de troca de conhecimentos, participação e decisão com vistas à promoção humana, libertação e construção da cidadania. Neste sentido, Schall e Struchiner (1999, p. 4) a conceitua de forma ampliada, pois

... inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem.

Essa forma de agir exige dos profissionais educadores habilidades na área da comunicação e no desenvolvimento de estratégias que facilitem a participação dos usuários, que os tornem confiantes em si mesmos e capazes de tomar decisões importantes à sua saúde. A promoção da saúde envolve aspectos abrangentes, determinados por múltiplos fatores e inclui o comportamento humano, as experiências de aprendizagem e as intervenções educativas. Porquanto, devem ser considerados atitudes e comportamentos

benéficos à saúde, mas não se limita a esta dimensão, pois envolve aspectos plurais da existência humana.

Nesse contexto, a educação em saúde apresenta-se como um campo multifacetado, a encerrar uma pluralidade de concepções das áreas de educação e de saúde, e envolve intersetorialidade e políticas públicas que apoiem e reorientem os serviços de saúde centrados não somente na doença, mas priorizando a promoção da saúde.

Existem mecanismos que regulamentam a estadualização e a municipalização das ações e serviços de saúde, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs). A última norma editada - NOB/96 - trouxe como contribuição definir a gestão do sistema de saúde, além de discutir sobre as ações voltadas à assistência individual ou coletiva, no âmbito ambulatorial e hospitalar ou em outros espaços, especialmente no domiciliar. As ações de comunicação e de educação também compõem obrigatória e permanentemente a atenção à saúde (BRASIL, 1996).

A efetiva implantação e funcionalidade dos direitos garantidos nessa proposta atribuem responsabilidades ao poder público (federal, estadual e municipal) para prover condições que atendam à demanda das necessidades de saúde e exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde. Nestes três níveis de atenção à saúde, deve sempre ser priorizado o caráter preventivo (BRASIL, 1996).

Diante de tais responsabilidades a envolver governo e sociedade civil, é importante evidenciar as concepções de Mendes (1996) sobre a necessidade de mudança radical de natureza estrutural nos sistemas de saúde. Para ele, significa um processo de construção social de um novo sistema de saúde. É um processo de longa maturação, pois essas mudanças vão incidir nos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico. Dessas dimensões, vale ressaltar a ideológica, a qual se estrutura na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, abarca uma nova concepção do processo saúde-doença, um novo paradigma sanitário, implicando mudança cultural, ou seja, mudança de um sistema de crenças vigente por um outro emergente. Para ele a concepção atual de saúde está ligada à qualidade de vida, uma aproximação positiva que articula biologia humana, estilo de vida, ambiente e serviços de saúde.

Na interlocução com vários autores reforcei a idéia de que a proposta de educação em saúde é um recurso disponível aos profissionais, uma prática positiva a criar condições de cuidados abrangentes à saúde individual, da família e de grupos, na perspectiva de prevenção das doenças e promoção da saúde. É também uma atividade político-social entre profissionais e usuários, cabendo entender saúde como objeto de interesse da sociedade. Do modo como ressalta Minayo (1998, p. 35), a saúde deve ser percebida como "... um conjunto de ações e movimentos que ela promove para-se manter saudável". Dessa forma, sai da tutela exclusiva do médico e se amplia em outras fronteiras, incluindo outras disciplinas e setores que influenciam na saúde e nas condições de vida.

Outra visão a sobressair é a de Paim e Almeida (2000), segundo os quais a articulação entre os processos de ensino e de trabalho permite objetivar as relações sociais e técnicas, priorizar a interação social que transporta a intersubjetividade para o momento pedagógico e, por meio da estratégia de problematização, formar educadores que ajudem os profissionais a aprenderem a aprender. Reforçam que a formação de novos sujeitos inclui o desenvolvimento científico, tecnológico e ainda a consolidação de novos paradigmas, as políticas, além das inflexões produzidas na pedagogia e nos meios de aprendizagem.

É válido ressaltar que a educação em saúde se insere numa proposta maior, inseparável das políticas públicas promovidas pelo Estado, juntamente com o movimento social e o usuário/cidadão fortalecido. Estes atores sociais devem estar, de fato, atuando como agentes transformadores na teoria, na prática, na luta pelo rompimento com o modelo biomédico, o qual concebe a prática de saúde numa vertente hegemônica (LEFÈVRE, 2002).

De acordo com o autor, nessa proposta se inserem os profissionais de saúde como sujeitos de intervenção da promoção da saúde, diferente da ação social desenvolvida na prestação de serviços de saúde, que embora seja uma prática social semelhante a outras não coloca dúvidas transcendentais sobre a natureza mesma do sujeito, isto é, não considera as dimensões humanas e o contexto dessas ações.

Essa idéia é explicada por Morin (2001) em sua teoria sobre a complexidade, ao afirmar que tudo que concerne à condição humana deveria ser objeto essencial de todo o ensino, considerando sua unidade e complexidade, pois o homem tem sua

multidimensionalidade, é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. Adverte o autor que o conhecimento para ser pertinente deve reconhecer esse caráter, não isolando a parte do todo, mas as partes uma das outras. “O conhecimento, ao buscar construir-se com referência ao contexto, ao global e ao complexo, deve mobilizar o que o conhecedor sabe do mundo” (MORIN, 2001, p. 39).

A educação em saúde, entendida como um ato interativo entre cliente e profissional, deve valorizar os aspectos da complexidade e da subjetividade e ao mesmo tempo favorecer o desenvolvimento da consciência crítica do educando, habilitando-o a cuidar de sua saúde e desenvolver-se como ser humano. Esta proposta é reforçada por Pilon (1996, p. 391), ao definir educação em saúde como “uma forma de promover o desenvolvimento do homem como um indivíduo e como parte de um ambiente complexo incluindo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e físicos que compõem a sua existência”.

Esses argumentos suscitam um repensar sobre a prática, sobre o posicionamento dos profissionais, “como promotores de saúde”, atuando junto do cliente numa perspectiva de indivíduos ou grupos fortalecidos – empowerment – expressão-chave que segundo Lefèvre (2000, p.3) indica

Indivíduos ou grupos fortalecidos ou dotados de poder, seriam capazes de adotar estilos de vida e comportamentos saudáveis ou forçar/pressionar, via participação social, por mudanças sociais, culturais, econômicas, institucionais, ambientais, que gerenciam espaços ou entornos saudáveis.

Nesta perspectiva o educador abandona a crença ingênua, paternalista, iluminista e messiânica, imbuído e consciente de sua “missão evangelizadora” que pensa tornar os indivíduos ou grupos “educados”, “informados”, “conscientizados” pelos promotores de saúde (LEFÈVRE, 2002). Os educadores passam a assumir profissionalmente uma atitude solidária, enfrentando a crise dos sistemas públicos de saúde, como ressalta Stotz, prefaciando a obra de Silva Júnior (1998, p. 14), ao reportar-se à solidariedade como um princípio social o qual deve ser “ordenador da vontade política que confere ao atendimento das necessidades sociais das pessoas o caráter e a dimensão inegáveis do direito de cidadania”.

O desenvolvimento de ações orientando a promoção da saúde e prevenção dos agravos, conforme prioridade nas diretrizes das conferências de saúde e outros documentos oficiais, tem sido alvo de discussões. Na prática, algumas iniciativas baseadas nesses princípios têm mostrado benefícios no controle de agravos à saúde. Isto leva-me a reconhecer o papel fundamental dos órgãos públicos e da sociedade civil, os quais, apoiados nas diretrizes e princípios do SUS, devem desenvolver uma prática de saúde coerente com o que determina a lei e obviamente que atenda às necessidades da população. A educação em saúde é um espaço próprio para essa iniciativa, considerada política, ética, solidária e construtiva para todos os que exercem uma prática social.

Se a interpretação antropológica consiste na construção de uma leitura dos acontecimentos, então divorciá-la do que se passa – daquilo que em determinado momento espaço-temporal pessoas particulares afirmam, fazem ou sofrem, de entre a vastidão de acontecimentos do mundo – é o mesmo que divorciá-la das suas aplicações, tornando-a oca. Uma boa interpretação do que quer que seja - um poema, uma pessoa, uma história, um ritual, uma instituição, uma sociedade - conduz-nos ao coração daquilo que pretende interpretar (GEERTZ, 1973).

Capítulo 2 OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 Opção Teórica: Teoria Cultural e Antropologia Interpretativa de Geertz

A investigação científica deve estar apoiada em um enfoque teórico, possibilitando a formulação de idéias e a argumentação lógica que dê sentido às construções em relação ao objeto de estudo. Ao levar em conta esse pressuposto, escolhi como opção teórica a cultura na abordagem antropológica de Geertz, pois entendo que sem esse conhecimento se torna difícil compreender as dimensões simbólicas da ação social e cultural presentes na educação em saúde.

A antropologia interpretativa inspira-se no pensamento filosófico da hermenêutica, tendo em Geertz seu principal representante no mundo contemporâneo. O paradigma hermenêutico defendido por ele, na medida em que privilegia a busca de significado simbólico, valoriza a complexidade presente na teia de significados, a narratividade, os contextos. E ainda, como ressalta Costa (2002), a interpretação integra tanto a identificação dos elementos quanto a captação do sentido desses elementos no todo. Daí a noção de “descrição densa” da cultura em busca de significações a envolver historicidade e intersubjetividade.

O pensamento antropológico tem como base a compreensão do homem, a reflexão do homem sobre si e sua sociedade. É uma ciência recente, pois somente no final do século XVII iniciou-se a pretensão de considerá-la como objeto do conhecimento. A partir do século XX a antropologia passa a ser caracterizada pelo trabalho de campo, porque antes se detinha em narrativas e descrições das grandes viagens européias, descobertas de outras sociedades e povos exóticos feitas pelos observadores (viajantes ou missionários) e analisadas pelos pesquisadores em seus gabinetes (LAPLANTINE, 1994).

O desenvolvimento da antropologia interpretativa teve contribuição de Franz Boas e seus colaboradores a partir de estudos na pesquisa qualitativa em educação, desenvolvendo trabalhos de campo com ênfase no contexto. Foi Malinowski o primeiro antropólogo a enfatizar a importância de apreender “o ponto de vista dos informantes” (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

As experiências⁴ de Malinowski começaram nas ilhas de Trobriand. Ao conviver com os nativos, trouxe a idéia de os antropólogos estudarem a cultura de uma sociedade passando longo período com as pessoas a serem estudadas a fim de encontrar e interpretar seus próprios dados. No caso de Malinowski, as popularidades de suas obras e seus significados inovadores oferecem nova visão do homem e uma maneira diferente de compreender o comportamento humano. Essa inovação resulta em contribuição de novas técnicas de investigação e novos métodos de interpretação, no exemplo, a etnografia. Sua preocupação com a adequação das categorias à realidade estudada está associada ao conhecimento e preservação da especificidade e particularidade de cada cultura, cabendo ao investigador ordenar e dar sentido aos sistemas culturais cristalizados na cultura estudada (MALINOWSKI, 1984).

Reiterando o conhecimento sobre antropologia, Hoebel e Frost (1976) trouxeram contribuições valiosas e explicam que sua finalidade principal é explorar a natureza do homem como criatura organizada em uma sociedade; consideram cada indivíduo diferente do outro, mas semelhante sob muitos aspectos. Esta ciência tem como função básica os relatórios de pesquisa e até análises profundas do que se encontra atrás das aparências, questões da motivação humana, estrutura social, a descrição dos comportamentos humanos. Os aspectos citados são referentes à antropologia cultural, admitindo ser o homem um animal que cria cultura e está preso a uma cultura.

Lévi-Strauss (1996), ao comentar sobre a antropologia, refere-se ao sentido mais lato, entendido como o conhecimento do homem por meio de diversos métodos e diversas disciplinas e envolve o espírito humano. Neste sentido, a antropologia cultural tem propósitos de compreender os atos humanos, as experiências construídas e aprendidas nos grupos sociais. O pesquisador faz a descrição dos acontecimentos e pode ir além, isto é, não apenas descrever o ponto de vista do outro, mas, como ressalta Costa (2002), ver por meio de sua lente e fazer sua interpretação.

No pensamento de Geertz (1989) a interpretação corresponde à descrição de forma inteligível, à decodificação de códigos, símbolos e implica a busca da profundidade e da contextualização dos significados. A experiência humana, a vivência real dos acontecimentos não é mera sensação; ela é uma sensação significativa, interpretada, aprendida no grupo social.

Nesse sentido, cultura tem uma dimensão de ensino-aprendizagem e no entendimento de Hoebel e Frost (1976, p.4) ela é resultado da invenção social, transmitida e aprendida somente por meio da comunicação e da aprendizagem. Os autores a definem no seguinte conceito: "Cultura é o sistema integrado de padrões de comportamento aprendidos, os quais são características dos membros de uma sociedade e não o resultado de herança biológica." Os componentes essenciais desse conceito exprimem o significado das interações e da comunicação na apreensão da cultura, mostrando ser um sistema integrado de comportamento aprendido. Para tanto, tem a linguagem como um instrumento importante, pois segundo Lévi-Strauss (1996, p.86), "é através da linguagem que o indivíduo adquire a cultura de seu grupo". No seu ponto de vista teórico, a linguagem aparece como uma condição de cultura, porque esta possui uma arquitetura similar à da linguagem, principalmente em relação ao modo de transmissão.

Geertz (1989, p.15) procura mostrar que a cultura ajuda a ganhar acesso ao mundo conceitual dos sujeitos. "uma ciência interpretativa, a procura do seu significado". Assim, a cultura é entendida como um sistema simbólico pelo isolamento dos seus elementos, em torno dos quais ela é organizada, especificando, ao mesmo tempo, as relações internas entre esses elementos. Esse sistema simbólico deve ser visto em um contexto no qual os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de maneira inteligível, isto é, de forma densa.

No entendimento de Geertz (1989), o olhar imediato seria a cultura e sua representação na vida social, ou seja, o significado atribuído pelos informantes às suas ações. Nessa perspectiva, ele expressa a seguinte questão: Se você quer compreender o que é ciência, deve olhar não para as teorias e suas descobertas, mas para o que os praticantes da ciência fazem. Desse modo procurei aproximar-me das idéias e do fazer dos profissionais, informantes da pesquisa, tendo uma intenção: conhecer o mundo cultural desses informantes no espaço institucional de práticas de cuidado da criança, com um olhar voltado às ações educativas.

O referencial teórico-metodológico de Geertz possui uma perspectiva epistemológica e sociocultural que permitiu compreender a universalidade e a diversidade no campo da educação em saúde como resposta às ações pessoais desse grupo social estudado. Como

antropólogo contemporâneo, ele tem estudado profundamente as imediações da vida social numa visão cultural. Compromete-se com a abordagem interpretativa mediada pela linguagem, valorizando as expressões humanas no intuito de compreender os sistemas culturais e sociais, organizados num universo de significados. Apropriando-se da idéia de Max Weber, considera “que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, sendo a cultura essas teias e seu significado” (GEERTZ, 1989, p. 15).

Segundo o autor dessa abordagem, a cultura retrata o saber, os pensamentos e valores de determinados grupos, portanto, representa o agir de uma forma aceita pelos seus membros. Envolve o comportamento humano, o qual é visto como uma “ação simbólica” presente na fala, na arte, na conduta humana. É, pois, por meio do comportamento ou, mais precisamente, da ação social, que as formas culturais encontram articulação (GEERTZ, 1989).

Geertz tem contribuído com pesquisas na área antropológica e cada vez mais se reconhece a importância de ampliar o conhecimento nessa área e buscar modelos interpretativos que transitem nessa dialógica entre o pessoal e o social, o corpo e a mente, o objetivo e o subjetivo, de modo que influencie a reconstrução de abordagens práticas e científicas humanizadas. Percebe o homem em sua dimensão cultural recuperando os dilemas existenciais da vida, isto é, uma preocupação com o ser humano em seu contexto de vida onde se expressa a cultura. Para ele a cultura é composta de estruturas psicológicas por meio das quais os indivíduos ou grupos guiam seu comportamento. É um campo da ciência a favorecer o diálogo entre as diversas concepções de saúde/doença/cuidado, considerando serem essas inseparáveis da cultura. Estudar o grupo inserido nesse processo de trabalho significa buscar entender as representações desse sistema simbólico socialmente construído e implica comunicação de universos culturais.

Na perspectiva do entendimento semiótico de cultura, vista em um contexto, deve-se descrevê-la de forma inteligível e com densidade, utilizando-se o sistema de símbolos, pelo isolamento de seus elementos especificando as relações internas entre esses elementos; em torno dessas são organizadas as estruturas subordinadas das quais a cultura é uma expressão dos princípios ideológicos em que se baseia (GEERTZ, 1989).

O caráter cultural constante na vida do homem, ao mesmo tempo que tem peculiaridades universais, possui ampla variedade de diferenças em crenças e valores, costumes e instituições, tanto no tempo como no espaço, de lugar para lugar. O modo mais expressivo para definir sua natureza é, nas palavras de Geertz (1989, p.47), “o constante, o geral, o universal”. Uma preocupação do autor é encontrar significados, decifrar códigos, à semelhança de um crítico literário, embora também se preocupe em determinar a importância social dessa tarefa.

Geertz (2000) comenta sobre a diferença entre explicar fenômenos sociais, com metodologias que os tecem na relação causa e efeito, e a possibilidade de tentar explicá-los de forma compreensiva, situando-os em estruturas locais de saber (valorizando a cultura) e a imparcialidade, a abrangência e o poder da lógica. Esse ato intencional deve acontecer tanto na dimensão prática como na construção do conhecimento. Acrescenta o autor que o aspecto interpretativo envolve a busca de sentido, o domínio da linguagem e da cultura, excepcionalmente o diálogo, como característica fundamental das interações humanas. O autor não acredita no monólogo e no individualismo, mas no entendimento entre sujeitos, na intersubjetividade permeada pela linguagem e ação. A ação comunicativa, a interação, deve estar presente em todo o decurso da investigação. Significa descobrir como as pessoas organizam seu universo de significados, por meio da interação, considerando que “somos todos nativos”.

Geertz tem a linguagem como dimensão fundamental na vida humana, um aspecto indispensável na comunicação e na transmissão da cultura (GEERTZ, 2000). Conforme destaca, a lingüística não é específica da antropologia, mas faz parte da interpretação da cultura e desde seu início possui tendência de concentrar-se em palavras-chave, as quais, mediante seu significado decifrado, possibilitam descobrir as formas de entender as culturas. As categorias lingüísticas são instrumentos que permitem acesso ao tipo de visão de mundo em ação dentro delas. Exemplifica que os vocabulários utilizados pelas várias disciplinas para falar de si mesmas, para si mesmas, os termos de determinada profissão, representam seus objetivos, juízos, justificativas e outras realidades. A compreensão dessas categorias contribuirá na descoberta da função e significados, os quais poderão ser analisados.

Por ser a linguagem um sistema de símbolos usado pelo homem para se comunicar, está presente nos discursos dos sujeitos, nos vocábulos, e dá sentido ao que se pensa e faz, enfim, ao que a pessoa é, uma expressão do pensamento que é comunicada. Assim, deve ser analisada no contexto e não de forma isolada, para se manter um sentido aproximado do pensamento, uma esfera da ação humana.

Geertz (2000) salienta em sua teoria a idéia de que, ao se analisar determinadas circunstâncias, efeitos, decifrar o imaginário, não estamos assumindo uma simples tarefa técnica, e sim trabalhando uma estrutura cultural capaz de definir a maior parte de nossas vidas. Portanto, o enfoque etnográfico passa a ser indispensável e excepcional quando entrelaçado com outras formas de examinar a realidade. Essa articulação é explicada na idéia de que o acesso empírico aos fatos sociais ocorre em virtude de inspecionarmos esses sistemas de símbolos onde quer que estejam, mantendo a coerência, por meio da leitura real com pessoas específicas sobre o que elas dizem, o que fazem. Exige descobrir toda a trama que nos propomos interpretar, mediante registro etnográfico, e inspecionar o discurso social.

Corroborando esse pensamento, esclareço que por essa investigação ter abrangido relacionamento e comunicação, foi muito importante o modo de obtenção dos dados. Ademais, houve a participação da pesquisadora no convívio com os informantes, o assentamento das informações e a forma de analisar os dados para inferir e revelar o mundo dos sujeitos, recorrendo à hermenêutica cultural.

2.2 Opção Metodológica: Etnografia e Discurso do Sujeito Coletivo

Tendo em vista a complexidade do objeto de investigação a envolver concepções e um contexto de relações sociais e profissionais, o mesmo não pode ser apreendido por meio de uma metodologia estruturada que trata da relação causa e efeito. Foi necessária a adequação de métodos e técnicas integradas, em face do objeto constituir-se de ações humanas vinculadas às experiências revestidas de significados. Esse tipo de investigação utiliza os pressupostos da pesquisa qualitativa e, segundo Leopardi (2002), na pesquisa qualitativa a delimitação e a formulação do problema não podem ser reduzidas à hipótese, pois advêm de um processo indutivo de exploração do contexto, da observação e análise sistemática da realidade, o que exige do investigador sua participação na história.

Estas e outras características da pesquisa qualitativa são reiteradas por Bogdan e Biklen (1994) ao afirmarem construir-se a pesquisa qualitativa com métodos e técnicas apropriadas que permitam interagir com os sujeitos da investigação, conhecer o comportamento e as interações diárias, compreender o modo como eles interpretam suas experiências, como as pessoas dão sentido às suas vidas. O pesquisador planeja o estudo, abstrai as questões importantes na construção do objeto e outros questionamentos emergem no processo de investigação. A metodologia qualitativa tem como fonte direta de dados o ambiente, o investigador é o principal instrumento, sendo mais importante o processo do que o resultado do produto. Outro enfoque apontado é a tendência dos investigadores qualitativos a analisar seus dados de forma indutiva, pois as abstrações são construídas à medida que os dados particulares vão se agrupando.

Para Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), o significado e a intencionalidade podem ser resgatados por meio da análise de um número reduzido de depoimentos de indivíduos situados em dado campo social. Estes discursos fornecem as representações sociais, permitem a compreensão dos campos sociais e dos sentidos neles presentes, remetendo à teia de significados.

A pesquisa científica orienta-se por um método sistematizado, o qual mostra o caminho a ser trilhado em todo o decurso da investigação. Considerando o exposto, reafirmo que

escolhi como opção metodológica a pesquisa qualitativa de natureza etnográfica e o Discurso do Sujeito Coletivo por entender abarcarem esses métodos as dimensões da investigação social interligadas com elementos da cultura dos profissionais que em algum momento convergem ou divergem com a cultura da população da qual esses profissionais cuidam. Desse modo a pesquisa está fundamentada na antropologia cultural de Geertz e tem como métodos de coleta e análise dos dados a etnografia e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Na perspectiva de Geertz (2000), a etnografia está imersa na escrita em todo o processo de construção e o que o pesquisador faz é uma tradução da experiência para a forma textual a partir de um encontro intercultural permeado pelas relações de poder e propósitos pessoais. O que o pesquisador inscreve é uma versão adequada de “outro mundo” mais ou menos diferenciado. É, pois, um processo complicado pela ação de múltiplas subjetividades e constrangimentos políticos que fogem à direção do pesquisador.

A teoria de Geertz tem base na hermenêutica, logo, avança no campo da compreensão da cultura que passa a ser lida como expressão humana ante a realidade e não como unidade estanque de valores, pensamentos e normas. Nesse sentido, cultura é compreendida como uma rede de significados elaborada pelos seres humanos para entender, agir, reagir, perceber e organizar o mundo onde vivem (GEERTZ, 1989).

Estudos que enfocam a cultura se inserem na antropologia cultural e suscitam a descrição detalhada do grupo cultural e os significados atribuídos às suas experiências no contexto social. Para Geertz, estudar a cultura é estudar um código de símbolos partilhados pelos membros dessa cultura. O autor acentua que a etnografia tem como objetivo “apoiar amplas afirmativas sobre o papel da cultura na construção da vida coletiva empenhando-as exatamente em especificações complexas”. Portanto, abraça como tarefa descobrir as estruturas conceituais que informam os atos dos sujeitos, o “dito” no discurso social, e construir um sistema de análise, uma leitura interpretativa, evidenciando sua base hermenêutica (GEERTZ, 1989, p.40).

É necessário, então, o pesquisador contatar diretamente com os sujeitos, privilegiar o trabalho de campo para depois, de forma inteligível, construir os significados contextuais,

porquanto os sistemas culturais podem ser tratados como sistemas significativos, avançando no campo da compreensão ou hermenêutica.

A análise da cultura penetra no próprio campo do objeto e o processo inicia-se com as nossas interpretações sobre o que pensam e como agem os informantes, ou o que achamos que eles pretendem, e depois passamos a sistematizá-las. Nesse tipo de estudo, importa investigar além do que aparenta ser, levando-se em conta não serem os significantes sintomas ou conjunto de sintomas, mas atos, simbólicos sujeitos à análise do discurso social (GEERTZ, 2000). Na orientação do autor, o objeto se insere num âmbito concebido por uma pessoa ou grupo que dá sentido a esse objeto. A análise/interpretação, portanto, é um prolongamento das idéias, comportamentos, atitudes e normas associadas apreendidas pelo pesquisador.

Desse modo, o Discurso do Sujeito Coletivo, como modo de organização dos dados discursivos, e a etnografia, como maneira de descrever e interpretar a cultura, ofereceram subsídios para compreender as manifestações dos informantes da pesquisa, contextualizadas em seu ambiente de trabalho.

O Discurso do Sujeito Coletivo tem como proposta elaborar para cada pesquisado um discurso ou um pensamento encadeado discursivamente. É um método adequado para apreender situações do cotidiano mediante depoimentos dos sujeitos, um conjunto de indivíduos situados numa dada posição no campo, que apresentam algumas identidades e representações semelhantes manifestadas nas práticas sociais e nos discursos, expressões do pensamento e da linguagem (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000). Com efeito, nos trechos seguintes, apresento o modo como se cruzam esses métodos e as etapas do percurso analítico.

Lefèvre e Lefèvre (2002a) fazem breve apresentação dessa proposta e explicam os desdobramentos e a operacionalização do método. Para os autores, o pensamento coletivo não corresponde ao somatório dos pensamentos individuais, isto é, a uma representação numérica, mas ao discurso da coletividade, ao imaginário social, ao pensamento preexistente. A rigor, não é possível saber diretamente o que a coletividade pensa sobre determinado tema porque o pensamento de uma coletividade não é a soma do pensamento de cada um dos membros, mas

uma entidade social. Contudo, o que cada um pensa é possibilidade discursiva presente na sua cultura. Assim, às vezes a resposta de um ajuda a entender, complementa ou esclarece o pensamento de outro. Dessa forma, sugerem os autores que os discursos sejam reconstituídos com o material dos depoimentos individuais, formando o DSC.

O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal extraídos de depoimentos como entrevistas, artigos, cartas, matérias de revistas, etc. sob a forma de um ou vários discursos-síntese que visa expressar o pensamento de uma coletividade, emitindo um discurso único encadeado sobre determinada temática (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002a).

Nessa proposta uma pessoa é o imaginário social personificado e a tarefa fundamental do pesquisador é reconstruir este imaginário a partir dos pensamentos expressos pelos indivíduos. Na composição dos discursos usa-se parte do material de um dado depoimento, enquanto a outra parte do discurso pode ser utilizada para compor outro discurso coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002b). Dessa maneira, foram construídos vários DSCs representados nas temáticas que originaram categorias formuladas com clareza e coerência semântica.

Esses autores, assim como Geertz, defendem uma análise aprofundada dos campos sociais e a busca dos sentidos, pois neles estão presentes pensamentos, atitudes, valores, representados numa teia de significados. A intenção do pesquisador é retirar do discurso conectado às experiências a essência, a substância atribuída aos significados exteriorizados nas falas dos sujeitos e assim ampliar a compreensão do fenômeno em evidência.

A interpretação consiste em traçar a curva de um discurso social, fixá-lo numa forma inspecionada; o que foi inscrito, o "dito", essa exteriorização intencional objetivada no discurso, ou seja, a enunciação, o enunciado, que constitui o "pensamento"; a "substância" da fala, não o acontecimento, mas um relato que existe em sua inscrição e pode ser consultado novamente. Daí a importância de registrar a idéia dos informantes por meio da "descrição densa" dos atos dos sujeitos, do discurso social, e assim descobrir as estruturas conceituais por meio de um sistema de análise em cujos termos o que é genérico a essas estruturas, o que

pertence a elas se destaca contra outros determinantes do comportamento humano (GEERTZ, 1989).

Considerando os aspectos abordados sobre a conexão entre os métodos, apresento a seguir os passos utilizados na construção do DSC conforme orientação de Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000) e Lefèvre e Lefèvre (2002), os quais orientam a construção de figuras metodológicas. São etapas para organizar os discursos individuais e a reconstrução do DSC formando as categorias. Estes passos foram condições prévias e necessárias no processo de análise e interpretação dos achados e as figuras estão representadas no apêndice A.

Desse modo, passo a descrever o significado de cada figura metodológica de acordo com a proposta dos autores, fazendo uma correlação com esta pesquisa.

A *ancoragem* – é uma figura que representa os pressupostos, teorias, conceitos e ideologias encontrados nos traços lingüísticos da sociedade e da cultura, os quais são internalizados no indivíduo, portanto, permeiam os pensamentos expressos na linguagem dos informantes da investigação. Ao deter um olhar atento a essa perspectiva, foi possível extrair de quase todos os discursos marcas claras de ancoragens demonstradas nos quadros construídos sobre as figuras metodológicas. Estas ancoragens estão implicitamente colocadas na interpretação das categorias analíticas.

As *expressões-chave* – referem-se às transcrições literais de trechos selecionados dos depoimentos, são pedaços representados nesta pesquisa por termos ou frases recortadas dos discursos enfocando o essencial do conteúdo verbalizado. Por meio deles é possível o leitor compará-los com as afirmativas reconstruídas, julgar a pertinência ou não. as expressões-chave são uma espécie de “prova discursiva-empírica” da “verdade” das idéias centrais e constituem os conteúdos básicos que constroem o Discurso do Sujeito Coletivo. “Selecionar as expressões-chave significa depurar o discurso de tudo o que é relevante, inessencial, secundário”, extrai a essência do pensamento tal como aparece literalmente (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2001, p.3).

A *idéia central* – é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve de maneira sintética e precisa o sentido de cada discurso individual. Na análise dos depoimentos, as idéias

centrais correspondem às afirmações, negações sobre a realidade e, ainda, às inferências do pesquisador, traduzindo o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. Nesse estudo cada idéia central foi formulada do discurso individual a partir das expressões-chave.

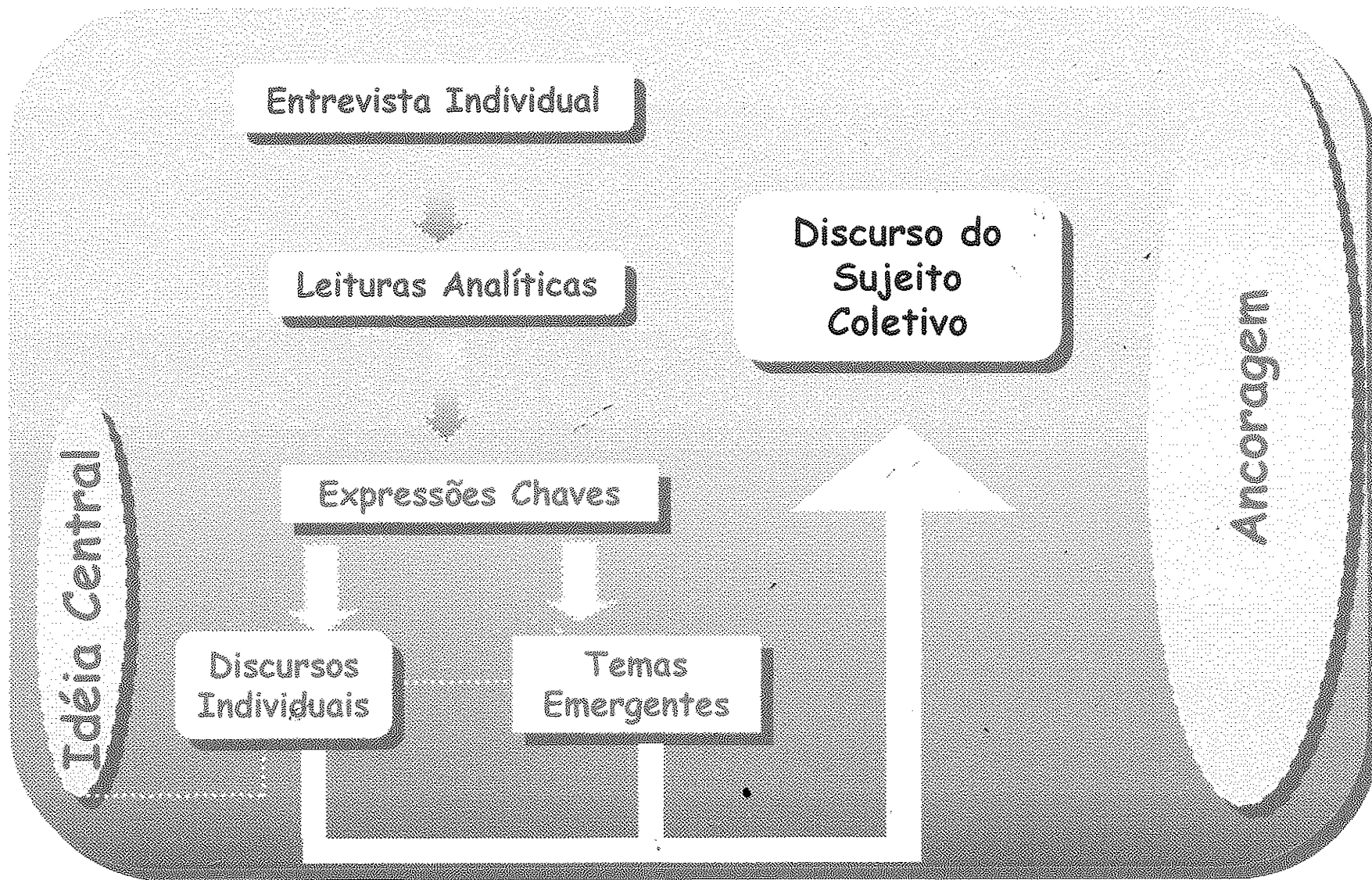
O *discurso individual ou discurso - síntese* - é formulado das expressões-chave de cada entrevista, traduz cada temática, a qual desdobrou-se em duas ou mais categorias formadas pelo DSC. A escolha dos discursos individuais para formar o DSC baseou-se na leitura analítica em busca dos temas emergentes, das convergências, das divergências e até das contradições internas presentes nos discursos. Simione, Lefèvre e Pereira (1996) admitem que as contradições são as reflexões sobre as tensões dialéticas internas do campo. O pesquisador deve atentar para esse aspecto, retomando-o na discussão dos resultados.

O Discurso do Sujeito Coletivo - é a figura principal que ao final da organização das entrevistas formaram as categorias e significa uma possibilidade de representá-los discursos de maneira coletiva. Para Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), o DSC é a reunião das possibilidades imaginárias (discurso uno, diferente e antagônico) de uma cultura, num dado momento, sobre determinado tema ou questão da pesquisa. Os DSCs são as representações desses sujeitos sociais que fazem parte de uma mesma estrutura organizacional e ocupam posições semelhantes nesse campo social. Desse modo, revelam a diversidade de sentidos individuais, manifestados no imaginário social.

Para os autores o conjunto de Discursos do Sujeito Coletivo obtidos em uma pesquisa corresponde a uma das descrições possíveis do imaginário social aplicável ao tema que se está pesquisando. O imaginário, do mesmo modo que um significado, não existe sem seu correspondente significante, é uma entidade virtual, pois não existe independentemente da sua descrição. Esse universo simbólico compartilhado nas interações sociais (o imaginário) é composto por matéria discursiva capaz de gerar afirmações, pensamentos, sentimentos, crenças, encadeamentos de idéias, justificativas, demonstrações posicionamentos, etc. Os autores desta metodologia acreditam que os depoimentos coletivizados por meio da técnica do DSC permitem ter acesso aos fatos sociais. Assim, pode associar esse método à análise interpretativa cultural de Geertz, facilitando o avanço na compreensão do fenômeno.

As figuras metodológicas estão representadas no **DIAGRAMA I**

DIAGRAMA 1 - FIGURAS METODOLÓGICAS



A Pesquisa

2.3.1 *Natureza da Pesquisa*

A educação em saúde delimitada no campo da cultura faz conexões com outras disciplinas e, especificamente, com a etnografia, ramo científico que permite descrever a cultura e também compreender os processos discursivos associados à prática e experiências de determinada cultura. Nesse sentido afirma Minayo (1998) que a pluralidade de concepções e práticas que transitam na área da educação em saúde incita discussões e entendimento de um campo multidimensional capaz de permitir visão ampla do objeto a ser estudado. A antropologia na saúde, além de contribuição epistemológica, tem sua importância como elemento fundamental no planejamento, na atenção médica e nos programas de prevenção e promoção da saúde.

O objeto investigado envolve comportamento, além de pensamentos e idéias, que têm um sentido e são expressos nos discursos. Assim, o delineamento do estudo traz características da pesquisa qualitativa, de natureza etnográfica a partir dos pressupostos de Geertz. Os pressupostos da pesquisa qualitativa estão conjugados na etnografia, uma vez que a partir desse método foram intensificados estudos e pesquisas qualitativas.

Pesquisas na área da saúde com frequência se voltam a problemas sociais e humanos; justifica a escolha de uma abordagem qualitativa. Esse estudo constitui dimensões da investigação social interligada com elementos da cultura dos profissionais que em algum momento convergem com a cultura da população, cuja saúde é cuidada por esses profissionais.

Em relação à etnografia, Costa (2000) destaca a ênfase ao contexto em que se dá o “encontro etnográfico” no qual se insere a historicidade e a subjetividade na relação sujeito-objeto, a penetração e confronto dos horizontes culturais do pesquisador e do pesquisado, a relação dialógica que transforma observador e observado em interlocutores em posições simétricas embora em campos distintos. A ênfase na relação dialógica contribui para repensar as relações sujeito e objeto e seus respectivos condicionamentos histórico-culturais.

A abordagem etnográfica faz a descrição de determinada cultura em um contexto social, visando compreender o objeto estudado na perspectiva dos participantes por meio das atividades do cotidiano. Para entender o significado de qualquer ação humana, é preciso investigar o contexto em que ocorre a ação, extraindo significados possíveis da cultura ou de outras ações relevantes (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1994).

Segundo Geertz (1989, p.27), a etnografia trata de “descrever a cultura de forma inteligível, o universo do discurso humano, visto em um contexto social, articulando-o a outras categorias próprias da ação humana”. Desse modo, deve atentar-se para o comportamento, pois é por meio dele, ou mais precisamente da ação social, que as formas culturais encontram articulação. O autor reforça que todo agrupamento de pessoas cria uma cultura que orienta a visão de mundo dos seus membros e a forma pela qual eles estruturam suas experiências.

Os pressupostos teórico-metodológicos da etnografia articulados com o DSC ajudaram na formulação das idéias teóricas no processo de abstração das expressões dos entrevistados. Utilizando esses pressupostos, trilhei um caminho processado de forma criativa, reflexiva, por meio da triangulação de métodos e técnicas para confirmação das “verdades” culturais reveladas nas idéias e no fazer dos informantes. Baseando-me nestas afirmações, construí esse estudo, o qual mostra características pertinentes às citadas; analisando as informações individuais, seguindo o método escolhido, apreendi nos Discursos do Sujeito Coletivo as **tramas e teias da educação em saúde**, temática principal que caracteriza a pesquisa.

2.3.2 Espaço cultural da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de apoio terciário para o estado do Ceará, localizada em Fortaleza. Esta capital experimentou nos últimos anos elevado crescimento populacional e econômico, ampliou a urbanização, diversificou a paisagem da cidade. O estado como um todo se destaca nacional e internacionalmente pelas suas maravilhas ecológicas de terra do sol, praia, sertão e algumas serras, se assemelhando à beleza de outras regiões privilegiadas do país. O clima quente é compensado pelas condições favoráveis do litoral, que atraem o turismo e conseqüentemente o crescimento econômico. Simultaneamente a esse progresso urbano, crescem os problemas sociais como o desemprego,

a fome, a violência e outras situações adversas como concentração da população em áreas periféricas, aumento do número de favelas, desigualdades socioculturais, aumento de epidemias e várias doenças socio sanitárias. Esta realidade acarreta demandas reprimidas nos serviços básicos de saúde, as quais, não atendidas devidamente, podem exigir assistência especializada de alto custo.

Em face das mudanças decorrentes do sistema público de saúde, a exemplos das implementadas por meio do Sistema Único de Saúde, existe um conjunto de ações para a satisfação das demandas no atendimento individual e coletivo, as quais devem caminhar em busca das necessidades da população. Esse hospital vem inserindo nas últimas gestões alguns projetos que reforçam a idéia de um planejamento estratégico participativo, culminando em assistência humanizada, construção da equidade e cidadania.

O referido hospital em descrição² foi fundado em 1969 pelo governo federal e desde 1991 é gerenciado pelo governo do estado do Ceará. Caracteriza-se como um hospital centro formador de recursos humanos, integrante do sistema estadual de urgência e emergência de adultos, atendimento à gestante de risco e triagem neonatal. Oferece internação nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, unidade de terapia intensiva de adulto e neonatal, transplante renal, terapia renal substitutiva, internação domiciliar e assistência ambulatorial em diversas especialidades. Entre estas se incluem o ambulatório de cirurgia infantil e o ambulatório de pediatria, com suas subespecialidades para o atendimento das crianças nascidas e acompanhadas no hospital, como também as que são encaminhadas de outros serviços da capital ou de municípios do interior.

A Secretaria da Saúde do Estado regula o financiamento e a prestação de serviços, além de custear as despesas com os funcionários públicos estaduais, em sua maioria, embora ainda exista um quantitativo de funcionários mantidos pelo sistema público federal, vinculados ao Ministério da Saúde. Para atender à necessidade de recursos humanos das atuais demandas,

² As informações que descrevem as características e ocorrências do hospital (campo de estudo) foram colhidas em entrevistas e conversas informais com representantes (diretores e ex-diretores da instituição), assim como outras pessoas consideradas informantes-gerais da pesquisa, complementadas com o Boletim Informativo bimestral de divulgação interna do hospital.

o hospital mantém serviços prestados e terceirização de serviços por meio do sistema de cooperativas, antes adotadas somente para os médicos. Atualmente é estendida para o pessoal de enfermagem, categoria indispensável ao funcionamento da instituição. Trata-se de uma realidade resultante da crise no setor público, que repercute na saúde e afeta gravemente os recursos humanos, até mesmo pela falta de concurso público na área. Porém esse fato vem suscitando dos trabalhadores, gerentes setoriais, administradores e de todos os envolvidos na luta por melhores condições de saúde, estratégias capazes de superar esses entraves, propiciando prestação de serviços com segurança, eficiência e resolubilidade.

Até recentemente (2001) o hospital possuía capacidade para 268 leitos. Suas instalações estão sendo reformadas pelo projeto de revitalização aprovado em 2000 pelo governo do estado com a finalidade de ampliação do espaço físico, equipamentos, condições estruturais e de trabalho, melhorando, assim, a qualidade da assistência.

O projeto de revitalização tem o apoio do governo do estado e do Reforço ao Sistema Único de Saúde (REFORSUS), o qual se refere a um programa de reforma das unidades de saúde, aquisição de equipamentos e modernização gerencial das unidades de saúde do SUS. O financiamento é feito por meio de empréstimo contraído pelo governo federal aos bancos BIRD e BID para alocar recursos referentes a investimentos (equipamentos e obras).

Esse hospital foi beneficiado com vários equipamentos de alta tecnologia e simultaneamente passa por reforma física, já concretizada parcialmente em um serviço de imagenologia e em uma unidade de recuperação, todos equipados adequadamente para atender a clientela sujeita a exames e procedimentos com anestesia ou sedação. No início de 2003 também foram inauguradas duas unidades de internação (cirurgia e clínica, no 6º andar do hospital). Foram adquiridos vários equipamentos de alta tecnologia nacional e internacional que estimula os administradores e funcionários a atualizarem conhecimentos e informações capazes de ajudá-los a manusear tais equipamentos com eficiência. Desse modo, devem ocorrer mudanças na tecnologia e no perfil dos profissionais e o hospital passa a ser considerado de grande porte, com um total de 323 leitos. Segundo informações da atual diretora administrativa (em conversa informal) e depoimentos da ex-diretora geral (Boletim informativo do hospital), a aquisição destes recursos trará grande impacto no

redimensionamento do processo de trabalho da equipe de profissionais, melhorando condições estruturais de trabalho e, conseqüentemente, melhor assistência ao usuário do SUS. A perseguição dessa meta está implicitamente expressa no boletim informativo de circulação interna, ao anunciar o hospital como “Direito à saúde, exercício de cidadania”.

O hospital participou do ano de 2001 a 2002 do programa dos centros colaboradores para a qualidade da gestão e assistência hospitalar, iniciativa do Ministério da Saúde. Esse programa tem como objetivo principal a assessoria técnica gerencial dos hospitais escolhidos como colaboradores seguindo critérios, incluindo a integração ao sistema de alta complexidade do SUS e as experiências bem sucedidas nas áreas de gestão e assistência hospitalar, bem como a disposição de transferir esses conhecimentos aos hospitais clientes (hospitais do SUS, carentes desta experiência). Esse empreendimento propiciou ao hospital o certificado de “Centro colaborador para a qualidade da gestão e assistência hospitalar e de humanização”.

A caminhada em busca do resgate dos valores e melhoria da assistência ao cliente do sistema público de saúde ocorre nesse hospital ao longo dos anos. Um serviço que existe há quase dez anos é a existência do escritório de qualidade, o qual tem entre as funções gerais planejar e desenvolver atividades, incluindo as ações de qualificação e aperfeiçoamento de pessoal no intuito de otimizar a prestação de serviços aos usuários com eficiência e qualidade.

Recentemente, a instituição aderiu à proposta de humanização do Ministério da Saúde e conforme explica Carneiro³ (2002) esse Ministério promoveu um mapeamento das iniciativas de humanização da assistência hospitalar no Brasil e este hospital, em face do seu dinamismo, participou desse levantamento, enviando uma relação de vinte iniciativas, entre elas o Projeto de Grupo Operativo (GO) atualmente desenvolvido em quatro clínicas, incluindo a unidade de internação pediátrica. Para Carneiro (2002, p.1), o grupo operativo é um instrumento ideal para a humanização hospitalar e tem seu fundamento teórico nas idéias do psiquiatra Pichon Rivière. Essa iniciativa encerra dois princípios fundamentais:

³ É psiquiatra do hospital (campo de estudo), supervisor das atividades de grupo operativo e defende que as atividades deste grupo preenchem com grande pertinência os critérios estabelecidos na iniciativa de humanização proposta pelo Ministério da Saúde.

interdisciplinaridade e planejamento. Ao apresentar esses princípios, menciona duas proposições relativas aos mesmos. A primeira é: “Somente a prática interdisciplinar torna possível que as relações de trabalho entre profissionais sejam realmente humanizadas”. A outra diz o seguinte: “Apenas com a adoção das técnicas de planejamento é possível o aprimoramento da gestão hospitalar, e com isso a criação de procedimentos de trabalho que, de fato, promovam a humanização do atendimento”.

Sobre o exposto, entendo ser o programa de humanização uma iniciativa ligada aos princípios do SUS e representa um processo de construção que integra poder público, administração dos serviços e usuários. Nesse contexto, incluem-se os profissionais de saúde.

O hospital, juntamente com a Secretaria da Saúde do Estado, vem fazendo parcerias, criando fontes de negociação com a finalidade de garantir um serviço de qualidade aos usuários. Segundo o ex-diretor desta instituição, o qual no momento da entrevista coordenava as obras de reforma deste hospital, os responsáveis por esse empreendimento estão tendo a preocupação de organizar serviços e implementar estratégias para aumentar o faturamento e diminuir os custos, porquanto todos os procedimentos são pagos pelo SUS, com valores abaixo do custo real, aumentando as despesas do estado, financiador dos serviços de saúde nessa dimensão terciária.

Ainda nessa conversa o entrevistado informou que no projeto de reforma da pediatria, está incluída a criação de uma unidade nos moldes de hospital/dia destinado ao atendimento de cirurgia pediátrica, no intuito de reduzir gastos e favorecer a humanização da assistência pediátrica, pois 60 a 70% dos procedimentos serão feitos com a possibilidade de a criança ser atendida nesta proposta, isto é, conforme o porte da cirurgia e as condições da criança, esta será operada e irá para casa, comparecendo ao hospital para receber os cuidados especializados e retornando para casa. Para isso o ambiente disporá de favoráveis condições físicas e contará até com *playground* para satisfação dos pequenos clientes. Vale ressaltar decisões recentes (início de uma outra gestão do governo do estado e da direção do hospital), com propostas diferentes a serem ainda definidas, porém, veiculadas pelos profissionais da área pediátrica após reunião com o diretor, como também por notícias do jornal o povo (2003),

ao comentarem outras mudanças, como o fechamento da pediatria no que diz respeito ao atendimento clínico nesta área.

Com a descentralização do SUS, o hospital se organiza cada vez mais para prestar uma assistência no nível secundário (pela sua característica de hospital-escola) e, principalmente, terciário, e uma das transformações de ordem organizativa foi o reduzido atendimento no ambulatório, que passou a cobrir exclusivamente consultas especializadas e outros de seguimento à recuperação e cura de clientes atendidos nas unidades de internação.

Dessa maneira também foi reorganizada a assistência pediátrica, a qual foi excluído o atendimento de cobertura à higiene infantil das crianças nascidas no hospital, mantendo somente as consultas especializadas. O atendimento primário foi repassado oficialmente às unidades básicas de saúde assumidas pelo município, conforme preconizado desde o início das reformas dos serviços de saúde na perspectiva do SUS. Entretanto, só recentemente está sendo reestruturado o conjunto de ações e serviços de abrangência municipal e da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, incluindo a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município. Dessa maneira, poderá melhorar a assistência básica aos usuários do SUS.

Tais mudanças trazem repercussões diretas no ambulatório de pediatria, que passa a priorizar o atendimento especializado, mantendo, porém, o acompanhamento da criança até o terceiro ano de vida, com a finalidade de dar seguimento às crianças nascidas no hospital. Na unidade de internação também muda o perfil de casos clínicos advindos do ambulatório, principalmente, e de outras unidades de saúde onde essa unidade é referência.

A assistência à mãe e à criança nas unidades de obstetria e neonatal, respectivamente, bem como nas unidades de internação pediátricas vem experimentando algumas mudanças no intuito de oferecer um cuidado humanizado. Algumas iniciativas já podem ser vistas, como o acompanhamento da criança por profissionais que incentivam a utilização de brinquedo terapêutico, a exemplo da atividade da terapeuta ocupacional, acompanhamento com psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, nutricionista e diferentes membros da equipe de saúde que ajudam na recuperação como também na adaptação/aceitação da mãe e da criança quanto à doença e à hospitalização. A implantação do grupo operativo na pediatria

facilita a participação da equipe multiprofissional nas ações de cuidado/educação em saúde da criança e família, embora com dificuldades e algumas limitações na operacionalização das atividades.

Mudanças perceptíveis acontecem no atendimento à parturiente, com proposta do parto humanizado, reforço ao vínculo mãe-filho na unidade neonatal e no alojamento conjunto, o acompanhamento da mãe e da criança com participação da família para o incentivo e apoio à amamentação e acompanhamento da mãe/criança no núcleo de aleitamento. Nesse ambiente, práticas educativas são realizadas por cada profissional, dirigidas individualmente a cada mãe ou ao grupo por ocasião das reuniões semanais organizadas pela psicóloga com a participação de alguns membros da equipe, como terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e enfermeira. Estes são os profissionais com presença mais constante, enquanto outras categorias (médicos, nutricionistas) participam quando são convidadas a falarem de suas experiências junto das mães/famíliares nesse encontro com os profissionais.



● Inserção da pesquisadora no campo e cenários da pesquisa

A fase inicial de coleta de dados deu-se logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da instituição lócus do estudo, o que aconteceu a partir da segunda quinzena de agosto de 2001. Iniciei com as observações gerais do campo e fazia simultaneamente o contato com as gerentes das unidades onde aconteceram as coletas dos dados, como também com membros da equipe multiprofissional, especialmente médicas, enfermeiras e nutricionistas dos setores que centralizam o atendimento à criança. A partir desta interação, fui incluindo-me no ambiente da pesquisa, interagindo com outras pessoas consideradas informantes gerais, tendo, portanto, contribuição na descrição do fenômeno.

O contato nas unidades foi realizado antecipadamente, o que facilitou minha entrada no campo como pesquisadora. Mesmo assim, algumas pessoas estranhavam minha presença, vendo-me como “uma curiosa” ou alguém que estava “avaliando o serviço”, e questionavam isso. Aos poucos fui esclarecendo, conquistando, ganhando espaço, enfim, interagindo e aprendendo com os informantes da pesquisa. Minha postura se delineava embasada em pressupostos da pesquisa etnográfica como a de estar no campo observando e participando do contexto, das conversas e do fazer dos profissionais.

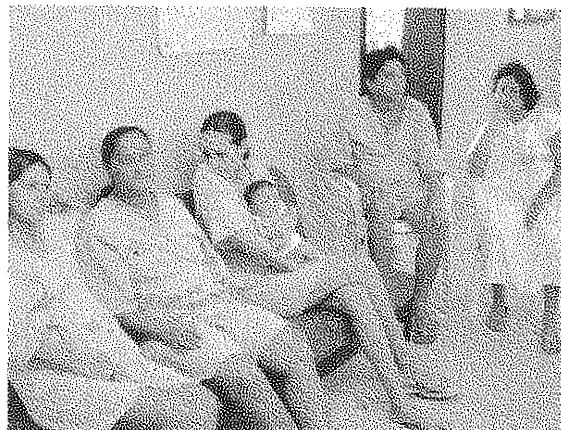
Não foi tarefa simples, porém não percebi rejeições, exceto uma profissional que não aceitou que eu ficasse no consultório de “plantão” observando a consulta, pois segundo ela intimidava o cliente. Concordei naquele momento e incluí-me na observação da forma como sugeri: permanecer pouco tempo na sala, procurar ver e ouvir de fora da sala o movimento, o diálogo do profissional com a mãe. Mesmo com essas restrições, permaneci no campo por entender ser esse momento significativo e eu não poderia desistir, uma vez que ela repensou pedindo-me para continuar mesmo fora da sala. No entanto, a partir da segunda visita essa profissional mostrou-se menos apática, repassando-me informações sobre o relacionamento dos pais com o filho e comentários sobre a situação atual de saúde da criança, o que me deixou à vontade para continuar a atividade. Outro ponto a reforçar minha permanência foi o fato de que o meu alvo de atenção incluía também a mãe e a criança, e com estas eu não tinha nenhuma dificuldade na aproximação e/ou aceitação.

Direcionando minha atenção para o objeto de investigação procurei selecionar o ambiente onde se dão as práticas de interesse, contextualizar os acontecimentos correlacionando-os entre si no intuito de facilitar o entendimento da realidade. Dessa forma, procurei descrever minha percepção aos cenários escolhidos mediada pelos atos de ouvir e olhar determinado objeto, o qual está delimitado no espaço social institucionalizado. Nesta pesquisa, as unidades descritas a seguir foram os espaços culturais de minha atenção para descobrir junto dos sujeitos como acontecem as práticas de educação em saúde no cuidado da criança.

Espaços de convivência cultural na relação ensino-aprendizagem



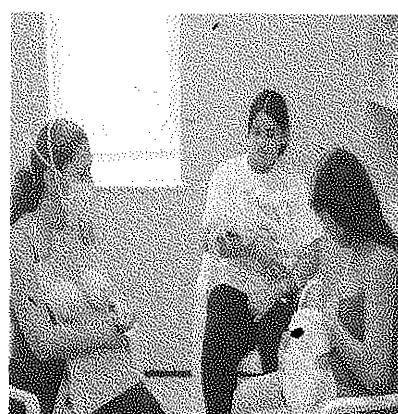
1 Unidade Neonatal



2 Alojamento conjunto



3 Sala de estar do NAM



4 NAM – momento de troca de experiências



5 Amb. de Pediatria na consulta



6 Espaço de espera da consulta

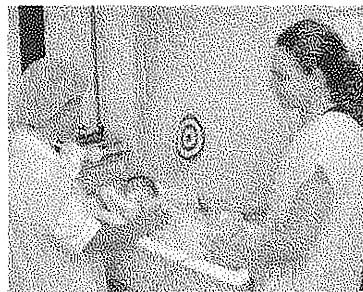
Passo a descrever os espaços culturais (cenários observados), seguindo a trajetória de atendimento à criança do período neonatal às fases seguintes. Estes espaços estão codificados a seguir para facilitar a referência de cada um no contexto das descrições. Cenário 1: **unidade neonatal (UN)**; cenário 2: **alojamento conjunto (AC)**; cenário 3: **núcleo de aleitamento materno (NAM)**; cenário 4: **ambulatório de pediatria (AP)**; cenário 5: **unidade de internação pediátrica (UIP)**.

Observei inicialmente a UN e o AC, por serem setores interdependentes no atendimento ao neonato. Em seguida passei a observar o núcleo de aleitamento materno e o ambulatório de pediatria (consultas especializadas, higiene infantil e follow-up) e por último a unidade de internação pediátrica. As observações foram precedidas por contatos com a enfermeira coordenadora, enfermeiras da assistência, os médicos e as nutricionistas, porém a todas as pessoas que foram informantes eu justificava minha presença expondo os objetivos da pesquisa. Vale ressaltar que inicialmente as observações foram gerais em toda a unidade e, posteriormente, direcionaram-se às ações da equipe, destacando médicos, enfermeiras e nutricionistas pelo fato de esses profissionais serem informantes-chave da pesquisa.

Cenário 1: Unidade neonatal



Pais interagindo com o bebê



Profissionais cuidando

Neste local minha permanência foi curta, no entanto, rica em informações, em contatos com os profissionais que assumiam as atividades de cuidado daquela unidade cercada por equipamentos do simples ao mais complexo, desde incubadoras e respiradores artificiais para atender as necessidades do neonato dependente destes aparelhos e mais, ainda do cuidado humano. Na UN tive receptividade pela enfermeira-coordenadora do serviço e demais

membros da equipe como enfermeiras assistenciais, auxiliares de enfermagem, médicos (neonatologista) e terapeuta ocupacional, com os quais tive maior contato.

A UN é um ambiente fechado, o que restringe a entrada de pessoas estranhas ao setor, centra a atenção dos profissionais no cuidado ao cliente e facilita a interação e a comunicação entre a equipe de saúde e a família. Os cuidados tais como higiene, conforto e alimentação da criança que se encontra na unidade de menor risco, podem ser executados pelas mães, acompanhadas pelos profissionais da equipe de enfermagem. Assim, os pais têm a oportunidade de estar junto do filho em horários flexíveis de visitas, podendo em algumas situações acompanhar e participar do processo de tratamento e recuperação da criança.

O espaço físico de assistência aos recém-nascidos é preenchido por equipamentos, berços e incubadoras, com pouca distância um do outro, dificultando o trabalho dos funcionários e o percurso dos visitantes (mães, familiares). O movimento das pessoas é contínuo para atender à demanda de cuidados à criança.

Esta unidade é composta de 25 leitos para o atendimento de RN de risco, sendo doze destinados à unidade de terapia intensiva (UTI) e treze para o acompanhamento de bebês de médio risco. Nesse caso, ainda ocorre subdivisão em médio risco-1 e médio risco-2. No médio risco-1 ficam os bebês dependentes de cuidados intensivos, mas que já não precisam de respirador artificial, ou seja, já mantêm sua respiração natural e encontram-se no processo de recuperação com maior estabilidade nas condições clínicas. No médio risco-2 ficam os bebês de menor risco, que complementam a terapêutica, incluindo a nutricional, ainda na fase de readaptação. Neste local permanecem com maior frequência as mães, que têm contato mais direto com o filho, já o seguram no colo, e, ao mesmo tempo, “aprendem” com a equipe alguns cuidados com a criança.

O cotidiano desses profissionais destina-se a cuidados específicos ao recém-nascido de risco, às vezes propiciando o desenvolvimento de práticas educativas, segundo confirmado no relato dos profissionais. Observando esse cotidiano, pude destacar algumas atividades próprias dos profissionais médicos e enfermeiras atuantes neste setor, categorias participantes da pesquisa.

Os médicos dessa unidade são especialistas na subárea de neonatologia, portanto, têm como função precípua o cuidado perinatal e neonatal. Observei que eles avaliam o estado de saúde da criança, interpretam sinais e sintomas para tomarem as devidas condutas de sua competência. Associados a estas funções básicas há o histórico, a evolução e prescrição no prontuário, o exame clínico diário da criança, como subsídio às decisões pertinentes ao diagnóstico e tratamento de cada cliente. Esses são os aspectos gerais de atendimento, embora outros fora da rotina diária relacionada à assistência ao recém-nascido sejam desenvolvidos, mas não cabe aqui detalhar.

A enfermeira assistencial mantém o controle geral do ambiente físico e da equipe de enfermagem, delegando algumas tarefas à auxiliar de enfermagem; interage com a mãe; realiza cuidados simples e complexos ao recém-nascido, oferecendo suporte necessário para recuperar e manter sua saúde. É válido destacar algumas atividades específicas da enfermeira: prescrição de enfermagem e todo o processo de sistematização da assistência ao recém-nascido, cuidado especializado àqueles de alto e médio risco, avaliação e fechamento do balanço hídrico; às vezes assume a atividade de coleta de sangue para exames e outras não bem definidas, surgidas normalmente no cotidiano dessa unidade.

Em conversas informais, duas enfermeiras e uma médica referiram que a presença da mãe e familiares permitia repassarem informações sobre a criança, discutirem com a mãe sobre os cuidados com o bebê. Outro comentário diz respeito à permanência das mães no local, tendo em vista a falta de condições físicas na unidade. Mas as mães demonstravam estar bem ao lado do filho, mesmo sem o necessário conforto, e também pela oportunidade de troca de informações com a equipe e com as outras companheiras cujos filhos encontram-se em situações semelhantes e isto ajuda a se sentirem mais confiantes.

Cada vez que retornava a este setor, direcionava meu olhar às interações dos profissionais com as mães, porquanto havia percebido a presença de algumas mães e, mais raramente, de outro familiar na unidade neonatal. Conforme percebi, as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem mantêm um relacionamento de ajuda a estas mães no sentido de ouvi-las, ensinar alguns cuidados básicos, pois assim que a criança melhora poderá ser cuidada

por elas sob a supervisão da equipe de enfermagem que conta com o trabalho dos demais profissionais, como a terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta e os médicos.

A interação destes profissionais com a mãe se dá principalmente durante avaliação e cuidados do RN, momento em que alguns profissionais conversam, dão informações sobre a criança e incentivam a mãe a dispensar carinho e realizar cuidados simples quando a criança se encontra em condições possíveis, ou seja, quando já não depende de aparelhos e monitorizações contínuas.

Nesse conjunto de atividades junto das mães notei que a equipe oferece apoio e incentivo para a criança receber de sua genitora o leite materno. Desse modo, é dada a oportunidade à mãe de ordenhar a mama e retirar o alimento do filho. Um relato da enfermeira ilustra o pensamento do grupo: Incentivamos muito porque a amamentação ajuda na estabilidade emocional dessa mãe e logo vem a produção do leite materno.

As mães que não comparecem diariamente para ficar com o filho são esclarecidas pelo médico, enfermeira ou outros profissionais envolvidos no cuidado, os quais as incentivam a enviar o leite, que é oferecido à criança, mas este é um dos problemas existentes pois nem sempre esse leite é oferecido ao bebê sem a pasteurização pelos riscos de contaminação. Por não existir banco de leite há dificuldades de enviar o leite materno para um outro serviço (hospital do estado que dispõe de banco de leite).

A mãe presente na UN é motivada a interagir com a criança, a perceber o significado desse contato na recuperação da saúde do neonato, é estimulada não só pela equipe médica e de enfermagem, mas por outros profissionais, como a assistente social, a fisioterapeuta e a fonoaudióloga que integram o serviço. Percebi, pois, haver interesse da equipe em manter a mãe e familiares participando do cuidado e da recuperação da criança. Isso requer esforços dos profissionais para assegurar a permanência dessas pessoas em um ambiente de cuidados intensivos, atenção extrema dos profissionais ao cliente e a toda a parafernália de equipamentos sofisticados existentes na unidade, necessária à assistência ao RN de risco.

A presença das mães na unidade neonatal é mantida mesmo diante das condições desfavoráveis, pois não há espaço físico adequado para acomodá-las. Entretanto, essas

dificuldades são compreendidas pelo desejo das mães e pela atenção que lhes é dispensada até mesmo ensinando-lhes desenvolver trabalhos artesanais, ocupando-as e socializando-as com a equipe de saúde e seus pares. As mães vivenciam um apoio mútuo com outras mães, conversam sobre si e sua família, trocam informações sobre o tratamento e recuperação da criança, sobre os profissionais, enfim, vivenciam momentos solidários entre o grupo de mães/familiares e a equipe de saúde. Essa atitude solidária torna-se visível quando ocorre óbito de um recém-nascido. As mães apresentam sentimentos de tristeza e empatia em relação àquela mãe que perdeu o filho. Da mesma forma são compartilhadas alegrias e esperanças quando uma mãe demonstra alegria pela recuperação do seu filho. Isto inclusive é um motivo para dar forças e motivação às outras que aguardam ansiosamente a estabilidade e recuperação da criança.

Ademais, a psicóloga se insere na equipe fazendo o acompanhamento das mães em grupo, detectando situações de conflito acarretado pela doença do RN, distanciamento do lar, enfim, por situações do cotidiano da mãe que muitas vezes ainda está no período puerperal ou, quando fora desse, tem um longo tempo de acompanhamento do filho na UN. Os encontros se dão principalmente fora da unidade, no corredor ou na área que lhes é destinada para realizar os trabalhos manuais. Dessa forma, é oferecido o apoio emocional, a socialização e a troca de aprendizagem entre elas mesmas e com os profissionais. Estes são articulados pela psicóloga e membros da equipe de apoio às mães para colaborarem nas atividades educativas, que em algumas ocasiões ocorrem de forma planejada de acordo com o interesse da mãe, porque elas são consultadas no final de cada reunião quanto ao assunto a ser abordado na reunião seguinte. Esta foi uma situação observada em reuniões das quais participei com o grupo de mães, confirmada por uma enfermeira em conversa informal antes de ser entrevistada.

Nesse setor o cuidado com o recém-nascido é complexo e implica necessariamente esforços profissionais para manter as atividades vitais e integrar outras atividades essenciais com vistas a recuperar e promover a saúde da criança. Senti que apesar de toda a complexidade do setor, é necessário e possível integrar ao cuidado as ações educativas direcionadas à mãe ou a outro membro familiar responsável pela criança. Nesse contexto, destaco o papel da equipe na implementação dessas ações consideradas "educativas" com a

finalidade de diminuir os riscos dessas crianças e promover o crescimento e o desenvolvimento saudável.

Cenário 2: Alojamento conjunto



Mães no corredor



Pediatra avaliando o bebê junto da mãe

Neste setor, por ser um ambiente aberto no qual já havia feito contatos anteriores, minha inserção aconteceu de forma natural. Contudo, foi preciso não apenas informar os objetivos do trabalho mas comentar sobre minha atividade de pesquisadora.

As atividades do AC são específicas de atenção à mulher na área gineco-obstétrica, incluindo o recém-nascido. Em virtude de ser o local amplo e diversificado, procurei delimitar o campo de observação, voltando a atenção aos cuidados com o recém-nascido e ao envolvimento da equipe nas ações de educação em saúde desenvolvidas com a mãe e familiares. Nesse aspecto, percebi que os ensinamentos sobre os cuidados com o recém-nascido na rotina diária são desenvolvidas principalmente pelas auxiliares de enfermagem escaladas para desenvolver o cuidado com o recém-nascido. Quanto à enfermeira, desenvolve tal atividade definida com maior objetividade no momento das visitas às enfermarias e no horário em que a mãe está se preparando para sair de alta. Outras ocasiões podem acontecer quando são solicitadas por outro membro da equipe ou mesmo quando percebe a necessidade da mãe/puérpera.

O alojamento conjunto tem alta rotatividade, porquanto as mães que se submeteram a parto normal, dependendo das condições do recém-nascido, recebem alta com 24 horas. A alta da mãe que teve parto abdominal depende também das condições do RN, mas normalmente é prevista com 72 horas após o parto.

Uma das finalidades do alojamento conjunto é a possibilidade de o recém-nascido ficar com a mãe, interagindo, fortalecendo o vínculo mãe-filho logo após o nascimento, momento favorável também ao início da amamentação, pois o hospital vem procurando atingir os pré-requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para tornar-se "Hospital Amigo da Criança"⁴.

No entanto, até o período da realização desta pesquisa, o hospital não tinha recebido este título. Segundo os profissionais entrevistados, esta é uma preocupação dos envolvidos diretamente nesse objetivo, e há muito tempo buscam alcançá-lo. Mas conforme relato de uma enfermeira não conseguiram ainda porque uns cumprem a orientação do Ministério e outros não. Um pediatra neonatologista faz o seguinte comentário: "Admiro-me do hospital ainda não ser 'Amigo da Criança', pois muitos hospitais do interior já receberam esse título". Durante conversa discutimos que não depende somente da estrutura do hospital, mas da atitude dos profissionais em relação às exigências do Ministério da Saúde.

Assim como na unidade neonatal, no alojamento conjunto as observações iniciais foram gerais em toda a unidade e, posteriormente, direcionaram-se às ações educativas desenvolvidas pela equipe na assistência ao recém-nascido. Os cuidados, desde a implementação da terapêutica medicamentosa, banho, assepsia do coto umbilical, higiene, entre outros, são realizados pela auxiliar de enfermagem, que se aproxima da criança pelo choro, solicitação da mãe e/ou para atendimento das necessidades de higiene. Esta acontece especialmente pela manhã, durante a permanência do neonatologista, o qual solicita à auxiliar de enfermagem trazer as crianças ao posto de enfermagem, local reservado para o exame físico feito pelo médico, que aproveita esse momento para "informar e orientar" sobre os cuidados da criança. Nesse momento, nem sempre a mãe apreende estes cuidados, em face da própria condição desfavorável (dor, ansiedade, ambiente, conduta profissional, etc.).

⁴ É uma iniciativa do Ministério da Saúde em que as instituições de atenção ao grupo materno-infantil e mais especificamente de assistência obstétrica devem cumprir os dez passos relacionados a ações de aleitamento materno e, se a avaliação é positiva no cumprimento integral das normas estabelecidas, a instituição avaliada recebe o título e alguns privilégios incluindo o financeiro.

Durante a semana todas as crianças são avaliadas pela manhã, momento em que o médico vai ao leito do recém-nascido e da mãe, quando esta não tem condições de se deslocar até o posto. Além de examinar a criança, prescreve medicação, cuidados após a alta, e obrigatoriamente preenche formulários apropriados. As orientações do médico são dirigidas à mãe, tratando-se da avaliação feita e, ao comunicar sobre a alta, ele esclarece a finalidade de cada impresso entregue à mãe pela enfermeira na saída de alta com seu respectivo bebê acompanhado de um membro familiar. É ressaltada a importância de trazê-lo à primeira consulta no núcleo de aleitamento materno onde a mãe e o bebê receberão apoio, acompanhamento e orientações sobre a amamentação exclusiva até os seis meses de vida.

Sobre a interação do médico com a mãe/puérpera, acontece principalmente durante o exame físico do RN. O profissional dá orientações pertinentes àquele momento, como cuidados com o coto umbilical, importância do banho de sol de manhã cedo, mudanças na cor da pele do RN. Quando o RN tem icterícia, o médico dá explicações: "Esse problema é fisiológico e não há incompatibilidade entre o sangue da mãe e o do bebê, é normal e com o tempo fica bom". Faz outros encaminhamentos advertindo a mãe para registrar o filho até trinta dias após o nascimento. Para isso ela leva a declaração de nascimento preenchida pela auxiliar de enfermagem no centro obstétrico. Em vários momentos ocorrem orientações e incentivos à amamentação exclusiva do RN até seis meses e exemplificam-se situações decorrentes desta prática. É reforçado o retorno ao NAM para avaliação, o teste do pezinho⁵ e o acompanhamento para a amamentação. Outras informações, como os cuidados com o coto umbilical, são reforçadas para a mãe pela auxiliar de enfermagem durante a higienização do recém-nascido.

Em relação ao incentivo e apoio à amamentação, além da equipe médica e de enfermagem há também a participação da nutricionista, que se dedica a esta atividade educativa durante a internação do binômio mãe-bebê. Esta profissional reforça as orientações básicas, atendendo individualmente à puérpera no leito, interroga sobre a história da mãe e

⁵ O teste do pezinho refere-se ao exame feito na criança até três meses de vida para avaliar doenças metabólicas congênitas como hipotireoidismo, fenilcetonúria e hipoglicemia. Atualmente é obrigatória a realização desse exame em todos os serviços públicos de atendimento neonatal.

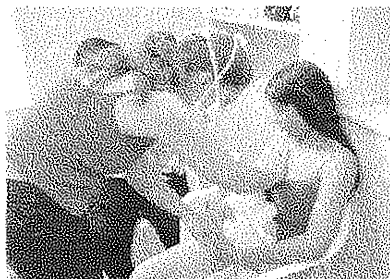
realiza o exame da mama; quando necessário, faz a massagem e a ordenha da mama simultaneamente com as orientações dirigidas, demonstrando a técnica correta e situações que podem facilitar a amamentação.

Apesar do atendimento na enfermaria ser individual, percebi que algumas mães ficam atentas ao fazer do profissional; parece apreenderem algumas informações sobre a amamentação nesse momento. Entretanto, não ocorre uma comunicação efetiva com a mãe em termos de linguagem e escuta sensível, pois o profissional às vezes utiliza termos técnicos desconhecidos por essas mulheres. Percebi não ser dada atenção a todas as mães, mas principalmente àquelas que expressam suas necessidades; as mães silenciosas e “envergonhadas” deixam retraídos seus desejos e algumas necessidades.

O trabalho de apoio e incentivo ao aleitamento materno, prioridade deste setor, no período da coleta de dados contava com uma funcionária de nível médio treinada para ajudar a mãe na ordenha da mama em ocasiões de ingurgitamento mamário ou quando o bebê está impossibilitado de sugar (normalmente o recém-nascido da UTI neonatal). Recentemente, segundo informou a enfermeira, foi treinada uma funcionária que atua nos serviços gerais da unidade neonatal para ajudar nessa atividade, dando cobertura em todos os dias da semana, o que não acontecia antes. Contudo, não aconteceu essa cobertura, pois quando essa funcionária assumiu, a outra saiu definitivamente dessa atividade por problemas de saúde.

Sobre a atuação da enfermeira nesta unidade, além dos cuidados com a parturiente, ela dedica algumas horas às atividades “educativas”, principalmente na ocasião da visita às parturientes, no momento da alta e quando é detectada alguma situação que requer orientação/informação.

Cenário 3: Núcleo de aleitamento materno



Este é um serviço diretamente vinculado ao alojamento conjunto, porquanto quase todas as crianças atendidas neste setor são oriundas do AC. Fiz o contato inicial com a enfermeira responsável pelo setor, a qual cumpre dois expedientes (manhã e tarde) e falei da pesquisa, recebendo todo o apoio necessário para realizá-la. Logo nas primeiras observações, percebi como aconteciam as ações de educação em saúde e, assim, dirigi meu olhar ao fazer dos profissionais. Tornou-se fácil, pois eram ações específicas, com o número de profissionais reduzido. Incluí-me naturalmente no ambiente e às vezes nas atividades, com o apoio da enfermeira, que em determinadas ocasiões solicitava minha participação nas orientações individuais, e, algumas vezes, ficava no consultório com a médica. Situação especial ocorreu quando a enfermeira solicitou-me iniciar o atendimento às mães enquanto ela chegava, pois se atrasara por motivos pessoais. Esse momento foi significativo. Além de participar do processo ensino-aprendizagem na prática de aleitamento materno, eu estava estabelecendo um vínculo com este serviço, conquistando a confiança dos profissionais que ali trabalham.

O NAM localiza-se em espaço físico separado da unidade hospitalar, ambiente reformado para esta atividade. A primeira sala logo na entrada é destinada à recepção, onde há o “encontro” entre o grupo de mães e a enfermeira. À frente desse ambiente existe o consultório médico, separado desta sala por paredes de fórmica que não vão até o teto e, por isso, não garantem qualquer privacidade sobre ruídos e conversas vindas dos outros ambientes. A sala seguinte ao consultório é um pequeno compartimento utilizado pela enfermeira para exame e ordenha da mama, orientação individual para as mães que exteriorizam dificuldades na amamentação.

Compõem a equipe de atendimento duas médicas e duas enfermeiras, ficando uma de cada categoria profissional nos turnos manhã e tarde, exceto duas vezes na semana, quando no turno da tarde fica uma enfermeira atendendo o grupo de mães e a outra atendendo individualmente as mães que apresentam dificuldade na amamentação por problema mamário.

Este núcleo faz a cobertura quanto ao apoio e orientação de aleitamento materno a todas as mães cujos filhos nasceram no hospital e a algumas crianças que não nasceram lá, mas as famílias procuram este serviço a fim de receberem orientação/aconselhamento por indicação de pessoas bem-sucedidas na amamentação pelo apoio recebido. O RN vem

encaminhado para a primeira consulta entre o 7º e o 10º dia após a alta hospitalar para parto normal e cesárea, respectivamente. Em situações de parto normal, ou seja, quando a criança após o nascimento fica no alojamento conjunto, sem intercorrências clínicas, o seguimento obedece a esses aprazamentos. Entretanto, o atendimento da criança dependente de assistência especializada na unidade neonatal é dispendioso para todos que a acompanham e fazem parte de sua vida, essencialmente os pais.

O atendimento no NAM inicia-se às 7h e 30 minutos (manhã) e às 13h e 30 minutos (tarde) com a reunião da enfermeira, as mães e os acompanhantes (marido, mãe, cunhada, sogra, vizinha). Normalmente essas pessoas que estão com a mãe fazem parte também do grupo no qual acontecem as conversas ou mais precisamente as orientações. Mais tarde chega a médica que fica no consultório onde são feitos os acompanhamentos do RN, o seguimento por meio de consultas aprazadas com ênfase à puericultura e o aleitamento materno. Imediatamente à sua chegada as mães preparam o filho para ser atendido.

Gradativamente os participantes vão chegando. Por isso a enfermeira dá informações gerais e só quando o grupo está maior, em média dez mães em cada turno, ela inicia a conversa com demonstração de bonecas, modelos de mamas "cobaias" e outras formas de ilustrar cada situação de amamentação.

Ao iniciar a consulta médica, a enfermeira procura baixar o tom de voz, para não causar ruídos até o consultório. Este por se encontrar ao lado gera interferência na acústica, provocando situação de desconforto como demonstrou a médica do turno da manhã. Outra situação a atrapalhar o andamento das conversas no grupo é que a sala de reunião é o primeiro compartimento do ambiente e dá acesso à porta de entrada. O movimento de pessoas, ao chegar para o atendimento, desvia a atenção de todos, incluindo a enfermeira, que no entanto logo dá continuidade ao assunto.

Ao terminar as orientações feitas no grupo, a enfermeira faz o atendimento individual na sala reservada para o exame da mama e aconselhamento àquelas mães que manifestaram algum problema para amamentar. Nesse momento a enfermeira faz uma avaliação da técnica de amamentação, sobre a posição e o ato do bebê pegar ao seio. Quando a mãe tem

dificuldade, ela ensina e ajuda na ordenha da mama, mostrando que o leite materno deve ser servido no copinho, e explicando detalhes sobre as atitudes para se obter sucesso na amamentação.

Vale ressaltar que este setor serve como referência às famílias para esclarecer dúvidas e receber orientações até mesmo por telefone. Durante as observações percebi ser oferecido apoio a essas mulheres com vistas a sentirem confiança em amamentar. Por isso elas procuram frequentemente o serviço quando sentem dificuldades, mesmo não estando com horários apertados. O contato é feito também por telefone, conforme presenciei várias vezes durante as observações.

Cenário 4: Ambulatório de pediatria

Atualmente é um espaço destinado ao atendimento de puericultura e consultas especializadas e torna-se pequeno, considerando-se as atividades desenvolvidas e a demanda do setor. Passou por reformas com vistas a adaptá-lo ao serviço a que se propõe. Tem uma única porta de entrada e logo à esquerda uma divisória destinada à recepção onde o funcionário dá informações, enumera as fichas e controla a ordem de chegada do cliente. A “atendente” marca as consultas de retorno, pesa a criança e dá cobertura nos consultórios – na organização e no apoio aos profissionais médicos.



Corredor de espera



Ambiente da consulta médica

Quanto ao ambiente físico, consta de uma sala de imunização reservada à demanda de crianças assistidas no hospital e à demanda reprimida. Possui cinco consultórios médicos, um ambiente para procedimentos de enfermagem, a sala da enfermeira e uma enfermaria onde ficam as crianças em observação nas situações de crise asmática, diarreia aguda em hidratação venosa ou oral e preparo de exames.

Em virtude da redução no atendimento e da organização do serviço, a clientela atual é procedente do ambulatório especializado e higiene infantil, havendo menor demanda de crianças em observação. O atendimento das crianças encaminhadas dos hospitais pediátricos da cidade, ou do interior, na maioria das vezes, resulta em internação hospitalar realizada pelo médico que cursa a especialização em forma de residência e pelo respectivo preceptor, presente naquele momento. O seguimento dessas crianças ocorre na internação pediátrica.

O ambulatório de pediatria ainda tem caráter de atenção primária no atendimento às crianças da higiene infantil, pois há interesse em mantê-lo como campo de prática para os internos e residentes da área médica com o treinamento prático sendo acompanhado por staffs e preceptores. Segundo informações da médica coordenadora da pediatria, essa atividade prática dos estudantes é complementada com as atividades científicas, tais como: apresentação de estudos clínicos, clube revista (estudo de publicações recentes), os quais são propostos pelo residente e apreciados pelos staffs, gerando discussões e troca de aprendizagem.

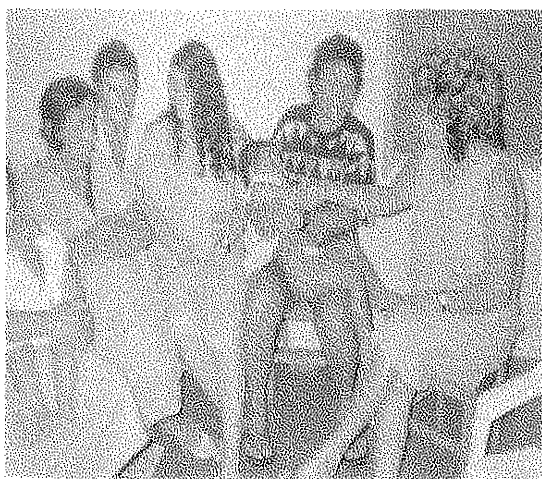
O ambulatório de pediatria é um local distanciado dos demais cenários. Portanto fiz o contato separadamente com a enfermeira que coordena as atividades e única enfermeira do setor, sendo o turno de trabalho pela manhã. Também comuniquei sobre minha permanência e os objetivos da pesquisa aos membros da equipe médica: coordenadora do centro de pediatria, médicos assistenciais e preceptores dos médicos residentes e, quando se fez necessário, aos funcionários da recepção e às auxiliares de enfermagem. Assim, pude adentrar no setor com maior confiança e aceitação, pois, de certa forma, estas pessoas facilitavam minha aproximação com as situações a serem observadas.

Neste serviço percebi a necessidade de integração com os diversos setores de atendimento à criança, e principalmente com a internação pediátrica e com o núcleo de

aleitamento materno, por serem esses de referência ao encaminhamento e seguimento da assistência à criança. Essa integração se evidenciava pelo intercâmbio das ações, a exemplo do acolhimento das mães quando procuram esse serviço como referência ao atendimento da criança. Às vezes, a consulta não estava aprazada, mas, por se tratar de doença aguda, as mães procuravam esse serviço na tentativa de assistência à sua criança e muitas vezes esse atendimento era facilitado.

É importante ressaltar ter sido essa integração favorável à minha inserção no AP, pois durante as observações, em algumas ocasiões, eu era abordada pelas mães que lembravam de mim no NAM no momento das orientações sobre aleitamento materno. Outras vezes, quando estava no consultório com a pediatra, esse motivo abria espaço para o profissional solicitar-me conversar com a mãe sobre a amamentação e, assim, eu aproveitava esse momento para interagir e entender aspectos da educação em saúde e, posteriormente, repassava ao profissional nossa "conversa", destacando os pontos de dificuldades encontrados na prática do aleitamento materno e no cuidado com a criança. Dessa forma, incluía-me naturalmente na observação e essas informações contribuíram para eu entender a prática educativa envolvendo a equipe de saúde e os familiares.

Cenário 5: Unidade de internação pediátrica



Interação entre as mães



Interação mãe-criança e profissionais

Foi a partir desse ambiente que surgiram meus questionamentos, momento em que atuava como enfermeira pediátrica. Por considerar que neste local eu tinha uma visão anterior sobre os acontecimentos relacionados ao cuidado e às práticas educativas, conforme relatado na despertar para esta pesquisa, procurei distanciar-me como profissional e ficar somente na observação, tendo o cuidado de não interferir com minhas pressuposições na obtenção das experiências dos investigados, diminuindo a possibilidade do viés na pesquisa.

A UIP é um ambiente com 28 leitos, dos quais oito destinados a receberem crianças para tratamento cirúrgico em suas várias especialidades, a saber: neurocirurgia, ortopedia, plástica, otorrinolaringologia e oftalmologia. A ocupação desses leitos acontece de acordo com a demanda de cada clínica e sempre é maior na subclínica pediátrica. A especialidade cirúrgica ortopédica requer maior tempo de permanência, pois, pela própria característica da especialidade, há demora no tratamento e recuperação do cliente.

A cirurgia infantil tem sua equipe específica e se caracteriza, principalmente, pela correção cirúrgica das anomalias congênitas. Existem quatro leitos com alta rotatividade e curta e média permanência, dependendo do porte e surgimento de complicações no pós-operatório. Nos casos de criança procedente do interior, se ela precisa retornar em poucos dias, a equipe autoriza sua permanência na unidade de internação para reavaliação e acompanhamento médico.

A subclínica pediátrica tem 16 leitos distribuídos da seguinte forma: quatro leitos numa enfermaria para admitir crianças sem infecções, oito leitos em uma enfermaria para crianças com doenças infecciosas e dois leitos em um apartamento para isolamento protetor e outro apartamento com dois leitos os quais são utilizados com frequência para isolamento de doença infecto-contagiosa ou outras patologias. Esta subclínica tem maior permanência como também alta taxa de ocupação dos leitos, sendo portanto, um local de acolhimento das mães que enfrentam no cotidiano a situação de estar com o filho doente.

A equipe médica que faz acompanhamento nesta subunidade é composta pelos assistenciais, residentes e preceptores da residência em pediatria. A maioria deles faz atendimento também no ambulatório e desenvolve atividade de preceptoria junto dos médicos

residentes. Por isso há motivação desses profissionais para constante atualização de conhecimentos, favorecendo o crescimento profissional.

A equipe de enfermagem tem permanência de 24 horas junto dos clientes, sendo em média para cada turno duas auxiliares de enfermagem e uma enfermeira. Conta-se ainda com a enfermeira-gerente da unidade durante o horário de 8h às 16h de segunda a sexta-feira.

Quanto ao serviço de nutrição, há atuação permanente de uma nutricionista no turno da manhã, a qual integra as demais equipes oferecendo suporte nos aspectos nutricionais de todas as crianças da unidade. No período da tarde, há cobertura pela nutricionista do plantão, que também atende outras unidades.

Sobre as ações educativas, além das orientações individuais às mães e às crianças maiores neste setor prestadas por cada categoria profissional, destaca-se o projeto do Grupo Operativo, cuja finalidade é favorecer a participação e a integração dos acompanhantes durante o período de hospitalização, ensejando um espaço para troca de informações, esclarecimento de dúvidas, enfim, promoção de ações configuradas como práticas educativas em saúde. Um dos objetivos deste grupo é estimular a integração entre os membros da equipe operativa, propiciando um espaço para efetivação das ações interdisciplinares.

Ao comentar sucintamente minha inserção em cada cenário, tenho a intenção de mostrar também a diversidade de ações necessárias ao cuidado da criança, a integração entre os serviços e, ainda, o desafio de um trabalho interdisciplinar, permeando as ações de educação em saúde.

Para entender esse processo de observação-participação e a inserção da pesquisadora, ressalto que no início eu olhava o ambiente físico, as pessoas, as ações de cuidado à criança. Também ouvia atentamente as conversas, procurava entender o ritual a envolver as interações da mãe/criança com o profissional, conforme cada ambiente, identificando os cenários diversificados existentes nas práticas de educação em saúde na atenção à criança. Gradativamente, entendia o fazer dos profissionais, as correlações entre uma atividade e outra, a integração dos setores de atendimento à criança e dos profissionais. Tentava registrar em nota de campo os acontecimentos e as circunstâncias em que se produzia a ação.

Em determinadas ocasiões, pude participar das atividades com os profissionais, nas conversas/orientações das mães sobre os cuidados com a criança, nas reuniões com o grupo de mães de todos os setores, com exceção do ambulatório de pediatria. Neste setor minha participação se reduziu durante as consultas médicas, pois, às vezes, quando me mostrava interessada em ajudar, era solicitada a cooperar nas ações educativas junto da mãe, principalmente em relação à prática de aleitamento materno.

O trabalho de campo é uma experiência criativa e exige decisões, saber lidar com conflitos que quase sempre começam do lado do informante, o qual tem pontos de vista próprios, maneiras de ver as coisas diferentes do pesquisador. Nas idéias de Geertz (2001, p.40), essa condição deve ser vista não apenas como uma dificuldade da relação entre o pesquisador e o informante, mas em seu sentido amplo, suas nuances simbólicas. Assim, é preciso entender que “não é absolutamente fortuita, a relação entre um antropólogo e um informante [pois] repousa sobre um conjunto de ficções parciais que são mais ou menos percebidas”. Nesse sentido, ele complementa que a pesquisa social científica consiste em uma tentativa de descobrir fios escondidos. Portanto, o pesquisador deve estar atento às suas atividades, de forma que apreenda o que interessa à sua pesquisa, articulando a dupla tarefa de aprender e analisar sem comprometer sua participação.

Ao comentar não só as dificuldades encontradas no campo, mas algumas facilidades, devo acrescentar que minha permanência, assim como minha participação em vários momentos de construção da pesquisa, foram facilitadas pelo apoio e reconhecimento dos informantes que em sua maioria demonstraram abertura, disponibilidade e interesse em “construir coletivamente” esse estudo. Certamente, pensando em “ganhos secundários” principalmente para a instituição e mais diretamente para os clientes, que não são apenas objeto mas também sujeitos do estudo, levando em consideração que a finalidade é a construção de um pensar e um agir em saúde, no intuito de descobrir e promover atitudes em um contexto educativo que favoreça a saúde da criança.

Para entender minhas relações como pesquisadora com os informantes do estudo, retomo a idéia de Geertz (2001, p.45), quando enfatiza: “Encontramos amigos entre os informantes e informantes entre os amigos”. Conforme o autor, são acontecimentos naturais da

pesquisa etnográfica, segundo percebi nas interações com os informantes. Contudo, procurei controlar qualquer sentimento passível de interferir nos resultados da pesquisa.

Ao lembrar alguns momentos no campo vejo que eles foram significativos ao me propiciar a oportunidade de repensar atitudes, tornando um processo crítico-reflexivo advindo da intersubjetividade e ao mesmo tempo da consciência sobre mim mesma quanto ao trabalho coletivo. Tal transformação é reforçada por Cardoso (1998) ao afirmar que a pesquisa etnográfica oferece espaços para as vozes de todos os atores do cenário, o que torna o cientista social “menos ingênuo”, uma idéia baseada na hermenêutica. Esta corrente teórico-filosófica possibilita a presença ativa dos sujeitos e ao pesquisador a interpretação dos atos e discursos, vistos como ações sociais.

Nesta perspectiva, compreendo que é na ação de pesquisar e aprender que se descobre a maneira de pensar dos sujeitos e daí retira-se a essência, para compor teoricamente o pensamento social.

2.3.3 Informantes da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida com os profissionais da equipe de atendimento à criança na categoria de médicos com formação pediátrica, enfermeiros e nutricionistas, os quais, embora com formação diferente têm em comum a experiência de cuidar da criança. As observações feitas junto desses profissionais, os discursos e toda a gama de informações acessadas permitiram visualizar parte do cuidado propiciado à criança que tem seu recorte delimitado nas práticas de educação em saúde.

Os informantes/participantes da construção desse estudo foram definidos durante o processo de coleta de dados e mais precisamente à medida que a análise preliminar se processava. Conforme a orientação metodológica de Geertz (1989, 2000), os informantes podem ser divididos em dois grupos: **informantes gerais e informantes-chave**. Assim, foram constituídos de acordo com a forma de participação de cada grupo.

Os informantes gerais não se apropriam diretamente da educação em saúde, mas detêm algum conhecimento acerca do problema, expõem suas experiências e durante as

observações e conversas informais disponibilizam informações relevantes para o estudo. Constituiu esse grupo a família que acompanha a criança, porquanto a educação em saúde envolve a comunicação e o relacionamento com a família e especialmente com a mãe. Também foram informantes os profissionais em geral da área pediátrica e outras pessoas que de alguma forma contribuíram com uma rede de informações significativas geradoras de novos *insights* para o desenvolvimento da pesquisa.

A inclusão dos informantes gerais aconteceu de modo natural, desde o início de minha entrada no campo, observando e aprendendo com eles, momento este que serviu para reflexões e sistematização do processo de coleta. Ao observar e participar desse contexto, aprofundava as relações e eles mantinham “certo compromisso” comigo ao falar de suas experiências, do relacionamento com o cliente e com a instituição. Havia, portanto, um relacionamento de amizade e confiança a facilitar minha permanência no campo e assim pude escolher os informantes-chave que partilharam a informação e o conhecimento sobre o fenômeno em estudo por meio da entrevista formal.

A escolha dos **informantes-chave** ocorreu de forma gradual e intencionalmente, segundo o envolvimento do profissional com a realidade do estudo, pontos esclarecidos a partir das observações e contatos. Outros critérios foram considerados, tais como: ser funcionário da instituição há mais de um ano; ter escala de preferência no período diurno; aceitar espontaneamente participar da pesquisa e desenvolver atividades configuradas como educação em saúde.

Para decidir sobre o número de informantes, baseei-me nos discursos, nos quais as experiências dos sujeitos tornavam-se repetidas e representavam discursos significativos de interesse dos objetivos da pesquisa, assim como os pressupostos, que podiam ser visivelmente comparados à realidade apreendida.

Quanto à representatividade dos dados nas abordagens que privilegiam a compreensão do significado dos fatos sociais, a representatividade é vista de forma diferente do positivismo. Enquanto esta preocupa-se com a generalização, a pesquisa no enfoque qualitativo objetiva uma compreensão profunda dos fenômenos sociais, com maior relevância à subjetividade e

singularidade. Desse modo, torna-se importante a “descrição densa” do fenômeno em seu contexto (GOLDENBERG, 2001).

Ao perceber que as informações expressavam as experiências dos informantes em suas várias dimensões explicitadas e densificadas por meio da amostragem teórica, foi possível a saturação das informações. Assim, a constituição dos informantes-chave teve um total de dezoito profissionais, e a dos informantes gerais, aproximadamente trinta profissionais, presentes no momento das observações, os quais prestaram de algum modo informações sobre a pesquisa.

Os médicos informantes-chave foram seis, todos com residência médica em pediatria e/ou neonatologia, títulos de especialistas também na área pediátrica, experiência na área com mais de dez anos. Os entrevistados, além da atividade de assistência à criança, assumiam a responsabilidade de ensino (preceptoria) na residência em pediatria e ou neonatologia, seja no momento atual seja anteriormente, pois essa função é repassada entre os médicos *staffs* que voluntariamente aceitam contribuir com a formação dos residentes dessa área e dos internos (acadêmicos de medicina). Entre esses profissionais há sempre dois preceptores a cada período, acompanhando e orientando nas atividades de assistência e de aprendizagem (apresentação de estudos de casos, estudos clínicos, entre outros).

Foi comum encontrar entre a equipe médica profissionais que trabalham em dois setores em horários diferentes, como na unidade neonatal e ambulatório ou na unidade de internação pediátrica e ambulatório, levando consigo a dupla experiência prática e a possibilidade de um intercâmbio de saber e de fazer.

Quanto às enfermeiras, corresponderam a um total de dez, distribuídas nos cinco setores de atendimento à criança (cenários do estudo), sendo cinco da unidade neonatal. Destas uma cumpre escala de trabalho também no NAM. Foram entrevistadas duas enfermeiras deste setor, pois a outra que trabalha atualmente no NAM já foi recentemente enfermeira do berçário. Portanto, as duas enfermeiras entrevistadas têm experiências de cuidado em neonatologia e cursos de aperfeiçoamento em aleitamento materno. Do total entre NAM e UM foram seis enfermeiras. Apenas uma não tem curso de especialização, mas possui

cursos de aperfeiçoamento na área materno-infantil. As demais têm especializações variadas nas áreas de saúde pública, unidade de terapia intensiva nos cuidados de criança e adulto e administração em enfermagem.

Da unidade de pediatria foram dois informantes-chave, um enfermeiro, o qual não tem especialidade em pediatria, mas já trabalha nesse setor há mais de cinco anos e durante a pesquisa estava concluindo curso de especialização na área de educação em saúde. A outra informante é especialista na área administrativa e traz experiências de mais de quinze anos na área da criança, tendo sido transferida de um hospital pediátrico. Ao ser admitida nessa unidade de internação vinha do ambulatório de pediatria. Portanto, as experiências se cruzam e, certamente, repercutem na forma de atuação desse profissional.

No alojamento conjunto foram entrevistadas três enfermeiras, todas com curso de especialização, sendo duas em obstetrícia e uma em saúde reprodutiva e perinatologia.

Das duas nutricionistas entrevistadas, uma delas tem experiência e desenvolve suas atividades na unidade de internação pediátrica há mais de quinze anos, concluiu recentemente o curso de especialização na área de nutrição e sua monografia para conclusão do referido curso foi na área de nutrição infantil. A outra nutricionista também cursou a especialização em nutrição clínica e tem atividade na unidade de internação obstétrica há mais de quatro anos. Desde essa época vem desenvolvendo um trabalho na unidade neonatal e no alojamento conjunto, sendo seu maior tempo dedicado a esta unidade, num trabalho que envolve as mães/parturientes no sentido de ajudá-las na prática de amamentação, juntamente com o pediatra, enfermeiras, obstetras, auxiliares de enfermagem e outros profissionais de nível médio que vêm sendo estimulados a cooperar na prática de amamentação.

2.3.4 Estratégias de Obtenção das Informações

As informações foram obtidas utilizando a triangulação de métodos e técnicas por entender que dessa forma se ampliam as possibilidades de apreensão do objeto. As técnicas utilizadas foram: **observação participante** com anotações em diário de campo e **entrevista semi-estruturada**.

Segundo Denzin e Lincoln (1994), a utilização de métodos múltiplos de triangulação tem a intenção de assegurar um conhecimento profundo do fenômeno em estudo, sendo ainda uma alternativa à validação. Os autores preferem a combinação de métodos e variadas técnicas num único estudo a uma única estratégia que adiciona rigor, amplitude e profundidade.

Ao pensar nessa possibilidade, optei por mais de uma técnica de coleta de dados e dei início com a **observação participante** seguindo a orientação da pesquisa etnográfica. A atividade de observar acompanhou toda a coleta de dados. Na fase inicial (exploratória) eu somente observava o ambiente geral, as atividades existentes, a interação entre os profissionais e o cliente, mas, posteriormente, continuei a observar tendo alguma participação, envolvendo-me nas atividades, o que me permitia conhecer mais o fazer dos profissionais. O processo de observação participação se desenvolveu quando os propósitos da estada no campo já estavam claramente definidos, pois cada fase dava suporte para orientar os passos seguintes, como também norteava o foco da entrevista.

A pesquisa etnográfica é processual, dinâmica, e não depende exclusivamente do pesquisador, haja vista existir uma participação ativa dos sujeitos investigados e relação importante com o contexto. Como afirma Goldenberg (2001), a contribuição dos antropólogos às ciências sociais trouxe renovações significativas. A antropologia contemporânea e o método etnográfico têm sido abordagens de escolha na área da educação e da saúde ao tratar-se de objetos de estudos sobre práticas, experiências, interações que constituem dados concretos da vida cotidiana.

Nesse sentido, segundo Geertz (2000, 2001), o importante é descobrir o fazer dos pesquisados, pois o que os informantes dizem envolve conceitos, idéias e realidades por eles representadas. Acrescenta existirem diferenças entre a percepção do pesquisador e a do informante. Desse modo é preciso aprender a lidar com a minha maneira de ver as coisas (pesquisador) e a maneira como os informantes o fazem. A dificuldade não diz respeito apenas ao conteúdo imediato da relação, mas ao sentido mais amplo, às suas nuances simbólicas. A tarefa do etnógrafo é descobrir o que eles pensam e depois analisar as formas simbólicas: palavras, imagens, instituições e comportamentos. Isto remete à idéia de que neste tipo de

pesquisa você apreende significados dos atos sociais, das circunstâncias e procura interpretá-los em um contexto sociocultural.

A experiência de observar permitiu apreender situações do ambiente, das atividades realizadas pelos profissionais em cada setor. Eu procurava estar atenta aos detalhes, mantendo ao mesmo tempo um eixo condutor. Ao freqüentar o ambiente para observar, dirigia o olhar às atividades dos profissionais com a criança e a mãe, esta como intermediária, como alguém que estava ali para trocar informações com os profissionais sobre os cuidados do filho.

Na minha opinião, as atitudes profissionais estão inscritas em um contexto sociocultural, dinâmico, vivido pelos sujeitos investigados, como prolongamento de suas crenças, valores e normas institucionais. Assim, procurei apreender as ações profissionais em determinado contexto, registrando-as em **diário de campo**, as quais foram somadas aos discursos resultantes das entrevistas. No momento das observações, eu fazia registros resumidos e posteriormente passava a descrever com mais detalhes, organizando-as com vistas a perceber as práticas educativas.

Durante seis meses (agosto de 2001 a fevereiro de 2002), permaneci exclusivamente na observação participante, comparecendo ao campo em média três a quatro vezes por semana durante quatro horas em um ou outro turno (manhã e tarde), embora as observações tenham se realizado em maior tempo pela manhã porque algumas atividades só aconteciam nesse turno. Geralmente, nos intervalos das observações, recolhia-me para organizar os dados colhidos e refletir sobre eles, além de me dedicar a leituras e cursos sobre a pesquisa que faziam parte da minha responsabilidade como doutoranda.

Observar como atitude investigativa é fazê-lo em determinadas direções, em que o pesquisador deve ter em mente o que observar baseado nos objetivos do trabalho e ancorado nos pressupostos do estudo. Desse modo procurei ficar atenta a esses aspectos e buscar a compreensão do fazer dos profissionais, aguçando os sentidos (visão e audição) inseparáveis da motivação, da necessidade de perceber o conjunto de práticas educativas que permeiam o cotidiano desses profissionais numa atitude sensível e racional.

A partir dessa 'consciência e da responsabilidade de transformar a experiência observada em experiência analisada, interpretada, eu percebia os limites, pois, como ressalta Geertz (2001, p. 40), não pensamos e nem vivenciamos da mesma forma que o sujeito que está atuando naquele momento. Assim é preciso em alguns momentos colocar-me no lugar do outro, empatizar "o autêntico contato humano através das barreiras culturais", sem esquecer da função de pesquisadora.

Esse momento exigiu um repensar constante no objeto investigado, perceber a dinâmica e as interações dos fenômenos componentes da realidade. Corroborando a idéia de Trivinos (1992, p.153), observar significa mais do que olhar um fenômeno social, mas distingui-lo em sua dimensão singular, para estudá-lo em seus atos, atividades, significados, relações, etc. E assim:

Individualizam-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos e aparências mais profundas, até captar, se for possível sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições dinamismo de relações...

Entendo, a partir das orientações de Geertz (2001), que em campo o pesquisador tem de aprender a viver e a pensar ao mesmo tempo; é uma atitude engajada e analítica, um olhar frio e interessado. Para o controle sistemático dessa experiência, acompanhei atentamente a orientação da observação participante, o contínuo vaivém dos acontecimentos, captando as ocorrências e gestos específicos. Por meio da empatia da sensibilidade, da reflexão procurei situar esses acontecimentos e significados no contexto da investigação. De acordo com o pensamento de Geertz (2000), os acontecimentos singulares puderam adquirir significações amplas e gerais e as estruturas e atos humanos foram vistos no contexto da prática educativa.

A observação participante propiciou redução da distancia entre mim e os informantes. Em face dessa aproximação, ampliou-se a confiança e assim pude permanecer no campo de forma mais natural. Em alguns momentos eu focava a atenção ao relacionamento, à linguagem dos profissionais ao dirigir-se à mãe para orientar, às posturas que permeavam aquela comunicação e até mesmo aos assuntos que predominavam naquela conversa. O ambiente, a forma de comportar-se da mãe em relação àquele momento vivido também ajudaram a

compreender o fenômeno. Essas informações foram complementares aos discursos dos informantes por meio da entrevista.

Entrevista semi-estruturada: Esta técnica de coleta de dados tem como finalidade um encontro com as pessoas que possuem o conhecimento e estão interessadas em compartilhar suas idéias com o pesquisador. Os conteúdos mentais dos entrevistados são de algum modo acessíveis ao pesquisador considerando existir sempre algo em comum, como por exemplo a linguagem. O que o entrevistado diz, mais do que o que ele pensa, é o seu comportamento manifestado (TOBAR; YALOUR, 2001).

Ao escolher os informantes-chave, considerei aspectos relevantes que atendiam às minhas intenções, pois o grupo entrevistado possuía conhecimentos relativos ao cuidado da criança, subsidiados por uma cultura que tem pontos em comum, um intercâmbio de informações que ajudaram a construir o DSC, figura metodológica significativa na construção dos resultados.

Em leituras feitas anteriormente, pude entender o significado e a condução da entrevista semi-estruturada que requer habilidades no intuito de as condições entre entrevistado e entrevistador serem favoráveis. Do modo como ensina Trivinos (1992), essa modalidade de entrevista parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses referentes à pesquisa, oferecendo abertura para o entrevistado expressar seu pensamento e suas experiências dentro do principal foco exposto, e intuitivamente ele começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. Desse modo, cabe ao entrevistador explorar o tema a partir dessa elaboração, pois nesse movimento novas idéias e novas hipóteses vão surgindo à medida que o entrevistado expõe suas informações.

Seguindo essa orientação e todos os cuidados previstos para uma entrevista bem-sucedida, comecei esse processo quando já me sentia familiarizada com o campo. Isto abriu espaços para dar início à entrevista formal com os informantes-chave, o que aconteceu de março até junho de 2002, em virtude da dificuldade de encontros, pela própria indisponibilidade do profissional.

À medida que combinava com as profissionais e estes se disponibilizavam, marcávamos a data e o horário. O local sempre era visto antecipadamente, escolhia um ambiente reservado onde pudéssemos conversar sem interferências e os entrevistados tivessem fácil acesso. Os locais foram os seguintes: ambulatórios após o atendimento das consultas, salas das coordenadoras (médicas e enfermagem), biblioteca e repouso da enfermagem.

É importante ressaltar que embora alguns mostrassem interesse de participar como informante da pesquisa apresentaram dificuldade, pois marcávamos várias vezes e na hora não dava certo devido a ocupação em atividades que não podiam ser adiadas. Como exemplo, cito uma médica da unidade de neonatologia. Por agendarmos a entrevista, que três vezes, acabou não ocorrendo. Inicialmente por problema pessoal e duas vezes por envolver-se em atendimento de urgência. Outra médica, duas enfermeiras e uma nutricionista também por indisponibilidade de tempo, adiaram a entrevista, que finalmente se efetivou.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos sujeitos e foram precedidas de informações relativas ao processo ético da pesquisa. O consentimento esclarecido era lido e assinado e só depois se iniciava a conversação, levando em conta as observações feitas no campo, procurando abordar os profissionais de maneira natural, respeitando suas opiniões e condições para ser entrevistado. Assim a entrevista foi efetivada em um clima de harmonia e confiança, com base no seguinte roteiro de perguntas: Para você, o que é educação em saúde?; no seu dia-a-dia, como é a sua prática de educação em saúde?; fale detalhadamente sobre sua atuação no campo da educação em saúde no cuidado à criança; como você procura integrar o conhecimento das mães com o conhecimento de sua formação acadêmica? e como você procura saber se houve aprendizagem por parte da mãe/família?

Durante a entrevista tentava manter um clima favorável no intuito de que o informante ficasse à vontade para falar; ao mesmo tempo, procurava não desviar do tema e quando isso acontecia, logo dava indícios para retomar questões da pesquisa.

Conforme observei, os entrevistados ao final da conversa tinham alguns assuntos a falar, fora dos questionamentos feitos, mas relacionados ao tema. Referiam-se às dificuldades, às experiências em outros serviços, como também falavam do interesse em ver o resultado da

pesquisa em virtude da sua importância. A transcrição das fitas magnéticas foi feita pela própria pesquisadora e somente ela teve acesso ao material.

Vale ressaltar que para complementar as informações na análise e na descrição do campo/cenários do estudo, utilizei alguns informativos (boletins, descrição de atividades do grupo operativo, folders distribuídos às mães no alojamento conjunto e núcleo de aleitamento materno). E ainda foram realizadas fotografias do ambiente da pesquisa e alguns momentos de encontro dos profissionais com a mãe/família e a criança em atividades consideradas "educativas". Essas fotografias foram utilizadas somente para ilustrar o texto, pois não serviram de fonte de análise.

Diante do exposto, afirmo que a triangulação de métodos e de técnicas foi associada adequadamente. Portanto, acredito ter contribuído na apreensão das informações, embora saiba ser impossível abarcar o todo, mas os dados colhidos foram significativos para compreender parte desse todo e representam confirmações sobre os pressupostos e a tese elaborada nesse estudo. Obtive informações densas para análise ocorridas num contínuo ato de observar, participar e refletir sobre o dito e o não dito pelos informantes, esclarecendo dúvidas e validando conceitos e teorias relacionadas à prática de educação em saúde.

2.3.5 Organização e Análise dos Dados

A análise de dados em qualquer investigação inicia-se com a reflexão do objeto e esta segue todas as fases da pesquisa. Porém, é após o término da coleta que o pesquisador esforça-se para interpretar os dados de forma sistemática, buscando a compreensão dos achados. Nessa pesquisa utilizei mais de uma fonte de dados para a apreensão da realidade e algumas dessas fontes serviram para complementar e/ou validar as informações das entrevistas.

Ao iniciar a fase da análise fiz a leitura flutuante, releituras das entrevistas, mergulhando em cada uma com vistas a entender o todo contido nas descrições. Em seguida, repeti atentamente as leituras, identificando os discursos relacionados a cada objetivo, pois observei que idéias de uma questão encontravam-se em outra. Assim, foi preciso identificá-las e transferi-las, porquanto a análise foi organizada seguindo as interrogações feitas. Ao decompor as entrevistas numericamente identificadas, retirei de cada questionamento as

expressões-chave, ou seja, a fala literal do informante, optando por termos e frases. Destaquei os **temas emergentes** e num processo de reflexão identifiquei o significado de cada tema, fazendo conexões coerentes e representativas. Formei, assim, o **discurso individual** do qual se originou a **idéia central**. A maioria das entrevistas apresentou **ancoragem** e foram destacadas nas figuras metodológicas.

A fase de codificação se deu pela busca dos temas/assuntos com significados semelhantes, dívergentes ou complementares encontrados nos discursos individuais. Aqueles temas que se repetiam identificava-os destacando ao lado pelo assunto. Segui esse critério para todas as entrevistas e ao final esses recortes foram encadeados de acordo com o significado, formando assim o **discurso do sujeito coletivo**, os quais são representativos da temática/categoria pertinente. Assim, de cada temática ou pergunta emergiram categorias formadas pelo DSC. Por apresentar diversidade de idéias e representações da prática de educação em saúde, deram origem a duas ou mais categorias em cada temática, ou seja, em cada questionamento feito.

Ao término dessa etapa iniciei a descrição e interpretação apoiada na Teoria Cultural e Interpretativa de Geertz (1989, 2000, 2001), que contempla a dimensão teórica e a hermenêutica para compreensão das experiências dos informantes.

Durante a análise/interpretação do DSC procurei descrever situações observadas e registradas que tinham importância na compreensão do fenômeno, portanto recorria às anotações e à memória para resgatar informações no intuito de ilustrar o contexto, complementar e/ou ajudar nas argumentações.

Seguindo a orientação metodológica escolhida, procurei descrever as experiências dos profissionais, conforme a sistematização do método de organização (DSC), deixando de lado algumas características individuais do informante. Ao analisar cada discurso, questionava sobre a organização das idéias e significados, refletia sobre o conjunto dos elementos contidos no texto, tentando não interferir com minhas idéias. Entretanto apresentava meus argumentos, buscando compreender o sentido.

Segui criteriosamente as regras de organização e análise dos dados, tarefa a exigir muita atenção e fidelidade aos métodos escolhidos, de forma que não suprimisse a essência das idéias veiculadas no texto, e, além disso, buscava o implícito, o que se deixa entender mas sem estar dito nas palavras, atendendo ao paradigma da hermenêutica interpretativa. Desse modo, busquei a compreensão do fenômeno procurando interpretar as idéias, os significados expressos pelos informantes, baseada na orientação de Geertz, isto é, de forma "inteligível". Uma abordagem compreensiva na busca do sentido da experiência no contexto, denominada hermenêutica interpretativa.

As discussões apresentadas na descrição/interpretação estabelecem uma ponte entre o que foi encontrado nos achados e o que pensa o pesquisador nas suas inferências na tentativa de apreender a rede de significados da prática de educação em saúde no cuidado da criança.

2.3.6 Princípios Éticos

Atualmente todas as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser regulamentadas com base na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Referida resolução denominada Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos exige a criação de comitês de ética em todos os estabelecimentos que realizam investigação científica, pesquisas em saúde e têm a finalidade de orientar, instruir, analisar validade de pesquisas e deliberação de assuntos éticos pertencentes aos protocolos, como também receber e apurar denúncia, interromper processos quando não atenderem aos protocolos exigidos pela resolução.

Ao considerar as prerrogativas dessa resolução, procurei seguir todos os passos necessários, anexando ao projeto de tese todos os protocolos devidamente preenchidos e assinados, os quais foram vistos pelos componentes do Comitê de Ética do local da pesquisa. Foi feito o contato antecipado e marcada uma data para apresentação do projeto, o qual foi apreciado por três membros, que posteriormente me comunicaram a aprovação.

O termo de consentimento livre e esclarecido dos informantes foi lido e assinado por todos os informantes-chave no momento da entrevista. Esse termo formal garantiu o anonimato e o sigilo referentes às informações fornecidas para a pesquisa. Num diálogo aberto, verbalmente eu reforçava os propósitos do estudo, informando que tinham liberdade para desistir em qualquer fase da pesquisa. Também assumi o compromisso de retornar os

resultados da pesquisa aos informantes e à instituição em geral. Assim, a participação se deu de forma esclarecida, consciente e protegida, respeitando a Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996, aprovada na 59ª Reunião Ordinária, do Conselho Nacional de Saúde, em 10 de outubro de 1996, em que foram determinadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no território brasileiro (BRASIL, 1996).

O grupo representa um todo, é como uma rede, uma teia de aranha, onde cada elemento funciona como um ponto nodal independente, mas psicodinamicamente interligado (...) O grupo é uma interação, o que o torna uma unidade básica de trabalho, de investigação, e de mudanças. A trama de significações passa necessariamente por tudo e todos, de tal modo que a matriz contém o invisível e o visível... (RIBEIRO, 1994).

Capítulo 3 TRAMAS E TEIAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A partir da leitura analítica das figuras metodológicas e das temáticas/categorias apreendi como tema central: **TRAMAS E TEIAS DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**. Vale ressaltar que este grande tema é constituído dos discursos e das observações coletadas e organizadas pelo método de análise do DSC. Ao compreender o conteúdo de cada entrevista e sua relação com o todo, pude organizar, codificar e tabular as “falas” dos informantes demonstradas nas figuras metodológicas (apêndice A). Dessa construção resultaram três temáticas, assim como diversas categorias que demonstram como estes profissionais pensam e fazem suas práticas cotidianas. Os achados foram discutidos à luz do referencial de Geertz e outros pensadores.

Para Geertz (2000), ao categorizar textos, as propriedades que os conectam uns aos outros ou que os colocam, pelo menos ontologicamente falando, no mesmo nível, começam a ser mais importantes que aquelas que os dividem, pois só podemos ordenar na prática por meio da relação apresentada entre si e seguindo nosso propósito mais imediato. Fundamentada nesse pensamento, considero que esta foi a forma convencional e sensata por mim escolhida para dar origem às categorias de cada temática que se conectam nas tramas e teias de educação em saúde e estão representadas no **DIAGRAMA 2**.

As **CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE** estão ilustradas no **DIAGRAMA 3** representando a temática e suas categorias.

DIAGRAMA 2 - TRAMAS E TEIAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CONCEPÇÕES DA
EDUCAÇÃO EM
SAÚDE

Orientação para o
cuidado

Relacionamento e
escuta

Acompanhamento do C x D e
promoção da qualidade de vida

Trabalho em equipe e
planejamento da prática educativa

TRAMAS DA
PRÁTICA DE
EDUCAÇÃO EM
SAÚDE

Teia da comunicação
na na prática de
educação em saúde

Humanização e aspectos
da atenção Integral

Possibilidades/Impossibilida
des da prática educativa

TRÍADE
CUIDAR
ENSINAR
APRENDER

Conhecimento
linguagem e
experiência

Vinculo e
confiança

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIAGRAMA 3 - CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EMPÍRICO

- Experiência
- Prática social

CONHECIMENTO

Criança/Família/Profissionais

CIENTÍFICO

- Teorias de Apoio
- Conhecimento Bibliográfico

Orientação para o cuidado

Relacionamento e escuta

Acompanhamento do C x D e qualidade de Vida

Trabalho em Equipe e Planejamento

Promover o Crescimento e o Desenvolvimento Saudável da Criança

Promoção da
Qualidade de Vida

Temática I CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As concepções são abstrações mentais que representam o pensamento, as idéias resultantes das experiências e das observações vivenciadas individualmente e construídas coletivamente na socialização da prática social. Assim, as concepções de educação em saúde foram elaboradas a partir dos discursos, os quais articulam-se com as ações do cotidiano, e estão representadas nas quatro categorias de análise. Estas categorias foram apreendidas das expressões-chave que originaram os discursos individuais e as idéias centrais, entre aqueles temas que mais se repetiam e formaram o DSC.

Na categoria a seguir, a orientação para o cuidado realizado pelo profissional à criança e/ou a mãe é uma das atividades mais comuns entendida como educação em saúde nesse campo profissional.

Categoria I Educação em saúde como orientação para o cuidado

DSC - Educação em saúde é orientar a mãe e a criança sobre as práticas de saúde, os cuidados básicos e a prevenção de doenças. A mãe ou outro membro da família recebem o conhecimento por meio de informações repassadas pelos profissionais que observam e tentam corrigir a mãe para que ela cuide da criança no hospital e em casa. Estas orientações/informações ocorrem no contato com os profissionais durante as consultas [por meio] de vídeos, palestras em que eles enfatizam a amamentação, sua relação com o crescimento e desenvolvimento da criança, o relacionamento familiar e as possíveis conseqüências pelo não cumprimento das orientações. A educação em saúde tem como finalidade preparar a mãe para que ela cuide de si e do bebê e as orientações são referentes à alimentação, vacinas, prevenção de doenças, higiene onde ela [mãe] terá condutas pautadas no que aprendeu. Envolver a família para que dê seguimento ao acompanhamento da criança e esta cresça em um ambiente saudável. Esta forma de conscientizar a mãe sobre os cuidados, a amamentação e suas vantagens como a qualidade do leite, as questões financeiras. Isto ajuda a mãe entender e promove o desenvolvimento saudável da criança.

O DSC expressa o pensamento de um grupo que considera a educação em saúde como orientação ao cuidado, componente fundamental das práticas de saúde na área infantil. Os

discursos são interpretados sobre as relações do imaginário e a realidade que se opõe a essas concepções.

Para alguns significa o repasse de conhecimentos profissionais, denotando a forma de educação dominadora em que prevalece o saber científico na intenção de “corrigir” a mãe ou mesmo “prepará-la” para cuidar de si e do bebê. Estas são maneiras de pensar o cotidiano da prática educativa no cuidado da criança, recorrendo a algumas ações básicas voltadas à alimentação, higiene e prevenção de doenças como fatores essenciais para a saúde infantil.

São concepções denotadoras da atuação do profissional como condutor da atividade de educação em saúde, a qual pode desenvolver-se de diversas maneiras. Porém, nem sempre há total envolvimento da mãe, pois predomina a concepção de uma consciência mecânica vazia a ser preenchida com conteúdos. Esse modo de educar nega o diálogo como essência da educação (FREIRE, 1988).

A prática de educação em saúde na área pediátrica tem uma dimensão abrangente e mesmo não possuindo uma definição clara do modelo teórico a ser seguido precisa resgatar princípios que direcionem o educador para atitudes capazes de contemplar uma comunicação fundamentada no conhecimento antropológico.

Essa afirmação nos remete a idéia de que a educação em saúde se desenvolve como processo social vinculado à cultura, e para entendê-la no seu universo de significados, deve ser considerado o contexto dos acontecimentos, situando-o, sem reduzir sua particularidade. Para Geertz (1989), significa um entendimento da singularidade, ver as coisas do ponto de vista do outro. Segundo o autor, para termos uma compreensão próxima do real é necessário que as formulações simbólicas sejam orientadas pelos atos. Isto é, uma aproximação entre o imaginário e o real a partir de observações das situações.

Os profissionais apresentam em suas percepções a reprodução do sistema organizacional e cultural ao qual pertencem, acrescidas de suas experiências, e tentam definir o significado de educação em saúde da forma como concebem e/ou vivenciam no seu local de trabalho. Enfatizam o papel das mães como receptoras do conhecimento e ressaltam sutilmente o “envolvimento” da mãe não para o aprendizado em si, mas para terem

responsabilidade sobre o cuidado da criança, mantendo “condutas corretas”, favoráveis à saúde da criança e dela. Portanto, a referência sobre o envolvimento do educando (criança e família) não está diretamente relacionado com o processo de aprendizagem.

Nesse sentido é preciso retomar a cultura desses profissionais inseridos no contexto dos sistemas institucionais de saúde, os quais mantêm estruturas de poder em que os profissionais determinam as ações, controlando-as sob normas e disciplinas. É comum existir o momento de educação em saúde para inserir idéias, conhecimentos profissionais na forma de diálogo, sem oferecer oportunidade ao cliente para manifestar-se, refletir sobre o que é dito e o que ele pensa sobre isso, não possibilitando participação nas decisões de cuidado da criança, mas, às vezes, uma concordância passiva, ou até mesmo uma imposição.

Vale ressaltar que o enfoque atual de educação em saúde deve ser aquele que faz a pessoa desenvolver-se como um poder construtivo, mudando seus comportamentos sem sentir tal mudança como uma imposição, havendo, assim, parceria entre profissionais e usuários (GASTALDO, 1997).

Nessa perspectiva é necessário considerar que aprender é uma atitude pensante, influenciada por diversos condicionantes, porquanto “... a educação é um processo representado por toda e qualquer influência sofrida pelo indivíduo, capaz de modificar-lhe o comportamento” (LEVY et al., 2002, p. 6). Esses autores discutem a educação em duas perspectivas: a heteroeducação, quando a pessoa recebe influências, independente de sua vontade, e a auto-educação, quando a pessoa tem participação ativa e intencional, embora levada inconscientemente a participar do processo. Este tipo de educação em saúde é o mais relevante, pois gera motivação para a tomada de consciência acerca das condutas e comportamentos no desenvolvimento pessoal e na saúde.

Considerando terem os profissionais da área pediátrica como foco principal do cuidado a educação, nessa perspectiva, as ações desenvolvidas no cuidado estão correlacionadas com a educação voltadas, principalmente, às ações preventivas e de promoção à saúde, sendo, portanto, a educação em saúde uma das intervenções profissionais a preocupar com o agir da mãe e de outras pessoas responsáveis pela criança. Então, o profissional deve compartilhar as

idéias e decisões com elas para que possam entender e agir guiados por uma consciência surgida da elaboração intermediada pelo pensamento, ação e reflexão. Estes atos promovem um novo conhecer que se sobrepõe ao conhecimento já existente, como parte da cultura a qual orienta as atitudes da mãe. Por conseguinte, o significado atribuído pela mãe aos ensinamentos recebidos e a maneira como os interpretam têm a ver com a sua cultura, ou seja, com o sistema simbólico formado nas interações sociais (GEERTZ, 1989). A partir desse autor, entendo que ao abordar o outro, e principalmente, na prática educativa, não se pode desconsiderar as condições históricas, a organização social, o envolvimento afetivo, e, enfim, o saber cultural.

Esse pensamento traz uma aproximação ao discurso dos profissionais quando enfatizam a ocorrência do contato com o cliente como uma prerrogativa à educação em saúde e, ainda, a “conscientização”. Contudo, esse momento interacional em busca de ensinar e aprender só acontecerá se houver envolvimento de ambos em que cada um assume o papel de sujeito da ação em contato com a realidade, desmistificando-a ou, como acentua Freire (1988), descodificando-a, ou seja, passando do abstrato ao concreto, da parte ao todo, para depois voltar a essa parte pela percepção crítica do concreto, começando pela experiência vivida demonstrada pela linguagem.

Assim, emerge um novo conceito de “conscientização” no sentido de ter uma consciência crítica, não apenas na esfera do ouvir e aprender para fazer. Nessa condição de sujeito toma posse da realidade, numa posição crítica, anunciando e denunciando, expondo seus limites e suas possibilidades. Corroborando Torres (1998), a consciência crítica não acontece fora da práxis e o conhecimento é um processo resultante da permanente práxis dos seres humanos sobre a realidade.

No esclarecimento de Morin (1996), o pensamento é uma atividade do espírito, a se estender na esfera da linguagem, da lógica e da consciência, uma dialógica complexa de atividades e operações de aptidões cogitantes do espírito humano. Nessa atividade cogitante é que o cliente, ao receber orientações/informações, faz um movimento entre pensar, refletir e agir. Assim, o profissional que conduz o processo de educação em saúde não deve se esquecer, omitir ou duvidar da capacidade do cliente, mas creditar apoio, ajudando no processo reflexivo, promovendo condições favoráveis à aprendizagem.

O entendimento sobre o que o profissional diz em relação à atividade educativa a envolver a mãe/família é uma ação complexa. Por isso, torna-se imprescindível resgatar a função do profissional/educador, e em primeira instância compreender o processo de comunicação. Esta envolve a linguagem, a subjetividade, fatores psicológicos, emocionais, a inteligência e a saúde mental. Por fim, tem a ver com a interpretação do profissional sobre as condições contextuais do cliente, e requer uma mudança de postura no sentido de aceitar o que o cliente diz, embora argumente e, assim, envolvê-lo no processo como alguém que ajuda a construir a realidade.

É preciso, pois, rever a idéia de educação em saúde, que possui em sua essência o significado de educação em geral. Para Abbagnano (1999, p. 305), esse termo significa “a transmissão e o aprendizado das técnicas culturais que são as técnicas de uso, produção e comportamento, mediante as quais um grupo de homens é capaz de satisfazer suas necessidades”. Segundo acrescenta o autor, o conjunto dessas técnicas e as modalidades ou formas de realizar ou garantir essa transmissão denomina-se cultura.

Geertz (2001), ao discutir sobre as produções mentais, defende a tese de que o pensar é uma atividade social e, portanto, somos responsáveis por ele quanto por qualquer outro ato social. Para ele, o pensamento é conduta e, como tal, reflete, inevitavelmente, na qualidade de situações humanas em que foi produzida. Nesse sentido salienta o autor o grande desafio do trabalho humano, no caso, a educação voltada à saúde, em que as concepções regem o fazer. Este não deve estar desvinculado das situações do cotidiano, da experiência, da sensibilidade das pessoas. A razão sensível é importante no desenvolvimento do trabalho com pessoas em qualquer circunstância da vida.

Dentro das concepções racionalistas, o pensamento se volta apenas à razão, numa dicotomia entre sujeito e objeto, entre pensar e sentir e as ações são pontuais. Entretanto, as pessoas não são apenas razão, elas manifestam emoção, sensibilidade, motivação, permeando o pensamento e a ação. Desse modo, não há como cuidar ou “ensinar” sem o contato, sem o conhecimento das condições individuais e socioculturais. Conforme ressalta Gadotti (1998), ensinar exige inserir-se na história, num imaginário mais amplo que envolve saber científico

elaborado e também o saber cotidiano, pois o aluno não registra em separado as significações instrutivas das significações educativas e cotidianas.

Em relação à educação em saúde, Levy et al. (2002, p.1) referem-se ao Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual destaca que os objetivos desta prática são encorajar as pessoas a: “adotar e manter padrões de vida sadios; usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde à sua disposição e tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente”. Esse Comitê expõe os objetivos da educação em saúde numa dimensão com ênfase ao desenvolvimento e responsabilidade individual e coletiva edificados pela solidariedade e responsabilidade comunitária.

Nessa perspectiva, a educação em saúde não se volta a um motivo ou situação única, mas se dirige ao cotidiano do viver em sociedade e passa a ser uma ação dinâmica, de reflexão e luta pela transformação da realidade, não somente como uma atividade individual em que o profissional assume postura “ingênua” e domina o pensamento e a ação do outro, tornando-o alienado.

Levy et al. (2002) percebem a educação em saúde como disciplina, um espaço de ação entre os desejos e as expectativas da população e as políticas do governo, as quais devem oferecer programas de saúde mais eficientes. Desse modo, as ações dos profissionais devem estar intimamente articuladas com os objetivos e finalidades da educação em saúde, em que cada um e todos devem não apenas exercer sua função técnica, mas ter uma prática contextualizada com os problemas individuais numa dimensão socioeconômica, política e educacional, buscar juntos alternativas de superação da miséria, da injustiça social, enfim, tornando estes sujeitos protagonistas de sua liberdade.

Para Freire (2000, p.33), na condição de transformadores há possibilidade de não somente viver na acomodação/“adaptação”, mas apropriar-se dela para programar a transformação a partir do desenvolvimento do outro quanto ao poder de decidir, optar, opor-se,

usar a linguagem. Na concretização dessa idéia “é preciso trabalhar a unidade entre o meu discurso, a minha ação e a utopia que me move”.

Ao falar em educação, Freire (2000) associa vários conceitos, como mudança, liberdade, leitura do mundo, referindo-se à compreensão crítica da realidade a envolver por um lado a denúncia e por outro o anúncio do que ainda não existe. Nessa perspectiva, é preciso repensar a forma de direcionar as “ações educativas” ainda impregnadas de autoritarismo, capazes de impedir a liberdade da pessoa receptora dessa ação. Ao mesmo tempo é imprescindível pensar nas políticas de saúde que dão suporte às ações geradoras dessa prática e entender movimentos e propostas que apóiam o agir profissional.

As experiências que tenho sobre o cuidado infantil mostram que nessa ação se insere perfeitamente a educação em saúde. Os profissionais confirmam que nessa proposta há possibilidade de ajudar a mãe e a própria criança a aprimorar o cuidado à saúde. Significa portanto, desenvolver hábitos considerados saudáveis, manter comportamentos de baixo risco à saúde com vistas a promover a saúde. Sabendo que cuidar da saúde infantil inclui um conjunto de ações profissionais e da família, e, oportunamente, estes podem aprender também com os profissionais, pois em muitas situações conduz-se com base no ensinado. Para haver um consenso entre as ações profissionais e as ações da mãe que abarca o conhecimento popular, faz-se necessário uma aproximação entre um e outro ou a repadronização desse cuidado. Neste caso, há necessidade que o profissional apreenda e interprete a cultura da mãe/família num compromisso com a saúde da criança.

Categoria 2 Educação em saúde como relacionamento e escuta

Essa categoria foi construída a partir dos discursos que convergem e complementam a idéia de uma educação em saúde como processo comunicativo imbricado nas relações interpessoais entre cliente e profissional.

DSC – Educação em saúde se relaciona com as informações que as mães e as famílias recebem no contato com os profissionais durante as consultas, em vídeos e palestras. Envolve o relacionamento do profissional com a criança e a mãe, uma conversa procurando escutá-las, conhecer as necessidades e as diferentes experiências, pois umas mães são orientadas e outras não. O profissional deve orientar conforme a realidade de cada cliente,

de maneira simples. Eles terão participação, podendo perguntar, contestar, tirar dúvidas. Há também uma troca de conhecimentos nos pequenos grupos formados e a mãe não é apenas ouvinte. Algumas mães se sentem constrangidas e mostram-se silenciosas, percebem a diferença entre elas e os profissionais da área de saúde. Por isso é necessário conversar num clima de amizade e descontração [pois] a população é carente e quando se abre pede ajuda.

Os entrevistados apresentam diferentes entendimentos sobre a educação em saúde e destacam o contato, o relacionamento e o diálogo entre cliente e profissional, sendo imperiosa a escuta. Assim, demonstram as possíveis abordagens utilizadas na prática educativa, incluindo os elementos que se mantêm na rotina dos serviços. É um discurso a expor posições contrárias, pois há indícios de uma ação pontual, diretiva, manifestada nos atos de informar, esclarecer dúvidas, não favorecendo a necessária interação cliente/profissional. Entretanto, esse mesmo discurso mostra as diferentes e aceitáveis maneiras de abordar o cliente, onde existem intenções de uma aproximação com este, possibilitando conhecer e ajudar nas suas necessidades de saúde.

Esse momento de abertura, de escuta possibilita ao outro o uso da palavra, a expressão de sentimentos, experiências prévias e necessidades, permitindo a troca. Ao mesmo tempo o profissional utiliza o seu saber, a intuição e pode descobrir a maneira adequada de ajudar, esclarecer, trocar idéias necessárias e interessantes àquele cliente. A meu ver essa postura sugere ações educativas que permitem a participação e o diálogo e, conseqüentemente, abertura à reflexão das ações profissionais e das possíveis atitudes da mãe em relação ao cuidado. Nesse tipo de atitude o profissional nega postura autoritária e dominadora e assume a função de um "facilitador" do conhecimento, e, enquanto ensina, também aprende e mediatiza o desvelamento da realidade (FREIRE, 1988). Nessa concepção o sujeito "aprendiz" é livre para verbalizar seus anseios, suas dúvidas e o sujeito educador terá maior chance de conhecê-lo, ajudá-lo na resolução de seus problemas.

Na prática, há situações nas quais o profissional se distancia, não exercita a função de educador, seja por motivos operacionais relativos às condições de trabalho, seja porque ainda não assimilou em seu fazer esta atitude precípua na ação de educar que pressupõe reconhecer

as possibilidades do outro em aprender quando é estimulado, desenvolvendo a autonomia de cada sujeito envolvido no processo.

Essa relação depende da abertura do profissional, o qual na função de educador deverá utilizar meios para facilitar a aprendizagem, e esta dependerá de circunstâncias relativas ao ambiente, pessoas envolvidas, condições de trabalho, enfim, de um desempenho pessoal inserido no contexto da prática de cuidados à criança.

Nessa perspectiva, o fazer do profissional envolve a escolha de uma abordagem didático-pedagógica a contemplar valores tais como os salientados por L'Abbate (1997) ao ressaltar os trabalhadores que acreditarem no "ideário" promovido pela educação devem ter a competência para desenvolver atividades profissionais que vão além da dimensão técnica e política, incluindo-se a ética, a ser considerada como verdadeira mediação entre o técnico e o político. Corroborando a ideia Leopardi (1999) afirma que a noção distorcida de objetividade promove a distância entre o "indivíduo-enfermo" e o profissional, o qual assume uma relação autoritária onde o doente é substituído pela doença, tornando as rotinas e métodos mais importantes que o sujeito, foco central que originou o trabalho. Nesse sentido, as transformações, demandando um aprendizado formal e uma normatização legal, não parece ter sido bem assimilada, redundou numa espécie de "esterilização do cuidado", forçando um distanciamento entre profissional e doente. Ao meu ver, a superação desse distanciamento ocorre pelo caminho do diálogo e das interações permeando todas as ações de cuidar/educar com resgate dos valores éticos e humanos.

Há nesses discursos o reconhecimento de que as mães se mostram "constrangidas", às vezes, pela timidez ou mesmo pela falta de acesso aos profissionais. Esses acontecimentos trazem um repensar às atitudes dos profissionais para que eles não se limitem somente a conhecer o problema e intervir na doença da criança, mas procurem escutar a mãe, esclarecer dúvidas, explorando o contexto do cuidado domiciliar. Isto deve ser feito num clima harmonioso, "descontraído", apropriado para "quebrar" o distanciamento entre o profissional e o cliente, conforme afirmado nos discursos.

O diálogo é uma necessidade existencial. Sobre ele as pessoas constroem significados, formulam sentidos e a partir deles desenvolvem suas práticas, entrelaçadas com a cultura. Segundo Geertz, a cultura deve ser tratada como sistema simbólico e deve atentar-se para o comportamento, pois é mediante a ação social que as formas culturais encontram articulação. Com base nesse pensamento, é possível entender parte das ações dos sujeitos envolvidos no estudo, por meio dos discursos eles explicam esse fazer coletivo e as significações expressas na subjetividade de cada um.

Ficou evidente a partir da linguagem dos profissionais que a educação em saúde é, sobretudo, um ato relacional e comunicativo, sendo relevante a conversa em que o profissional escuta, conhece as necessidades do cliente e suas diferentes experiências. Assim, o profissional terá a capacidade de agir de acordo com a realidade dos sujeitos e contribuir para a superação de postura ingênua, na qual o educando apenas recebe um conteúdo pronto, às vezes não adequado à sua situação.

Desse modo os profissionais devem desenvolver habilidades comunicativas capazes de facilitar a compreensão dos usuários, como eles percebem a si mesmos, suas idéias, seus valores, a expressão de suas necessidades. Segundo Faria (1998), geralmente o usuário sente-se inferior em consequência do modelo racional científico adotado pelos profissionais de saúde, o que repercute diretamente nas relações interpessoais.

Mas, como afirmam Dilly e Jesus (1995), todo comportamento humano é aprendido. Aprende-se a dar respostas a situações que contribuem para satisfazer as necessidades de sobrevivência ou para se desenvolver como pessoa. Dessa maneira, aprende-se a refletir sobre a realidade, buscando maneiras de intervir na própria vida e na realização de cada pessoa. Para isso é necessário valorizar experiências, buscar o que se sabe e o que não se sabe, pois as mães já trazem algum conhecimento. Assim discutem os entrevistados.

Pensar nessa possibilidade de valorizar experiências, aceitar o pensamento do outro é agir conscientemente como educador, especialmente na área pediátrica. Nesse sentido, retomo as idéias de Freire (2000) segundo as quais em qualquer instância da alfabetização de adultos estes devem ser considerados como sujeitos capazes de conhecer e não se deve em nome da

ordem e da disciplina, castrar a altivez do educando, sua capacidade de ação e impor atitudes silenciosas negadoras do seu próprio ser. Ilustrando a possibilidade de troca, de aprendizagem entre educador e educando, ressalta ainda ter a educação sentido porque homens e mulheres aprenderam que é aprendendo que se fazem e se refazem. Assumem serem capazes de saber o que já sabem, de saber que não sabem, de saber melhor o que já sabem e de saber o que ainda não sabem. Essa compreensão do autor nos faz reconhecer nossa eterna condição de aprendizes, pois o desejo e a necessidade de saber são inatos ao homem.

Na prática de educação em saúde o profissional exercita essa sabedoria, pois está sempre ensinando e aprendendo. O conhecimento do cotidiano pode ser reforçado com as informações do cliente, esse conjunto de dados pode ser ressignificado pelo profissional criando condições para que a mãe aprenda, pensando sobre cada situação vivida pelas famílias e assim agir integrando o conhecimento científico ao conhecimento da realidade.

Em algumas situações, conforme os profissionais expressam, a orientação tem como finalidade ensinar a mãe a cuidar no domicílio. Sobre essa possibilidade, retoricamente colocada nos discursos, pude observar e registrar depoimentos das mães que estavam com filhos na unidade neonatal ao afirmarem ter aprendido a cuidar do filho observando os profissionais e mostravam-se satisfeitas em poder cuidar: trocar fralda, banhar, amamentar quando já era permitido na UTI neonatal. Uma delas enfatizou: "Hoje eu sou a mulher mais feliz do mundo porque cuidei do meu filho". Entretanto, outros depoimentos foram contrários ao relatarem a dificuldade de aproximação com filho, pois sentiam uma estranheza da equipe, comentaram sobre a dificuldade de contatar com os profissionais, de conhecer o médico que cuida do seu filho e não sabiam identificar quais eram as enfermeiras dentro da equipe.

Desse modo, apesar da boa vontade de alguns profissionais para ajudar e envolver as mães o mais cedo possível com o seu filho, essa não é a atitude da maioria, portanto, as dificuldades parecem estar relacionadas a condutas da equipe, pois esta não se posiciona de forma igual no sentido da ajuda e acolhimento da mãe na unidade neonatal.

Sobre o ato educativo, de uma maneira geral compreende aspectos de ensinar e de aprender com ações integradas e envolvendo relacionamentos interpessoais, além de estímulos

comunicativos que correspondem a vários meios ou estratégias para facilitar o aprendizado. Em referência a este complexo e dinâmico processo comunicativo, Faria (1996) tece considerações sobre os elementos da comunicação: emissor, transmissor e mensagem. Esta corresponde a sinais que veiculam o significado ou conteúdo da mensagem transmitida no contexto da relação do transmissor e do receptor. Em uma mensagem estão conjugadas outras mensagens paralelas demonstradas pela linguagem não verbal, como a entonação de voz, gestos, olhar e outros. É nesse âmbito da comunicação que se expressam as pessoas, estabelecendo entre si uma relação interpessoal, geralmente assimétrica no espaço dos serviços de saúde, ou seja, uma relação linear, tendo apenas o emissor, o profissional, que transmite a mensagem, e o receptor, o usuário, que processa e decodifica a informação transmitida.

Nessa análise das relações no processo de trabalho na saúde, conforme a autora comenta, quando se deseja eficácia dos cuidados de saúde deve-se considerar importante a relação interpessoal adequada entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. Em tal relação ambos são alvo de influência mutuamente e o profissional deve estar atento à comunicação verbal e não verbal e sobretudo ao conteúdo transmitido. Desconsiderar as potencialidades das pessoas impedindo a transmissão das necessidades, expectativas e trocas de experiências ou mesmo um desencontro na comunicação impede colaboração por parte dos usuários no processo terapêutico.

Muitas vezes, os profissionais esquecem o valor das relações interpessoais e submetem-se a cumprir modelos de atenção e cuidado voltados somente ao aspecto biológico, sem dar atenção aos significados das ações das mães no cuidado da criança. Esse fato provoca distanciamento entre o pensar/agir dos profissionais e as ações das mães. Por não valorizar a contento essa relação, por adotar atitudes "racionais" não há oportunidade de compreender os processos de resistência e mudanças de comportamentos, aumentando, assim, as dificuldades da mãe em apreender as prescrições e explicações sobre o cuidado. Isto implica maior resistência e uma divisão entre as ações profissionais e as ações do cliente, interferindo nas intenções referentes ao cuidado à saúde.

A proposta de educação em saúde vai além do cuidado físico e só é possível atentar para outras dimensões humanas por meio da comunicação entre cliente e profissional. Silva

(2002, p.23) argumenta 'que "as finalidades básicas da comunicação são entender o mundo, relacionar-se e transformar-se a si mesmo e a realidade". Quando a comunicação tem como objetivo a educação em saúde, essas finalidades devem estar firmemente objetivadas na prática, portanto, aquela não se centrará apenas em um interlocutor. O diálogo para troca e possível transformação se dará quando envolver os sujeitos que assumem sempre as duas funções, ora emissor, ora receptor, tornando-se uma comunicação sujeito-sujeito.

Esse modo de relacionar-se com o cliente permite entender não apenas a comunicação verbal mas também as formas de expressões gestuais, o modo de reagir ao que foi dito, possibilitando ao profissional interpretar o significado dessa comunicação. É uma atitude que requer sair da rotina, da normatização institucional e avançar para uma perspectiva de atendimento individualizado e ao mesmo tempo para um compromisso social com a transformação da realidade triste e feia da maioria das famílias que procuram os serviços públicos e que nem sempre são atendidas em suas necessidades. Temos de considerá-las como pessoas com dificuldades, mas com direitos e possibilidades de superação, dependendo da maneira como são "tratadas".

Categoria 3 Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e promoção da qualidade de vida

Na diversidade de idéias manifestadas sobre educação em saúde, os profissionais a percebem como possibilidade do acompanhamento sistemático da criança, uma ação indispensável à promoção da saúde e à qualidade de vida.

DSC - Educação em saúde é puericultura, perceber a criança como um todo desde o nascimento, [considerar] o crescimento e o desenvolvimento continuamente e o relacionamento familiar. Envolver a família para que dê seguimento ao acompanhamento da criança, garantindo a saúde e o desenvolvimento, promovendo o bem-estar através da orientação aos pais para que desenvolvam apoio afetivo e social em casa, na escola [assim], melhorar a qualidade de vida. É importante informar à mãe as possíveis conseqüências pelo não cumprimento das orientações. Evitar internamento da criança, promovendo a qualidade de vida. Para isso é necessário fazer um trabalho com a mãe.

Neste discurso os profissionais concebem a educação em saúde numa visão abrangente, expressando a finalidade primordial da atenção à saúde da criança a partir de conteúdos teóricos e da própria vivência, e assim elaboram um discurso que ajuda a compreender as dimensões da prática educativa.

Para Geertz (1989), a descrição de um fenômeno inclui parte da realidade que os informantes têm a dizer sobre o que pensam e fazem e deve ser encarada como interpretações que estas pessoas tentam fazer sobre suas experiências.

Apoiada nessa afirmação, considero estar esse discurso impregnado de saberes e experiências profissionais comprometidas com a saúde da criança. Destacam a educação em saúde como promissora de qualidade de vida mediante o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. Assim, confirmam ser uma ação indispensável na saúde infantil, conforme está consolidado nas políticas de atenção à saúde infantil adotadas pelo Ministério da Saúde. Sobre esse assunto, Chiesa e Fujimori (2002) têm uma discussão pertinente à Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) que engloba aquela ação impreterivelmente associada a outras ações básicas. Segundo as autoras, todo contato da criança com o serviço de saúde, independente da queixa ou doença, deve ser encarado como uma oportunidade para a promoção da saúde. Quanto à participação da mãe, ela deve ser orientada sobre a importância do controle periódico do crescimento/desenvolvimento e ter participação no controle dessa atividade. Poderá entender o significado do traçado no gráfico em relação à curva ascendente, horizontal e descendente, entender sua importância, percebendo que a criança sadia e normal ganha peso mensalmente.

A vigilância do crescimento/desenvolvimento da criança deve se iniciar desde a concepção, por meio da atenção à gestante, e intensifica-se no nascimento, prolongando-se até os 5 anos de vida conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Desse modo, todo profissional da área pediátrica deve entender do assunto e desenvolver estratégias que facilitem o desenvolvimento desta ação cuja finalidade é detectar precocemente os agravos e tratá-los; entre estes o mais comum é a desnutrição infantil e suas seqüelas.

A atenção à população no cenário institucional investigado é organizada na perspectiva de uma assistência especializada, porém na atenção ao grupo materno-infantil ela se desenvolve nos níveis secundários e terciários, considerando que se inicia no pré-natal com o acompanhamento de gestantes de risco, dá seguimento ao parto, pós-parto e a assistência à criança no alojamento conjunto, unidade neonatal, núcleo de aleitamento materno durante seis meses, desde que a mãe permaneça amamentando nesse período. O ambulatório dá suporte às crianças com necessidades de acompanhamentos específicos por meio das consultas especializadas como neurologia, pneumologia, nefrologia e outras especialidades, incluindo a puericultura, a abranger o atendimento da criança saudável.

O conjunto de ações nesses setores diferenciados tem fundamental importância na recuperação de crianças enfermas e na promoção da saúde de todos, pois nas unidades de atendimento há de uma forma ou de outra ações que concorrem para este fim e estão sempre associadas à atividade de educação em saúde.

Nesse sentido destaca-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que não pode ser relegado mesmo no contexto de um hospital terciário, considerando ser uma atividade que segundo os profissionais abre espaço para perceber a criança como um todo desde o nascimento, acompanhando sua evolução de forma sistemática e contínua a partir do relacionamento com a mãe/família.

Entretanto, esse trabalho depende de uma ação conjunta a envolver o serviço, na sua organização para o acesso e a qualidade do atendimento ao cliente, e o profissional, com a competência técnica e compromisso com a promoção da saúde da criança. Deve haver, também, o envolvimento do profissional e a adesão da mãe com a responsabilidade de desenvolver cuidados domiciliares desde a alimentação, higiene, atitudes de amor, carinho e outras habilidades associadas. Estas ações têm repercussão no crescimento e no desenvolvimento saudável da criança.

Mas a conscientização da mãe para atuar nessa perspectiva não acontecerá de forma imediata. Precisa de interações constantes com a equipe pediátrica, mantendo diálogo capaz de provocar uma reflexão sobre o agir segundo o preconizado na saúde da criança. Quando o

relacionamento do profissional com a mãe se reduz apenas a informar e impor atitudes de cuidado com a criança sem considerar as condições estruturais e sua subjetividade, é improvável ocorrer mudança. Contudo, se esta comunicação é feita de forma compreensiva, dando oportunidade para decisões conjuntas, haverá possibilidade de seguimento dos cuidados em acordo com os profissionais responsáveis pela saúde da criança.

Ao retomar o tema em discussão, é válido lembrar ser a puericultura uma ação básica em razão de sua finalidade, qual seja, atender a criança saudável. Nas palavras de Marcondes (1999), a pediatria incluindo a adolescência é a medicina do ser humano em crescimento e desenvolvimento. Assim, a vigilância do crescimento e desenvolvimento é a mais importante ação da equipe pediátrica, e oferece condição para avaliação da criança e intervenção precoce sobre os problemas de saúde, aumentando as possibilidades de prevenção e/ou tratamento de doenças. Por isso tem um significado amplo nas ações de promoção à qualidade de vida da criança e do futuro adulto.

Marcondes (1999, p. 61) define monitorização do crescimento (MC) como “um processo seqüencial de medidas para o diagnóstico do crescimento físico e desenvolvimento de indivíduos na comunidade com a finalidade de promover a saúde, o desenvolvimento humano e a qualidade de vida”. É, portanto, uma medida individual da criança, um instrumento contínuo de interação mãe/criança/comunidade. Para o autor, o MC serve a objetivos sociais e técnicos. Nos objetivos técnicos, tem sido valorizada a detecção precoce de riscos, orientando a intervenção dos profissionais. Nos objetivos sociais, inclui-se a educação para a saúde. Nesta os pais têm sua participação.

O objetivo precípua do controle regular de crescimento é manter os pais em alerta, pois se houver irregularidades, mais fácil será normalizar a situação quanto mais cedo se perceber. Por isso essa atividade representa um grande avanço no modo do desenvolvimento infantil e esta linha de crescimento, uma “linha de vida”, constitui o indicador mais importante do bem-estar de uma criança (MARCONDES, 1999). Atualmente o controle do peso é considerado uma ação simples em termos de técnica, desenvolvida até pelo agente comunitário de saúde, mas deve ser interpretada junto dos pais para que fiquem atentos a qualquer alteração. Contudo, não cabe essa responsabilidade somente a eles, mas a todos que cuidam da criança.

No ambiente desse estudo observei alguns profissionais, como médicos e enfermeiras, em atividade pediátrica fora da puericultura, que monitorizam o crescimento a partir do cartão da criança trazido pela mãe ou responsável no momento do atendimento. Estes são orientados a compreender o valor deste “documento oficial de saúde” usado como parâmetro e controle até mesmo da desnutrição infantil. A equipe pediátrica dispõe de várias oportunidades para desenvolver junto das mães atividades relacionadas ao crescimento/desenvolvimento infantil, desde aquelas ações obrigatórias e protocoladas, incluindo a higiene mental desenvolvida pela equipe nas atividades lúdicas e no relacionamento terapêutico.

Neste sentido, os entrevistados apresentam em seu discurso o significado de uma educação em saúde que estimula os pais a atenderem as dimensões afetivas e sociais e tais ações sinalizam uma melhor qualidade de vida. Sem dúvida, essa dimensão está implicitamente relacionada com as estratégias de desenvolvimento infantil.

A meu ver, a forma de viabilizar essas ações é que deve estar sempre em questionamento, tal como: de que maneira entender o contexto de vida dessa família? quais as condições que esta mãe tem como intermediadora e sujeito do processo de aprender e colocar em prática? Esses questionamentos envolvem a maneira como o profissional interage e comunica-se com a mãe para “ensinar”.

Nessa análise percebo que o mesmo discurso a mostrar possibilidades de o profissional contribuir com a aprendizagem da mãe para aprimorar habilidades de cuidado da criança estabelece de modo inflexível a responsabilidade exclusiva da mãe pelas conseqüências do não cumprimento das orientações e “normas prescritas”, sem procurar entender as condições objetivas do adoecer, que certamente evidenciam a indicação de causas multidimensionais.

Desse modo, confirmamos a tese do estudo sobre as atitudes dos profissionais na prática de educação em saúde ao desconsiderarem as condições socioculturais que envolvem a criança em seu contexto familiar.

Entender o ser humano e suas condições vitais requer se considerar os aspectos antropológicos que acompanham sua existência. Esses aspectos trazem expressões simbólicas resultantes de práticas e representações culturais que na concepção de Geertz (1989) são

dimensões simbólicas da ação social. Olhar para essas dimensões é comprometer-se com uma visão abrangente da realidade numa perspectiva humanística.

Este pensamento corrobora a proposta de Morin (1996) segundo a qual o conhecimento da realidade não pode ser dissociado da vida humana e da relação social. Todo conhecimento que orienta uma prática deve vir inter-relacionado com as condições bio-antropo-socioculturais de formação e de emergência do conhecimento, assim como os domínios de intervenção e de influência.

O DSC associa as ações educativas à possibilidade de diminuição dos internamentos da criança. Sem dúvida uma das finalidades do acompanhamento da criança é melhorar a atenção dispensada a ela, evitando o adoecimento e melhorando as práticas relacionadas à promoção da saúde e à qualidade de vida.

O entendimento dessa dimensão requer uma abordagem integrada, multifacetada e interdisciplinar, composta de ações voltadas ao bem-estar (MOREIRA, 2001). Para nós profissionais de saúde é importante redimensionar os valores alicerçados na cooperação, parceria, solidariedade e participação. Desenvolver ações que promovam a qualidade do relacionamento, o processo de humanização, o significado do homem no mundo, contemplando a dimensão afetiva, emocional, relacional, familiar e social.

Mas qualidade de vida tem a ver com o modo de pensar, fazer, sentir e de viver no mundo, de relacionar-se consigo mesmo e com os outros; portanto, é uma intencionalidade para determinado fim ou desejo relacionado com as condições de trabalho, lazer, moradia, estudo, enfim, concretizações que correspondem às condições básicas de sobrevivência. No cuidado da criança, além dos aspectos físicos, importam as relações afetivas e sociais ligadas ao seu mundo, pois elas contribuem para o seu desenvolvimento.

Em relação à atitude dos profissionais, é mister pensar em qualidade de vida para si e o cliente, ter uma nova compreensão sobre o seu fazer. Como mencionam Padilha e Souza (1999), os profissionais devem buscar alternativas capazes de melhorar a assistência integral ao ser cuidado e conseqüentemente satisfação ao ser cuidador. Isto significa melhorar a qualidade de seu trabalho, enquanto prática e enquanto reflexão sobre a ação. Esse é um ponto

que abre novos horizontes voltados à competência e sensibilidade para o exercício da compreensão e valorização da vida.

Inúmeras discussões demonstram a complexidade da educação em saúde. Nesse estudo todas ressaltam como eixo principal a necessidade de interagir e conhecer a realidade para haver no mínimo uma troca de idéias e a mãe/família passe a confiar nas palavras do profissional. Como cidadãos, os usuários devem desenvolver sua autonomia, procurar seus direitos e ficar estimulados a buscar melhoria de condições de vida e saúde. A idéia de autonomia do sujeito (mãe/família) construída pelo relacionamento de igualdade com os profissionais integra o DSC ao se destacar a necessidade de parceria, pois a educação em saúde não pode ser imposta. Assim defendem os profissionais.

Para isso, se faz necessária condição objetiva relativa à pessoa e às políticas públicas definidas e atuantes na educação e na saúde, pilares centrais para a construção da cidadania. Nesta perspectiva, acentuam-se as ações profissionais com o compromisso e a responsabilidade capazes de atender às "exigências" da lei maior - Constituição Federal de 1988, que abre um espaço democrático, assegurando vários direitos do cidadão em benefício da saúde e da qualidade de vida, entendendo como cidadão o sujeito com direitos referentes às políticas sociais. Esse é um dos pontos cruciais que temos defendido para compreender objetivos da prática educativa e deles nos aproximarmos.

As concepções sobre educação em saúde se delineiam pelas condições socioeducacionais e culturais dos informantes e vêm de certa forma alcançando novos significados. Assim, os profissionais descrevem a necessidade de acompanhar a evolução da criança, o controle de risco e a promoção da qualidade de vida. Isso significa aprender a lidar com novos referenciais teóricos e metodológicos compreendidos na perspectiva de Morin, Geertz, Lefèvre, Freire e outros estudiosos citados que militam nas áreas antropológicas, sociais e educacionais na interface com a saúde. Segundo esses autores, todo trabalho social envolve o conhecimento em várias dimensões, com vistas ao entendimento do homem, de forma que intervenha na realidade.

A ação pedagógica⁴ é um dos meios pelos quais se chega a esse fim com o objetivo de promover cuidados voltados não somente ao tratamento e prevenção de doenças, mas à promoção do desenvolvimento humano. A ação pedagógica, tanto para capacitação dos profissionais quanto do cliente, implica necessariamente redescobrir junto dos sujeitos da ação maneiras adequadas e viáveis de melhorar o modo de vida. No sentido de oferecer oportunidade ao outro para refletir situações do cotidiano que favoreçam seu bem-estar, procurando meios para alcançá-lo. Isso não acontece exclusivamente no ambiente de atendimento à saúde. Esse encontro é indispensável ao processo de emancipação e desenvolvimento como ser humano, conseqüentemente, um caminho para a busca da melhoria da qualidade de vida.

Categoria 4 Trabalho em equipe e planejamento da prática educativa

Nesta categoria os entrevistados elaboraram um discurso que compreende a concepção de educação em saúde como uma prática a ser desenvolvida em equipe, tendo um planejamento a integrar atividades profissionais com compromisso ético entre os pares e com os usuários.

DSC – A educação em saúde deve ser um trabalho em equipe, integrando todos os profissionais de forma planejada. Um trabalho prático e real com respeito mútuo, consenso e objetivo único para que o cliente não fique perdido. Deve ter uma base conceitual, científica e acompanhamento contínuo do cliente, o qual retorna, evitando o internamento da criança.

A essência desse discurso está ancorada na forma ideal de fazer a educação em saúde, a qual deve ser realizada em equipe, seguindo um planejamento para orientar as atividades a serem desenvolvidas com base no conhecimento científico voltado à realidade do serviço/clientela.

A necessidade de planejamento e integração da equipe na prática de educação em saúde tem sua fundamentação na experiência dos profissionais entrevistados que não só reconhecem, mas vivenciam no cotidiano, a descontinuidade das intervenções e as implicações para esses clientes (criança e mãe), os quais, diante dessa condição, ficam “perdidos”,

enquanto os profissionais demonstram insatisfação pela não concretude desta prática a contento.

Os trabalhadores de saúde em geral seguem os protocolos instituídos, cumprem rotinas estabelecidas pelo serviço, sem que haja um planejamento atualizado conforme as necessidades. Quando o trabalho educativo é feito de forma individualizada, ou seja, cada um assumindo seu estilo individual, às vezes passa despercebida a necessidade de rever as práticas e renovar as estratégias de atuação. Sem um controle social, o qual pode ser feito pelo grupo atuante, há maior possibilidade das ações tornarem-se rotinizadas, não permitindo a inovação de alternativas e criatividade capazes de instaurar mudanças no serviço, garantindo êxito. Corroboro a idéia dos profissionais ao defenderem a necessidade do trabalho em grupo e de forma planejada, promovendo assim objetivos comuns que resultem em um cuidar/ensinar com qualidade.

Os profissionais têm, muitas vezes, uma prática condicionada por uma seqüência de ações, procedimentos, rotinas mecanizadas, dissociados do saber, esquecendo às vezes, o relacionamento interpessoal. Isso resulta num trabalho fragmentado a excluir importantes aspectos subjetivos, sociais e emocionais dos indivíduos. Nesse sentido, de acordo com os discursos, as ações educativas deveriam contemplar uma melhor organização do trabalho em equipe, no intuito de atender às necessidades da criança/família.

Esse agir está condicionado também às mudanças ocorridas em razão da tecnologia que instrumentaliza o processo de trabalho o qual contribui na resolução de problemas de saúde, do mais simples ao mais complexo, mas deve ser entendida como um meio para otimizar as ações, pois não substitui o trabalho humano, essencialmente o cuidado a envolver subjetividades, conseqüentemente, uma gama de necessidades diferenciadas para cada pessoa. A educação em saúde pretende atingir parte dessa subjetividade a partir dos processos de interação e comunicação entre os sujeitos que recebem a ação e os que promovem a ação. Assim todas as atividades de cuidado da criança devem ser estruturadas com base nessa prerrogativa a se concretizar no trabalho de uma equipe interessada na melhoria da saúde infantil.

A meu ver, em algumas ocasiões as ações educativas podem ser realizadas individualmente pelo profissional que assume a atividade, mas sempre depende de alguém ou de algum serviço. Entretanto, há situações nas quais não se dispensa a abordagem multidisciplinar. Isto ajuda a complementariedade e troca de saberes, atitude essencial na prática educativa que assume várias dimensões no contexto da saúde. Os informantes da pesquisa reconhecem os objetivos desta prática como únicos e neles assenta-se a principal idéia: cuidar/educar criança e família com vistas a alcançar resultados positivos à saúde.

O conhecimento que direciona determinada prática é dimensional e relacional e perpassa por um pensamento. Conforme menciona Geertz (2000), o pensamento deve ser visto como um processo construído de fenômenos psicológicos internos: “atenção”, “expectativa”, “intensão” e até mesmo “esperança”, envolvendo, assim, vários atos mentais. Acrescenta o autor que muitas vezes o pensamento é resultado de uma manipulação intencional de formas culturais. Na minha opinião, a retórica sobre o trabalho em equipe e o planejamento ressaltado no DSC são resultantes de ideologias profissionais que defendem a necessidade desta organização, ao mesmo tempo confirmada na prática.

Nesse discurso, conforme percebo, as idéias concebidas por esse grupo de profissionais vêm carregadas de pensamentos positivos, “esperançosos” e utópicos sobre como deveria ser a educação em saúde no cuidado da criança. Mostram, portanto, possibilidades de mudanças fundamentadas no consenso, no conhecimento científico e na realidade vivenciada pelos sujeitos que a praticam.

Não se pode negar que para entender o ser humano e atender a dimensão educativa, mesmo sendo esta parte da existência, temos de conhecer as várias ciências que o compreendem e abarcam o saber do cotidiano, porquanto esse é rico e traz idéias renovadas a constituir todo processo de aprendizagem. Assim, é aceitável que para cuidar/educar numa perspectiva respeitosa, consensual e solidária como complemento das demais, os profissionais devem estar fundamentados em vários saberes, em princípios éticos, os quais oferecem possibilidades de aproximação da realidade a ser ensinada. O olhar científico, eticamente fundamentado, está ligado não somente ao fazer técnico-científico, mas a todas as dimensões do cuidar/educar a envolver relacionamentos, sentimentos e decisões compartilhadas.

A educação em saúde, por ter objetivos abrangentes e diversificados, engloba inúmeras ações, as quais devem ser realizadas integradamente e de forma planejada, atendendo às dimensões do ser criança em um contexto social e familiar. A prática educacional voltada à saúde da criança e da mãe, na fase de gestação e puerpério principalmente, exige essa integração, visto que a saúde da mulher e da criança nesse período é complexa e caracterizada por mudanças, portanto as intervenções não se concentram nas mãos de um profissional. Por isso, há necessidade de um trabalho em conjunto capaz de facilitar as intervenções e a continuidade do acompanhamento para a mãe e a criança.

Nesse sentido os profissionais ressaltam que o objetivo da educação em saúde deve ser único, no intuito de não “desorientar” o cliente. Está posta a necessidade de consenso e continuidade do acompanhamento do cliente. Há, portanto, referências à prática educativa interdisciplinar, contudo, expressam as dificuldades de implementá-la. Eles revelam a inexistência de um trabalho em equipe a envolver profissionais que lidam com a criança. Confirmam a falta de base conceitual, estrutural e a existência de posturas profissionais indiferentes a uma prática construída com adesão de todos. Dessa maneira, percebo a necessidade de os serviços integrarem forças no sentido de operacionalizar os paradigmas do SUS como eixo norteador de ações interdisciplinares, conforme está firmemente colocado nos documentos oficiais que orientam práticas de saúde integradoras e humanizadas.

Um dos empecilhos à integração dessas forças é a descontinuidade existente nos serviços de saúde, a ocorrer muitas vezes quando a atividade ou o programa é assumido por uma pessoa ou por um grupo de profissionais, os quais a centralizam, sem compartilhar com outros, pois, embora afirmem o contrário, na prática prevalece a individualidade, o registro e a marca de quem está à frente dominando. Outro fator que coopera para esse problema é a distribuição de atividades individualizadas, a burocratização, e todos recaem na falta de um trabalho compartilhado, socializando discussões, decisões e recomendações que venham subsidiar uma prática organizada de acordo com as necessidades detectadas. Para melhorar tal situação, muitos desafios devem ser enfrentados, alguns merecem discussões a envolver o grupo que vivencia o problema de perto. O espaço dessa pesquisa não se propõe aprofundar tal assunto.

Corroborando a opinião de Pires (1999) sobre a atenção à saúde, a complexidade dos problemas em saúde, o entendimento da totalidade só é possível com um inter-relacionamento entre áreas e profissões. A maioria das instituições, por não refletirem sobre o processo de “assistir em saúde”, não trabalham com planejamento e participação dos profissionais, excluindo suas percepções e conseqüentemente a possibilidade de integração interdisciplinar, gerando fragmentação e alienação, ao invés do avanço qualitativo resultante dessa troca de práticas e saberes.

Em palestra apresentada no Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular, Pasquali enfatiza que a avaliação de ações educativas em saúde se refere, principalmente, ao alcance das metas propostas nos projetos de intervenção (BRASIL, 2000). Tal conduta deixa uma indefinição nas estratégias de ação, acarretando prejuízos na efetivação das mesmas. Mas sem a definição de objetivos, conteúdo e estratégias de ação é improvável o alcance das metas planejadas. Daí a necessidade de planejamento em equipe, uma vez que sem ele não há como avaliar os resultados e a possibilidade de implementação de estratégias viáveis ao processo de mudança tão necessário na prática educativa.

Sobre o problema da descontinuidade, segundo adverte Elias (2002), se não corrigirmos nossos problemas estruturais, não vamos poder agir adequadamente. Iremos manter as incríveis descontinuidades nas políticas de saúde e estas constituem um impedimento das ações de saúde. O autor conclui existir no Brasil exemplos de continuidades que tecnicamente alcançaram bons êxitos, pois essa continuidade tem compromisso com os interesses da sociedade. A continuidade já é meio caminho andado enquanto a descontinuidade significa desfazer o que vem sendo feito, uma dinâmica perversa, dispendiosa e intolerável.

Tais discussões afloram cada vez mais nos serviços de saúde e vêm amparar as práticas de educação em saúde, no sentido de organizar-se para atender ao paradigma emergente em relação ao cuidado ético, humano e solidário que promove o autodesenvolvimento do cliente.

Os princípios éticos e solidários são discutidos por Betinelli (2002, p. 27), ao afirmar que sem a inclusão destes valores no cuidado ocorrem conseqüências danosas ao paciente,

como o descrédito da relação, o abandono dos projetos pessoais e até a aceleração da morte pela perda absoluta do sentido da vida. “O princípio da solidariedade pode representar uma das atitudes adotadas pelo ser humano a partir de um novo aprendizado, do autoconhecimento e da descoberta da função de sua experiência, levando a um processo de mudança nos valores ontológicos e sociais”.

Estas prerrogativas surgem como subsídios na reorganização das práticas em razão do novo conceito de saúde não somente baseado em conteúdo teórico mas consubstanciado num conjunto de conceitos e práticas advindos da realidade que exige da sociedade em geral atitudes solidárias, éticas e compartilhadas. Pressupõem uma discussão que envolva definição e incorporação de novas posturas profissionais, considerando as concepções atuais de educação em saúde.

Ao discutir tais princípios inclusos na prática de educação em saúde, associa-se também a interdisciplinaridade como parte dessa filosofia integradora que une, troca e complementa, transcende os limites da prática que levou ao projeto com essa intenção. Assim, há de se creditar confiança nesses postulados, incorporar tais princípios e, principalmente, agir, pois esse mérito só será reconhecido pelos resultados obtidos. Devemos, portanto, implementar urgentemente tais idéias, mesmo parcialmente, pois é valiosa a intenção acompanhada de ação.

Temática 2 TRAMAS DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Essa temática está representada pelos discursos relativos ao desenvolvimento da prática educativa, ou seja, como os profissionais fazem a educação em saúde, o cotidiano dessa atividade com ênfase no contexto de cuidado à criança neste espaço investigado. Segui o método de organização dos dados pelo DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXERA, 2000), com a referida interpretação de Geertz fundamentada na antropologia cultural.

Toda prática requer conhecimento e este é construído histórica e socialmente na própria relação do homem com o mundo. Nesse sentido, vale ressaltar Silva (1999, p. 31) ao afirmar que “os fatos sociais são sempre fatos interpretados; a consciência dos atores é o elemento constitutivo decisivo do mundo social”. Acrescenta o autor ser uma necessidade do homem produzir idéias consistentes sobre as instituições e as situações coletivas com vistas a orientar sua prática. Amparada nesses pressupostos, percebo o significado desse estudo ao apreender a prática educativa dos profissionais que se concretiza num cotidiano permeado de contrariedades, interdependências, astúcias, possibilidades e impossibilidades. Enfim, uma dialógica entre o pensar e o fazer a envolver necessidades do binômio mãe/criança.

Das diversas experiências construídas pelos informantes da pesquisa pude apreender algumas situações que constituem os fios que compõem o tecido da prática demonstrada na temática: **Tramas da educação em saúde**. Foram reproduzidas três categorias de análise a partir das expressões-chave que deram origem aos discursos individuais e destes foram constituídos os DSCs. No processo de análise alguns discursos diferentes e/ou relevantes assim como as descrições de algumas observações são apresentadas, complementando as idéias ou mesmo ilustrando as inferências do pesquisador.

As figuras metodológicas: expressões-chave, discurso individual, idéia central e ainda os temas emergentes estão ilustrados no apêndice A., assim como **O DIAGRAMA 3** a seguir representam essa temática e suas categorias.

DIAGRAMA 4 - TRAMAS DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TRAMAS

Teia da
Comunicação na
Prática de
Educação em Saúde

Humanização e
Aspectos da
Atenção
Integral

Impossibilidades/Possibilidades

Diálogo/Escuta
Relacionamento
de aproximação
Incentivo
Convencimento
Sem Conflito
Necessidades

Atividades
Burocráticas
Sem
Planejamento
Descontínua
Condições
Culturais e a
Mídia

Troca de
Experiência
Abertura ao
Diálogo
Aprender a
Fazer
De acordo com
a prática

Acompanhamento
da Criança
Tecnologia de
Ponta
Relacionamento
de igualdade
Vínculo Mãe/filho
Segurança
Confiança
Contexto
Sociocultural

Viver - Crescer - Desenvolver

A categoria 1 foi organizada a partir dos discursos que consideram a educação em saúde representada pela teia da comunicação, pois esta se constitui o pilar básico dessa prática.

Categoria 1 Teia da comunicação na prática de educação em saúde

DSC- É importante o diálogo com a mãe, procurando ver o que é relevante, dando atenção às dúvidas e dificuldades, conversando e deixando-a reconhecer e decidir o melhor para si e seu filho. Observando o comportamento da mãe, conversando e orientando sobre alimentação, amamentação, os tabus alimentares, sexualidade, controle de natalidade, vendo as necessidades das famílias, tendo um relacionamento com a criança e a mãe, trazendo-as até nós. Dialogando com a mãe sobre os hábitos e costumes da mãe, corrigindo, incentivando a ter mais cuidado, sem agredir ou gerar conflito, baseando-se na experiência pessoal, no entendimento da mãe com a colaboração da enfermeira. À mãe com experiência, reforçamos seu conhecimento, à primípara dedicamos mais tempo de acordo com as necessidades, incentivando a amamentação e acompanhamento da criança, procurando escutar a mãe em suas queixas. Na dinâmica de grupo, a mãe esclarece suas dúvidas com outras mães nas suas experiências e percebem o desenvolvimento dos bebês que vêm sendo acompanhados no núcleo de aleitamento. É um trabalho de convencimento à mãe para resistir às pressões, motivando ela e avó, esta como pessoa influente que pode contribuir na amamentação. Mostramos o ganho de peso da criança. Sendo abaixo do normal, a mãe é encaminhada para avaliação e conversa com a enfermeira.

Nesse discurso os profissionais referem-se a uma prática educativa centrada nas relações interpessoais mediadas pela teia de comunicação que tece o fazer diário, permeado de decisões comandadas pelo pensamento do profissional, o qual ajuda a descobrir a relevância de cada ação.

Ao traduzir e interpretar o pensamento dos entrevistados, percebo que eles consideram o diálogo como a essência da relação que permite compreender as necessidades da mãe e da criança no contexto de cuidados da saúde. Tal idéia inclui atenção ao outro, às suas revelações impregnadas de dúvidas, dificuldades e necessidades próprias do momento. A escuta é o desafio principal para o profissional. Por isso a reforço de forma veemente, pois, quando nos concentramos nos conteúdos expostos pela pessoa, as interpretações são mais exatas. Assim será possível perceber as necessidades, as idéias e pensamentos a orientar os hábitos e

costumes das mães, o modo de cuidar do filho, o qual, certamente, não está fundamentado somente no que aprendeu com os profissionais, mas também nas experiências vividas, isto é, na cultura.

Essa perspectiva de conhecer, trazer o outro para perto de si e dar oportunidade para falar, ajuda a focalizar o atendimento não apenas para as manifestações do corpo, mas para símbolos representados pela linguagem. Nesse sentido, é importante lembrar a finalidade da antropologia na perspectiva de Geertz. O autor utiliza o estudo interpretativo da cultura como um esforço para compreender as manifestações das pessoas e desse modo aceitar a diversidade entre as várias maneiras que esses seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las (GEERTZ, 2000).

Nessa análise o processo de comunicação evidencia-se configurando-se como uma experiência antropológica, pois os discursos trazem a perspicácia de uma educação em saúde com base no respeito à condição humana, no direito de ser. Do modo como menciona Geertz (1989), é tentar entender os discursos sociais sem reduzir as particularidades, levando a um entendimento da singularidade, ou ainda ver as coisas do ponto de vista do outro orientado pelos atos destes sujeitos, observando algumas situações do contexto. Significa atentar para os comportamentos representados na ação impregnada de sentido cultural. Por meio da leitura desse real, pois uma boa leitura leva-nos ao cerne do que nos propomos interpretar.

Esta é uma oportunidade para o profissional reconhecer as possibilidades da mãe, motivando-a e ajudando-a no processo de cuidar de si e de seu filho. O momento interativo e comunicativo como habilidades da prática educativa junto daqueles que solicitam ajuda, por necessidade e por acreditarem no potencial dos profissionais, é sempre um re-aprender. Desse modo, o processo desencadeado pela atenção que se dá à mãe, deixando-a à vontade para falar sobre si e a criança, deve ser acompanhado de observações na busca de compreender o que se apresenta visivelmente ou o que está velado, possível de ser apreendido pelo profissional e que, de certa forma, vai orientá-lo, com vistas a melhor agir baseado em evidências ou na intuição daquele momento. Portanto, é um momento de razão e de sensibilidade em que os locutores desenvolvem seu papel ordenadamente. Enquanto o cliente fala, o profissional escuta atentamente, observa e ao mesmo tempo desenvolve a intuição que mediará a

compreensão do outro (cliente) em sua subjetividade. Obviamente, esse momento só ocorrerá quando há uma consciência profissional (refletir sobre sua atitude naquele momento) e deixar fluir a conversa, motivando ou direcionando o assunto sem induzir o pensamento do outro. Na maioria das vezes, o profissional é quem determina o tempo e a forma de interação e diálogo com o cliente. Tudo, porém, deve ser feito para impedir uma prática castradora, antidemocrática, autoritária, que não possibilite ao cliente revelar seus pensamentos e suas ações por meio da linguagem.

Com esse objetivo o profissional deve buscar descobrir e compreender as necessidades do cliente. Ter habilidade para intuir e fazer conclusões sobre a sua situação. Para Guimarães (1998, p. 7), esse agir corrobora o exercício intuitivo, sendo este “uma habilidade sintética do pensamento, advindo da experiência, e que possibilita a tomada de decisões específicas em sentidos específicos”. Ressalta a autora que na interação com o paciente emergem determinados signos, elementos importantes na viabilização da conduta profissional. Portanto, a intuição é um instrumento situado entre a sensibilidade e a razão.

Para resgatar conhecimentos e experiências, no momento do contato, o profissional deve centrar a atenção ao indivíduo como um todo, valorizando a singularidade da sua energia vital. Esse momento interacional, somado a outras condutas terapêuticas, promove a recuperação ou equilíbrio da saúde, mediada pela intervenção de um cuidador. Pensar o cuidado em saúde nessa perspectiva se contrapõe ao modelo biomédico que prioriza o conhecimento do profissional, supervalorizando a capacidade de acertar o diagnóstico. Na educação em saúde busca-se fórmulas para que as pessoas se concentrem nos conhecimentos repassados. Volta-se, portanto, a decisões pontuais, sem levar em conta a subjetividade do cliente e suas relações com o meio social onde vive. O cuidado e a atenção são vistos como indispensáveis no processo de recuperação da saúde (GUIMARÃES, 1998). A utilização dessas habilidades aplicadas na saúde vem contribuir não somente no campo da reabilitação ligada aos processos mórbidos, mas também nas ações de educação em saúde, visando a promoção da saúde.

Desse modo os profissionais podem utilizar o momento de contato com o paciente e sua família para descobrir com ele a melhor maneira de cuidar de sua saúde. Logo, é preciso

reconhecer que o saber dessas pessoas tem um significado real construído no dia-a-dia, portanto, deve ser valorizado. Tal conduta perpassa o entendimento de que não é somente uma orientação profissional caracterizada por normas, estruturas e padrões rígidos que modificarão de imediato o modo de pensar e agir das pessoas. A apreensão do conhecimento pode acontecer quando está associada à aquisição do conhecimento anterior. Isto significa tornar nossa prática um reaprender na convivência, no diálogo com o cliente, reconhecendo e valorizando as experiências de cada sujeito inserido em um contexto sociocultural. Este contexto na teoria de Geertz consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos, nos termos dos quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração, um agir conjuntamente, o qual absorve fenômeno psicológico, estrutura cognitiva, características da mente. Daí a idéia difundida na antropologia contemporânea e defendida por Ward Goodnought: "A cultura está localizada na mente e no coração dos homens" (Geertz, 1989, p. 21)

Dessa maneira, é preciso reconhecer que a aprendizagem é facilitada quando são consideradas as condições subjetivas do educando, bem como a condição para aprender. É, pois, importante levar em conta o conhecimento prévio que as pessoas têm sobre o assunto em questão, pois os ajuda a entender melhor as informações atuais, processando-se novo conhecimento relacionado ao já existente. Consoante Pilon (1986), as pessoas não necessariamente fazem o que recomenda a ciência por seu caráter científico, mas por sentir o valor e significado para si mesmas.

O significado, a forma de pensar de determinado grupo é construída social e historicamente. Para Geertz (1989, 2000) a ação simbólica é advinda do pensamento, resultado de uma manipulação intencional de formas culturais. Assim ele é múltiplo como um produto, e especialmente singular como um processo. Esse paradoxo prevalece nas ciências sociais. Com essa idéia é possível perceber que a hermenêutica cultural permite compreender as pessoas em seu mundo social como também sugere o respeito à individualidade de cada sujeito.

O DSC harmoniza-se com os diferentes paradigmas da educação em saúde acolhedora e participativa e sinaliza para alguns aspectos da abordagem cultural manifestada pela

relevância dada ao diálogo, a atenção e a oportunidade para o outro se manifestar. Entendo que por meio do diálogo o cliente tem liberdade para falar, e, certamente, é invocado também a decidir. Esta é a palavra-chave da educação para a autonomia, a intenção de promover o crescimento, deixar fluir as experiências, o modo de pensar manifestado no discurso de cada sujeito. Esse diálogo integrador permite manifestações das práticas culturais impregnadas no fazer de cada um, o que é ressaltado pelos profissionais ao enfatizar a importância de dialogar sobre os hábitos e costumes da mãe, os tabus alimentares e outras práticas inscritas nas experiências de cuidado da criança desenvolvidas pelas famílias.

Para que o profissional ajude as famílias a refletirem e tomar consciência sobre as ações promotoras de saúde, nesse caso especial da saúde da criança, é necessário se desenvolver a prática educativa além de atos informativos, mas integrá-la ao contexto de vida dessas pessoas, inserindo a abordagem hermenêutica a envolver a compreensão do outro e os significados simbólicos, ter acesso ao mundo conceitual dessas pessoas, com vistas a entendê-las e ao mesmo tempo ser entendido. Na percepção de Geertz (1989), essa perspectiva permite um entendimento dos significados, uma avaliação das conjecturas, um traçar de conclusões explanatórias. A análise de contextos mais amplos e suas implicações no nível micro ajuda a construir análise abstrata a partir de um conhecimento muito extensivo do assunto extremamente pequeno. Segundo o autor, a interpretação (uma ação necessária ao ato educativo), é uma abstração imaginativa.

Recorrendo ao pensamento de Morin (1996), transcender para momentos de reflexão recuperando o pensamento do próprio ser e suas ações propicia o desenvolvimento da consciência crítica, tornando esses sujeitos sociais participantes do seu projeto de vida conectados à saúde.

O conceito de projeto de vida é considerado pelas teorias psicossociais, fenomenológicas e culturais das diferentes áreas e tem demonstrado o significado único da experiência humana. O indivíduo desenvolve seu projeto de vida conforme os valores presentes em certo momento da história, apoiado em suas percepções, conhecimentos e habilidades que variam entre pessoas e grupos (PILON, 1996).

A educação fundamental, assim como a educação para a saúde, são os pilares para a promoção do ser humano, suscitando a capacitação de educadores tanto na área de educação como na saúde, para atender às necessidades da população, principalmente daqueles que estão propensos aos danos à saúde (NERY, 1999). No entanto, a educação em saúde com vistas à promoção do ser humano em seu ambiente, nas suas relações com o mundo, se volta para além da doença; tem princípio e fim na pessoa humana em vários enfoques e em particular o biopsicocológico e o sociológico (LEVY et al 2002). Relacionada ao aspecto sociológico está a cultura, um aprendizado indissociável das estruturas complexas educativas.

Todo conhecimento tem sua complexidade, a tecitura que se consolida para formar um novo saber. Nesse sentido, afirma Morin (1996), o conhecimento do real exprime maior riquezas de informações. Para isso, é necessário refletir, reconhecer, situar, problematizar, é necessário o conhecimento do conhecimento. É uma filosofia que expressa a realidade objetivada na experiência e se queremos fazer educação em saúde com vistas a obter resultados positivos teremos de entender que o profissional não domina todos os campos do saber, o conhecimento ajustado ao real é desvelado enquanto assumido também pelo cliente desejoso de aprender para fazer. Esse pensamento se coaduna com a idéia dos profissionais ao expressarem a importância de cuidar e ensinar a cuidar. Segundo o autor citado, aprender não é só saber-fazer, mas envolve a aquisição de saber, de informações, a descoberta da relação entre um acontecimento e outro ou ainda a descoberta de uma ausência de ligação entre dois acontecimentos.

Assim, a aprendizagem é desencadeada pela experiência, ou seja, pelo que já é conhecido, idéia baseada na dialógica auto-eco-organizadora que concebe a aprendizagem a partir de uma dialógica não só do inato/adquirido/construído. Considera que “aprender não é apenas reconhecer o que, de maneira virtual, já era conhecido. Não é apenas transformar o desconhecido em conhecimento. É a conjunção do reconhecimento e da descoberta. Aprender comporta a união do conhecido e do desconhecido” (MORIN, 1996, p.61).

Desse modo, podemos considerar a relevância das experiências adquiridas, das aquisições memorizadas e desenvolver estímulos capazes de fazer emergir o conhecimento já adquirido que se volta ao conhecimento construído. Isto só se concretizará no desafio proposto

na teia de comunicação imbricada ao ato pedagógico que supera o objetivo da exclusiva transmissão de conhecimento e incorpora o compromisso de aprender junto, resultando em mudanças mediante a motivação e a responsabilidade de tomar decisões capazes de melhorar a qualidade de vida.

Esse aprender junto é uma possibilidade suscitada pelos profissionais; contudo, retrata a necessidade de conhecimento do outro que por si só não basta. Conforme pude perceber, esse é um caminho a ser construído a partir de reflexões do grupo empreendedor das práticas educativas, que absorve em seus discursos alguns paradigmas da educação em saúde voltada à construção da autonomia pela participação. Entretanto, no cotidiano esta educação se distancia, ao se guiar por rotinas padronizadas, normas institucionais ou mesmo por pensamentos e valores profissionais arraigados em sua cultura; sem levar em conta a individualidade de cada pessoa em seu grupo social.

Corroboro o pensamento de Pilon (1996) ao afirmar que as necessidades humanas são comuns, porém se expressam segundo indivíduos, grupos e comunidades e o comportamento nem sempre expressa a necessidade. Assim, é preciso ir o profissional além do que se mostra aparentemente, procurando abstrair as necessidades a partir da realidade concreta apresentada na vivência de cada sujeito. O autor admite depender muito as atitudes em saúde da participação direta da população, na definição de suas necessidades. Estas, por sua vez, estão diretamente relacionadas com o projeto de vida de cada um. Por isso não são apenas os atendimentos médicos formais, os medicamentos que vêm garantir a melhoria da saúde das populações e sim uma gama de situações, iniciando pela inclusão de pessoas, grupos e comunidades na discussão de seu projeto de vida, de seus objetivos, de seus valores e pensamentos, os aspectos psicossociais, políticos, econômicos que afetam a direção de suas vidas. Não se pode passar as informações científicas e esperar que as pessoas alterem imediatamente suas condutas.

Os discursos consolidam a idéia de que é preciso incentivar a ter mais cuidado, sem agredir ou gerar conflito, valorizar experiências, reforçar conhecimentos, escutar as queixas. Certamente essas propostas ajudam a entender as necessidades e como diz Pilon (1996) descobrir o projeto de vida do cliente, sensibilizá-lo a agir de modo que encontre meios para

obter a saúde. Estar motivado para aprender, participar do processo, sem dúvida aumenta essa possibilidade, pois significa oportunidade para expor idéias, argumentar posições coerentes para o cuidado, sem imposições, mas com negociações capazes de gerar atitudes coerentes com as experiências já existentes, com o seu modo de ser.

Silva (2001), ao discutir a prática educativa com diabéticos, menciona que muitos profissionais entendem que a ausência ou “erros” no cuidado com a saúde ocorre pelo desconhecimento e pela falta de empenho; desconsiderando que o comportamento é influenciado por inúmeros outros fatores, entre os quais a interpretação da experiência, o desejo de fazer as mudanças indicadas, o confronto dessa experiência com outras anteriores e o entendimento das explicações dadas pelos profissionais. Conforme a autora lembra, o comportamento é resultante de decisões e a orientação dos profissionais é um dos elementos considerados, mas não o único. Muitos outros aspectos, especialmente suas vivências, são preponderantes.

Conhecer as experiências e motivar para que as famílias participem dos cuidados de seus membros são atitudes que devem ser desenvolvidas pelos profissionais na sua função de educador, pois são promissoras de uma educação que abre espaço ao crescimento do outro, valorizando a pessoa na dimensão sociocultural. Em consonância com Freire (2000), ensinar não é apenas transmitir conhecimento, mas uma troca de conhecimentos em que cada participante tem a sua colaboração ajustada às suas possibilidades.

Os psicólogos sociais definem atitude como uma disposição afetiva favorável (positiva) ou desfavorável (negativa) a um objeto social, portanto, com possibilidade para rejeição ou aceitação do objeto apresentado. A esse componente afetivo agregam-se dois outros, constituindo a estrutura atitudinal. Seriam os elementos cognitivos e a tendência comportamental de forma articulada. Nessa acepção, a autora argumenta ocorrer um sentimento por algum objeto social quando já se tem uma representação cognitiva; logo as emoções e sentimentos são necessariamente precedidos por cognições que vão influenciar as atitudes (KRÜGER, 1986). Assim, é entendido que a formação de atitude sofre influência dos diversos grupos dos quais fazemos parte ao longo das experiências de interações sociais. Conforme a autora, é inata nossa capacidade para emoções e sentimentos, mas é aprendida a

relação por nós estabelecida entre eles e as coisas, pessoas e eventos da realidade na qual nos situamos.

Incentivar a mãe a ter atitudes coerentes com a saúde está ligado a um estímulo, a um sentimento que facilita o processo de aprendizagem e conseqüentemente a mudança. Esta afirmação pode ser ilustrada por situações vivenciadas no campo da pesquisa junto dos profissionais e das mães em circunstâncias variadas do cuidado da criança. Em alguns locais observados, notava o esforço da mãe pelo acesso, pelo lugar na fila, ou mesmo o sofrimento físico e emocional durante a permanência no hospital para estar junto da criança, para acompanhar o cuidado hospitalar. Assim enfrentam dificuldades em prol da saúde da criança e ao mesmo tempo aprendem com as outras mães e com os membros da equipe de saúde.

Diante dessa realidade pertinente às ações educativas realizadas pela equipe multiprofissional, é válido lembrar dessa motivação dada ao cliente, no caso, a mãe, que deve estar conectado ao conhecimento prévio do profissional sobre as condições psicológicas e afetivas desta mãe para que as ações apontem ao alvo de interesse e de satisfação. Foi possível registrar a partir das reuniões com as mães que acompanhavam o filho na UN e no AC que algumas são apegadas ao filho, outras o rejeitam. Essa atitude varia em virtude das circunstâncias pessoais da mãe, e até mesmo da condição de saúde do filho. Foi mostrado que quando a mãe tem um contato inicial com o bebê esse vínculo se fortalece e quando fica distante por mais tempo parece diminuir o apego a essa criança. Em face de tais situações, cabe aos profissionais que cuidam apreender e intervir no sentido de ajudar na relação mãe-filho, mas isso só é possível por meio do contato e do diálogo, ação indispensável na prática educativa.

Outras observações registrada referem-se à orientação grupal realizada pela enfermeira no NAM. Muitas situações contrariam a possibilidade de uma comunicação efetiva dos profissionais com as mães em razão da inexistência de espaço do ambiente, não favorecendo que as mães participem ativamente das conversas, como já registrado no ambiente da pesquisa. Desse modo, percebi o esforço desses profissionais em divulgar, em repetir as idéias, em demonstrar o ato de amamentação da melhor forma possível. Contudo, enfrentam as limitações do espaço e algumas adversidades no processo educativo influenciado pelo modelo

normativo e coercitivo estabelecido nas relações de educação em saúde. Nesse espaço “educativo” convivem mães que parecem estar “sensibilizadas” ou mesmo porque já tiveram experiências positivas em amamentar e, assim, contribuem com outras mães divulgando suas vivências, esclarecem dúvidas, trocam informações com outras mães e ao mesmo tempo fortalecem os vínculos com esse serviço, no qual é garantido o acompanhamento da criança logo ao sair de alta do alojamento conjunto.

A partir das observações feitas, encontrei entre essas mães do NAM e do AC aquelas que não estão “estimuladas” a participar do cuidado têm dificuldade para aprender sobre o cuidado da criança por vários motivos, um destes parece estar relacionado com a forma de condução das práticas educativas e da descontinuidade, não atingindo todos os clientes. Algumas mães, por serem inexperientes, têm mais dificuldades, nesse caso, o investimento em educação e saúde é mais intenso, a comunicação se estabelece com maior intensidade, conforme destacado no discurso dos profissionais: A mãe primípara nós dedicamos mais. É um trabalho de convencimento à mãe e à avó...

Durante as observações, percebi situações em que as mães trocavam experiências com outras mães, o profissional solicitava o depoimento delas sobre a experiência de amamentar, o cuidado com a criança, e aquela mãe se manifestava, enquanto outras ficavam atentas. Neste meio sempre estavam alguns pais, que com raras exceções se mostravam interessados em conhecer e compartilhar também suas experiências. Com eles, observei a admiração dos participantes e a satisfação da mãe em poder contar com a ajuda do companheiro.

No NAM, durante o atendimento, pude perceber as linhagens de educação em saúde, o envolvimento dos profissionais na implementação dessa prática. Embora as interações no consultório se dêem em tempo limitado, durante a conversa são ressaltados pontos considerados fundamentais pelos profissionais. Como exemplo, eles mostram aos pais o valor do acompanhamento da criança, a curva de peso da criança que está recebendo alimentação exclusiva ao seio, na intenção de convencer sobre a importância da amamentação. Vale ressaltar que a médica do NAM destaca valorizar a questão da sensibilização das famílias, enfocando serem poucas as mães que não percebem a importância desse acompanhamento. Esse relato é ilustrado no seguinte depoimento:

Atualmente com o núcleo houve a possibilidade de melhorar o acompanhamento de um trabalho multiprofissional de sensibilização, porque antes eu trabalhava na amamentação sozinha. Agora eu tenho ajuda do pessoal no pré-natal, no berçário, no NAM, a palestra e o atendimento individual feito pela enfermeira. Os obstetras continuam até hoje voltados só para a mãe. A profissão deles dá essa importância à mãe, mas não pode esquecer o feto. Para a mãe sair bem e feliz o bebê tem que estar bem...

Esse discurso tem um sentido relevante nas estruturas conectadas com a prática educativa, demonstrando as ações que compõem o fazer da equipe multiprofissional. Representa, ainda, uma forma de não somente denunciar o que não acontece, mas também de anunciar o reconhecimento do profissional nas falhas, nos entraves e certamente irá contribuir nas reflexões para mudanças.

Os setores como o NAM e a UN revelaram desenvolver uma prática que dá o passo inicial para o trabalho em equipe ao convocar outros profissionais de setores correlacionados a se unirem nas ações educativas, indicando a necessidade de um trabalho em equipe. Utilizam concepções que fundamentam uma educação participativa, porém esse agir tem a cooperação de poucos profissionais. Mas toda ação integrada inicia-se com a intenção de alguns ao invocarem outros para tecerem juntos. Nesse contexto, são somados as experiências, o conhecimento em si, e o processo ocorre na união dos motivos, da necessidade, enfim, da tomada de consciência de que esta ação é inadiável. Embora muitas atividades ainda se voltem ao domínio de poucos profissionais, é uma semente que está sendo plantada e articula-se com outros setores como uma rede que está sendo tecida, portanto, não pode excluir os fios que se entrelaçam para formar um tecido único.

Sem cair no hermetismo do discurso profissional, entendo passarem as ações educativas por momentos além da racionalidade, da pontuação, envolvendo, sobretudo, uma experiência de relacionamento interpessoal a utilizar a intuição, a percepção e a consciência social para entender o relevante, descobrir o significado da comunicação como instrumento indispensável na convivência cliente e profissional, a qual permite a esses compreender e ser compreendido. Para isso é necessário saber se a pessoa com quem estou falando está decodificando a mensagem, ou seja, se o receptor entendeu o conteúdo transmitido, se houve de fato o diálogo. Este terá sua função terapêutica e educativa quando houver esse encontro

respeitoso no qual o cliente tem a liberdade para expor suas idéias, dúvidas, requerendo do profissional um agir compartilhado com o cliente.

Para ilustrar o significado da comunicação, é importante ressaltar a filosofia do diálogo, do viver em comunidade, construída por Martin Buber. Conforme salienta Zuben (2001), tem fundamento primordial na existência humana a partir das relações entre os homens. É a “dialógica” ou relação eu-tu. Uma relação que une o homem ao mundo, à “situação cotidiana”. Buber em sua teoria faz uma reflexão sobre a linguagem, referindo-se a esta como palavra proferida como invocação do outro, aquela que gera resposta, manifestação de uma situação atual confrontada na reciprocidade, na intencionalidade, no encontro inter-humano.

Segundo Freire (1988), o diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo. Não se esgota na relação eu-tu, entre aqueles que defendem o direito da palavra e os que negam esse direito. Essa relação dialógica se define no modo de relacionar-se com o outro, não negando o direito à palavra, pois esta é uma necessidade fundamental em determinados momentos da vida e, essencialmente, no cuidado humano, a envolver conhecimento, sentimento, uma forma de estar com o outro e ao mesmo tempo assumir responsabilidades com a saúde.

O diálogo, portanto, é um instrumento fundamental na ação de educar em saúde e hoje assume novas conotações, enfatiza a participação da pessoa, grupos sociais com o fim de

... adotar e manter padrões de vida sadios; usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição e tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (LEVY et al., 2002, p.1).

Este objetivo foi criado pelo Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde da OMS, o qual defende estar o foco central dessa atividade voltado para a população e para a ação. Assim, é preciso desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertençam e a

capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (LEVY, et al., 2002).

Este é outro objetivo referendado pelo Grupo Científico sobre pesquisa em educação em saúde também da OMS, que tenta expandir o conceito e as ações resgatando a individualidade do sujeito, como também pontuando o compromisso comunitário e/ou coletivo, uma vez que estas ações se interagem e têm participação do governo e da sociedade civil, portanto, dimensões abrangentes.

Nessa perspectiva, entendo ser o diálogo um elemento básico para o envolvimento das pessoas no cuidado de si e de sua família, o qual não deve ser apenas compreendido mas incorporado ao fazer a partir de uma consciência individual e coletiva. Corroborando as idéias de Freire e Shor (1997), o diálogo é um encontro permeando a ação e a reflexão, pois a palavra pode tornar-se ato que se orienta para o mundo a humanizar. Ao transpor o pensamento dos autores para a prática de educação em saúde, não se pode resumir a depositar idéias em outro, não pode ser apenas discussão hostil, polêmica entre os que não estão comprometidos, numa imposição de sua verdade. Mas buscar o diálogo que segundo Freire (1988) é o encontro entre os homens, mediatizado pelo mundo para designá-lo, é, pois, uma necessidade existencial e faz parte do caminho para nos tornarmos seres humanos comunicativos, reflexivos sobre a realidade, a qual fazemos e refazemos.

O DSC destaca a atitude de convencer a mãe e/ou sua família para amamentar, para cuidar de seu filho, um trabalho de argumentação para que as mães resistam às pressões do seu meio de convivência. Certamente, para a mãe se decidir a amamentar, é necessário passar por momentos de descoberta, de conscientização, provocada pela reflexão, processo a acontecer gradativamente. Daí a necessidade de um trabalho em equipe desde o pré-natal e não somente quando a mãe vem à maternidade ou após o nascimento, momento de grande fragilidade em virtude das alterações físicas e psicológicas decorrentes da gravidez, parto e puerpério. Também não se deve perder as oportunidades para ensinar, apoiar e ajudar de forma prática àquela que ainda não teve orientação, pois é sempre possível melhorar a situação de saúde da criança por meio das estratégias de educação em saúde. Devem ser considerados, porém, a subjetividade e o contexto em que se dá cada situação de ensino-aprendizagem.

Sobre o “convencimento”, Gadotti, Freire e Guimarães (2000, p.32) salientam ter importância no ato pedagógico. A idéia de convencer não como ação de persuadir, mas vencer à base de argumentos, “conhecer juntos e vencer com” é uma das expectativas de quem implementa com carisma e esperança ações educativas com vistas a provocar novas compreensões sem anular as idéias dos sujeitos. Entretanto, é preciso reconhecer que na maioria das vezes isto não acontece em face das posturas rígidas e autoritárias dos profissionais. A indisponibilidade para escutar e as imposições, às vezes, silenciam as pessoas que buscam respostas aos seus problemas de saúde. Neste sentido, conforme Penna e Pinho (2002), educar depende da visão de mundo de quem educa e, na maioria das vezes, as percepções do educando são determinadas pelo educador, o que impede a criatividade e autodesenvolvimento.

No entendimento de Faria (1996) o homem é um ser dialogizante, um ser simbólico, social. No curso de seu desenvolvimento, nas suas relações sociais utiliza-se da palavra para exprimir seu estado de espírito e suas idéias. Deve-se considerar a linguagem corporal dos gestos e outros sinais que simbolizam uma mensagem. Entretanto, na saúde a rede de comunicação é inexistente ou deficiente], porquanto o fluxo de informação se dá da direção do profissional (agente que executa a saúde). As mensagens da população são reduzidas a pequenos espaços, às vezes mecanizadas, não lhe permitindo falar tudo que pensa e sente sobre sua condição de saúde. Dessa maneira, se desenvolve uma comunicação deficiente, dominada pelo profissional, e a conversa parece ser mais um monólogo, prejudicando as manifestações do cliente sobre os motivos, as circunstâncias que o levaram a procurar os serviços de saúde.

Numa reflexão sobre esta problemática tão grave na saúde, na tentativa de superá-la, alguns profissionais buscam posições diferentes. Portanto, é preciso aderir ao pensamento de Freire, Geertz e outros educadores e/ou antropólogos, os quais fortalecem a idéia de ser impossível dissociar o ato pedagógico do ato político, do ato simbólico, pois estas ações se complementam e cada uma tem uma representação, uma ou outra predominando. Gadotti, Freire e Guimarães(2000) comentam que no ato político de convencimento não deve haver pretensão de reeducar, como uma pretensão ingênua, mas de mostrar idéias e fazer com que as

peças percebam o comum ou divergente em relação às idéias oriundas da sua própria prática e daí discutir, manter um diálogo. Na prática percebemos que alguns clientes são passivos “conformados”, outros conseguem dialogar quando lhes é dado esse espaço.

É preciso dar espaço para as expressões simbólicas, as vozes, mas também o silêncio, os gestos, manifestados pelo cliente. É assim compreender as diversas formas de comunicação expressas pelo sistema simbólico de cada grupo cultural. Dessa maneira, penso que tal discussão reflete o que mostra a tese defendida nesta pesquisa.

Categoria 2 Humanização e aspectos da atenção integral na trama de educação em saúde

Nessa categoria os discursos convergem para a idéia de uma educação em saúde que se aproxima da humanização e da atenção integral construída na trama de cuidados da criança.

DSC- Fazer educação em saúde refere-se ao acompanhamento do peso, medida e alimentação da criança, evitando que adoça. Na primeira consulta temos mais tempo de ver a criança como um todo, entrando na educação alimentar, ambiental e medicação, procurando mudar as idéias erradas da mãe. A tecnologia de ponta requer humanização, que o profissional se preocupe com o outro, com o vínculo mãe-filho, oferecendo oportunidade para a mãe cuidar. Assim ela [mãe] terá mais segurança, exporá suas dúvidas e sentimentos. Na prática a gente faz o tratamento da criança para que se restabeleça, promovendo sua saúde, por meio da orientação à mãe, entrando em todo o contexto familiar e social nos aspectos psicoemocionais, pois às vezes a criança não está doente, mas a mãe procura o serviço. A educação em saúde é feita tendo uma relação de igualdade e tratando como ser humano, mostrando o que a criança precisa sobre alimentação, respeitando a condição socioeconômica e se fazendo confiável. É importante na hora da internação apoiar e fortalecer o vínculo mãe-filho, conversar sobre amamentação e cuidados com o bebê.

O fazer da educação em saúde no discurso dos profissionais converge para uma prática dirigida aos aspectos fundamentais do cuidado infantil ou essencialmente às ações básicas de proteção à saúde da criança. Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil, bem como direcionar uma educação à criança e familiares sobre os aspectos alimentar, ambiental, medicações em uso e demais situações pertinentes ao contexto de vida da criança, amplia as possibilidades na promoção de sua saúde, objetivo principal da educação em saúde.

A proposta da teoria transcultural de Leininger tem seu fundamento básico na antropologia cultural. Tais conhecimentos orientam as ações de cuidado à saúde na perspectiva de integralidade e de humanização. Desse modo, os discursos profissionais se reportam a essa intencionalidade embora as entrelinhas evidenciem algumas posturas autoritárias e coercitivas impregnadas no fazer profissional.

Cuidar/educar numa perspectiva de integralidade e humanização compreende estratégias diversificadas que vão além do setor saúde, mas deve estar permeando o saber-fazer dos profissionais mediadores da atenção e cuidados de saúde da população infantil. Cabe aqui sintetizar pontos fundamentais capazes de ajudar nessa compreensão.

O pilar central das reformas das políticas sociais é a construção da cidadania, organizada em várias instâncias da sociedade, nela incluída a saúde. Conforme as idéias de Cohn (2001), as políticas sociais estão voltadas para aqueles que não têm poder de consumo e para aqueles que por não terem acesso ao atendimento de suas necessidades sociais básicas via mercado estão a depender das políticas estatais, fundamentalmente dirigidas para os segmentos mais pobres da população. Sobre o aspecto de cidadania, a autora destaca pontos relevantes na dinâmica de construção do SUS, como a conquista do acesso, da equidade, da qualidade e da humanização do atendimento à saúde e os espaços de participação social. Assim, um dos aspectos centrais da humanização na saúde "... é o direito da informação, direito a ser civilizadamente tratado pelos profissionais da saúde", pois é no cotidiano das relações dos sujeitos sociais com os serviços/instituições que se dá o aprendizado da cidadania. Dessa forma, considera a autora que "a maior revolução no sentido da conquista da equidade, qualidade e humanização do atendimento consiste na mudança radical da relação usuário/instituição prestadora dos serviços de saúde" (COHN, 2001, p. 2,5).

A meu ver, a essência do cuidado humanizado representado e assumido na dinâmica das ações educativas se manifesta no âmago das interações cliente e profissional por meio da comunicação à medida que as pessoas se entendem, se dispõem a estar com o outro, a compartilhar saberes e fazeres, enfim, a ter uma relação intersubjetiva, momento significativo da existência humana, indispensável em toda ação educativa.

A humanização da assistência à saúde perpassa discussão ampla e tem seu fundamento na efetivação do SUS a partir de responsabilidades do poder público. A sociedade civil gradativamente, vem sendo alertada a lutar por direitos sociais. A saúde é um direito inalienável não dissociado das questões globais inseridas no contexto socioeconômico, político nas quais se destacam as lutas profissionais em busca de melhoria das condições para uma assistência integral que atenda às necessidades humanas. Nessa discussão quero aprofundar, principalmente, a estratégia de educação em saúde na tecitura das práticas de cuidado da criança, por ser esse tema central em estudo.

Vários momentos da prática propiciam ações configuradas como educativas, comunicativas, multiprofissionais com leves ensaios interdisciplinares. Desenvolver o cuidado da criança priorizando práticas educativas requer um fazer coletivo, integrado, constituindo etapas da "atenção integral".

Relacionando este pensamento aos dos profissionais recupero os discursos referentes à atitude de perceber a criança como um todo, uma preocupação voltada para o relacionamento com a criança e a mãe, não esquecendo do significado da interação mãe-bebê. Atualmente, é um procedimento reconhecido como essencial, devendo iniciar-se a partir do nascimento, ou seja, o contato físico deve ser precocemente iniciado ainda na sala de parto, estabelecendo o vínculo mãe-filho. É assegurado também para os bebês que ficam no alojamento conjunto e já existem vários serviços a incentivar e facilitar a permanência dos pais em unidade de neonatologia, mesmo sendo um ambiente reservado para crianças com maiores riscos de vida.

Sobre o assunto, de acordo com Vanzin e Nery (1999), o sistema de saúde deve facilitar o acompanhamento da mãe e do bebê, a vinculação entre ambos, e com os cuidadores, o chamado "apego" que nasce dessa vinculação/interação, pois é fundamental no desenvolvimento da criança, com vistas a torná-la um adulto mais confiante, seguro e mais saudável em sua saúde mental.

O relacionamento mãe-filho vem sendo um assunto de destaque entre os profissionais preocupados com o futuro da criança, segundo os quais a saúde infantil depende, principalmente, desse contato inicial mãe-filho e de outros estímulos externos a serem

apoiados nos ambientes de internação, tanto na unidade neonatal como no alojamento conjunto.

A partir dessa preocupação surge o sistema de alojamento conjunto, que permite ao recém-nascido permanecer ao lado da mãe em atendimento à necessidade afetiva de ambos por meio da presença, aconchego e proteção. A permanência da criança junto da mãe também favorece momentos de ensino-aprendizagem, dando oportunidade de a mãe presenciar os cuidados realizados pelos profissionais, e estes podem fazer e ensinar a mãe a fazer os cuidados básicos com o recém-nascido; como podem também apoiar e ajudar a iniciar a amamentação.

Em relação aos cuidados com o recém-nascido, a mãe se sentirá mais segura ao cuidar no domicílio se tiver aprendido com os profissionais. Neste sentido, Beretta et al. (2000) afirmam que o contato precoce mãe e filho facilita a prática da amamentação, a mãe terá chance de amamentar mais vezes, facilitando a apójadura, o processo de lactação, trazendo inúmeros benefícios à criança. Esse momento é de troca de experiências, pois em muitas ocasiões uma mãe aprende com as outras, como também pode ensinar o profissional a melhor maneira de acalentar o bebê, de colocar ao seio e outras experiências. Todo o conhecimento profissional nessa área de amamentação deve ser baseado em observações da realidade das mães que vivenciam esse momento singular para cada nutriz, portanto, todos os cuidados podem ser individualizados de acordo com a experiência e condição psicofisiológica de cada mulher. Nesse momento de incentivo e orientação, é preciso entender que nem toda mulher tem predisposição a amamentar.

Entretanto, apesar de a unidade neonatal ser um espaço de atendimento com tecnologia avançada e a criança estar freqüentemente em uma incubadora com toda a parafernália de equipamentos e acessórios para a manutenção da vida, não dispensa a presença e o contato com a mãe e até com outros familiares. Desse modo, conforme defendem os profissionais, “a tecnologia de ponta requer humanização” referindo-se, principalmente, à necessidade de se favorecer o relacionamento mãe-bebê e entre estes e a equipe de saúde. Para o profissional cuja formação fundamenta-se no entendimento de que é preciso não apenas cuidar como obrigação institucional, mas ensinar a cuidar pensando em um futuro promissor para a criança

e sua família, esse é um momento de concretização da prática defendida nos discursos permeados de atenção integral com qualidade e humanização.

A educação em saúde constitui um dos caminhos da humanização; não é realizada em um único momento, numa ação profissional individualizada, mas perpassa todas as ações da equipe as quais devem estar integradas e fundamentadas em saberes e práticas que se fundem e se complementam com outras atitudes e saberes, como a sensibilidade, a arte e a responsabilidade do fazer profissional.

As ações educativas direcionadas a atitudes humanizadas são compostas por várias dimensões associadas ao cuidado da criança e devem estar incorporadas na prática do cotidiano. Os discursos dos profissionais emitem idéias sobre essa possibilidade, ou seja, desses valores inalienáveis do compromisso pessoal e profissional para com aqueles que se encontram frágeis e dependentes. Contudo, são seres com possibilidades de vencer os desafios da doença, da tristeza, da insegurança, dependendo dos estímulos e apoio recebidos. Essas experiências ocorrem em vários momentos do cuidado, e segundo os profissionais são desenvolvidas mediante relações de igualdade, tratando-os como seres humanos, respeitando-os e se fazendo confiável.

A condição de confiança depende de um contexto maior relacionado ao ambiente, à coerência dos acontecimentos, mas todos esses fatores estão a depender das ações humanas. Logo, é possível gerar ambientes e relacionamentos confiáveis, propiciadores de segurança e estabilidade emocional à família da criança sob os nossos cuidados.

Não adianta manter um discurso defensor da humanização, é preciso viabilizar. Nas palavras de Brüggemann (2001, p.40), “a tecnologia e a humanização devem ser praticadas juntas, o que significa utilizar o conhecimento tecnológico da melhor forma possível desde que acompanhado de afetividade, compaixão e amor”.

Indubitavelmente, a educação em saúde passa a ser uma estratégia cujos instrumentos são a comunicação e a interação, um espaço onde podem ser implementadas as múltiplas ações que compõem o cuidado integral e humanizado na atenção à criança e sua família. As vantagens e direitos da criança e da mulher; as possibilidades de um cuidado integral e

humanizado foram apresentados também nas concepções de educação em saúde extraídas dos discursos profissionais.

A comunicação do bebê é uma necessidade útil e deve ser estimulada por todos que cuidam da criança. Portanto, a intervenção dos profissionais é fundamental, pois em um ambiente hospitalar e principalmente em unidades fechadas, a mãe/família tem muito receio e às vezes é bloqueada pela condição do ambiente, reação natural diante do complexo e desconhecido. Porém, a receptividade e a motivação do profissional facilitarão o vínculo, o aprendizado e a satisfação da mãe.

Esta assertiva pode ser confirmada nos depoimentos das mães durante reuniões deste grupo com a equipe multiprofissional, quando uma das participantes chega e afirma: "Hoje estou feliz... consegui amamentar meu filho". As outras participantes ficaram atentas à sua revelação e a psicóloga motiva essa mãe a falar de sua experiência na unidade neonatal, como exposto a seguir:

Quando o neném nasceu ele não chorou, foi reanimado e os médicos diziam que não teria movimento, ia ficar como um passarinho, sendo sempre uma criança. Se não tivesse nascido aqui tinha morrido. Hoje vejo que mexe o braço, me enxerga, e já dou o leite direto no peito. Gente, é uma vitória muito grande, maravilhosa, pois a doutora diz que meu filho tem 99% de chance de ficar bom.

A psicóloga enfatiza que a participação ativa da mãe faz parte dessa vitória, sua presença dando força, cuidando. É a esperança, os esforços sendo compensados. Outros membros da equipe apoiam a mãe como reforço à sua alegria. Outra mãe é solicitada a falar e narra a seguinte história:

Já estou com mais de um mês de luta, no começo eu chorava desesperadamente, se fosse por mim tinha levado meu filho para casa. Ele ficou muito tempo na UTI - 1 (setor de alto risco), tinha problema na respiração. Depois foi para a UTI - 2, lá eu fiquei mais contente, mas ficava triste quando ele (bebê) ia ser furado. De repente ele melhorou, tirou o tubo da boca, agora eu já posso colocar ele no colo, já está mamando no peito, eu troco a fralda, dou banho e faço o enroladinho dela. Eu quero ajudar as enfermeiras porque são muitas crianças, uma e outra choram. Eu pedi à enfermeira, fui aprendendo devagarzinho. Só faltam sete dias para minha filha sair daqui. Eu digo às outras mães que tenham paciência porque é difícil...

A psicóloga complementa: “como é importante a sua participação, você já está se preparando para cuidar dela em casa.”

As narrativas são experiências vividas por essas mães e retratam as situações enfrentadas, as possibilidades de superação no campo físico e psicoemocional e ao mesmo tempo as relações com os profissionais, sendo estas significativas para o apoio e a aprendizagem. Outras narrativas demonstram situações de insegurança e desconfiança sobre o que aconteceu ou está acontecendo com a criança no momento em que o profissional não dá explicações de forma correta e/ou no momento certo e, ainda, situações nas quais as mães ficam inibidas ou “traumatizadas”, se esquivando de perguntar. Uma mãe, ao iniciar sua fala cai em prantos. Um membro da equipe de saúde diz que fique à vontade para chorar, desabafar, pois é muito sentimento. Mas é importante também procurar ficar alegre junto do bebê. A mãe em seguida relata:

Fiquei muito tempo para ter meu filho, demorou, ele esperaram para ser normal (...) não deu, quando nasceu engoliu fezes e ficou com pneumonia. Na hora que nasceu não me comunicaram nada. Eu olhei assim do lado e vi que ele não chorava, levaram pra outro canto, dizendo que iam limpar e traziam já. Eu fiquei esperando e nada. Depois vieram dizer que tava com dificuldade de respirar e pneumonia. Agora tá com aparelho (entubado), dormindo, não sei como vai ser.

A psicóloga sugere à mãe entrar no berçário, procurar alguém da equipe, conhecer melhor o ambiente, pois isto poderá diminuir sua preocupação, porque às vezes passam coisas na cabeça e nem sempre é como a gente pensa. Outros profissionais comentaram sobre essa situação tão comum quando estamos vivenciando pela primeira uma experiência difícil e inesperada. Falam da importância de ficar perto do bebê, pois ele conhece a mãe desde a barriga. A psicóloga coordenadora da reunião lembra da necessidade de conversar com a equipe e esta explicar os horários dos médicos e o que eles fazem, motivando-as a perguntarem, esclarecer as dúvidas, falar do que não entenderam. Reforça a troca de informações entre as mães, lembrando que cada uma tem o que ensinar e isto pode aliviar a ansiedade.

Este é uma das oportunidades significativas da prática educativa com as mães, embora se concentre em momentos críticos pelo fato de a mãe estar com o filho internado, mas vem

atender a uma necessidade psicoemocional dela, resultando em benefícios também para a criança. O parto em si é um momento de risco, pois nem tudo é previsível. O nascimento de uma criança é vivenciado por alegria e às vezes por surpresas desagradáveis ligadas à saúde e ao futuro da criança. Bürggemann (2001) afirma que mesmo com toda a evolução tecnológica, trazendo inegável contribuição na assistência obstétrica, ela vem acompanhada de aspectos questionáveis sobre a humanização do cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família durante o processo de nascimento.

Caprara e Franco (1999, p.648) refletem sobre a relação médico/paciente dentro de uma abordagem antropológica e comunicacional, a partir de vivências de médicos, concepções fundamentais de medicina indicativas da necessidade de humanização. Afirmam os autores que “em todo o processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da arte médica”, e conforme Gadamer, na relação médico/paciente percebe-se uma necessidade de sensibilidade diante do sofrimento do paciente dentro de uma perspectiva integral, o que implica mudanças de paradigmas, superando limites de “recursos convencionais e supostamente universais” e uma relação complexa entre teoria e prática.

A relação do paciente com o médico e com outros membros da equipe de saúde e até mesmo com os funcionários de apoio (recepção, atendente) suscita reflexões emergentes, porquanto há assimetria nestas relações ao mesmo tempo que se defende a equidade e acessibilidade nos serviços de saúde. É extremamente desagradável presenciarmos nesse momento da relação, principalmente no contato inicial do cliente, a indiferença dos profissionais. Tal momento é marcado por necessidades que, às vezes, se referem a uma escuta, esclarecimento, encaminhamento, mas o “profissional se reveste de autoridade” e dificulta essa relação, talvez porque ainda são pouco sensíveis à expressão humana.

Vale ressaltar as dificuldades encontradas na prática para se realizar um cuidado integral e humanizado diante do trabalho ainda fragmentado, compartimentalizado e sob a ótica do modelo biomédico que exclui atitudes coerentes com o atendimento integral. Aspectos relevantes são extraídos dos discursos e ilustram a educação em saúde no cuidado da criança, conforme relato de uma informante da pesquisa:

A educação em saúde é uma cadeia na qual há um elo entre a consulta pré-natal, o alojamento conjunto e o núcleo de aleitamento, dando continuidade no ambulatório. Quando um desses elos falha, a corrente quebra. Quando elas não comparecem à consulta pré-natal, ou quando a alta é no final de semana, feriado, a gente percebe a dificuldade, a resistência da mãe, às vezes chega pra gente, já deu chupeta, chá e até leite artificial. Mas, quando acontece tudo direitinho, geralmente os resultados são satisfatórios. É importante a consulta pré-natal enfocando os aspectos da amamentação, e o acompanhamento do núcleo deve ser bem uniforme, constante, para termos bons resultados. Infelizmente a corrente quebra antes de chegar aqui.

Apesar das falhas, dos entraves percebidos pelos profissionais nas observações, foram constatadas preocupações em mudar este cenário como algumas ações por parte daqueles incumbidos da responsabilidade com o futuro da população, que se inicia com a assistência infantil ao atendimento à mulher na fase de procriação e em outras instâncias do cuidado. Lannes (1999) discute que o Ministério da Saúde, por meio de seus órgãos executores, tem reorganizado a assistência à criança e à mulher com vistas a assegurar melhores condições no atendimento e conseqüentemente diminuir os riscos à saúde. Entre os fatores importantes nesta assistência está a educação na saúde da mulher e do recém-nascido, à qual é dada importância fundamental pelo UNICEF. Nesse campo de atuação, têm-se iniciativas como o processo de descentralização, o controle social a influenciar de forma indireta na melhoria da assistência à mulher e à criança. Mas outro fator é o rompimento do perfil do pré-natal centrado no atendimento médico, atribuindo responsabilidades a outros profissionais: enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, envolvidos não só com o atendimento do pré-natal, mas até com o controle desse atendimento, formação de vínculo e acolhimento.

Essas prerrogativas são fundamentais no atendimento humanizado e vêm sendo discutidas nos serviços, incluindo gestores, gerentes e alguns profissionais da assistência, em cumprimento a uma proposta do Ministério da Saúde que reconhece a necessidade de mudanças, de atualização no campo da prática para que esta não se distancie das recomendações contidas nos documentos oficiais a amparar o sistema atual de saúde voltado à construção da cidadania.

Tal discussão vem sendo ampliada em vários momentos dessa pesquisa com o intuito de analisar as práticas contextualizadas no momento histórico e político-social, destacando as

ações profissionais no cuidado à criança como parte desse todo. Nesse sentido, há de ser entendido que o relacionamento do profissional com o paciente deve ser simétrico, articulado com a experiência dos sujeitos usuários dos serviços de saúde. Então, o profissional deve esforçar-se não somente para conhecer o problema que originou o atendimento, mas para buscar alternativas promissoras de bem-estar geral no campo das relações sociais e humanas. O respeito ético e legal é proposta enfatizada na reorganização do sistema de saúde em vigor, que contribui para o cuidado humanizado.

A educação fundamental, assim como a educação para a saúde, constitui um dos pilares para a promoção do ser humano, suscitando a capacitação de educadores tanto na área de educação como na de saúde, para atender às necessidades da população, principalmente daqueles propensos aos danos à saúde (NERY, 1999).

Ao observar a prática encontramos profissionais ainda distantes do atual paradigma preconizado pelo Ministério da Saúde, com pressupostos do atendimento integral e humanizado. Muitos assumem posturas alienadas, relacionamentos superficiais sustentados por rotinas padronizadas dentro de um tempo e espaço limitados, onde não há abertura para manifestações da integração biopsicossocial, fatores determinantes no equilíbrio da saúde. Como expressa Faria (1998), esse talvez seja o lado perverso das atuais políticas sociais em saúde que tenta disfarçar as desigualdades sociais, com o clamor e uso indiscriminado de termos contidos no modelo político neoliberal – cidadania, participação, os quais são pertinentes ao estudo da comunicação.

Dessa maneira, é preciso ter uma compreensão real sobre como atingir tais propostas numa perspectiva interdisciplinar, pois esse discurso está inserido na proposta de humanização do SUS, porém sua efetivação deve ocorrer a partir de uma prática diária, incorporada ao fazer da equipe multiprofissional em todos os setores de saúde e, certamente, nos espaços da educação em saúde.

Categoria 3 Delineando às possibilidades e percebendo as impossibilidades da educação em saúde

Nessa categoria formada a partir do DSC destaco dois tipos de discursos os quais distinguem as situações referentes às possibilidades e às impossibilidades da prática de educação em saúde.

DSC 1- Na prática tem dias que conseguimos, outros dias pensamos sobre o que deixamos de oferecer [ao cliente]. Dizemos não ter tempo, às vezes nos voltamos às atividades burocráticas, mas é só programar as atividades educativas nas rotinas diárias. Ainda é uma atividade individual e não tem continuidade no final de semana e feriados, torna-se um trabalho descontínuo, porque nesse período fica sem orientação. Também não há acompanhamento no pré-natal e nem depois que a mulher sai pela equipe que acompanhou no hospital. Não tem profissional suficiente, mas o nível médio vem ajudando no incentivo e na coleta do leite materno, pois ninguém desenvolve esse trabalho sozinho. Atendemos no alojamento conjunto as mães com problemas na gravidez e pós-parto, e nos perguntamos até que ponto nós estamos contribuindo na melhoria da saúde da criança se não há acompanhamento da mãe. Algumas mães vêm totalmente leigas do pré-natal e se não têm acompanhamento no final de semana, sem orientações, não se sabe como vai ser o seguimento. Quando as mães demoram a retornar, voltam trazendo mamadeiras, pois a orientação da família é contrária à do profissional. Há compreensão e insistência do profissional, mas há contradições da cultura, da mídia [então], ocorre resistência da mãe que passa a dar leite artificial à criança. Esse trabalho depende da vontade do profissional e da colaboração de todos. A prática de educação em saúde é difícil, porque a unidade está sempre lotada, mas é inerente ao serviço e interesse de todos e da coordenadora. No ambulatório de pediatria é uma prática diferente, fechada à consulta médica.

DSC 2- No alojamento conjunto a principal prática é sobre aleitamento materno, orientamos individualmente, dedicando-se mais às primigestas, mães desinteressadas e àquelas que têm problemas na mama, com a ajuda da enfermeira e da nutricionista. As mães que ficam por longo período no hospital é mais fácil acompanhá-las, perceber as necessidades e a criança sair mamando. Reunimos as mães para falar de assunto de seu interesse de maneira simples, sem sobrecarregar, de acordo com a prática. Na palestra, experiências em outros serviços, as mães não ficam como expectadoras, acrescentam suas experiências, e as outras mães aprendem também, pois às vezes escutam mais a vizinha do que os profissionais. Somente a conversa do profissional se perde,

deve ter a troca de experiências entre as mães. As auxiliares orientam durante o cuidado, mas muitos profissionais não fazem essa prática.

Ao interpretar o DSC percebo as dimensões da educação em saúde a partir de um complexo saber-fazer na saúde da criança que aponta para situações do cotidiano que se mostram possíveis, reais e distintas. Nesses mesmos espaços mencionam os profissionais as impossibilidades, os entraves e as “dificuldades”. Esses aspectos são desafios de qualquer prática, porém na educação em saúde se manifestam assim por ser uma atividade que apesar de reconhecida como essencial, premente nas instâncias da assistência à criança, não se concretiza em sua totalidade nos complexos formadores do tecido da prática de cuidado da criança. Nos espaços pesquisados há serviços cuja especificidade é a promoção da saúde associada a diversas intervenções da assistência preventiva e curativa. Enquanto outros caminham lentamente ou omitem tais ações.

Para compreender o sentido dos discursos dos informantes foi preciso situar os diferentes contextos da forma como ressalta Geertz (2000), navegando no paradoxo plural/unificado, produto/processo, onde os pensamentos dos entrevistados são construídos e desconstruídos e a história é como se fosse o terreno por eles captados. Assim explica o autor que qualquer tipo de pensamento deve ser compreendido “etnograficamente” por meio de uma descrição daquele mundo específico onde este pensamento tem sentido. Para interpretar o DSC que mostra esses paradoxos foi preciso descrever contextos, narrar histórias dessa prática bastante heterogênea no que diz respeito aos entrevistados (equipe com diversas formações profissionais) e diferentes experiências desenvolvidas nos cinco setores (cenários do estudo) da mesma instituição.

Nesse contexto, apreendi as manifestações, os discursos, as inter-relações, as soldaduras construídas ao longo do tempo, que no momento afloram como prática interdependente do cuidado. Nessa tecitura surge o pólo das impossibilidades, das incertezas, alternando com as realizações concretizadas por quantos tramitam na assistência pediátrica.

O discurso revelador das impossibilidades da prática educativa vem permeando o cotidiano dos profissionais que conseguem perceber e refletir as limitações do ambiente e do

próprio profissional. Assim foram listadas as situações que mostram a descontinuidade do trabalho educativo, a falta de profissionais e o descompromisso por parte de alguns em desenvolver esta atividade. De forma contestável aparece também a dificuldade de um trabalho multidisciplinar que atente para a interdisciplinaridade, condição indispensável à prática educativa na saúde. Essa realidade é ilustrada no recorte dos discursos “ninguém desenvolve esse trabalho sozinho”; “não há acompanhamento da mãe no final de semana e feriado... no pré-natal...”, se referindo à ausência do profissional para dar continuidade com o mesmo compromisso ocorrido durante a semana quando existe um pediatra exclusivamente para atender no alojamento conjunto, juntamente com a equipe de enfermagem e a nutricionista.

Desse modo confirmam a descontinuidade do trabalho, as dificuldades referentes às mães portadoras de doenças como diabetes, hipertensão, depressão pós-parto, etc. que ao sair do hospital não recebem acompanhamento adequado pela equipe multiprofissional. Isto sugere incertezas sobre o seguimento da criança e da mãe, conforme ilustrado nos questionamentos: “Até que ponto estamos contribuindo”?

Diferentes situações mostram também a incerteza se a mãe apreendeu o que foi dito no alojamento conjunto, pois “. tem mãe que chega na admissão e alta sem saber o que fazer com os formulários que recebeu” (A entrevista refere-se aos impressos relativos ao internamento, declaração de nascimento e retorno). Esse depoimento confirma nem sempre a mãe entender os profissionais, ou melhor ainda, nem sempre os profissionais entendem a condição da mãe naquele momento. Esta ilustração suscita a idéia de que quando a mãe não recebe orientação e apoio a partir de uma interação baseada na sua subjetividade e condição do momento, não há apreensão nem mesmo das informações básicas sobre retornos e aprazamentos de vacinas e outras. Possivelmente o que é dito sobre os cuidados com o recém-nascido terá pouca chance de ser aprendido pela mãe, principalmente se é feito na hora da alta. Nestas circunstâncias, corre o risco de desviar-se do caminho preconizado no cuidado ao recém-nascido e ao lactente, iniciando práticas desaconselháveis à saúde, como é o caso do início precoce de fórmulas lácteas, o não comparecimento à unidade de saúde para dar continuidade ao acompanhamento da criança.

Foram suscitadas preocupações sobre o retorno da criança, pois os profissionais reconhecem que para consolidar uma assistência de proteção e de promoção à saúde infantil é necessário o acompanhamento por meio do NAM ou do ambulatório de puericultura. Nesses espaços a criança tem um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, da imunização, incentivo e apoio ao aleitamento materno, enfim, monitorização da sua saúde. É sabido que nos primeiros anos de vida a criança precisa ser acompanhada criteriosamente, e o "cartão de saúde" é o documento oficial que vai mostrar sua condição saudável ou os riscos às doenças, como a desnutrição infantil e outras associadas.

A eficácia dessas ações depende dos setores e profissionais sensibilizados e responsáveis para o trabalho em conjunto, formando uma rede que possibilite incentivar, envolver e ajudar a mãe e ou responsáveis a dar continuidade ao cuidado infantil iniciado no pré-natal. Essa preocupação não é recente, mas agora é inadiável, reconhecidamente, por órgãos nacionais e internacionais como ação prioritária e emergente. Portanto, deve ser assumida por todos, formando um objetivo único.

Em relação à assistência pediátrica nesse campo da pesquisa, são vistos alguns ensaios sobre o desenvolvimento de ações que não se voltam somente à dimensão orgânica da saúde à cura de doenças, mas centraliza outras atividades de proteção e promoção da saúde, incluindo membros da família na perspectiva de dar continuidade ao acompanhamento das crianças nascidas nesta unidade de saúde.

Mesmo com as restrições de alguns serviços depois da reforma da pediatria e ampliação da unidade neonatal, baseada na reorganização do SUS, há o acompanhamento das crianças sadias no NAM, no ambulatório de puericultura e nos serviços especializados ao atendimento dos grupos de riscos, doenças congênitas e bebês prematuros, os quais vêm sendo assistidos desde a unidade neonatal e têm o seguimento com a equipe multiprofissional, com a médica neurologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, e a equipe do núcleo de aleitamento materno, composta pela enfermeira e pela médica.

Esta realidade e outras não retratadas aqui mostram algumas estruturas montadas para dar suporte às atividades educativas, incluindo alguns aspectos de atenção familiar, hoje

considerada uma necessidade premente. No entanto, há fragmentações dessa estrutura impedindo a efetivação das ações feitas por aqueles que acreditam e fazem apesar das limitações e dificuldades.

Na opinião de Elsen (2002, p. 16) “o cuidado familiar é multidimensional, isto é, contempla, entre as outras, as dimensões de relações tempo-espaço e físico-simbólicas. A condição para a família cuidar de seus membros pode estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fase da vida”. Nesse sentido, Kleiman (1980) considera ser a família quem mais se envolve no contexto da doença e do cuidado e em muitas situações de doenças é a própria família quem define o itinerário terapêutico a ser seguido. Nestas decisões estão incluídas as interpretações dos símbolos que orientam suas ações.

A fase de gestação e a maternidade trazem mudanças em vários aspectos da vida familiar, nas relações da mulher consigo mesma e com seus familiares. Esta fase é permeada de sentidos. Requer compreensão do profissional no sentido de atentar para esses significados e ajudar a mãe a assumir os cuidados maternos e acompanhar o desenvolvimento da criança. Contudo, devem ser consideradas as práticas desenvolvidas no sistema familiar, desvendando na medida do possível os significados dessas práticas para evitar o conflito com as práticas profissionais, também fundamentadas em sistema de cultura constituídos de símbolos peculiares que orientam a forma de agir desses profissionais.

Segundo Elsen (2002), o cuidado assumido pela família por meio da convivência, das reflexões e interpretações surgidas no processo de interação, resulta em construção de um significado que permitirá a definição de novas ações a emergir do processo contínuo de interações. Estas interações advêm do convívio familiar fortalecido pela rede de suporte social formada por parentes, amigos, vizinhos. Dessa maneira, eles obtêm um complexo de cuidado que integra conhecimento popular e conhecimento científico, pois na trajetória de cuidar dos filhos as famílias incorporam as várias fontes de sabedoria, para promover e tratar a saúde.

Apesar do esforço de alguns profissionais, não é somente a descontinuidade da assistência retratada nos discursos e constatada nas observações que impede as tentativas de avanço nas práticas educativas, mas sobretudo o modo como são conduzidos os processos

pedagógicos, os quais estão muitas vezes embebidos de poder por parte do profissional, tornando os clientes cada vez mais dependentes e menos cooperativos, pois não compreendem ou não aceitam os indicativos profissionais, principalmente quando são impostos.

Manter essas posturas, provocando o afastamento do cliente, pode trazer conseqüências à saúde da criança. A falta de atenção aos valores, às condições psicossociais da mãe/família vem somar-se aos demais descasos encontrados na área social e na saúde, contribuindo para aumentar o atendimento nos serviços de atenção secundária e terciária, os quais ainda têm alta demanda em relação à criança com doenças diarreicas, respiratórias e alérgicas decorrentes de iniciativas mal conduzidas na alimentação e em outros cuidados básicos da criança. Muitos destes casos são repercussões da falta de um entendimento entre a cultura profissional e a cultura familiar. Certamente, as mães que não tiveram oportunidade de serem entendidas e de entender o processo de saúde por falta de uma comunicação adequada e respeitosa irão conviver com idéias divergentes, incertas e podem optar por práticas geradoras de riscos à saúde.

A despeito de a instituição e alguns profissionais promoverem uma imagem positiva sobre os princípios de integralidade e humanização, o desencontro entre a cultura institucional/profissional e a cultura popular, o distanciamento entre as necessidades do cliente desfavorecem a solução dos problemas. Os resultados são questionáveis quando não se consideram os contextos, os saberes e experiências das pessoas. Conflitos poderão surgir, pela descrença, indiferença ao saber "imposto" pelo profissional. Mas quando o ato educativo se situa nos contextos, quando há aproximação com a realidade das pessoas, as idéias transmitidas ganham sentidos, sendo possível ser apreendidas, negociadas, pois as condutas assumidas não se baseiam exclusivamente na opinião do profissional; recuperam pensamentos, experiências vividas pelos sujeitos interessados. Portanto, quando associadas, torna-se mais fácil serem incorporadas às novas idéias que serão somadas a um saber já existente, os quais vão direcionar atitudes e comportamentos aceitáveis e promissores de saúde.

Apoiada nas idéias de Geertz (1989), é possível entender que a interação social fornece uma rede de significados em torno da qual as pessoas organizam e dão sentidos ao que dizem ou fazem. Assim, as formas de cuidado em saúde estão impregnadas de significados culturais

do grupo de pertença e não se pode deixar de reconhecer as influências desses significados nas ações de cuidado à saúde.

Talvez uma educação capaz de reconhecer os limites dessa prática, os diversos fios que a tecem, aproxime-se dos objetivos da educação cujo fundamento básico é aventurar a possibilidade do outro entender, refletir e de forma crítica agir corretamente em prol do seu bem-estar e do de sua família.

Além dos enunciados presentes no DSC, conforme pude perceber nas unidades observadas, muitas mães retornam ao serviço sem ter “entendido” ou sem ter recebido as orientações adequadamente, sem ter superado sua forma ingênua de pensar a saúde, até mesmo sem reconhecer os direitos a uma maternidade e a um nascimento saudáveis. Frequentemente, essas mães vêm ao hospital não para seguir o acompanhamento da criança como está preconizado na assistência pediátrica, mas para receber condutas terapêuticas, aumentando a fila de crianças com doenças que podem ser prevenidas.

Nessa análise cabe muitas interpretações, mas é provável que uma das causas da demanda de crianças doentes resulte da descontinuidade no trabalho de assistir/educar em saúde, o fato de as ações de promoção/educação em saúde não serem efetivamente contempladas no fazer diário e, quando feitas, o conteúdo e a forma de abordar o cliente não sejam adequadas e compreensivas. Às vezes não é oferecida oportunidade à mãe de organizar mentalmente e psicologicamente as idéias novas, isto é, refletir, desmistificando idéias já arraigadas, construídas ao longo do tempo em seu meio de convivência familiar. Diante disso, vale ressaltar que às vezes os ensinamentos são expostos considerando somente o saber profissional, não gerando temas significativos e reais para a pessoa. No caso da amamentação, a mãe deve ser invocada a refletir sobre os benefícios, a perceber as possibilidades, as quais devem ser avaliadas individualmente.

Nas palavras de Gadotti (1998), só se aprende quando se quer e quando o conteúdo é significativo. Para isso são necessários ambientes integradores, interativos, a utilização de recursos audiovisuais, jamais utilizados de forma acrítica. É imprescindível uma educação associada ao cotidiano, assim a mãe terá maior chance de aprender buscando significações

entre o aprendido e o vivido. Para o autor, a educação não deve ignorar o ser humano, acentuar apenas a aquisição de conteúdos; é preciso realçar a importância da dimensão cultural com vistas à transformação social, pois a educação não é apenas instrução.

Tal idéia é complementada por Torres (1998), ao afirmar não poder a consciência crítica existir fora da práxis, ou seja, fora da ação/reflexão. Esse pensamento pode ser transportado à educação em saúde no tocante ao cuidado da criança, pois este está fundamentado em uma prática, a qual, conforme sua condução, pode tornar-se um processo resultante da práxis, vinculado à realidade do cotidiano.

O processo educativo marcado por esses pressupostos traz em seu âmago uma proposta de educação para a liberdade a partir de uma consciência crítica, portanto, os conteúdos não podem estar distantes da realidade, mas devem permitir, de forma coerente, que o educando seja sujeito de seu próprio desenvolvimento, torne-se participante ativo das situações que afetam sua saúde, suas vida. Sugere a criação de práticas que estabeleçam novos fundamentos de emancipação, como defende a teoria de Paulo Freire e seus seguidores.

Os discursos dos profissionais evocam um sentido positivo voltado a essa possibilidade ao afirmarem existir “compreensão e insistência” na condução da proposta de ensinar a mãe para que cuide, amamente, incorporando o discurso do profissional. Contudo, nem sempre essa compreensão se detém à maneira de ensinar, à linguagem coerente, ao ambiente interativo, a um relacionamento horizontal que facilite a aprendizagem desses conteúdos associados ao saber já existente. Seria, nas idéias de Freire, conhecer para entender, para averiguar o certo ou o errado, interpretar o significado desse conteúdo, inserindo-se nele de acordo com seu imaginário (GADOTTI, 1998). O autor explica que conforme a pedagogia de Paulo Freire toda ação educativa necessita criar vínculos, amizade, relações sociais e humanas, novas vivências solidárias, o diálogo, no qual o professor respeita o educando, tem a tarefa de dirigir o processo educativo como um ser que também busca, também aprende. Assim, é fundamental trabalhar na perspectiva de interdisciplinaridade e multiculturalidade, pois o ato pedagógico abrange muitas ciências.

Ainda discutindo as idéias de Freire, afirma Gadotti que a qualidade significa todos (quantidade), o direito de acesso ao conhecimento e a relações sociais e humanas renovadas. Envolve empenho ético, competência, solidariedade ao invés de competitividade e individualidade.

O DSC sobre a prática educativa encontra pontos de convergência nos discursos sobre as concepções, nos quais os profissionais evidenciam a necessidade de uma programação, referindo-se ao planejamento dessas atividades, incluindo-as no processo de trabalho da equipe e não como atividade individual e descontínua. Defendem, pois, que espaço seja dado, conquistado para além das atividades burocráticas, no caso, os enfermeiros, especialmente aqueles dedicados à organização do serviço, às atividades de apoio, que se planejadas e orientadas podem legalmente ser transferidas a outros profissionais de nível médio treinados para esse fim. É necessário, então, uma reorganização em instâncias maiores, como a própria contratação de pessoal para atender à demanda desses serviços, que se ampliam e são importantes para o funcionamento da instituição e do trabalho a envolver diretamente a assistência à saúde. Aqui não cabe detalhar, mas convém situar os contextos onde acontece a prática educativa.

Desse modo, concordo com as idéias de Pires (1999), segundo as quais as instituições de saúde se organizam sob regras rígidas favorecendo o distanciamento dos trabalhadores do seu objeto de trabalho. Em algumas situações há interesses corporativistas, atividades diferenciadas distantes do trabalho integrado global, voltado ao processo assistencial. O trabalho em saúde é majoritariamente coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e trabalhadores, pessoas treinadas para assistir seres humanos em suas totalidades complexas. A meu ver, essa proposta só será possível com a integração entre as áreas e as profissões. Como argumenta a autora mencionada, existe a falta de coordenação e planejamento da assistência prestada no momento de se decidir sobre atividades e conhecimentos envolvidos na prática. Por exemplo: quais os profissionais e o desempenho de cada um e como essas atividades podem integrar-se. Também não existem espaços conjuntos da avaliação da assistência e nem dos resultados obtidos.

Essa reflexão vai ao encontro dos questionamentos dos profissionais. Tais questionamentos foram constatados no cotidiano da prática educativa, não em sua totalidade para todos os setores observados, mas, na sua maioria, nestes locais de assistência à criança não há um processo de trabalho planejado a subsidiar o trabalho em equipe, reforçando a possibilidade de uma ação conjunta, integradora, com objetivos definidos sobre a atividade educativa tão essencial ao cuidado pediátrico.

Em contrapartida, pude observar a organização de algumas práticas que estão caminhando para essa realização, convivendo com impedimentos, com sobrecargas de trabalho, o manejo de equipamentos e procedimentos avançados dependentes de habilidades e tempo necessário para a execução. Além disso, é preciso atenção dobrada ao neonato e à sua família, principalmente à mãe, incentivada a estar em contato com a criança, promovendo apoio, comunicando-se com ela, o que quase sempre proporciona muita satisfação às mães. O trabalho na unidade neonatal é uma das experiências positivas na área de educação em saúde com um enfoque multidisciplinar. Apesar da tamanha responsabilidade neste setor, pela própria especificidade, precisão e significância das condutas terapêuticas na recuperação da criança, sem danos físicos e psicoemocionais, amplia-se neste contexto a atenção dispensada à mãe com vistas a contribuir no processo terapêutico, dando seguimento no domicílio. Logo ela permanece longas horas ao lado do filho, apoiando, presenciando sofrimento, dúvidas, como também alegria quando a criança se recupera. Nesse ambiente complexo e movimentado tem-se a iniciação da prática educativa com a perspectiva de um trabalho interdisciplinar que aos poucos envolve outros setores e profissionais. Associado a ele existe o alojamento conjunto e o NAM, que se identificam tão bem com a prática educativa, envolvendo diretamente os profissionais nesta ação. Entretanto, há evidências da necessidade de uma prática com propostas além da transferência de conteúdo, que absorva no planejamento o que, quem, como pode ser desenvolvida essa atividade, tornando-se clara a execução da mesma, sendo possível avaliar as condições e a qualidade das ações, o que direcionará posturas profissionais no processo educativo de acordo com as necessidades detectadas.

Neste sentido, como enfatiza Vaz (1999), o trabalho em saúde tem suas funções determinadas pelas necessidades sociais internalizadas no espaço das relações de trabalho; o

seu cumprimento corresponde à exposição da proposta que detém em suas estruturas uma cultura criada ou apreendida, a se objetivar no fazer desses profissionais nos diferentes setores da assistência à saúde, mediado por relações sociais cada vez mais complexas e articuladas por interesses diversos.

A atual política de saúde contempla um modelo de atenção orientado por princípios que resgatem os valores de solidariedade, humanização, vinculados à ética e à cidadania. Nestes termos, as ações de assistência à saúde devem ser objetivadas no cotidiano, indicando mudanças nas atitudes profissionais que atendam aos aspectos da doença e da saúde. Para que isso aconteça, as condutas terapêuticas, de prevenção, como também a promoção da saúde, devem estar inseridas nos serviços do sistema de saúde que integram o *continuum* cuidar/educar. Estas ações devem ser fundamentadas no conhecimento e na prática que se transformam no decorrer do tempo.

A prática de educação/promoção da saúde deve ser seguramente implementada sem receios, superando desafios, pois na assistência à criança e à mulher, essencialmente na fase de crescimento e desenvolvimento e na fase reprodutiva, absorve muitas ações em prol da prevenção, impedindo adoecimento e favorecendo a qualidade de vida.

Apesar da grave situação da área da saúde, repercutindo nos serviços, visualizei mudanças, embora lentas, na prática dos profissionais, os quais, em seus discursos, mostram não poderem limitar-se a agir apenas do seu modo, porquanto são instigados a desenvolver atitudes coerentes e éticas no tocante à saúde. Na minha opinião, a repercussão desse pensamento é tentar diminuir o distanciamento entre o que dizem e o que fazem, do contrário, arriscam-se a serem desacreditados pela população que busca seus direitos, no caso, a saúde.

Diante das limitações/dificuldades da ação educativa se evidenciar como fragmentada e descontínua, principalmente em alguns setores onde esta prática não está bem definida, ressurgem situações reveladoras do fazer dos profissionais direcionando para uma prática a insinuar caminhos e posturas capazes de reverter atitudes autoritárias e rígidas em relação à educação em saúde. Pude perceber momentos nos quais se deu maior atenção à subjetividade da mãe e da criança ou como referem os entrevistados, "ouvindo suas necessidades e queixas".

Embora alguns profissionais tenham mostrado dificuldades decorrentes de falta de tempo, sobrecarga de afazeres, também refletiram sobre o que deixaram de fazer. São conflitos pessoais e contradições do ambiente de trabalho, porquanto ao mesmo tempo que prega o cuidado individualizado e integral, mantém situações de impedimento para uma satisfatória prática educativa e isto passa a ser coletivizado na prática cotidiana, conforme evidenciam os discursos dos profissionais.

São constatações revestidas pela dinâmica da qualidade e da humanização defendida pelo sistema de saúde que tem a adesão de alguns gestores e gerentes desta unidade de saúde - lócus do trabalho. Contudo, desacreditado por parte de quantos atuantes diretamente no cuidado do cliente, sentindo na pele o sucateamento das unidades de serviços e a exploração dos trabalhadores. Estes, para conseguir manter-se, assumem dois ou três "empregos" sem vínculo empregatício, situação ainda mais grave, pois mostra uma das causas da fragmentação e do "descompromisso" de alguns profissionais desestimulados e cansados da jornada de trabalho. É um fato comum nos serviços públicos, onde há muito tempo não são admitidos funcionários efetivos concursados, limitando até as condições de aperfeiçoamento profissional. Felizmente, resta um contingente de trabalhadores com maiores chances e buscam alternativas de capacitação e motivação e isso propicia condições de sair da dominação e procurar meios de suprir esta carência cognitiva, ética e social.

Ao meu ver, é preciso intervenção imediata do Estado, a quem cabe a responsabilidade maior pelo bem-estar social, devendo oferecer melhores condições de saúde à população. Urge que o governo dê atenção à situação caótica dos serviços responsáveis pelo desenvolvimento e sobrevivência humana. A discussão desta problemática reflete não só as condições de saúde no Brasil mas as condições de trabalho, que apesar das mudanças na legislação não têm conseguido responder às necessidades da população. E no tocante às ações de educação/promoção à saúde tem muito a fazer, pois tal dimensão envolve a macro e microestrutura dos setores saúde, social e econômico. Tais estruturas atingem diretamente os trabalhadores de saúde e, principalmente, a população carente, tão dependente dos serviços públicos.

Nas idéias de Leopardi (1999), os serviços de saúde, além do trabalho técnico e operacional, incorporam dimensões simbólicas e espirituais consideradas valores não dimensionáveis, como amor, compaixão, sensibilidade, compromisso, cumplicidade humana, que não têm preço e, portanto, não são pagas. Contudo, são diretamente ligadas à produção de bens materiais em benefício da vida. Nesse sentido, argumenta Leopardi (1999, p. 58): “As profissões fundadas nestes valores constituem-se de atividades que, embora inegavelmente necessárias, não necessitam de compensação social, pois, para a organização social fundada em premissas econômicas e tecnocratas, são autocompensáveis subjetivamente”. Desse modo, justifica-se a exploração do trabalho desses profissionais, cuja remuneração se mantém baixa em relação a outras, incluindo-se a do médico, que tem sofrido perda de salário e de alguns privilégios como o status social.

O discurso revelador das impossibilidades da prática educativa vem permeando o cotidiano dos profissionais que conseguem perceber e refletir as limitações do ambiente e do próprio profissional. Assim foram listadas as situações que mostram a descontinuidade do trabalho educativo, a falta de profissionais e o descompromisso por parte de alguns em desenvolver esta atividade. Tal abordagem envolve sonhos e utopias importantes na transformação da realidade de desgraça social que nos deparamos a cada dia em nossos serviços de saúde. E como defende Freire (1980, p. 28) “a utopia exige o conhecimento crítico”. Eu não posso denunciar a estrutura desumanizante se não a penetro para conhecê-la. Para ele a visão crítica e dinâmica do mundo permite “desvelar a realidade” desmistificando-a para chegar ao trabalho humano e libertário. Apropriando-me do pensamento de Freire, penso que a partir de um olhar crítico à realidade na qual atuamos é possível superar as estruturas dominantes, as fragmentações e distanciamentos e integrar idéias e pensamentos da equipe com o objetivo único: o cuidado integral e humanizado promovendo a melhoria da saúde e qualidade de vida da criança e de sua família.

Temática 3 TRÍADE CUIDAR - ENSINAR - APRENDER

A leitura dessa temática permite perceber os elementos que a constituem e interagem de forma interdependente, pois falar de um implica incluir o outro com suas características próprias. Compreende o pensar/fazer dos profissionais em relação à integração do conhecimento das mães ao processo ensino-aprendizagem dos cuidados da criança e a maneira como os profissionais percebem se o conhecimento ensinado foi aprendido. Representa, portanto, a tríade que permeia o cuidar/ensinar/aprender, tendo como referência principal a saúde da criança.

Para ilustrar a análise/interpretação sobre a **TRÍADE CUIDAR-ENSINAR-APRENDER**, apresento o **DIAGRAMA 5** representativo desta temática e de suas respectivas categorias.

DIAGRAMA 5 - TRIADE CUIDAR - ENSINAR - APRENDER

CONHECIMENTO
LINGUAGEM
EXPERIÊNCIAS

VÍNCULO E
CONFIANÇA

Cultura:
Ciência e
Cotidiano

Linguagem
compreensiva
Experiência
pessoal
Sensibilidade e
respeito

Intuição
Encorajamento
Acolhimento

Atenção
Individualizada
Contato/Intera
ção
Acessibilidade
Continuidade

Cuidar-Educar na Perspectiva
Antropológica

Nessa categoria os profissionais destacam a tríade cuidar-ensinar-aprender no contexto da linguagem, das experiências e do conhecimento, todos em interface com a cultura.

Categoria 1 Conhecimento, linguagem e experiências como forma de cuidar-ensinar-aprender

DSC - A população [que assistimos] é humilde, tem baixa escolaridade, é preciso diálogo numa linguagem não científica. A linguagem compreensiva ajuda a mãe a falar, mas somos acessíveis. Falar numa linguagem simples, de acordo com sua cultura, respeitando como pessoa humana, sua sensibilidade, suas crenças, valorizando o saber já existente, sua experiência pessoal, sem gerar conflito, não impor, deixar a mãe à vontade para que não crie resistência. Conhecer a realidade da família, orientar de forma que entenda e devolva o que aprendeu. A cultura é resistente, não muda em pouco tempo. O profissional deve acompanhar o que foi ensinado, vendo se aprendeu pela devolução e pelo comportamento da mãe, informar os riscos e fazer a mãe pensar. A aprendizagem ocorre pela troca de experiências das mães entre si e com a equipe. [Esta] demonstrando o que faz e a mãe devolvendo o que foi ensinado. Quando a mãe devolve, significa que teve assimilação. Devemos questionar sobre suas experiências, ela aprende a cuidar com o tempo, gradativamente segue as recomendações. Depende da inteligência, do nível intelectual e da boa vontade. Muitas mães retornam ao NAM amamentando. O médico tem mais dificuldades de falar no nível de compreensão da mãe do que a enfermeira.

Neste discurso os entrevistados dão indícios sobre o nível socioeconômico da população assistida aspectos importante para conhecer a realidade sobre a criança, seu meio social e familiar, integrando esse conhecimento ao processo de cuidar e ensinar. Destacam a relevância da adequação da linguagem a ser utilizada na comunicação com a mãe. Nesse sentido o ato pedagógico tem sua dimensão individual e sociocultural, pois busca conhecer a condição do outro por meio de um relacionamento sensível, respeitoso que dá abertura à expressão da subjetividade humana, como também o contexto social. Esses indicativos orientam uma educação com possibilidade de atingir o nível de compreensão e aproximar-se dos problemas e das necessidades da mãe e da criança e esta terá a oportunidade de participar do processo de cuidar. Esses discursos serão confrontados com algumas situações da prática e tal momento permitirá uma análise crítica sobre as condições em que se dá essa prática, assim como os diversos fatores a influenciar os pensamentos e ações dos profissionais.

Várias são as considerações feitas para entender a complexidade desse fenômeno em suas diferentes possibilidades. A linguagem é um dos aspectos relevantes na experiência de ensinar e aprender. Ela faz parte até mesmo das incertezas e dificuldades na efetivação da aprendizagem, assunto destacado no DSC, o qual aponta também sobre a inteligência e o interesse das mães em aprender.

Para compreender a associação entre linguagem, experiências e o conhecimento, podemos recorrer ao pensamento de Maturana (2001, p.154) ao afirmar que “nós, seres humanos, existimos na linguagem e nossa experiência como seres humanos acontece num fluir de coordenações consensuais que produzimos na linguagem. A consciência, a auto-reflexão, a realidade que nós fazemos e somos acontece na linguagem”. Admitindo tal concepção na apreensão do conhecimento e no processo de cuidar, é preciso dar atenção aos elementos que compõem a linguagem e gerarmos experiências, considerando-a.

A linguagem é um importante sistema de sinais da sociedade humana para compreender a realidade. Por meio dela, participamos da vida de nossos semelhantes, principalmente na situação face a face, pois a linguagem possui uma qualidade inerente de reciprocidade, gera uma aproximação intersubjetiva que nenhum outro sinal, como o sistema gestos, pode reproduzir. A linguagem comunica significado, “é capaz de se tornar o repositório objetivo de vastas acumulações de significados e experiências, que pode então preservar no tempo e transmitir às gerações seguintes” (BERGER; LUCKMAN, 2001, p.57). Essa representação da linguagem na vida cotidiana, na transmissão do conhecimento, é entendida por muitos autores como cultura.

Os entrevistados, ao se reportarem à cultura, destacam a linguagem como elemento significativo na compreensão do outro. Premissa básica para cuidar, ensinar e aprender

Outro autor a ressaltar a cultura como sistema simbólico é Geertz (1989, p.21). Segundo ele, “cultura consiste no que quer que seja que alguém tem que saber ou acreditar, a fim de agir de uma forma aceita pelos seus membros”. A cultura é tratada de modo mais efetivo, como um sistema simbólico, considerando os símbolos básicos em torno dos quais ela é organizada. Pode ser vista nas estruturas expressas e nos princípios ideológicos, ou mais

precisamente no comportamento, pois é por meio dele, das ações sociais que as formas culturais encontram articulação. Lembra o teórico serem as articulações expressas na linguagem, na arte, na religião e em vários estados de consciência, isto é, no fazer das pessoas. Interpretando a idéia do autor, a meu ver o ser humano vive em razão do sistema simbólico que cria e recria e dá sentido às suas ações.

Desse modo, os profissionais devem dar importância aos diversos sistemas simbólicos ou sistemas culturais que permeiam a tríade cuidar- ensinar- aprender, porquanto, sem o reconhecimento e compreensão dos pensamentos e ações expressadas nos universos simbólicos, há dificuldades na apreensão do conhecimento que ajuda a mãe a aprimorar os cuidados com a criança

O cuidado da saúde a partir de concepções e orientações institucionais/profissionais envolve dois sistemas culturais: o profissional e o familiar, os quais mostram condutas universais e diferenciadas mediante o comportamento e a linguagem como modo de expressão cultural, ou seja, a variação simbólica inscrita no modo de viver destes grupos. Há de ser reconhecida pelo profissional essa diferença no sentido de entender e respeitar, procurando agir de modo coerente.

Geertz (2001, p. 69) comenta sobre as diversas maneiras com que as pessoas tentam viver suas vidas, as diferenças culturais que em algumas situações devem ser suavizadas, diminuindo o contraste cultural. Conforme argumenta o autor, as diferenças culturais às vezes são preservadas para que certos valores da cultura não pereçam, isto é, sejam preservados. Este fenômeno se dá muitas vezes de forma inconsciente, pois há desejo de fidelidade a um certo conjunto de valores e isso, inevitavelmente, torna as pessoas "parcialmente ou totalmente insensíveis a outros valores" próprios de outras pessoas igualmente fiéis aos seus valores. Na opinião de Geertz, que são pensamentos, sentimentos e juízos alicerçados em uma forma de vida na qual as pessoas se apóiam e remetem à idéia de que os limites de minha linguagem são os limites do meu mundo, da sociedade, da classe ou da época a que pertencço. O alcance de nossa mente, a gama de sinais que conseguimos interpretar é aquilo que define o espaço intelectual, afetivo e moral onde vivemos. Desse modo, as lacunas existentes entre uma e outra

pessoa, as assimetrias fazem parte de cada mundo e não devem ser reprimidas ou ignoradas, mas compreendidas, evitando assim o choque cultural.

Entender tal fenômeno no contexto atual da saúde e do mundo contemporâneo significa pensar que as diversidades culturais hoje já não são como antigamente à medida que as formas simbólicas se dividem e proliferam (GEERTZ, 2001).

Ao esclarecer a função da linguagem em nossas vidas e nos relacionamentos, Berger e Luckmann (2001) a referem como símbolo que fala “mais real” sobre nossa subjetividade não somente para o interlocutor, mas também para nós mesmos. Essa compreensão nos remete ao propósito reflexivo da linguagem, porquanto nesse momento de diálogo é possível recuperar no pensamento o já conhecido e estruturá-lo em termos de interesses e conveniências. Mais uma vez o autor incita a pensar na relevância de resgatar as experiências e despertar o interesse da mãe em cuidar do filho associando ao que já sabe. Na opinião dos profissionais entrevistados, “ensinar o que já sabem e o que não sabem”. Ao entender que nossos interesses pragmáticos imediatos determinam algumas destas conveniências, enquanto outras são determinadas por nossa situação geral na sociedade, consideram que nossas estruturas de conveniências cruzam as estruturas de conveniências dos outros. Por isso encontramos muitos pontos “interessantes” em comum com outras pessoas de nossa convivência (BERGER; LUCKMANN, 2001, p.66). Assim, podemos pensar no encontro de interesses e conveniências da mãe e dos profissionais em relação à saúde da criança.

Nessa percepção sobre a linguagem, o discurso dos profissionais deve ser conveniente, adequado à compreensão da mãe, para que ela possa entender e logo expressar esse entendimento, definindo as ações de cuidado da criança. Esse encontro das linguagens, a compreensão das experiências transmitidas permite o acesso às informações, traz à memória das mães conhecimentos anteriores sobre a situação que as ajuda a aprender.

Para se tornar acessível às experiências e ao conhecimento, é necessário parar, ser espontâneo, voltar-se ao pensamento, ou seja, voltar a atenção sobre si mesmo. A acessibilidade às experiências é ininterrupta e precede a reflexão sobre si mesmo, a qual é ocasionada pela atitude que o outro manifesta sobre a pessoa. Nesse sentido, sobressai a idéia

de ser a linguagem uma das formas mais comuns de tradução do pensamento. E como explica Geertz (2001, p. 30, 31), “o pensamento é conduta e deve ser tratado como tal (...) as conseqüências do pensamento refletem, inevitavelmente, a qualidade do tipo de situação humana em que foram produzidas.” Desse modo devem ser consideradas as condições subjetivas e do contexto em que se dá o discurso da mãe.

Transpondo a situação estudada, corresponde à atitude do profissional no intuito de apoiar, motivar, facilitar, com vistas a um momento reflexivo. Uma posição contrária gera relacionamento hostil, indiferente, não provocando manifestações subjetivas. Conseqüentemente, não haverá troca, aproximação intersubjetiva capaz de favorecer o aprendizado da mãe.

Ainda segundo o pensamento de Berger e Luckmann (2001), a linguagem fornece a imediata possibilidade de contínua objetivação da experiência em desenvolvimento, ou seja, permite objetivar um grande número de experiências que encontro em meu caminho no curso da vida. Daí porque o simbolismo e a linguagem simbólica tornam-se componentes essenciais da realidade da vida cotidiana, pois estamos constantemente atribuindo significados às nossas ações, as quais são partilhadas com outras pessoas do nosso convívio.

No ambiente dessa pesquisa há momentos da prática educativa em grupo composto pela equipe (psicóloga, enfermeira, terapeuta ocupacional e outros profissionais com menor frequência) ao se reunir com as mães do alojamento conjunto da unidade neonatal e formam-se grupos de mães, algumas ainda no puerpério imediato, outras vindas de casa para ficar com o filho internado na unidade neonatal. Nesse encontro, a maior participação é das mães cujo filho se encontra na unidade neonatal. Elas apresentam dúvidas e expectativas sobre a saúde do bebê. Os profissionais têm como objetivos discutir com as mães os cuidados com a criança conforme a solicitação das participantes, mas as questões predominantes consistem nos relatos dos momentos vividos pelas mães: o sentimento de tristeza, as preocupações, as expectativas sobre o estado de saúde da criança e também os sentimentos de alegria pela recuperação da criança. São experiências trocadas entre elas, facilitadas pelas profissionais que estão ali motivando, explicando e confortando cada mãe que se manifesta por meio de palavras, gestos, choros.

Essas são situações da prática com caráter terapêutico e educativo envolvendo a equipe de profissionais. A meu ver, esta iniciativa ainda está sob a decisão de apenas um ou dois membros. Não indica, portanto o consenso do grupo, mas a falta de organização que dê condições e oportunidades de envolvimento de outros profissionais com suas riquezas de contribuições, as quais, certamente, irão atender às necessidades de educação em saúde à mãe e sua família. Assim, as lacunas da falta de envolvimento, de planejamento e de continuidade das ações poderão ser amenizadas. Da mesma forma as estratégias a serem utilizadas poderão ser enriquecidas pelas experiências entre os profissionais e entre esses e os usuários participantes.

Segundo Wall (2001, p.3), esta ação educativa deve ser desenvolvida com o suporte de tecnologias educativas, como exposições dialogadas, vídeos, relatos de experiência ou conversas formais e informais, dinâmica de grupos e dramatizações. Tais estratégias possibilitam capacitar o ser humano para vivenciar de modo mais saudável as fases da vida e também para superar a forma de educar em que o profissional é detentor do saber, transmitindo informações para um receptor, o "paciente". A utilização de tecnologias educativa pode ajudar como suporte e canal para o tratamento e acesso de informações, facilitando os modos de expressão e incorporação de modelos participativos, lúdicos, introduzindo novo modelo de educação em saúde. Nessa perspectiva, deve-se partir da realidade de cada pessoa, valorizando sua experiência, seu contexto de vida e suas expectativas diante do processo saúde-doença.

As estratégias devem ter um espírito lúdico e criativo, permitir o convívio e interações enriquecedoras entre os participantes e devem ser planejadas e executadas de acordo com a condição do serviço e a necessidade vivenciada com o grupo de clientes.

O uso adequado de tecnologias educativas contribui no processo ensino-aprendizagem, ao dar oportunidade às pessoas para desenvolver suas próprias destrezas e habilidades (WALL, 2001). Na opinião da autora, ajuda a buscar experiências de aprendizagem, a promover o processo de reflexão acerca das questões de saúde, resgatando valores, conhecimentos e experiências. Uma estratégia valiosa para inserir as pessoas na dinâmica de aprender é a reunião em pequenos grupos nos quais possam ser reconhecidos os

potenciais de cada participante, possibilitando uma atividade de assistência em caráter educativo cultural.

Nesse cenário observado podem ser ilustradas também situações da prática educativa no NAM, um setor com ações assistenciais com maior peso nas ações educativas. A enfermeira utiliza algumas tecnologias. Dessas, a mais comum é a conversa com o grupo, apresentação de vídeos sobre assuntos diversos na área de amamentação, exposições dialogadas com recursos de bonecos, mamas "cobaias" e às vezes até demonstrações de crianças maiores, amamentadas somente ao seio que apresentam crescimento dentro dos parâmetros esperados. Essa técnica de conversação é reconhecida pela enfermeira como dinâmica de grupo, pois há oportunidade de as mães expressarem suas necessidades. Entretanto, notei limites na comunicação dessas mães durante a exposição da enfermeira, em decorrência de motivos já comentados, como as condições ambientais e algumas posturas profissionais que limitam a prática. Mesmo assim, esse momento facilita identificar as mães que apresentam dificuldades para amamentar, as quais são solicitadas pela enfermeira a ficarem no setor mais tempo para receber atendimento individual em ambiente reservado à avaliação da mama e da técnica de amamentação, ordenha e ajuda prática no processo de amamentação. São ações educativas com ajuda prática na amamentação e no cuidado da criança que aumentam as chances de a mãe entender o processo de amamentação e superar algumas dificuldades do processo comunicativo e mesmo das divergências culturais.

As declarações dos profissionais sobre as estratégias utilizadas com vistas à aprendizagem da mãe não estão distantes das idéias defendidas pelos educadores em relação ao processo ensino-aprendizagem em que se lança mão da linguagem das experiências do educando, tornando o ato de aprender um momento real da vida de cada um. Nesse sentido, segundo os entrevistados, a comunicação deve ser eficiente "para que as palavras não fiquem no ar" sem relação com o interesse. Há reconhecimento de que para ocorrer aprendizagem o conteúdo a ser transmitido deve estar conectado com a realidade dos sujeitos a quem se destina. Então, o profissional deve acompanhar o que foi ensinado, dar oportunidade de devolverem e a aprendizagem pode ser demonstrada pelo comportamento da mãe. Sem dúvida, é na convivência e mantendo diálogo com a mãe, captando as atitudes demonstradas

por gestos e palavras que se perceberá o entendimento dela em relação ao cuidado com a criança, embora muitas situações sobre esse cuidado só aconteçam no ambiente privado do domicílio. Contudo, uma conversa espontânea e confiante trará informações relevantes para o profissional decidir junto com a mãe como fazer melhor para a saúde da criança.

Morin (1996), em suas explicações sobre a relação entre pensamento, consciência e linguagem, nos faz compreender que a inteligência precede a linguagem e a consciência e tudo está ligado ao desenvolvimento humano. A inteligência é sempre uma estratégia a mobilizar o melhor das aptidões individuais perante as incertezas, dificuldades, variabilidades de uma missão a cumprir. A arte estratégica e a astúcia são qualidades inteligíveis utilizadas pelo homem, que o diferenciam de outros seres, e o ajudam a enfrentar não apenas o meio onde vive mas o mundo. Esses recursos, às vezes, são utilizados pela mãe para defender-se das situações impostas pelos profissionais mediante as exigências de cumprir o ensinado.

Como afirma Torres (1998), o conhecimento é um processo resultante da permanente práxis dos seres humanos sobre a realidade, pois a existência individual, mesmo se apresentar características singulares, é uma existência social. Desse modo, é possível entender que o profissional educador deve estar disposto a desenvolver uma prática na qual se utilizam estratégias e conteúdos adaptados ao contexto histórico e sociocultural, vinculado ao compromisso que vai além do aspecto individual e se submete a uma ação social junto dos sujeitos para não serem passivos, mas capazes de refletir e buscar as suas possibilidades.

Nesse ponto há de ser considerado o aspecto da transformação. Como afirma Santomé (1998), de maior importância é o ideal utópico que considera a educação como motor de transformações sociais.

A compreensão do mundo é condicionada pela realidade concreta. Igualmente, mudanças só ocorrem por meio do concreto, do desvelamento da realidade concreta, do aprendizado já iniciado. Isto implica o respeito ao "saber de experiência feito". Não é somente a compreensão crítica em si que liberta da opressão, mas ela é um primeiro passo para superá-la, desde que as pessoas se engajem na luta política pela transformação das condições. A

por gestos e palavras que se perceberá o entendimento dela em relação ao cuidado com a criança, embora muitas situações sobre esse cuidado só aconteçam no ambiente privado do domicílio. Contudo, uma conversa espontânea e confiante trará informações relevantes para o profissional decidir junto com a mãe como fazer melhor para a saúde da criança.

Morin (1996), em suas explicações sobre a relação entre pensamento, consciência e linguagem, nos faz compreender que a inteligência precede a linguagem e a consciência e tudo está ligado ao desenvolvimento humano. A inteligência é sempre uma estratégia a mobilizar o melhor das aptidões individuais perante as incertezas, dificuldades, variabilidades de uma missão a cumprir. A arte estratégica e a astúcia são qualidades inteligíveis utilizadas pelo homem, que o diferenciam de outros seres, e o ajudam a enfrentar não apenas o meio onde vive mas o mundo. Esses recursos, às vezes, são utilizados pela mãe para defender-se das situações impostas pelos profissionais mediante as exigências de cumprir o ensinado.

Como afirma Torres (1998), o conhecimento é um processo resultante da permanente práxis dos seres humanos sobre a realidade, pois a existência individual, mesmo se apresentar características singulares, é uma existência social. Desse modo, é possível entender que o profissional educador deve estar disposto a desenvolver uma prática na qual se utilizam estratégias e conteúdos adaptados ao contexto histórico e sociocultural, vinculado ao compromisso que vai além do aspecto individual e se submete a uma ação social junto dos sujeitos para não serem passivos, mas capazes de refletir e buscar as suas possibilidades.

Nesse ponto há de ser considerado o aspecto da transformação. Como afirma Santomé (1998), de maior importância é o ideal utópico que considera a educação como motor de transformações sociais.

A compreensão do mundo é condicionada pela realidade concreta. Igualmente, mudanças só ocorrem por meio do concreto, do desvelamento da realidade concreta, do aprendizado já iniciado. Isto implica o respeito ao "saber de experiência feito". Não é somente a compreensão crítica em si que liberta da opressão, mas ela é um primeiro passo para superá-la, desde que as pessoas se engajem na luta política pela transformação das condições. A

educação sozinha não faz, mas implica mudanças, uma maneira de refazer o mundo (FREIRE, 2001, p. 32).

Para este educador, uma forma possível é romper com a “cultura do silêncio”, possibilitando às classes populares o desenvolvimento de uma linguagem voltada à sua realidade. Notavelmente, esta é uma questão central da educação popular a resgatar a linguagem como caminho de invenção da cidadania. Sendo assim, importa não só o ato de ensinar, mas em quaisquer circunstâncias da educação é preciso ver além dos conteúdos, entender os contextos nos quais se inserem esses sujeitos e encontrar a forma de abordá-los, devendo adequar-se ao nível de compreensão deles. A educação em saúde permite essa intencionalidade de mudança do social se o profissional estiver engajado na luta pela melhoria das condições de vida e saúde da população e não somente em dar soluções para a doença ou preveni-la.

Sobre o conhecimento do real na perspectiva comentada pelos profissionais, encontramos nas idéias de Freire que “ensinar é inserir-se na história”. Sua teoria valoriza, além do saber científico elaborado, o saber cotidiano, considerando que o aluno não registra em separado as significações educativas e cotidianas (GADOTTI, 1998). Na minha opinião, como educadores em saúde temos de concretizar esta prática, conhecendo mais as pessoas, seus contextos, sua linguagem. Assim, é possível haver envolvimento, participação das mães, entendimento sobre a maneira de cuidar, na qual se inserem conhecimento profissional e conhecimento popular, de acordo com a realidade destes sujeitos. Nesse sentido, foi afirmado categoricamente ser indispensável utilizar uma linguagem simples e compreensiva, denotando o inestimável respeito à cultura, expressada essencialmente por meio da linguagem.

Em diversos momentos da prática no campo do cuidado, os profissionais desenvolvem atividades consideradas educativas, embora muitas destas se insiram no conjunto de informações sem haver aprendizado, consciência sobre o que foi apreendido. Nesse contexto, o profissional coloca-se como detentor do saber, possuidor da autoridade, portanto, age às vezes inconscientemente, falando à sua maneira, com sua linguagem científica, sem se importar em adaptá-la às condições culturais do cliente, e isso repercute negativamente na

apreensão do conteúdo. Essa situação foi questionada com os entrevistados, os quais se posicionaram diferente do que fazem na prática.

Algumas situações foram observadas e apresento-as em forma de narrativa na compreensão da pesquisadora. Em relação ao atendimento de crianças que vêm sendo acompanhadas neste local, foi registrada em vários momentos a comunicação dos profissionais com os pais, destacando, sobretudo, pontos significativos da linguagem.

Uma criança está sendo avaliada e o profissional se dirige à mãe dizendo: É, mãe está, fraca, o olhar não acompanha os objetos... a criança está hipertônica com reflexos da idade neonatal... Mãe a sua filha está tendo um espasmo... Outras situações semelhantes demonstram essa forma de comunicação do profissional utilizando termos técnicos que não são compreendidos pela mãe.

Segundo Faria (1998, p.39), “a comunicação sempre tem o aspecto de conteúdo (comunicação verbal) e um aspecto de relação (conteúdo não verbal). A mensagem se expressa de forma significativa e simbólica e nela se define a relação”. O corpo materializa o estado interior por meio da expressão corporal, dos gestos, os quais precisam ser interpretados, pois os fatos em si já são uma mensagem e contêm interpretações. Tal como afirma Geertz (1989, p.15), o homem é um animal amarrado à teia de significados que ele mesmo teceu, sendo a cultura essas teias e sua análise. As idéias levam-me a inferir que para haver uma comunicação efetiva é necessária a interpretação do mundo simbólico, este inserido na cultura, portanto, são aprendidos.

Corroborando esse pensamento, explica Spink (1999, p.47) expressar a linguagem situações, experiências, que têm um significado, o qual é construído no convívio intercultural e “quando falamos estamos realizando ações, acusando, perguntando, um jogo de posicionamentos com nossos interlocutores”. Para a autora, as linguagens sociais são apreendidas pelos processos de socialização no tempo vivido. Esses processos são formados e ressignificados continuamente, conforme repertórios disponíveis a serem moldados pelas contingências sociais da época. Assim, os significados estão presentes na linguagem do cotidiano e representam as experiências no curso da história de cada pessoa. A vida humana é cheia de significado, revelado pela linguagem do cotidiano, ou seja, pelo diálogo ocorre a

objetivação das subjetividades. É preciso se dar atenção a esse mundo cotidiano, rico em significados. No caso das mães que trazem os filhos aos serviços de saúde, elas expressam no corpo, além do que está na palavra, além da doença física, um mundo de relações a repercutir no processo saúde-doença.

Desse modo, a comunicação com essa mãe não pode ser linear e atemporal, porquanto só acontece efetivamente quando são considerados a relação e o contexto. Essa dimensão sobre o ser no mundo remete ao entendimento sobre cultura, tema tão debatido e pouco contestado, pois é um conceito vivido por nós, seja como profissionais seja como pessoas pertencentes a grupos diversificados (instituições, amigos, família, etc.). Nesse sentido, como afirma Geertz (1989, 2001), cultura está na mente e no coração de cada um, e, às vezes, é empregada de formas múltiplas e imprecisamente, por exemplo, quando atribuímos este conceito a situações indefinidas, relacionando-o à cultura.

Para Geertz (1989, p. 38-39), "... remodelar o padrão das relações sociais é reordenar as coordenadas do mundo experimentado". As formas da sociedade são as substâncias da cultura, pois "... o que o homem é pode estar tão envolvido com, onde ele está, quem ele é e no que ele acredita, que é inseparável dele". Também reconhece o autor ser a humanidade tão variada em sua essência quanto em sua expressão. A afirmação nos incita a pensar que esta natureza do homem o leva a ter indiferenças ou resistências ao modo de pensar de outras culturas. Daí a existência da diversidade de cultura entre os grupos sociais.

Conforme expressaram os profissionais, o desrespeito aos aspectos culturais da mãe pode trazer resistência, indiferença ao que foi ensinado. Na relação cuidar/educar, se for desconsiderada a cultura do cliente, é possível não se atingir os objetivos previstos nesta ação, pois haverá conflito de idéias. Essa atitude é entendida como etnocentrismo, sobre o qual Geertz (2001) tem a seguinte opinião: "O contraste cultural" acontece pela variedade de maneiras com que as pessoas tentam viver suas vidas.

Acrescenta Morin (2001) haver uma interação entre indivíduo e cultura, um garante a realização do outro. Entretanto, temos de considerar a plenitude e a livre expressão dos indivíduos-sujeitos como um propósito ético. E expressa o autor claramente que a unidade da

espécie humana não apaga a idéia de diversidade e vice-versa. É necessário perceber essa inter-relação, o etnocentrismo não é ruim desde que não prejudique ou inviabilize a autonomia do outro. Assim, não se pode considerar absurdo um estilo de vida ou modo de pensar ou mesmo valores diferentes dos nossos; é preciso respeitar e agir de forma coerente, evitando o conflito cultural.

A preservação da cultura é uma forma de evitar seu perecimento. Por isso ocorrem resistências às culturas de cada um. Da mesma forma, às vezes as pessoas apoderam-se de valores de outras culturas. O problema do etnocentrismo é nos impedir de descobrir em que tipo de ângulo estamos situados em relação com o mundo, ou seja, em relação com outras culturas (GEERTZ, 2001).

Observar e entender a cultura, tanto no cuidado como nas ações educativas, é uma necessidade, porquanto esta faz parte da vida, acompanha o agir individual ou no grupo, define as experiências, os valores, os pensamentos. Assim, não podemos desconsiderá-la quando cuidamos ou quando ensinamos a cuidar.

Cuidar do binômio mãe-criança requer entender aspectos multidimensionais interligados entre si, e implica variadas ações inseridas no contexto educativo em saúde. Entretanto, esse fenômeno nem sempre é percebido entre os cuidadores. Da mesma forma, o conteúdo ensinado, as palavras nem sempre são incorporadas pelos atores a quem se destinam, possivelmente, em virtude da deficiência na qualidade interativa e comunicativa a permear o ato educativo como a falta de conhecimento do cliente e de seu contexto de vida, haja vista o assinalado por Paulo Freire (1994), que ensinar exige a apreensão da realidade. É preciso conhecer as diferentes dimensões que caracterizam a essência da prática, trazendo maior segurança ao desempenho. A aprendizagem tem finalidades precípuas, como a de transformar a realidade para nela intervir, recriar. Assim como está inscrito no DSC, a educação em saúde deve ser baseada no real, ou seja, estar conectada à realidade vivida pelos sujeitos a quem se destina a ação educativa.

No entanto, cada ser humano tem sua história, suas experiências de vida resultantes do seu convívio familiar e social. Isto determina o mundo cultural das pessoas, que se pode

assemelhar ou não à cultura dos profissionais cuidadores. Por esse motivo, nessa relação ensino/aprendizagem, é necessária a compreensão da cultura para que os profissionais de saúde possam respeitá-la em toda sua plenitude. Sem a valorização destes aspectos, o processo educativo resultará acrítico e incongruente (MONTICELLI, 1997). Para essa autora, cultura e cuidado caminham juntos e saúde e cultura são inseparáveis.

A experiência de cuidar articulada com a educação em saúde deve ser construída com base na interpretação da cultura. O profissional que articula esse conhecimento, isto é, busca informações e procura entender o significado das palavras no contexto cultural, dispõe de instrumentos essenciais capazes de ajuda-lo a conduzir sua "ação educativa". A partir de conjecturas, obtêm-se conclusões, insights que orientarão sua prática. Desse modo, terá uma ação educativa conforme está expresso nas entrevistas, "de acordo com a cultura", sendo possível não gerar conflitos ou imposição, e impedir resistência. Esse aspecto foi ressaltado pelos entrevistados, ao reforçarem a idéia de valorizar as experiências, respeitar o saber construído, a cultura. Tal atitude é reconhecida pela antropologia cultural como coerente, humanística, pois evita o conflito de idéias, a imposição do profissional.

O respeito à pessoa humana constitui valor fundamental na bioética, em torno da qual originam-se várias atitudes na relação profissional/cliente. Este princípio ético foi ressaltado no DSC relacionado à linguagem, à cultura e em sua essência à pessoa humana, no modo de relacionar-se e comunicar-se, pelo ato de escutar, deixando manifestar a sensibilidade, as experiências, a capacidade de entender e devolver o aprendido.

Em face dessa análise sobre o fazer dos profissionais na prática de educação em saúde, é ilícito pensar diferente diante de uma pessoa que busca a saúde do filho, que tem garantido na legislação o direito a receber uma assistência igualitária equânime e com qualidade. Para cumprir essa meta, o profissional deve não apenas tratar a doença, mas defender a saúde como um bem social e como um projeto de vida em que cada um assuma também o seu cuidado à saúde, sendo este o foco de atenção.

Nossa formação acadêmica e todas as aprendizagens do cotidiano na relação com o mundo em sociedade implicam o compromisso social por meio de um saber científico que

somado ao saber do cotidiano nos dá capacidade de agirmos com responsabilidade ética e compromisso de ajudar o outro, o que não significa dar receitas prontas e inquestionáveis, mas ensinar e aprender junto com o cliente a fazer melhor pela sua saúde.

Nessa perspectiva, é inquestionável levar em conta os valores, os símbolos e os sistemas de significados compartilhados entre os grupos, pois dessa forma é possível tornar os discursos dos profissionais voltados a uma prática real aceita pelo cliente e seu grupo social. Kleba (1999, p. 125) admite a educação como um componente da assistência capaz de viabilizar a finalidade do trabalho em saúde pela capacitação das pessoas em sua autonomia e assim conquistar melhores condições de vida.

A autora ao desenvolver suas idéias sobre educação numa visão otimista defende que dessa forma os indivíduos podem se instrumentalizar para compreender as coisas e adquirir novas formas de enfrentar as situações vivenciadas. Nessa perspectiva, profissional e cliente são sujeitos no processo. O profissional será facilitador e instrumentalizador de um projeto “revolucionário” de transformação da assistência e da vida. É necessário compreender a capacidade criativa dos indivíduos e acreditar nela, pois apesar de estarem submetidos a ações institucionais manipuladoras, eles podem reagir e participar de um processo educativo de libertação ou docilização. Depende do compromisso social de cada um com as transformações como resultado do agir individual e coletivo.

A respeito da autonomia do cliente, na opinião de Soares e Lunardi (2002, p.65), deve ser considerado um direito nato para um sujeito sócioindividual, histórico, o qual pode agir de acordo com sua vontade, fazer escolhas e não esperar por beneficência e vontade dos outros. “Ser autônomo significa ter liberdade de pensamento, sem coações internas ou externas, poder optar e decidir, dentre as alternativas que dispõe, a que melhor lhe convém como um ser de relações”. Associando tal idéia na educação, é preciso lembrar que educar é uma ação política e ética, então a ação do profissional deve estar voltada a cumprir tais propósitos. Entretanto, lembram os autores:

O profissional frequentemente tem exigido obediência, por parte dos clientes, para suas prescrições e orientações, visando à modificação de seus hábitos, como aparente pré-requisito para melhorar e assegurar a sua saúde. Diversos são os fatores, então, têm contribuído para manter o cliente nessa relação de obediência e dependência para

com o profissional da saúde como a falta de informação sobre seu próprio processo saúde-doença; as diferenças de saberes e de linguagem entre o cliente e o profissional, sem que haja um esforço mais significativo, por sua parte, no sentido de modificar esta relação assimétrica (SOARES; LUNARDI, 2002, p.65).

A alternativa de integrar a cultura, respeitando-a durante os cuidados ou precisamente na educação em saúde, é uma forma de superar o domínio exclusivo do saber científico, da autoridade profissional e do espaço dos sujeitos também responsáveis por sua saúde. É levar em conta as relações interpessoais construídas mediante diálogo, pela constante valorização das experiências do outro, as quais estão carregadas de significados. Portanto, não deve haver monólogo, ou qualquer atitude possível de impedir as manifestações dialógicas. Segundo Spink (1999), o foco do construcionismo é a comunicação dialógica, que permite integrar o espaço da interessoalidade e o da relação com o outro.

Corroborando essa idéia, Freire (2001, p.9,10) argumenta: “ A prática educativa de opção progressista jamais deixará de ser uma aventura desveladora, uma experiência de desocultação da verdade”, uma condição que não pode ser neutra, mas exige posições construtivas, políticas, contidas de esperança, sem, contudo, negar a desesperança como algo concreto, resultante das razões históricas, econômicas e sociais que a explicam. A esperança, o sonho é uma necessidade ontológica da existência humana, mas, sozinha não basta, não transforma a realidade, é preciso levar em conta os dados concretos, materiais, sozinha não ganha a luta, mas sem ela a fraqueza domina, “precisamos da esperança crítica como o peixe necessita da água”.

Na prática, as situações, porém, não acontecem tão bem elaboradas como se apresentam nos discursos. Há dimensões expostas nas falas distantes da forma de fazer dos profissionais, seja por motivos pessoais ou institucionais. Há ainda certo distanciamento do profissional no relacionamento com o cliente e esse não é motivado a falar, a expressar sua realidade até porque o tempo das consultas ou dos contatos informal é mínimo. Portanto, não há possibilidade de uma educação na qual o cliente é participante ativo, do modo como defendem os educadores.

Essa forma de conduzir o processo educativo com a participação do cliente e respeito à sua autonomia não é considerada pela maioria dos profissionais em face das diferentes

formações, fundamentadas, essencialmente, no aspecto biológico, no tratamento das doenças, sem associar a contento os aspectos espirituais e socioculturais. Desse modo, os profissionais minimizam a importância das emoções, dos sentimentos, da espiritualidade e das experiências pessoais calcadas em experiências advindas não somente do saber científico, mas do saber construído no cotidiano.

Nesse sentido, Alves (1996) tece considerações sobre a ciência e o senso comum, ressaltando que a onipotência da ciência, às vezes, se torna um mito, e isto é perigoso porque induz o comportamento e inibe o pensamento. Enfatiza ser desigual a relação médico/paciente pois nem sempre este tem a liberdade de perguntar sobre seu tratamento, esclarecer suas dúvidas. Às vezes o médico manda e o paciente obedece. Sem chance de pensar, pensa o médico por ele. Essa postura profissional é assumida também por outras categorias profissionais que subestimam a capacidade do cliente de pensar e decidir por si mesmo.

Em relação aos princípios didáticos, Dilly e Jesus (1995) recomendam utilizá-los, não como um receituário rígido para se obter resultado eficaz, mas como ponto de orientação para as atividades de ensino, que atendam ao objetivo maior do ato de educar: o desenvolvimento do educando. Desse modo, para ensinar é preciso aprender. Apropriando-me dessa proposição, reforço que a todo instante estamos aprendendo, compreendendo nossa realidade, principalmente quando nos relacionamos com nossos semelhantes.

Para ilustrar a relação entre ciência e senso comum, Alves (1996, p. 11) afirma não ser a ciência um órgão novo, ela advém da hipertrofia de capacidades de todos. Aprender ciência é um processo de desenvolvimento progressivo do senso comum. Só podemos aprender partindo do senso comum disponível ao aprendiz. "A aprendizagem consiste na manutenção e modificação de capacidades ou habilidades já possuídas pelo aprendiz". Assim, é preciso entender que o educando em qualquer instância da educação dispõe de algumas habilidades possíveis de ser modificadas a partir de uma consciência sobre a realidade, na qual utiliza-se da linguagem para transformar pensamento, o simbólico em concreto.

Categoria 2 Vínculo e confiança: construtos no processo de cuidar-ensinar-aprender

DSC - É preciso ter uma relação de confiança, conversar individualmente, sensibilizar a mãe e familiares, mostrando o ganho de peso, a curva de crescimento com a vivência do profissional na amamentação, passando confiança e encorajando-a. Se a mãe apresentar problemas na amamentação, encaminhamos à enfermeira. Só se consegue educar com o tempo. Algumas mães não compreendem e não falam com vergonha, [então], devemos falar e perguntar de outra maneira, ser acessível para que entendam, mandar voltar com a criança e a mãe vai se acostumando, pode tirar dúvidas. Acompanhar o que foi ensinado, mas não fazer pela mãe, o retorno dela ajuda a tranquilizá-la sobre a condição da criança e não abandonar a amamentação. A informação é dada, mas é difícil saber se fixou se não tem retorno da mãe. Procuramos convencê-la a retornar com a criança, muitas gostam do atendimento e continuam, mesmo com dificuldades financeiras.

O processo de cuidar-ensinar-aprender é um espaço a requerer antes de tudo a aproximação entre cliente e profissional, para que ambos se conheçam e desenvolvam entre si confiança, vínculo construído durante as interações. Recuperando o DSC a enfatizar tais aspectos pude perceber que os informantes compreenderem que cuidar, ensinar e aprender estão conjugados numa dinâmica elaborada por meio do vínculo e da confiança, atributos às vezes invisíveis ou adormecidos diante de uma prática mecanizada, organizativa e normatizadora. Porém na área da criança, principalmente, somos invocados a perceber, a ter sensibilidade e respondermos aos apelos surgidos na própria prática ao conviver com tanta desgraça social, imprudência e impedimentos a uma vida mais digna para a criança e família. Esta sensibilidade se concretiza em ação quando somos capazes de escutar, informar, orientar, interagir de forma afetiva e, assim, colhermos frutos deste empreendimento indispensável à existência humana. Não adianta apenas perceber e sensibilizar, mas agir, integrando essas virtudes ao nosso fazer, estabelecendo amizade, confiança, construindo uma relação humanizada.

É a partir de atitudes simples, mas indispensáveis no relacionamento com outro que clama por atenção, que chegaremos próximo do ideal da prática educativa. É na conversa, na atenção individualizada que as subjetividades se encontram, se descobrem e superam o jogo de normas e relacionamentos indiferentes a permear as instituições de saúde. Nas palavras de Faria (1996), este é um aspecto a ser superado pelos profissionais, pois estão presos a uma

rede organizativa cada vez mais burocratizada e em conseqüência há menos espaços à comunicação interpessoal. Essa dificuldade comunicativa impede ao usuário a codificação e decodificação das mensagens provenientes do sistema de saúde. Mesmo as ações com caráter preventivo, as ações educativas inseridas no âmbito da assistência, tornam-se um jogo simulado, nem sempre aceitáveis pelo cliente por serem momentos rápidos e às vezes fora dos contextos nos quais vivem estas pessoas (FARIA, 1996). Exemplificando situações na área pediátrica, sabemos que nem sempre a mãe age dentro das concepções profissionais. Às vezes, procura meios de ajudar à criança conforme suas crenças, utilizando estratégias realizáveis dentro da sua possibilidade, utilizando-se da astúcia e do jogo duplo, pois para o profissional ela confirma a possibilidade de cumprir tais receitas, embora em alguns momentos negue o afirmado. Assim, é preciso considerar tais aspectos no sentido de amenizar contradições entre o esperado pelo profissional e o realizado pela mãe. Como sabemos, as concepções profissionais não são iguais às concepções das mães, os saberes e as vivências são construídas em contextos diferentes.

Ao discutir sobre o sistema popular e o sistema profissional, Leininger (1991) esclarece a importância de reconhecer a diferença na forma de definir, interpretar e conhecer o cuidado nas duas culturas diferentes, embora haja o cuidado universal entre as pessoas. Toda cultura possui conhecimentos e práticas de cuidados influenciados pela visão de mundo, a linguagem, fatores políticos, educacionais, econômicos e outros interrelacionados. Quanto à educação popular, Vasconcelos (1999) afirma ser um projeto pedagógico que mantém o diálogo entre o saber popular e o saber científico. No Brasil esse movimento é marcante porquanto busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre serviços de saúde e a população e vem servindo para identificar e instrumentalizar a diversidade de práticas emergentes. Apesar de a educação popular não ser uma prática assumida claramente em instituições hospitalares, as experiências positivas e divulgadas por quantos trabalham na saúde comunitária gradativamente poucos sendo incorporadas, principalmente nos serviços ligados à área infantil. Nesse campo profissional, o contato com as famílias ou especialmente com as mães detentoras de sentimentos e de uma bagagem cultural cognitiva e experiencial torna esse momento significativo e propício para as trocas de experiências que ajudam a construir as práticas de cuidado na saúde da criança. Portanto, não podemos ignorar ou

desconsiderar esses aspectos, mas integrá-los para que conhecimentos e práticas sejam renovadas e se tornem eficazes na recuperação e na promoção da saúde infantil.

Estes aspectos devem ser considerados ao se falar de ensino-aprendizagem, pois a apreensão do saber é uma atividade cognitiva para a qual é necessária a conjunção de processos energéticos, elétricos, químicos fisiológicos, cerebrais, existenciais, psicológicos, culturais, lingüísticos, lógicos, ideais, coletivos, pessoais, transpessoais e impessoais interrelacionados entre si. Esse é o caráter multidimensional, inseparável da aprendizagem que envolve o físico, o biológico, o cerebral o mental e o psicológico (MORIN, 1996).

Para se efetivar o processo ensino-aprendizagem numa perspectiva de saúde, o profissional deve desenvolver algumas habilidades próprias do educador, integrando ao seu fazer o conhecimento da pessoa humana, as dimensões psicoemocionais propícias à aprendizagem. Acontecimento que não se dá de forma mágica, mas envolve um processo de sensibilização, movido pela confiança e vários outros atributos ressaltados no DSC, como o tempo de interação, acesso do cliente, retornos repetidos, acompanhamento individualizado.

A cada relacionamento positivo aumentam as possibilidades da formação de vínculo e confiança do cliente com o profissional e com a instituição, resultando em maior eficácia das ações consideradas assistenciais e educativas. A experiência do profissional, o interesse de que a mãe aprenda e cuide bem do seu filho são elementos a subsidiar uma prática coerente capaz de transformar-se em ação inovadora. Este entendimento parte da concepção segundo a qual envolve estímulos internos e externos para transformar conhecimento em saber-fazer.

Compreender esse complexo e, principalmente, incorporar atitudes favoráveis ao processo cuidar-ensinar-aprender requer o empreendimento de aprender a ser, aprender a fazer e aprender a aprender. Na realidade esses são os fios que tecem e garantem todo o sistema de sobrevivência humana e na educação em saúde é um ideal de quantos tramitam e desejam melhorar as condições de vida e saúde da criança envolvendo o meio familiar.

Emerge neste contexto a necessidade de se considerar a interação criança, família e profissional como caráter positivo sobre a formação da confiança e do vínculo, conforme salientado pelos profissionais. E ainda, é demonstrada em vários momentos da prática de

educação em saúde em que o acesso, o encorajamento, essa aproximação do cliente com o profissional favorecem a confiança e, conseqüentemente, propiciam às famílias ultrapassarem as barreiras, até mesmo as econômicas, em busca da saúde.

Segundo os discursos dos informantes desta pesquisa, quando as mães são orientadas, quando têm mais contatos com os profissionais, dificilmente deixam de retornar ao serviço para acompanhamento da criança. Esse fato é gratificante, pois a cultura predominante é aquela das mães procurarem os serviços somente quando as crianças estão doentes, não valorizando o acompanhamento da criança no seu crescimento e desenvolvimento, independente de estar doente.

A meu ver, o vínculo e a confiança formados nos contatos da mãe com os profissionais e, principalmente, quando são freqüentes e harmonizantes, vêm garantir a adesão da mãe aos ensinamentos, às experiências positivas no cuidado da criança, como é o caso do aleitamento materno, da imunização e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, estratégias básicas no controle das doenças e na promoção da saúde infantil.

No DSC está expresso ser importante sensibilizar a mãe e familiares, observando o ganho de peso, a curva de crescimento por meio do cartão da criança, documento essencial na monitorização da saúde infantil. Essa prática é desenvolvida criteriosamente no NAM pela enfermeira e pela médica, as quais têm o cuidado de olhar o cartão da criança, mostrando à mãe e familiares o ganho de peso. Essa monitorização ajuda a detectar os défictis de ganho ponderal, logo nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Nesse caso, é feita uma avaliação criteriosa em busca das causas, as quais, na maioria das vezes, recaem sobre o erro alimentar, ou seja, a mãe não está amamentando corretamente, em virtude de fatores que podem ser esclarecidos e trabalhados com a equipe. Então, é feito o acompanhamento mãe/criança com vistas a ajudar no processo de amamentação, respeitando-se as situações de impedimentos decorrentes de problemas pessoais de origem fisiológica, psicoemocional e até mesmo cultural.

Nessa proposta de ajuda, apoio e encorajamento à amamentação exclusiva, salientam os profissionais do NAM ser importante a experiência profissional, a vivência deles sobre

amamentação, pois suas experiências positivas tornam mais fácil trocar informações com a mãe, transmitindo-lhe confiança.

Conforme evidenciado no DSC, outra função básica da enfermeira no NAM é dar suporte aos “casos difíceis”, pois todos são encaminhados a esse profissional, que se disponibiliza a orientar e desenvolver a “ajuda prática” à mãe com vistas a superar as dificuldades, incorporando tanto a técnica como os benefícios da amamentação. Na maioria das vezes, as dificuldades referem-se ao erro na técnica da pega da aréola, mas o psicoemocional, os mitos e tabus sobre estas fases de amamentação estão sempre envolvidos no insucesso desta prática.

Nos discursos ficou claro que despertar para o cuidado da criança não depende somente das informações/orientações dadas e recebidas; é preciso estar junto da mãe, valorizar sua singularidade, não fazer pela mãe, mas acompanhar o que foi ensinado, tranquilizá-la para ter confiança em si e nos profissionais. Certamente, isto não se concretizará em único e rápido contato. O vínculo se formará nos sucessivos contatos, respeitando-se a individualidade de cada mãe, iniciando-se na admissão, na sala de parto, no alojamento conjunto ou na unidade neonatal e prolongando-se no NAM e/ou no ambulatório de pediatria durante os atendimentos aprazados ou não. Dessa maneira, serão construídos a confiança e o vínculo e, assim, teremos uma equipe voltada para o “acolhimento” em defesa da saúde materno-infantil.

Ao tratar destas prerrogativas na saúde, Costa (2001) acentua que a efetivação do trabalho vivo em ato na saúde se exprime como processos de produção de relação intermediada no encontro entre o usuário e os trabalhadores de saúde e vice-versa. É neste encontro que são expressos seus componentes vitais, os quais transpõem os saberes tecnológicos, estruturados, aí incluídos o acolhimento e o vínculo.

Nesse sentido, ressalta Vasconcelos (1999, p. 25): “A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”. Essa idéia favorece a efetivação das ações no campo da educação em saúde e vem contribuir na transformação da prática, ampliando-se o olhar para as dimensões além do corpo doente, resgatando os valores

personais, a singularidade e construindo, mesmo a passos lentos, a humanização dos serviços de saúde em favor da vida, proposta claramente justificada nas ações de educação em saúde.

Valla (2000) esclarece a necessidade de o profissional esforçar-se para compreender as condições e experiências de vida das famílias para que possa acompanhar com mais clareza suas representações e visões de mundo. É importante atentar para suas “falas”, pois a própria forma de relatar uma experiência indica a concepção de mundo de quem está falando. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências estas são distintas daquela vivida pelo profissional. Nessa discussão o autor chama a atenção para nosso modo de pensar, porquanto às vezes imaginamos que o saber da população é insuficiente, inferior e na realidade é apenas diferente. O fato de ser considerado o saber profissional como referência também dificulta a chegada ao saber do outro. É compreensível que o discurso do profissional, seu interesse em certo assunto depende da história de vida e das vivências do cotidiano.

Dessa forma, se as representações das famílias são diferentes daquelas adquiridas e manifestadas pelos profissionais, é necessário todo o esforço para compreender uma e outra, pois a indiferença ou qualquer atitude que negue essa forma de cada um viver no mundo dificultam a comunicação e outros processos de aprendizagem.

Nesta perspectiva, o processo de cuidar-ensinar-aprender está ancorado na compreensão do outro, no respeito, na solidariedade como proteção à vida. Essa atitude deve ser um estímulo a todos que cuidam, que reconhecem o direito dos usuários de saúde, os quais devem estar informados, “conscientizados” sobre os cuidados de saúde, devendo ser-lhes oferecida oportunidade de terem autonomia para decidirem junto com os profissionais a melhor forma de cuidar da saúde, seja individual, na família ou nos grupos sociais a que pertençam. Cabe às instituições de saúde se organizarem e se planejarem para efetivar procedimentos técnicos e humanizados com a garantia de igualdade, acesso e qualidade no atendimento aos seus clientes, o que vai resultar em vínculo e confiança dos usuários nos profissionais e na instituição.

Dessa maneira, reforço a idéia de que a educação em saúde é uma ação a criar espaços para discussões e aprendizagens não só do cliente, pois o profissional é chamado a entender do processo por meio do conhecimento, da conscientização de si e do seu compromisso com a população, permeando com a criatividade, a sensibilidade, a arte e a estética aplicadas ao cuidado humano.

Reflexões, Avanços e Limites do estudo

O estudo sobre a rede de significados das práticas de educação em saúde na perspectiva da equipe pediátrica permitiu reunir concepções, experiências, ideologias, contextos socioculturais e educacionais relacionados a uma instituição pública na qual a criança é alvo de atenção e cuidado.

Um olhar atento para as tramas e teias da educação em saúde construídas com os profissionais permitiu-me compreender as concepções e o fazer expressado nas experiências dos informantes; analisar os processos desse fazer cotidiano, redimensionados no contexto da prática de educação em saúde que integra setores e profissionais da área pediátrica. Nesse desafio, atentei para a complexidade dessa trama, percebendo as linhagens que perfilam esse todo a compor a teia da prática de cuidar/educar, delimitando-o de acordo com meus interesses conjugados nos objetivos da pesquisa.

Foi uma viagem pelo mundo do cuidado e da educação em saúde. Significou permear várias instâncias do saber/fazer, retornar questionamentos, sonhos e expectativas, rever possibilidades e impossibilidades da prática educativa voltada à saúde infantil. Dessa forma, pude fazer diferentes leituras, atravessando caminhos inevitáveis, optando por trajetórias na busca de entender e aproximar o conhecimento teórico do conhecimento do cotidiano. Foram decisões, recortes importantes conduzidos pelo referencial teórico-metodológico e pela minha maneira de pensar.

Interpretar para compreender um fenômeno construído por sujeitos sociais traz em si uma ação humana com diversidades de questionamentos capazes de provocar reflexões e mudanças das práticas sedimentadas nas necessidades constatadas. Conceitos foram reelaborados, atitudes foram repensadas e emergiram imaginações que de uma forma ou de outra trazem implicações diretas nas tramas e teias vividas pelos informantes da pesquisa e pelo pesquisador. Pensando a educação em saúde não como atitude de um único sujeito mas de um grupo social com objetivos comuns expresso no DSC.

O referencial teórico-metodológico que orientou o estudo, os conceitos e pressupostos norteadores articulados com a tese, propiciaram considerações relevantes, instigadoras de discussões entre a realidade empírica e as construções teóricas. Dessa maneira, foi possível atingir os objetivos da pesquisa, embora saiba da incompletude e da transitoriedade das afirmações teóricas, pois a própria complexidade e multidimensionalidade do estudo permite percebê-lo em ângulos multifacetados, e/ou complementares. Além disso, compreensão é sempre parcial, porquanto não se interpreta totalmente, há sempre algo velado, a própria ciência tem erros e limites.

Refletindo sobre a trajetória do estudo, afirmo que a escolha da abordagem antropológica significou penetrar no mundo da prática dos profissionais, empatizar o mundo vivido por eles, o qual faz parte do meu mundo. Considerando que os questionamentos e as idéias postas nessa pesquisa foram gerados da prática. Talvez, por isso, tornou-se menos difícil e mais prazeroso. Contudo, estava ciente das implicações e dos vieses possíveis de acontecer. Assim, fiquei atenta procurando mergulhar nas informações, respeitando a linguagem e as experiências dos informantes, ou seja, tendo em mente o "epoché". Cumprindo as medidas necessárias para manter o "estranhamento" do pesquisador e sempre refletindo sobre os dados, atitudes indispensáveis na pesquisa etnográfica.

Entendo que a cotidianidade da prática, às vezes, é entendida como trivial, porém para o pesquisador tudo tem significado, deve ser registrado, analisado, considerando o contexto. Além disso, as representações do imaginário social manifestadas no DSC têm um significado diferente para cada sujeito que está vivenciando a experiência. É necessário, portanto, conhecer e buscar os sentidos por meio da compreensão, ou seja, da hermenêutica interpretativa.

Mergulhei nesses referenciais para descobrir junto dos informantes da pesquisa como acontece no dia-a-dia esta prática que envolve usuários, profissionais, instituições inseridas nas políticas de saúde, enfim, um contexto a ser considerado em toda pesquisa etnográfica. Mantive diálogo com os atores de vários cenários, na tentativa de compreender as ações simbólicas na teia de significados imersos na cultura desses

profissionais. Assim, apreendi algumas estruturas sociais ligadas à prática de educação em saúde, focalizando parte da realidade em cada cenário investigado, ora mostrando a integração e ora a fragmentação caracterizada na organização burocrática e no agir dos profissionais pelos desencontros entre a teoria e a prática.

A análise das informações permitiu a percepção da educação em saúde como uma estratégia de orientação ao cuidado a qual propicia aproximação do profissional com a criança e a família para construir maneiras coerentes de cuidar da criança. Desse modo, o cliente deve ter participação ativa, perguntando, esclarecendo dúvidas e até contestando. Eles dão importância às ações educativas como finalidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, envolvendo a família a ser estimulada pelos profissionais a ter atitudes que ajudem a criança a ser saudável.

Para avançar nessa perspectiva, foi mostrado ser imprescindível a articulação entre os setores e serviços, o planejamento de atividades que dêem suporte a estas famílias, garantindo a continuidade das ações de cuidado da criança. Sem dúvida este é um ponto relevante na saúde infantil que caminha para o cuidado integral e a humanização, promovendo a melhoria da qualidade de vida, conforme expresso no DSC.

É uma idéia que deve ir além do discurso, da implementação verticalizada dos programas institucionalizados e aliar a esses programas ações concretas que possibilitem a ultrapassagem de um conhecimento extremamente técnico que não alcança a capacidade das famílias. Integrá-lo ao conhecimento do cotidiano das famílias, portanto, entremeá-lo no cuidado desenvolvido pelas famílias, superando atitudes autoritárias e dominadoras que tentam “corrigir” repassando responsabilidades às famílias nos cumprimentos das orientações profissionais.

Algumas idéias representativas das concepções profissionais sobre educação em saúde direcionada ao cuidado infantil estão implícitas no pensar de cada um, porquanto a linguagem revela as intenções e possibilidades de serem aplicadas no processo de cuidar/educar. São pensamentos com intenções voltadas à ação de educar que propiciam

rever as práticas, facilitar a rede de comunicação entre profissionais e clientes. Estes, assim como os profissionais, com suas experiências e manifestações culturais.

Essas idéias são compartilhadas no grupo, embora haja discursos divergentes, os quais revelam contradições, estereótipos do cuidar/educar da criança em relação à concepção antropológica em que o cliente é sempre sujeito de suas ações. Dessa maneira, os profissionais afirmaram ter um relacionamento simétrico, compreensivo com as famílias. Entretanto, na prática, apresentam dificuldade de colocar a família como foco de atenção. Muitas vezes tratam-na com estranheza, utilizam pouco espaço de tempo ao atendê-la, não havendo oportunidade para a escuta e interação sensível, ou seja, uma atitude flexível a favorecer e negociar com esta família as decisões sobre a saúde da criança.

É possível identificar por meio dos discursos e das observações a sensibilização de profissionais sobre a necessidade de um atendimento integral e humanizado bem como a participação das famílias no processo de cuidar da criança. Entretanto, esse grupo também reconhece a necessidade de fortalecer essas iniciativas, integrar os serviços, incluir mais pessoas, preparando-as para desenvolver uma prática que insira o projeto educativo com diálogo, um trabalho compartilhado entre profissionais, criança e família, envolvendo-os, pois todos devem ter interesse e motivação para buscar transformações.

Percebi nessa trama ações que se definem como redutoras, fragmentadas, voltadas principalmente à doença, um distanciamento de ações educativas com vistas à promoção da saúde. São limites gerados por vários condicionantes desde, a formação/qualificação profissional, condições de trabalho e políticas públicas, pois só recentemente é que se tornaram claras a necessidade e obrigação de governantes e sociedade civil terem iniciativas condizentes com um paradigma solidário e ético, o direito à participação com ênfase à promoção da saúde e ao desenvolvimento da autonomia do cidadão. Obviamente essa participação não chegou a todos, até pelo fato de muitos se encontrarem em total alienação, outros porque ainda estão à margem, sem

escola, sem trabalho, sem saúde. Como, então, superar obstáculos e obter oportunidades?

Esta reflexão me remete a pensar sobre o ponto crucial da prática educativa, de não perder a oportunidade de falar, de esclarecer, de politizar, e essa é uma das finalidades da educação em saúde que passa a ter objetivo amplo; não uma atividade a mais e sim um estilo adequado e coerente de agir, percebendo as necessidades do outro e facilitando sua aprendizagem, pois todo educador deve ter postura política e perceber as possibilidades do outro em aprender.

No DSC está expressa a importância da comunicação com base no processo de interação com a criança, mãe/família. Destacam sutilmente, ser necessário valorizar e respeitar as diferenças culturais, manifestadas pela linguagem, apresentada no diálogo, na qual o profissional deve ter atitude de incentivar o cuidado mas sem gerar conflito. Nesta perspectiva, aparece a interculturalidade como fenômeno natural, um acontecimento significativo da relação inter-humana, da comunicação presente em toda prática educativa, considerando que não se pode fugir dessa realidade, pois o diálogo só existirá de fato mediante a decodificação da linguagem, e nesta está implícita a cultura.

É um discurso interessante e promissor de atenção humanizada, a trazer em sua essência a ética e o respeito a estes sujeitos (criança e família) às vezes vulneráveis e dependentes dos cuidados de saúde, que, no entanto, possuem qualidades, potencialidades para pensar, refletir, escolher, decidir e, de forma compartilhada com os atores e atrizes à frente dos serviços de saúde, superar dificuldades e limitações para serem cidadãos saudáveis.

Ficou evidente que a educação em saúde compreende um campo de práticas e saberes desenvolvido não somente pela equipe multiprofissional portanto, envolve saberes produzidos pelas famílias que também são cuidadoras e trazem consigo experiências prévias construídas em seu convívio intercultural. Entretanto, na prática, o agir dos profissionais é diferente, não valorizando a contento as experiências construídas nem dando oportunidade para a mãe/família manifestar-se. Todavia, alguns informantes,

mediante compreensão da importância da valorização da cultura da mãe, já se posicionam diferente e buscam implementar estratégias que resgatem os valores culturais da mãe/família.

Retomando pontos fundamentais do estudo, sobressai a rede de significados da educação em saúde elucidada nos discursos, voltada, principalmente, àquele momento de repasse de conhecimentos do profissional à mãe, às vezes uma tentativa de corrigi-la, sem haver o referido diálogo ressaltado em outros depoimentos. Nesse contexto, conforme mostra a prática, o modelo de educação em saúde predominante ainda é centrado no saber dos profissionais. Mesmo tendo sido destacadas em vários discursos ações diferentes no desenvolvimento desse processo, algumas idéias e posturas profissionais revelaram o não dito sobre o paradigma imperante de dominação e docilização que permeia as ações educativas. Este indicativo é o ponto fundamental da tese a qual fica claramente evidenciada nos discursos dos informantes.

A partir de uma análise sobre o contexto da pesquisa, foi possível complementar as informações e perceber manterem alguns setores observados uma estrutura organizacional burocratizada e normatizada. Contudo, em outros setores já existem alguns empreendimentos como passos iniciais para atender aos paradigmas de um cuidado humanizado o qual defende princípios inovadores do sistema atual de saúde, como a participação do cliente nas decisões da saúde, o direito a uma assistência com qualidade, estratégias que estão sendo introduzidas mesmo com limitações e dificuldades nos locais de atendimento à criança.

Não é redundante lembrar ser a comunicação efetiva do profissional com a mãe/família uma dos caminhos a assegurar e fundamentar todas as relações da prática educativa. Não só oferece insights guiados pela nossa maneira de ver, mas é uma oportunidade de perceber os valores e perspectivas do outro e sua influência na saúde na tomada de decisões.

Penso que para desenvolver uma prática educativa na tentativa de provocar “mudanças”, a partir de uma reflexão sobre as atitudes pessoais em relação à saúde,

requer o conhecimento de si e do outro e assim obtermos informações que ajudem a perceber as divergências culturais. Muitas vezes estamos impregnados com nossa cultura, com nossa visão de mundo e nos tornamos egocêntricos, ou seja, valorizamos somente nosso saber. Isto é extremamente prejudicial para quem deseja ter uma atitude pedagógica capaz de promover mudanças. Esses argumentos nos auxiliam a tomar atitudes coerentes ou menos distantes daquela na qual o cliente acredita e tem possibilidade de assumir.

Nesse sentido, é preciso superar o domínio disciplinador, condutas rígidas, autoritárias e individualistas, centradas no saber científico sem considerar as expressões simbólicas de cada pessoa ou grupo social. Reconhecer que nossa missão como cuidador e educador é mais do que informar e encaminhar a criança e/ou a família para resolução dos seus problemas. É fundamentalmente facilitar o processo de mudança, ajudando a manter atitudes promotoras da saúde e do desenvolvimento infantil.

Compreender alguns aspectos do cotidiano da prática educativa na perspectiva antropológica é apreender o mundo de significados dos sujeitos que constroem essa prática e neles veiculam a cultura desses profissionais, as vivências permeadas de dificuldades, incertezas, como também as possibilidades, conforme demonstrado no DSC. A meu ver, desvelar essa realidade representa formas de superação dos limites impostos por um contexto amplo e diversificado iniciado pela ação e reflexão de cada sujeito que tem a oportunidade de estar junto dessa criança e família, conversando, interagindo, ajudando a ultrapassar as dificuldades para atingir uma vida saudável.

É nessa perspectiva que defendemos um olhar e uma escuta para um agir profissional voltado à realidade das famílias, com vistas a podermos contribuir na promoção da saúde da criança. Esta é a preocupação fundamental da tese por mim defendida, a qual foi confrontada com o discurso das concepções e da prática dos profissionais. Portanto, é um caminho a ser construído e deve ser subsidiado pela análise e compreensão da realidade posta nesse trabalho, que expõe concepções construídas no imaginário social, assim como situações vivenciadas no campo de prática.

Tais considerações, ao meu ver são propiciadoras de reflexões no processo de ressignificação do agir profissional, o qual movimenta-se para uma nova cultura assentada nas mudanças sociopolíticas e culturais. É preciso lembrar ser a educação influenciada diretamente pelas relações interpessoais, pelos valores, pelos estímulos internos e externos, os quais vão repercutir no modo de vida das pessoas. Como revelam os discursos a educação em saúde deve ter o respeito ao outro, a alteridade, sem ignorar a individualidade e o viver em sociedade. Todos estes pressupostos devem permear as práticas de educação em saúde interligadas com a cultura, tema sempre invocado na relação cuidar/ensinar.

Os resultados construídos nessa trama de significados trazem situações reais e imaginárias capazes de ajudar a compreender a realidade estudada de forma provisória e parcial. Outros olhares, outras leituras podem complementar essa análise. Essa, então, representa um esforço compartilhado com os informantes da pesquisa, um compromisso com a saúde da criança.

Esse complexo saber/fazer que envolve um aprender a aprender, aprender a ser e aprender a fazer evidenciou ser preciso o envolvimento do profissional com a criança/família no sentido de conhecê-la e valorizar suas experiências, seu modo de vida. Também é preciso o profissional conhecer a si mesmo, refletir sobre as atitudes diante dos problemas de saúde e buscar espaços que privilegiem as ações de promoção da saúde. Certamente, envolve uma ação integrada dos profissionais o qual deve atentar para as necessidades essenciais do ser criança e família, não esquecendo, porém, o contexto sociocultural e político da relação saúde/doença/cuidado.

As ações de educação em saúde suscitam um trabalho interdisciplinar que integre a variedade de ações no desenvolvimento da prática. Devem, então, os profissionais não apenas reconhecê-la, mas exercitarem ações voltadas a esse fim, quebrando arestas, superando conflitos antagônicos e corporativistas que impedem o desenvolvimento da prática educativa.

Diante desta realidade, percebo surgirem questões relevantes que podem ajudar na superação de tais problemas apreendidos na pesquisa no que diz respeito às atitudes autoritárias, individualizadas e sem planejamento, inseridas na dinâmica de um trabalho educativo que apesar de suas deficiências apontadas no sistema, mostram possibilidade de mudança, pois foi demonstrado por alguns informantes o interesse em buscar estratégias passíveis de melhorar essas ações e acredito que possa acontecer de forma coletivizada.

Ao “concluir” etapas desse estudo, percebo não ter chegado ao fim mas ao início de uma etapa seguinte, originada de construções empíricas e teóricas que podem subsidiar as práticas educativas, principalmente, no campo dessa investigação. Nesse local as enfermeiras desenvolvem ações de cuidado intrinsecamente relacionada à educação em saúde podendo integrar-se cada vez mais aos outros profissionais. Esta pode ser uma contribuição efetiva, juntamente as demais que vêm sendo refletida desde o início da estruturação do projeto e quero compartilhar com quantos construíram comigo, como também com aqueles que desejam e lutam pela conquista de espaços e saberes em benefício de um fazer capaz de resultar em construção da cidadania.

Diante dessas reflexões, aponto caminhos que podem contribuir na condução de um processo educativo fundamentado em princípios pedagógicos e antropológicos:

A partir da apresentação da tese aos informantes da pesquisa, ao diretor, aos gerentes, aos profissionais da área pediátrica e demais interessados, negociar espaço e tempo que favoreçam a implementação das propostas educativas em equipe envolvendo mãe/familiares.

Desenvolver oficinas para discutir as possibilidades de mudanças e trabalhar as resistências individuais e/ou do grupo;

Articular com os grupos que desenvolvem atividades educativas na tentativa de construir juntos, práticas numa dimensão dialógica entre o senso comum e o saber científico, capazes de trazer ressonância no cotidiano das crianças/famílias assistidas.

Referências

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALVES, E. D.; ARRATIA, A.; SILVA, D. M. G. da. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 2-7, jul./dez. 1996.
- ALVES, P. C.; RABELO, M.C. (Orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ALVES, R. **Filosofia da ciência**. São Paulo: ARS Poética, 1996.
- ANTOLÍ, V. B. La didáctica como espacio y área de conocimiento: fundamentación teórica e instigación didáctica. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 22, n.1, p.9-50, jan./jun. 1996.
- BARBOSA, V. L. Editorial. **Acta Paul. Enf.**, v. 14, n.1, p. 7, jan./abr. 2001.
- BERETTA, M. I. R; et al. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.3, p. 59-66, jul. 2000.
- BERGER, L. P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BETINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.
- BOGDAN, R.; BIKLIN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS - NOB/96. **Diário Oficial**: Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/descen/nob/96.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A educação em saúde necessária para a sociedade brasileira. I Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular e II Fórum de Saúde OPAS/OMS/UnB. **Rev. Promoção da Saúde**, n. 2, p. 15 - 18, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância - AIDPI**. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/aidpi.htm>>, Acesso em: 28 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde / Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Carta de Otawa. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta – Rede dos Megapaíses. Declaração do México.** Brasília, 2001.

BRÜGGEMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento.** Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15 n.3, p. 647-654, 1999.

CARNEIRO, F. D. M. Grupo operativo: instrumento ideal para uma verdadeira humanização hospitalar. **(Re) Construção.** Bol. Inf. Prog. (Re) Construção. v: 8, n. 25, p. 1, jan./jun. 2002.

CARVALHO, A. I. de **Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade.** Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/pesquisa/projetos/p_saupos.html. Acesso em: 16 abr. 2001.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 1, n.1, p. 104-121, 1996.

CHIESA, A. M.; FUJIMORI, E. **Bases técnicas da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância.** São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem da USP, 2002. 1 CD-ROM.

COLLIÈRE, M-F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: LIDEL, 1999.

CONH, A. **Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/11cns/cns_cidadania.htm>. Acesso em: 10 mar. 2001.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 372 - 82, maio/jun. 2002.

COSTA, N. S. S. **O acesso da usuária aos serviços e ações de saúde na detecção precoce do câncer de mama: uma abordagem em defesa da vida.** Mestrado (Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana – Curso de Mestrado em Saúde Coletiva.

DALLARI, S. G. **Acesso, qualidade e humanização em saúde: responsabilidades do Legislativo e Judiciário.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/11cns_responsabilidades.htm>. Acesso em: 10 mar. 2001.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Entering the field of qualitative research. In: _____. **A handbook of qualitative research.** Thousand Oakes: Sage, 1994.

DILLY, C. M. L. ; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional.** São Paulo: Robe, 1995.

ELIAS, P. E. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2002. v. 1.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I. ; MARCON, S. S. ; SILVA, M. R. S. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: EUEM, 2002.

FARIA, E. M. **Comunicação na saúde: fim da assimetria...?** Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

_____. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

_____. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outras.** São Paulo: UNES, 2000.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor.** 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GADOTTI, M. As muitas lições de Freire. In: MCLAREN, P.; LEONARD, P.; GADOTTI, M. (Orgs). **Paulo Freire: poder, desejo e memórias.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

GADOTTI, M. ; FREIRE, P. ; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GASTALDO, D. **É a educação em saúde "saudável"?** Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder.: *Educação e Realidade*. v.22, n.1, p. 147-165, 1997.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GUIMARÃES, LUZ. M. T. **A intuição e arte de curar: pensamento e ação na clínica médica**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 203).

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografia: métodos de investigação**. Barcelona: Paidós, 1994.

HEIDEGGER, M. **O conceito de tempo, a questão da técnica**. São Paulo: Cadernos de tradução n.2, DF/USP, 1997.

HERSKOVITS, M. J. **Antropologia cultural**. Rio de Janeiro: Mestre Jou, 1971.

HOEBEL, E. A.; FROST, E. L. **Antropologia cultural e social**. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1976.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Org.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995.

KLEBA, M. E. Educação em saúde na assistência em enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis de enfermagem**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. (Série Enfermagem – REPENSUL).

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. London: University of Californ, 1980.

KRÜGER, H. **Introdução à psicologia social**. São Paulo: EPU, 1986.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERPHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LANNES, R. **Assistência perinatal e neonatal no Brasil: um desafio para os serviços de saúde**. Fevereiro de 1999. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/tema.html>. Acesso em: 18 ago. 2002.

LEFÈVRE, F. **O sujeito da promoção da saúde**. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~flefevre/sujeitodapromocao.html>. Acesso em: 03 abr. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Orgs.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **DSC passo a passo**. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~flefevre/dscpassoapasso.html>. Acesso em: 23 nov. 2001.

_____. **O discurso do sujeito coletivo: breve proposta de apresentação**. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~flefevre/resumo.html>. Acesso em: 01 jun. 2002.

_____. **A questão da aderência aos discursos**. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~flefevre/questaoadaaderencia.html>. Acesso em: 01 jun. 2002.

LEININGER, M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEOPARDI, M. T. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural: parte I**. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

LEVY, S. N. et al. **Educação em saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/teas/educacaosaude/educacaosaude.htm>. Acesso em: 18 out. 2002.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné, Melanésia**. 3. ed. São Paulo: Victor Civita, 1984.

MARCONDES, E. Crescimento e sua monitorização. In: ISSLER, L. C.; MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Sarvier, 1999.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C.; RABELO, M.C. (Orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1998.

MONDIN, B. **O homem que ele é ?** elementos de antropologia filosófica. São Paulo: Paulus, 1980.

MONTICELLI, M. **Nascimento, um rito de passagem**. Abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997.

MOREIRA, W. W. (Org.). **Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas: Papirus, 2001.

MORIN, E. **O método III: o conhecimento do conhecimento/I**. Portugal: Europa América, 1996.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

NERY, C. B. Atenção de enfermagem à mãe e à criança. In: VANZIN, S.; NERY, M. E. S. **Atenção de enfermagem à mãe e à criança**. 2. ed. Porto Alegre: RM & L, 1999.

NIETSCHE, E. A. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: SAUPE, S. (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1998. (Série Enfermagem – REPENSUL).

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho antropológico**. São Paulo: UNESP, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA, F. N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Qualidade de vida: reflexão de enfermeiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 11-26, set./dez. 1999.

PENNA E... PINHO 2002

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, jan./fev. 2000.

PILON, A. F. Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 391-396, 1996.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: UFSC: Papa Livros, 1999.

QUEIROZ, M. V. O. **Só a mãe conhece o filho: um estudo na etnoenfermagem**. 1998, 136p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. (Série Enfermagem – REPENSUL).

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v, 15, supl.2, p. 4-6, 1999.

SCOCHI, C. G. S.; RIUL, M. J. S.; GARCIA, C. F. D.; BARRADAS, L. S.; PILEGGI, S. O. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul. Enfermagem*, v. 14, n.1, p. 9-16, 2001.

SIMIONE, A. M.; LEFÈVRE, F.; PEREIRA, I. M. T. B. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais**. Universidade de São Paulo (Série Monográfica n. 2, 1996). Disponível em: <http://Metodologia_qualitativa_nas_pesquisas_em_saude_coletiva_consideracoes_teoricas_e_instrumentais.htm>. Acesso em: 2 jun. 2002.

SILVA, A. S. A ruptura como senso comum nas ciências sociais. In: SILVA, A. S. ; PINTO, J. M. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Afrontamento, 1999.

SILVA, N. N.; PEDROSO, G. C.; PUÇCINI, R. F.; FURLANI, W. J. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 44-49, fev. 2000.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOARES, N. V.; LUNARDI, V. L. Os direitos do cliente como uma questão ética *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v.55, n. 1, p. 64-69, jan./fev. 2002.

SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

TERRA, V. M. Área pediátrica do centro de saúde. In: ISLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. *Pediatria na atenção primária*. São Paulo: Sarvier, 1999.

TOBAR, F. ; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORRES, C. A. Da pedagogia do oprimido à luta continua: a pedagogia política de Paulo Freire. In: MCLAREN, P. ; LEONARD, P.; GADOTTI, M. (Orgs.). *Paulo Freire: poder, desejo e memórias*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.

VALLA, V. V. *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VALLA, V. V. ; STOTZ, E. N. (Orgs.). *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume /Dumará, 1993.

VANZIN, S.; NERY, M. E. S. *Atenção de enfermagem à mãe e a criança*. 2. ed. Porto Alegre: RM & L, 1999.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VERÍSSIMO, M. De La Ó R. *Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil*. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/modelo_tema3/texto21_1.asp_20k>. Acesso em: 19 mar. 2002.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. M. L.; MEYER, D. E. *Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALL, M. L. *Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos*. Goiânia: AB, 2001.

ZAJDSZNAJDER, L. *Ser ético no Brasil*. 4. ed. Rio de Janeiro: Grypus, 2001.

ZUBEN, N. A.V. *O primado da presença e o diálogo em Martin Buber*. Disponível em: <<http://fae.unicamp.Br/html/vonzuben/presenca.html>>. Acesso em: 22 abr. 2001.

Apêndices e anexos

Apêndice A

FIGURAS METODOLÓGICAS DAS CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM
 SAÚDE

Entrevista 1

Expressões-Chave	Discurso Individual
Colher frutos Pediatria preventiva Paciente volte Inter-relacionamento Ficha Nível / Renda familiar Condições de saneamento Não cobrar / impor Cuidado Diferente de consultório Tem que cobrar Parceria Não vai impor Ajudar O cliente retorna Opinião dos livros Saber	A educação em saúde é preventiva, depende das condições do cliente, para formar uma parceria o profissional não deve cobrar, impor e o conhecimento deve ser científico. Com isto o cliente retorna ao serviço.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Prevenção</u> <u>Condições do cliente</u> <u>Parceria</u> <u>Não pode cobrar / impor</u> <u>Científica</u> <u>Cliente retorna</u>	A educação em saúde é uma prática preventiva que não pode ser imposta, deve ter uma base conceitual e outra científica.

Ancoragem: Prevenção, experiência, conhecimento científico.

Entrevista 2

Expressões-Chave	Discurso Individual
Tecnologia de ponta Humanização Preocupar com o outro Cuidando e ensinando Observando como ela faz (mãe) Atitude da mãe tocar o bebê Necessidade da mãe e do bebê Mais confiança Mais segurança (meio ansiosa) Capaz de cuidar Expor dúvidas, ansiedade e medo	A tecnologia de ponta requer humanização. Que o profissional se preocupe com o vínculo mãe-filho, oferecendo oportunidade para a mãe cuidar; cuidando e ensinando, observando suas atitudes, percebendo suas necessidades. Assim, ela terá mais confiança, segurança, expõe dúvidas e sentimentos e terá maior chance de cuidar do bebê.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Tecnologia de ponta</u> <u>Humanização</u> <u>Cuidando e ensinando</u> <u>Atitude da mãe</u> <u>Necessidade da mãe e do bebê</u> <u>Confiança</u> <u>Segurança</u>	O profissional deve se preocupar com a humanização, o vínculo mãe-filho, cuidar e ensinar a mãe a cuidar, dando-lhe confiança.

Ancoragem: Humanização, aprender a fazer (capacitação).

Entrevista 3

Expressões-Chave	Discurso Individual
Orientar É conscientizar a família da criança sobre doença, tratamento e higiene Mostrar como fazer em casa Carência afetiva e social Apoio na escola Pensando no amanhã Melhor qualidade de vida	É orientar, conscientizar a família da criança sobre doença, tratamento e higiene, o apoio afetivo e social à criança em casa e na escola, pensando em melhorar a qualidade de vida.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Orientar, conscientizar</u> <u>Carência afetiva e social</u> <u>Qualidade de vida</u>	É orientar, conscientizar a família da criança sobre os cuidados da criança, e oferecerem apoio afetivo e social em casa e na escola, pensando em melhorar a qualidade de vida.

Ancoragem: Qualidade de vida.

Arquivado em 10/05/2011 10:00:00
 Biblioteca de Ciências da Saúde

Entrevista 4

Expressões-Chave	Discurso Individual
Oferecer condições para a mãe cuidar Amamentar Orientar os cuidados e sua alimentação	É oferecer condições para a mãe cuidar do bebê, amamentar, orientando os cuidados do bebê e sua alimentação.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Cuidar</u> <u>Orientar</u> <u>Amamentar</u>	É oferecer condições para a mãe cuidar de si e do bebê.

Entrevista 5

Expressões-Chave	Discurso Individual
Conhecimento que a mãe recebe Informações Conduta Orientação alimentar Pautada no que aprendeu	Educação em saúde é o conhecimento que a mãe recebe através de informações e orientações, levando a ter condutas pautadas no que aprendeu.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Informação</u> <u>Orientação alimentar</u> <u>Condutas</u> <u>Conhecimento/aprendizagem</u>	Educação em saúde é o conhecimento recebido pela mãe, por meio de informações, orientações para que ela tenha conduta pautada no que aprendeu.

Ancoragem: Informação/orientação.

Entrevista 6 4

Expressões-Chave	Discurso Individual
Orientação à criança, principalmente à mãe Práticas de saúde Conversar com a mãe Escutá-la Trabalho em equipe Inerente à pediatria Palestra com vídeo, folder, cartazes Pessoal preparado Participação ativa da mãe, podendo perguntar, contestar e tirar dúvidas Uma troca Grupos pequenos Falar à vontade Não sendo só ouvintes	Educação em saúde é orientação à criança e à mãe sobre as práticas de saúde, uma conversa procurando escutar a mãe que terá participação ativa, podendo perguntar, contestar, tirar dúvidas. Deve ser feito em equipe e o ideal é palestra com vídeos, folder, cartazes, pessoal preparado, uma troca de conhecimentos em grupos pequenos, onde a mãe não é apenas ouvinte.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Orientação</u> <u>Práticas de saúde</u> <u>Conversa/escuta</u> <u>Trabalho em equipe</u> <u>Participação</u> <u>Uma troca</u> <u>Grupos pequenos</u>	Educação em saúde é orientação à criança e à mãe sobre as práticas de saúde, escutando-a, tendo pessoal e instrumentos preparados, um trabalho em equipe com grupos pequenos onde os participantes não sejam só ouvintes.

Ancoragem: Comunicação/escuta, e trabalho em equipe.

Entrevista 7

Expressões-Chave	Discurso Individual
Relação mãe, criança e profissional Orientar as rotinas do setor Prevenção de doenças Higiene Conversa com a mãe	É um relacionamento do profissional com a criança e a mãe a fim de orientar sobre os cuidados, prevenção de doenças e higiene por meio de uma conversa com a mãe.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Relacionamento</u> <u>Comunicação</u> <u>Orientar rotinas</u> <u>Prevenção de doenças</u> <u>Higiene</u>	É um relacionamento do profissional com a criança e a mãe a fim de orientar sobre os cuidados, prevenção de doenças e higiene.

Ancoragem: Relacionamento, comunicação, prevenção de doenças.

Entrevista 8

Expressões-Chave	Discurso Individual
É orientar Preparar a mãe para cuidar	É orientar preparando a mãe para cuidar
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Orientar</u> <u>Preparar para cuidar</u>	É orientar preparando a mãe para cuidar

Entrevista 9

Expressões-Chave	Discurso Individual
Saber ouvir Conhecer a realidade Fazer as orientações Direcionar as necessidades Pré-natal diferente Um são orientadas, outras não Tem que ter retorno Acompanhamento Deve ser feito por todos os profissionais	É saber ouvir, na conversa conhecer realidade e orientar direcionando às necessidades. As mães fazem pré-natal diferenciado, algumas são orientadas, outras não. Deve ter retorno [do cliente] para acompanhamento pela equipe multiprofissional.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Saber ouvir</u> <u>Conhecer a realidade</u> <u>Direcionar as necessidades</u> <u>Acompanhamento</u> <u>Envolver todos os profissionais</u>	É saber ouvir conhecendo as necessidades. Orientar tendo um acompanhamento com a equipe multiprofissional.

Ancoragem: Saber ouvir, conhecer a realidade, equipe multiprofissional.

Entrevista 10

Expressões-Chave	Discurso Individual
É orientar, informar Passar conhecimentos de maneira simples Contribuir na melhoria da qualidade de vida Promoção ligada às ações básicas Aleitamento materno Evitar internamentos por diarreia e pneumonia	Educação em saúde é orientar/informar, passar conhecimentos de maneira simples, sobre ações básicas como aleitamento materno, diarreia e pneumonia, evitando internamentos, promovendo a saúde e a qualidade de vida.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Informar/orientar</u> <u>Qualidade de vida</u> <u>Promoção da saúde</u> <u>Aleitamento materno</u>	Educação em saúde é orientar/informar, passar conhecimentos, contribuindo para a prevenção de doenças na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

Ancoragem: Informar/orientar, promoção da saúde, qualidade de vida.

Entrevista 11

Expressões-Chave	Discurso Individual
Trabalho prático e real Ganhar a confiança O cliente não ficar perdido Trabalho integrado da equipe Respeito mútuo Objetivo único	Educação em saúde é fazer um trabalho que seja prático e real, que o cliente não fique perdido. Deve haver integração da equipe, ganhando a confiança da mãe, tendo o respeito mútuo e objetivo único.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Confiança</u> <u>Trabalho em equipe</u> <u>Respeito mútuo</u>	Educação em saúde é fazer um trabalho prático e real, ganhando a confiança da mãe, um trabalho com objetivo único.

Ancoragem: Integração da equipe, respeito ao outro.

Entrevista 12

Expressões-Chave	Discurso Individual
Oportunidade para orientar Alimentação, vacinas, Prevenção de doenças e tratamento Contribuir para a criança crescer num ambiente saudável Diminuir o estresse da criança e da família	É orientar sobre alimentação, vacinas, prevenção de doenças e tratamento e assim contribuir para a criança crescer num ambiente saudável, diminuindo o estresse da criança e da família em relação à doença.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Orientação</u> <u>prevenção de doenças e tratamento</u> <u>Crescimento saudável</u>	É orientar sobre cuidados com a criança, prevenção e tratamento de doenças e assim contribuir para a criança ter saúde.

Ancoragem: Crescimento saudável, prevenção de doenças.

Entrevista 13

Expressões-Chave	Discurso Individual
Visa orientar a mãe quanto aos cuidados com o bebê e a alimentação ao seio Prevenção de doença. Mãe não é orientada Chamamos a família Seguimento da criança	A educação em saúde visa orientar sobre os cuidados com a criança, amamentação e prevenção de doenças, envolvemos a família para que dêem seguimento ao acompanhamento da criança.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Orientar cuidados</u> <u>Prevenção de doenças.</u> <u>Mãe não é orientada</u> <u>Chamamos a família</u> <u>Seguimento da criança</u>	Visa a orientação à mãe e à família sobre a amamentação, cuidados, prevenção de doenças e o seguimento da criança.

Ancoragem: Prevenção, orientação

Entrevista 14

Expressões-Chave	Discurso Individual
Forma de ajudar Conscientizar a mãe sobre os cuidados Garantindo a saúde e o desenvolvimento saudável da criança Promover e incentivar o aleitamento materno Relação com a promoção da saúde Mostrar a qualidade do leite, as questões financeiras, a natureza de Deus População carente e quando se abre pede ajuda	É uma forma de ajudar, conscientizar a mãe sobre os cuidados, a amamentação, a qualidade do leite, as questões financeiras, promovendo a saúde e o desenvolvimento saudável da criança. A população é carente e quando se abre pede ajuda.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Conscientizar a mãe</u> <u>Desenvolvimento saudável da criança</u> <u>Promover o aleitamento materno</u> <u>Promoção da saúde</u> <u>Mostrar a qualidade do leite</u> <u>Questões financeiras</u> <u>População carente</u>	É ajudar as mães, conscientizando-as sobre os cuidados e a amamentação e suas vantagens na saúde e desenvolvimento da criança

Ancoragem: Desenvolvimento saudável, promoção da saúde.

Entrevista 15

Expressões-Chave	Discurso Individual
Repassar conhecimentos à mãe Observar, corrigir o que está errado A mãe cuidar da criança em casa Repetindo o que foi ensinado Incrementar na rotina Planejar envolvendo todos Ter continuidade	É repassar conhecimentos à mãe, observar e corrigi-la para que ela cuide da criança em casa orientando-se pelo que foi ensinado. Para tanto é necessário planejar de forma contínua essa atividade, envolvendo todos os profissionais.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Repassar conhecimentos</u> <u>Planejar envolvendo todos</u> <u>Ter continuidade</u>	Repassar conhecimentos profissionais para que a mãe cuide da criança. Uma atividade que deve ser planejada com todos os profissionais.

Ancoragem: Repassar conhecimentos, planejamento em equipe.

Entrevista 16

Expressões-Chave	Discurso Individual
São as informações que as mães e as famílias recebem dos profissionais durante a consulta Vídeos e palestras na sala de espera O profissional enfatiza importância do bebê ser amamentado Aspectos ligados ao acompanhamento crescimento e desenvolvimento da criança Relacionamento mãe-filho Ocorrência quando não se cumprem as orientações No pré-natal e na primeira consulta da criança	São as informações que as mães e famílias recebem no contato com os profissionais durante as consultas, vídeos e palestras onde eles enfatizam a amamentação, sua relação com o crescimento e o desenvolvimento da criança, o relacionamento familiar e as possíveis conseqüências pelo não cumprimento das orientações.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Informações</u> <u>Vídeos e palestras</u> <u>Amamentação</u> <u>Crescimento e desenvolvimento da criança</u> <u>Relacionamento mãe-filho</u>	Informações no contato com os profissionais na consulta, vídeos e palestras sobre amamentação, crescimento e desenvolvimento e as conseqüências do não cumprimento das orientações.

Ancoragem: Informações, crescimento, desenvolvimento.

Entrevista 17

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>É esclarecer, tirar as dúvidas das mães Elas chegam e não sabem nada sobre a criança São constrangidas, silenciosas Cultura que o médico e outras pessoas da área de saúde é superior As mães ficam com medo de falar É necessário conversar, brincar, descontrair Num clima de amizade</p>	<p>É esclarecer as mães sobre o estado de saúde da criança, pois elas são constrangidas e silenciosas, sentem a diferença entre elas e os profissionais da área de saúde, por isso é necessário conversar num clima de amizade e descontração.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Esclarecer dúvidas</u> <u>Conversar</u> <u>Amizade</u></p>	<p>É esclarecer às mães sobre o estado de saúde da criança, tendo uma conversa e um relacionamento de amizade.</p>

Ancoragem: Comunicação.

Entrevista 18

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Promover o bem-estar Acesso ao serviço de saúde Educação tem peso forte na pediatria Lidamos com a criança como um todo Puericultura é a parte educacional O nascimento e o desenvolvimento Ter uma relação de confiança e acompanhamento continuado Orientar a mãe sobre a alimentação Prevenção de doenças O pediatra tem que ter isso na cabeça</p>	<p>Orientar a mãe sobre a alimentação e outros cuidados para a prevenção de doenças. É puericultura, ver a criança como um todo desde o nascimento, o crescimento e o desenvolvimento continuamente. É ainda o profissional com essas idéias propagar e multiplicar.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Puericultura</u> <u>Acompanhamento continuado</u> <u>Acessibilidade</u> <u>Orientar</u> <u>Prevenção</u></p>	<p>É orientar sobre alimentação e outros cuidados para a prevenção de doenças, ter acompanhamento contínuo por meio da puericultura.</p>

Ancoragem: Acesso, prevenção de doenças.

FIGURAS METODOLÓGICAS DAS TRAMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Entrevista 1

Expressões-Chave	Discurso Individual
Pesar e medir Alimentação Evitar a doença Saber o que a mãe está fazendo Crendices e tabus Sem agredir Sem gerar conflitos Mostrar o que se faz hoje Ter diálogo Ajuda da enfermeira	O fazer da educação em saúde refere-se ao acompanhamento do peso, medida e alimentação da criança, evitando que adoeca, dialogando com a mãe sem agredir ou gerar conflito, mostrando o que se faz hoje baseando-se na experiência pessoal, no entendimento da mãe com a colaboração da enfermeira.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Pesar e medir</u> <u>Alimentação</u> <u>Evitar a doença</u> <u>Ter diálogo</u> <u>Sem gerar conflitos</u> <u>Mostrar o que faz hoje</u>	A prática de educação em saúde refere-se ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, à prevenção de doenças, levando em conta as experiências profissionais.

Ancoragem: Acompanhamento da criança, diálogo.

Entrevista 2

Expressões-Chave	Discurso Individual
Tecnologia de ponta Humanização Preocupar com o outro Cuidando e ensinando Observando como ela faz (mãe) Atitude da mãe Tocar o bebê Necessidade da mãe e do bebê Mais confiança Mais segurança (meio ansiosa) Capaz de cuidar Expor dúvidas, ansiedade e medo	A tecnologia de ponta requer humanização, que o profissional se preocupa com o outro, o vínculo mãe-filho oferecendo oportunidade para a mãe cuidar; cuidando e ensinando, observando como ela faz, suas atitudes, percebendo a necessidade de ambos. A mãe expõe dúvidas e sentimentos. Assim, ela terá mais confiança, segurança.

Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Tecnologia de ponta</u> <u>Humanização</u> <u>Cuidando e ensinando</u> <u>Observar atitude da mãe</u> <u>Necessidade da mãe e do bebê</u> <u>Mais confiança</u> <u>Mais segurança</u>	A tecnologia de ponta requer humanização, que o profissional se preocupe com o outro, o vínculo mãe-filho atenda suas necessidades tornando-a confiante e capaz de cuidar da criança.

Ancoragem: Humanização, aprender a fazer.

Entrevista 3

Expressões-Chave	Discurso Individual
Pergunto sobre sua conduta Alimentação, hábitos e costumes Vou corrigindo Incentivo a ter mais cuidado Necessidades das famílias A mãe fica entrosada A criança mais amiga Relacionamento com a criança e a mãe Procuo cativar a mãe Trazer até a mim	Pergunto sobre os hábitos e costumes da mãe, vou corrigindo, incentivando a ter mais cuidado. Vejo as necessidades das famílias, tenho um relacionamento com a criança e a mãe, trazendo-as até a mim.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Alimentação, hábitos e costumes</u> <u>Necessidades das famílias</u> <u>Corrigir a mãe</u> <u>Incentivo a ter mais cuidado</u> <u>Relacionamento com a criança e a mãe</u>	Procuo conhecer as necessidades das famílias, os hábitos e os costumes, orientando a ter mais cuidado a partir de um relacionamento com a criança e a mãe.

Ancoragem: Relacionamento, conduta, hábitos, costumes

Entrevista 4

Expressões-Chave	Discurso individual
<p>As vezes nos voltamos às atividades burocráticas Dizemos não ter tempo Mas é só programar Reunimos as mães Falamos simples e de acordo com seu interesse, sem sobrecarregar Cuidados com o bebê, amamentação De acordo com a prática Fazemos muito no individual Não vemos a continuidade Depende da boa vontade do profissional Se todos colaborassem</p>	<p>Dizemos não ter tempo, às vezes nos voltamos às atividades burocráticas, reunimos as mães para falar de assunto de seu interesse de maneira simples, sem sobrecarregar, de acordo com a prática. Ainda é uma atividade individual, não tem continuidade. Depende da vontade do profissional e da colaboração de todos.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Atividades burocráticas</u> <u>Falamos de acordo com seu interesse</u> <u>Cuidados com o bebê, amamentação</u> <u>Não vemos a continuidade</u> <u>Depende da boa vontade do profissional</u> <u>Se todos colaborassem</u></p>	<p>Reunimos as mães para falar de assunto de seu interesse de maneira simples, de acordo com a prática. Ainda é uma atividade individualizada e descontínua que depende da vontade e colaboração de todos os profissionais.</p>

Ancoragem: Atividades burocráticas, colaboração, continuidade, linguagem.

Entrevista 5

Expressões-Chave	Discurso Individual
Dificil, a gente tem de se esforçar Unidade lotada É inerente ao serviço Enfermeiros restritos Muito tempo no cuidado É interesse do grupo e da coordenadora assistência ao binômio mãe-filho O bebê como todo O contexto familiar Conversando com a mãe Observando o comportamento Orientando alimentação, recuperação Ensinando o cuidado na recuperação Explicamos a condição do bebê Acesso livre para ver o bebê Tocar o bebê Faz parte do serviço	A prática de educação em saúde é difícil porque a unidade está sempre lotada, mas é inerente ao serviço e interesse do todos e da coordenadora atender o binômio mãe-filho, o bebê com um todo, no contexto familiar, observando o comportamento da mãe, conversando e orientando sobre a alimentação dela, os tabus, a amamentação, sexualidade, controle de natalidade. Ensinamos o cuidado na recuperação do bebê, dando oportunidade para a mãe cuidar, tirar suas dúvidas e participar do tratamento da criança.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>É inerente ao serviço</u> <u>É interesse do grupo e da coordenadora assistência ao binômio mãe-filho</u> <u>O bebê como todo</u> <u>O contexto familiar</u> <u>Conversando com a mãe</u> <u>Observando o comportamento</u> <u>Orientando alimentação, recuperação</u> <u>Ensinando o cuidado na recuperação</u>	É difícil porque a unidade está sempre lotada, mas a educação em saúde é inerente ao serviço e interesse de todos, da coordenadora atender o binômio mãe-filho como um todo. Observando o comportamento da mãe, orientando cuidados e participando do tratamento.

Ancoragem: Assistência integral, cuidado, recuperação, contexto familiar.

Entrevista 6

Expressões-Chaves	Discurso Individual
<p>O tratamento da criança Adquirir sua promoção da saúde Orientando a mãe O ambiente: família, vizinhança, escola, moradia Aspectos psicoemocionais Às vezes o filho não está doente O depoimento da mãe. Na palestra, as mães, não ficam como expectadoras Podem acrescentar É importante para elas aprenderem Outras aprendem com elas Às vezes escutam mais a vizinha A experiência dela</p>	<p>Na prática a gente faz o tratamento da criança para que se restabeleça, promovendo sua saúde, por meio da orientação à mãe, entrando em todo o contexto familiar e social, nos aspectos psicoemocionais, pois às vezes a criança não está doente, mas a mãe procura. Temos de escutá-la. Na palestra, experiências em outros serviços, as mães não ficam como expectadoras, acrescentam suas experiências, e as outras mães aprendem também, pois às vezes escutam mais a vizinha do que a nós profissionais.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>O tratamento da criança</u> <u>Adquirir sua promoção da saúde</u> <u>Orientando a mãe</u> <u>O ambiente e família</u> <u>Aspectos psicoemocionais</u> <u>As mães não ficam como expectadoras</u> <u>É importante para elas aprenderem com outra mãe</u> <u>Às vezes escutam mais a vizinha</u> <u>A experiência</u></p>	<p>Na prática se faz em relação ao tratamento, promoção em saúde, orientando a mãe, vendo o contexto do ambiente e família, aspectos psicossociais, escutando a mãe na palestra, as mães não ficam como expectadoras, há troca de aprendizagem e experiências.</p>

Ancoragem: Experiências, contexto sociofamiliar.

Entrevista 7

Expressões-Chave	Discurso Individual
Abordagem ao cuidado Grupo operativo Equipe multiprofissional Prevenção de doenças e higiene Cuidado no hospital e em casa Abordagem individual é difícil Orientar na enfermaria Devido ao tempo e ao desgaste É difícil estar no grupo Dar assistência Faço orientação na admissão Uma conversa com a mãe Colhendo dados e orientando Falando da rotina Da conduta da mãe, como comportar-se No dia-a-dia é difícil Aglomerado de participantes	A educação em saúde é feita na admissão, uma conversa, colhendo dados e orientando sobre as normas e rotinas da unidade e sobre o comportamento da mãe. A abordagem individual é difícil devido ao tempo e ao desgaste do profissional. No grupo operativo é feito pela equipe multiprofissional aos acompanhantes sobre o cuidado, prevenção de doenças e higiene, tanto no hospital como em casa.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Equipe multiprofissional</u> <u>Prevenção de doenças e higiene</u> <u>Cuidado no hospital e em casa</u> <u>Abordagem individual é difícil</u> <u>Normatização</u> <u>Comportamento da mãe</u>	A educação em saúde é feita na admissão, por meio de uma abordagem individual, mas é difícil em virtude da indisponibilidade e desgaste do profissional. No grupo operativo é feito pela equipe multiprofissional e os acompanhantes.

Ancoragem: Prevenção de doenças, equipe multiprofissional, normatização.

Entrevista 8

Expressões-Chave	Discurso Individual
Observando e aprendendo Elas têm receio de tocar o bebê A gente vai introduzindo Aprendendo de forma gradativa. Tem reunião, palestra com os profissionais	A gente vai entendendo a mãe e introduzindo maneiras de cuidar do bebê. Elas têm receio de tocar no bebê, mas vão aprendendo, gradativamente, também nas reuniões e palestras com os profissionais.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Observando e aprendendo</u> <u>Aprendendo de forma gradativa</u> <u>Reunião, palestra com as mães</u>	A gente vai orientando a cuidar, tocar o bebê. Gradativamente as mães aprendem com os profissionais.

Ancoragem: Aprendizagem.

Entrevista 9

Expressões-Chave	Discurso Individual
Há dias que se consegue Refletimos sobre o que deixamos de oferecer A recepção na unidade No momento da internação Valorizar, apoiar, deixar o bebê perto Vínculo mãe-filho Converso com a mãe Amamentação, cuidados com o bebê Experiência de uma para a outra Só a conversa do profissional se perde As auxiliares orientam a amamentação Muitos profissionais não fazem	Na prática tem dias que conseguimos, outros dias refletimos sobre o que deixamos de oferecer. É importante na hora da internação apoiar e fortalecer o vínculo mãe-filho, conversar sobre amamentação, cuidados com o bebê. Somente a conversa do profissional se perde, deve ter a troca de experiências entre as mães. As auxiliares orientam durante o cuidado. Mas muitos profissionais não fazem.

Temas Emergentes	Idéia Central
<p>Refletimos sobre o que deixamos de oferecer</p> <p>A recepção na unidade, a internação</p> <p>Vínculo mãe-filho</p> <p>Converso com a mãe</p> <p>Amamentação, cuidados com o bebê</p> <p>Experiência de uma para a outra</p> <p>Somente a conversa do profissional se perde</p> <p>As auxiliares orientam a amamentação</p> <p>Muitos profissionais não fazem</p>	<p>Na prática tem dias que a gente consegue, outros dias refletimos sobre o que deixamos de fazer. No momento da internação devemos apoiar o vínculo mãe-filho, conversar sobre amamentação e os cuidados com o bebê por meio da troca de experiências entre as mães.</p>

Ancoragem: Vínculo mãe-filho, troca de experiências.

Entrevista 10

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Um trabalho quebrado</p> <p>Não há continuidade</p> <p>Acompanhamento de mulheres</p> <p>Problemas associados</p> <p>Gravidez e pós-parto</p> <p>Até que ponto está contribuindo</p> <p>A saúde da mãe do bebê</p> <p>Deveria iniciar no pré-natal</p> <p>Acompanhar posteriormente</p> <p>Não chocar ou impor</p> <p>Final de semana descoberto</p> <p>Sem orientação</p> <p>Não temos o retorno</p> <p>Não tem profissional para fazer o incentivo e a coleta</p> <p>O nível médio pode ajudar</p> <p>Ninguém desenvolve esse trabalho sozinho</p>	<p>É um trabalho descontínuo, no final de semana fica sem orientação, não tem profissional, o nível médio pode ajudar no incentivo e na coleta do leite materno, ninguém desenvolve esse trabalho sozinho. Acompanho mães com problemas na gravidez e pós-parto, até que ponto está contribuindo na melhoria da saúde do bebê e da mãe se não há acompanhamento no pré-natal e nem posterior.</p>

Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Não há continuidade</u> <u>Final de semana descoberto</u> <u>Não temos o retorno da mãe</u> <u>Até que ponto está contribuindo</u> <u>A saúde da mãe do bebê</u> <u>Deveria iniciar no pré-natal</u> <u>Não chocar ou impor</u></p>	<p>É um trabalho descontínuo, não tem profissional, falta até mesmo profissional e nível médio para fazer o incentivo e a coleta do leite materno. O acompanhamento deveria ser no pré-natal e também no pós-parto e, assim, melhoraria a saúde da criança e da mãe.</p>

Ancoragem : Descontinuidade, acompanhamento da criança e da mãe.

Entrevista 11

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Condição socioeconômica Não ter opinião divergente Fazer confiável Mostra o que a criança precisa São mais difíceis As mães e avós mais velhas Sem insistir Tenho uma relação de igualdade Tratando como ser humano</p>	<p>A educação em saúde é feita tendo uma relação de igualdade e tratando como ser humano, mostrando o que a criança precisa sobre a alimentação, respeitando a condição socioeconômica e se fazendo confiável.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p>Relação de igualdade Tratando como ser humano Não ter opinião divergente Fazer confiável, condição socioeconômica</p>	<p>A educação em saúde numa relação de igualdade e confiança, tratando como ser humano, conforme as necessidades e condição socioeconômica da criança.</p>

Ancoragem: Humanização.

Entrevista 12

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Aqui é diferente, fechada Consulta médica Faço a triagem Atividade desgastante Convencer os pais a procurar a unidade básica de saúde Atualmente está organizado A procura é menor Faço um trabalho com calma Falo das medicações várias vezes informando o que aconteceu com a criança A gente descobre as coisas A mãe não falou na consulta médica A enfermeira tem sensibilidade para chegar mais perto da mãe</p>	<p>Aqui é uma prática diferente, fechada a consulta médica. Faço a triagem, atividade desgastante, convencer os pais a procurar unidade básica de saúde. Faço um trabalho com calma, informando sobre a medicação, o estado de saúde da criança. A enfermeira tem sensibilidade, chega mais perto da mãe.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Convencer os pais</u> <u>Um trabalho com calma</u> <u>A gente descobre as coisas</u> <u>A enfermeira tem sensibilidade</u> <u>Chegar mais perto da mãe</u></p>	<p>A consulta é restrita aos médicos, a triagem é feita pela enfermeira de forma desgastante. Na prática de educação em saúde é um trabalho informativo sobre a medicação e a condição da criança, ficando mais perto da mãe.</p>

Ancoragem: Sensibilidade.

Entrevista 13

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>No AC é principalmente amamentação Mães recebem orientação no pré-natal Outras vêm totalmente leigas Problemas na mama Chamamos a enfermeira e a nutricionista Ensinam à mãe o manejo da amamentação À mãe fica mais dias para aprender e a criança sair mamando A mãe com desinteresse a gente se dedica mais Problema na amamentação retorna ao NAM A dificuldade é não poder acompanhar no dia-a-dia No final de semana, não há orientações Não se sabe como vai ser o seguimento Retornam com mamadeira A orientação da família é contrária Importante o diálogo com a família</p>	<p>No alojamento conjunto a principal prática é sobre aleitamento materno, orientando individualmente, dedicando-nos mais às primigestas, mães desinteressadas e aquelas que têm problemas na mama, com a ajuda da enfermeira e da nutricionista. As mães que ficam mais dias é mais fácil a gente acompanhar e a criança sair mamando. Há dificuldades porque algumas mães vêm totalmente leigas do pré-natal e quando saem do hospital no final de semana, não há orientações, não se sabe como vai ser o seguimento.</p> <p>Quando as mães demoram, ao retornar vêm com mamadeira, pois a orientação da família é contrária, é importante o diálogo com elas.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Mães recebem orientação no pré-natal</u> <u>Outras vêm totalmente leigas</u> <u>Ensinar à mãe o manejo da amamentação</u> <u>À mãe fica mais dias para aprender e a criança sair mamando</u> <u>A mãe com desinteresse a gente se dedica mais</u> <u>A dificuldade é não poder acompanhar no dia-a-dia</u></p>	<p>A prática se limita principalmente a orientações individuais sobre a amamentação, dedicando-se mais às mães com riscos de não amamentar. Temos a cooperação da nutricionista e da enfermeira que acompanham e ensinam o manejo da amamentação. A dificuldade no final de semana pela falta de continuidade, isso contribui para as mães retornarem tardiamente, oferecendo mamadeira, pois a orientação familiar é diferente, precisando um diálogo sobre amamentação.</p>

Ancoragem: Aprendizagem.

Entrevista 14

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Eu procuro ver o que é relevante Dando atenção ao que ela diz Suas dificuldades e dúvidas O manejo básico da amamentação Ir em busca de entender sua situação Ver o cartão da criança Fazemos dinâmica de grupo A mãe não escuta só o profissional Mas outras mães com suas experiências/as dúvidas são esclarecidas Algumas ficam na sala de ordenha para conversar A gente orienta e espera que reconheçam o melhor para ela e a criança É uma decisão delas</p> <p>As mães têm oportunidade de ver o desenvolvimento dos bebês maiores</p>	<p>Procuro ver o que é relevante dando atenção às dúvidas e dificuldades da mãe. Conversando e deixando-a reconhecer e decidir o melhor para si e seu filho, pois na dinâmica de grupo a mãe esclarece suas dúvidas com outras mães nas suas experiências e percebe o desenvolvimento dos bebês maiores.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Ver o que é relevante</u> <u>O manejo básico da amamentação</u> <u>Cartão da criança</u> <u>Fazemos dinâmica de grupo</u> <u>A mãe não escuta só o profissional</u> <u>Mas outras mães com suas experiências</u> <u>Dúvidas são esclarecidas</u> <u>Sala de ordenha para conversar</u> <u>Reconheçam o melhor para ela e a criança</u> <u>É uma decisão delas</u></p>	<p>Conversando sobre o que é relevante, como o manejo da amamentação, esclarecimento de dúvidas e dificuldades dessa prática, deixando a mãe decidir pela troca de experiências com outras mães.</p>

Ancoragem: Experiências, dinâmica de grupo.

Entrevista 15

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>A mãe que tem outros filhos Traz conhecimentos A gente supervisiona Reforçamos seu conhecimento Vemos a necessidade da mãe Primípara, nós ficamos mais tempo com ela, orientamos higiene, alimentação Contornamos problemas para não deixar de amamentar Temos preocupação com o retorno da criança para acompanhamento Vejo as condições da mãe e do bebê, se ele está mamando Procuo conversar, escutar a mãe Acreditar no que elas falam (queixas)</p>	<p>A mãe com experiência reforçamos seu conhecimento, à primípara dedicamos mais tempo, contornando os problemas para não deixar de amamentar, incentivando o acompanhamento da criança, procurando escutar à mãe em suas queixas, vendo as suas necessidades e do bebê.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>A mãe traz conhecimentos</u> <u>Reforçamos seu conhecimento</u> <u>Vemos a necessidade da mãe e do bebê</u> <u>Primípara orientamos mais tempo</u> <u>Preocupação com o retorno da criança</u> <u>Vejo as condições da mãe e do bebê</u> <u>Procuo conversar, escutar a mãe</u></p>	<p>Apoiamos as mães por meio da escuta, necessidades e a educação é feita contornando os problemas e incentivando as práticas adequadas à saúde da criança.</p>

Ancoragem: O conhecimento da mãe, escuta, necessidades.

Entrevista 16

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>É um trabalho de convencimento A mãe resistir às pressões Mostro que a curva de peso está bem O desenvolvimento da criança A mãe e a avó ficam felizes A avó é muito influente Quando é motivada contribui Para a mãe amamentar Senão é contrária à amamentação Peso abaixo do normal Alguma coisa está errada Conversa particular com a enfermeira A enfermeira verá a lactação, mamilo, Maneira correta de colocar o bebê ao seio Existe o ranso da cultura O glamour da chupeta e da mamadeira Mas há compreensão e insistência profissional Quando não comparecem à consulta pré-natal e têm alta no final de semana e feriado Percebemos a dificuldade Resistência da mãe Ela retorna dando chupeta e leite artificial à criança</p>	<p>É um trabalho de convencimento à mãe para resistir às pressões, motivando ela e a avó, esta como pessoa influente que pode contribuir na amamentação. Mostramos o ganho de peso da criança. Sendo abaixo do normal, a mãe é encaminhada para avaliação e conversa com a enfermeira. Há compreensão e insistência profissional, mas há a contrariedade da cultura, da mídia e quando não há acompanhamento no pré-natal, final de semana e feriado, ocorre a resistência da mãe que passa a dar leite artificial à criança.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>É um trabalho de convencimento</u> <u>A mãe resistir às pressões</u> <u>Mostro que a curva de peso está bem</u> <u>O desenvolvimento da criança</u> <u>A avó é muito influente</u> <u>Para a mãe amamentar</u> <u>A mãe conversa em particular com a enfermeira</u> <u>Ver a maneira correta de amamentação</u> <u>Existe o ranso da cultura</u> <u>O glamour da chupeta e da mamadeira</u> <u>Mas há compreensão e insistência profissional</u></p>	<p>Convencer a mãe e a avó a amamentar pelos resultados do ganho e peso da criança e quando há problemas terá uma conversa com a enfermeira. A equipe compreende e insiste sobre a amamentação mas há conflito com a cultura e com a mídia.</p>

Ancoragem: Cultura familiar, mídia, compreensão.

Entrevista 17

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Explicamos sobre os equipamentos, a doença e a respiração Em algumas situações a mãe participa do cuidado, como na alimentação por sonda A mãe observa e aprende Na unidade de menor risco Na reunião as mães perguntam mais A auxiliar também ensina Damos abertura para a mãe perguntar a outros profissionais A equipe procura atender aos problemas da criança e às preocupações da família</p>	<p>Explicamos sobre os equipamentos, sobre a condição da criança, a mãe aprende e realiza alguns cuidados na unidade de menor risco. A auxiliar também ensina e a mãe tem liberdade para perguntar aos outros profissionais que dão abertura e apóiam os problemas da mãe na família.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>A mãe participa do cuidado</u> <u>A mãe observa e aprende</u> <u>Na reunião as mães perguntam mais</u> <u>A auxiliar também ensina</u> <u>Damos abertura para a mãe perguntar a outros profissionais</u> <u>A equipe procura atender aos problemas da criança e às preocupações da família</u></p>	<p>A mãe é orientada quanto aos equipamentos e à condição de saúde da criança, participa de alguns cuidados junto da equipe que lhe dá abertura e apoio.</p>

Ancoragem: Orientação, diálogo.

Entrevista 18

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Na enfermaria, faço um trabalho junto dos residentes A educação está permeando o cuidado No ambulatório, na primeira consulta Vejo a criança como um todo Vinte minutos são para conversar Menor tempo é para examinar Na conversa você obtém a hipótese diagnóstica Entra com a educação alimentar, controle ambiental e medicação A gente procura mudar as idéias erradas</p>	<p>Na enfermaria, faço um trabalho junto dos residentes. A educação está permeando o cuidado. Na primeira consulta temos mais tempo de ver a criança como um todo, entrar na educação alimentar, ambiental e medicação, procurando mudar as idéias erradas da mãe.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>A educação está permeando o cuidado</u> <u>Vejo a criança como um todo</u> <u>Vinte minutos são para conversar</u> <u>Entra com a educação alimentar, controle ambiental e medicação</u> <u>A gente procura mudar as idéias erradas</u></p>	<p>É um trabalho com os residentes em que a educação permeia o cuidado. Na primeira consulta temos maior tempo para conversar, ver a criança como um todo, procurando mudar as idéias erradas da mãe.</p>

Ancoragem: Totalidade, mudança.

FIGURAS METODOLÓGICAS DA TRIÁDE CUIDAR-ENSINAR-APRENDER

Entrevista 1

Expressões-Chave	Discurso Individual
A mãe acreditar O retorno Abertura Diálogo Ver o que a mãe está fazendo A mãe dizer o que conseguiu Experiência pessoal	Saber o que a mãe está fazendo, num diálogo aberto, fazendo-a acreditar, considerando sua experiência pessoal.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>A mãe acreditar</u> <u>Retorno</u> <u>Diálogo</u> <u>Experiência pessoal</u>	Ter um diálogo aberto, fazendo-a acreditar, considerando sua experiência pessoal.

Ancoragem: Experiência, diálogo.

Entrevista 2

Expressões-Chave	Discurso Individual
Retorno Devolução da técnica Falar a mesma linguagem Nível que a mãe entenda Preocupar-se com a criança e a família Ser técnico e humano	Para a mãe aprender é preciso a equipe falar uma linguagem que a mãe entenda, preocupar-se com a criança e a família, sendo técnico e humano.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Retorno da técnica</u> <u>Falar linguagem que a mãe entenda</u> <u>Preocupar-se com a criança e a família</u> <u>Ser técnico e humano</u>	Falar uma linguagem que a mãe entenda, preocupar-se com a criança e a família, sendo técnico e humano.

Ancoragem: Tecnologia e humanização, linguagem.

Entrevista 3

Expressões-Chave	Discurso Individual
Não uso palavra técnica Mas a linguagem da mãe Respeitando como pessoa humana Respeitando a sensibilidade Vejo se aprendeu porque devolve Observo se melhorou o comportamento	Procuro usar uma linguagem adequada, respeitando como pessoa humana, vendo se aprendeu pela devolução e pelo comportamento assumido.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Não uso palavra técnica</u> <u>Mas a linguagem da mãe</u> <u>Respeitando como pessoa humana</u> <u>A mãe devolve</u> Ancoragem: Linguagem, respeito.	Utilizando linguagem adequada, respeito à pessoa, vendo se aprendeu pela devolução e pelo comportamento assumido.

Entrevista 4

Expressões-Chave	Discurso Individual
Falar no nível da mãe Da forma que entenda Para que as palavras não fiquem perdidas	Falar numa linguagem que a mãe entenda para que as palavras não fiquem perdidas.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Falar no nível da mãe</u> <u>Para que as palavras não fiquem perdidas</u> Ancoragem: Linguagem.	Linguagem adequada para que a mãe entenda.

Entrevista 5

Expressões-Chave	Discurso Individual
Linguagem da mãe Compreenda e cuide do bebê Acesso ao prontuário Tiram dúvidas Participam do tratamento Quebram a distância Informações entre as mães Amizade e solidariedade Compartilham sentimentos Ter um filho na UTI Para aprender É ensinar demonstrando fazer Devolver o que foi ensinado	Procuramos falar a linguagem que a mãe compreenda, quebrando a distância, facilitando interação e solidariedade entre as mães que têm um filho na UTI neonatal de modo que compartilhem sentimentos. A aprendizagem é facilitada pela troca de informações entre elas, a equipe demonstrando como faz e a mãe devolvendo o que foi ensinado.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Linguagem da mãe</u> <u>Tiram dúvidas</u> <u>Amizade e solidariedade</u> <u>Compartilham sentimentos</u> <u>É ensinar demonstrando fazer</u> <u>Devolver o que foi ensinado</u>	Ter uma comunicação adequada, facilitando a interação e solidariedade entre as mães. Aprendizagem pela troca de experiências das mães entre si e com a equipe, como também pela forma da equipe ensinar demonstrando como faz e a mãe devolvendo o que foi ensinado.

Ancoragem: Comunicação, solidariedade.

Entrevista 6

Expressões-Chave	Discurso Individual
O médico educa e deseduca Entender a cultura é delicado Traz do berço, das raízes Conversar individualmente O tempo mudou Uma relação de confiança É preciso conversar e tempo Nível socioeconômico baixo Não compreendem Às vezes ficam com vergonha Fico preocupada se a mãe entendeu Faço outras perguntas Mando voltar com a criança A própria criança incorpora	Para que a mãe aprenda é preciso conhecer a sua cultura e seu nível socioeconômico, ter uma relação de confiança, conversando individualmente, se consegue com o tempo. Algumas mães não compreendem, e não falam com vergonha; devemos falar e perguntar de outra maneira para que entendam, mandar voltar com a criança, às vezes, a própria criança entende.

Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Entender a cultura</u> <u>Conversar individualmente</u> <u>Uma relação de confiança</u> <u>Nível socioeconômico baixo</u> <u>Fico preocupada se a mãe entendeu</u> <u>Faço outras perguntas</u>	Para a mãe aprender é preciso entender a cultura, o nível socioeconômico, conversar individualmente, ter uma relação de confiança que se consegue com a conversa e tempo. Quando as mães não compreendem faço outras perguntas e mando voltar. A própria criança as vezes aprende.

Ancoragem: Cultura, relação de confiança.

Entrevista 7

Expressões-Chave	Discurso Individual
Ter diálogo Linguagem adequada Não científica Cultura da mãe Não gerar conflito Não ser radical Mostrar o que é bom para a criança A gente dá a palestra Não vê se a mãe aprendeu Não está fazendo correto Promover cursos/oficinas O profissional aprender Lidar com essa situação	É preciso diálogo numa linguagem não científica que a mãe compreenda, conforme à sua cultura, sem gerar conflito, promover a capacitação dos profissionais para lidar com essa situação.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Ter diálogo</u> <u>Linguagem adequada</u> <u>Não científica</u> <u>Cultura da mãe</u> <u>Não gerar conflito</u> <u>O profissional aprender</u> <u>Lidar com essa situação</u>	É preciso uma comunicação adequada conforme a cultura da mãe, sem gerar conflito, dar a palestra e fiscalizar se a mãe aprendeu. Para isso é necessário capacitar os profissionais.

Ancoragem: Cultura, linguagem, diálogo.

Entrevista 8

Expressões-Chave	Discurso Individual
População humilde Falamos linguagem compreensiva Somos acessíveis Às vezes não entendem Vão se habituando e entendendo Algumas mães têm vergonha de falar Atrapalhar o que estamos fazendo Mostramos o bebê O médico da criança Pode tirar dúvidas	A população é humilde, por isso temos uma linguagem compreensiva. Algumas têm vergonha, mas somos acessíveis e aos poucos a mãe vai se acostumando e pode tirar dúvidas.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>População humilde</u> <u>Falamos linguagem compreensiva</u> <u>Somos acessíveis</u>	Temos uma linguagem , compreensiva, acessível. Assim, a mãe pode aprender e tirar dúvidas.

Ancoragem: Linguagem.

Entrevista 9

Expressões-Chave	Discurso Individual
Uso a linguagem delas, o real A mãe começa a pensar Cultura é difícil, não dá para mudar Aprendizagem é vista pela observação É ensinar e ver se está correto Não fazer pela mãe O retorno Não abandonar a amamentação	Uso a linguagem das mães, comparando com o real, fazendo a mãe pensar. Cultura é difícil, não dá para mudar em pouco tempo, deve acompanhar o que foi ensinado, mas não fazer pela mãe, o retorno dela ajudará a não abandonar a amamentação.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Uso a linguagem delas, o real</u> <u>A mãe começa a pensar</u> <u>Cultura é difícil, não dá para mudar</u> <u>Aprendizagem é vista pela observação</u> <u>É ensinar e ver se está correto</u> <u>Não fazer pela mãe</u>	Usar a linguagem da mãe, entendendo que a cultura é difícil. Quanto à aprendizagem, é ensinar e observar como a mãe está fazendo e não fazer por ela, ter o retorno para continuar amamentando.

Ancoragem: Linguagem, cultura.

Entrevista 10

Expressões-Chave	Discurso Individual
Procuo ter diálogo Usar linguagem simples Vários tipos de clientes Baixa escolaridade Passar segurança Apoiar o lado emocional Não impor/ não criar resistência Deixar à vontade Informar riscos É difícil saber se fixou Informação dada, não tem retorno Dou coberturas em outros setores	Temos vários tipos de clientes, com baixa escolaridade, procuro ter diálogo, usar linguagem simples, apoiar emocionalmente, não impor, deixar à vontade para que não crie resistência, mas informar os riscos. A informação é dada, mas é difícil saber se fixou, pois não tem o retorno, dou cobertura em outros setores.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Procuo ter diálogo</u> <u>Usar linguagem simples</u> <u>Baixa escolaridade</u> <u>Passar segurança</u> <u>Apoiar o lado emocional</u> <u>Não impor/ não criar resistência</u> <u>Informar riscos</u>	Os clientes são diferenciados, com baixa escolaridade, temos que ter diálogo, apoiar emocionalmente, respeitar a individualidade. Não dá para saber se aprendeu, pois não há acompanhamento.

Ancoragem: Diálogo, respeito.

Entrevista 11

Expressões-Chave	Discurso Individual
Vocabulário que entenda Falar gradativamente Chegar no nível dela Devolver o que aprendeu Assimilação é boa	Procuo utilizar vocabulário que a mãe entenda, chegar no nível dela, quando ela devolve o que aprendeu significa que teve assimilação.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Vocabulário que entenda</u> <u>devolver o que aprendeu</u>	Utilizar vocabulário que a mãe entenda, quando ela devolve o que aprendeu teve assimilação.

Ancoragem: Comunicação.

Entrevista 12

Expressões-Chave	Discurso Individual
Conhecer a realidade da família Poder aquisitivo Falar na sua linguagem Sem agredir Pergunto se entendeu Reforço as orientações A mãe só é liberada quando devolve o que foi ensinado Deixá-la à vontade Tranqüilizá-la sobre a condição da criança	Conhecendo a realidade da família, falando a sua linguagem, orientando de forma que entenda e devolva o que aprendeu, tranqüilizando-a sobre a condição de saúde da criança.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Conhecer a realidade da família</u> <u>Poder aquisitivo</u> <u>Falar na sua linguagem</u>	Comunicação adequada conforme a realidade de modo que a família entenda e devolva o que aprendeu.

Ancoragem: Linguagem.

Entrevista 13

Expressões-Chave	Discurso Individual
Eu trago a mãe e a criança uma a uma Oriento tudo sobre o aleitamento materno Uso termos que ela entenda Explico de novo O retorno é com sete a dez dias Tento convencer as mães a virem pelo menos a primeira vez para o teste do pezinho Muitas não têm condições financeiras Elas gostam do atendimento e continuam	Faço orientação individual usando termos que a mãe entenda. Tento convencer a retornar ao NAM e muitas gostam do atendimento e continuam, mesmo com dificuldades financeiras.
Temas Emergentes	Idéia Central
<u>Oriento tudo sobre o aleitamento materno</u> <u>Uso termos que ela entenda</u> <u>Tento convencer as mães</u> <u>Elas gostam do atendimento e continuam</u>	Faço orientação individual usando linguagem adequada, convencendo a mãe a retornar e muitas continuam mesmo com dificuldades financeiras.

Ancoragem: Linguagem.

Entrevista 14

Expressões-Chave	Discurso Individual
Procuramos falar uma linguagem simples Mostrando a prática Usando peito “cobaia” e a boneca Pergunto sutilmente se teve experiência de amamentar E como foi a experiência A troca de experiências entre as mães Ajuda a retornarem amamentando	Procuramos ter uma linguagem simples, demonstrando aspectos da amamentação com modelos “cobaias”, questiono as experiências das mães em amamentação, vejo a troca de experiências entre elas e muitas retornam amamentando.
Temas Emergentes	Idéia Central
Procuramos falar uma linguagem simples Mostrando a prática A troca de experiências entre as mães Ajuda a retornarem amamentando Ancoragem: Linguagem, experiência.	Demonstrando o ato de amamentar com modelos “cobaias”, utilizando linguagem simples e as experiências, elas retornam amamentando.

Entrevista 15

Expressões-Chave	Discurso Individual
Transmito informações de acordo com sua linguagem Respeito suas crenças Quando a mãe não entende, mudo a maneira de falar Procuro trabalhar em cima do que ela sabe Não adianta falar e a mãe não entender	Transmito informações de acordo com sua linguagem, respeitando suas crenças e valorizando o saber já existente.
Temas Emergentes	Idéia Central
Transmito informações de acordo com sua linguagem Respeito suas crenças Quando a mãe não entende, mudo a maneira de falar Ancoragem: Cultura, linguagem.	O ensinamento à mãe é baseado nas suas experiências e no respeito à sua cultura.

Entrevista 16

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>A gente procura ser acessível Nível de atendimento das mães A resistência não é com a mãe e o pai Ignorância no meio familiar Insisto na curva de peso Quando a mãe faz o que foi dito, o resultado é ideal Procuro sensibilizar Experiência pessoal do profissional Com a amamentação facilita Com a vivência, a gente passa confiança e encorajamento para a mãe Não há tempo para ver o que aprendeu Pergunto se está bem com o peito, se está gostando de amamentar</p>	<p>Procuramos ter uma linguagem compreensiva, sensibilizar a mãe e familiares mostrando a curva de peso, a vivência do profissional com amamentação, passando confiança e encorajando-a. Vejo se a mãe aprendeu ao falar da amamentação e pelo ganho de peso da criança. Se apresentar problemas encaminho para a enfermeira.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>A gente procura ser acessível</u> <u>A resistência não é com a mãe e o pai</u> <u>Ignorância no meio familiar</u> <u>Procuro sensibilizar</u> <u>Experiência pessoal do profissional</u> <u>Com a amamentação facilita</u> <u>Com a vivência, a gente passa confiança</u></p>	<p>Ter uma linguagem compreensiva, sensibilizar a mãe e familiares sobre a amamentação, passar confiança e coragem e os problemas são encaminhados à enfermeira.</p>
<p>Ancoragem: Acessibilidade, experiência.</p>	

Entrevista 17

Expressões-Chave	Discurso individual
<p>A gente fala termos acessíveis à mãe O médico tem mais dificuldade de falar no nível da mãe do que a enfermeira A mãe aprende a cuidar gradativamente A gente percebe o seu comportamento no médio risco Algumas aprendem até o termo científico</p>	<p>Utilizamos uma linguagem que a mãe compreenda, mas o médico tem mais dificuldade de falar no nível da mãe. Ela aprende a cuidar da criança gradativamente, o que percebemos pelo seu comportamento na unidade de médio risco.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>A gente fala termos acessíveis</u> <u>O médico tem mais dificuldade de falar no nível da mãe</u> <u>A mãe aprende a cuidar gradativamente</u> <u>A gente percebe o seu comportamento</u></p>	<p>Linguagem que a mãe compreenda. Ela aprende a cuidar da criança gradativamente, o que percebemos pelo seu comportamento na unidade de médio risco.</p>

Ancoragem: Linguagem.

Entrevista 18

Expressões-Chave	Discurso Individual
<p>Trabalho lento e progressivo Tem que ter conversa e formar vínculo Fazendo-se entender e entendendo a mãe Algumas mães dão informações precisas Outras são lentas, vagas Devemos dizer o erro para mudarem Confiança ao longo do tempo A mãe perceber o interesse profissional Com o tempo começa a incorporar Seguir as recomendações Algumas têm dificuldade financeira e intelectual Muitos fatores podem interferir, idéias que estão arraigadas Não tem tempo e estrutura do serviço O médico sozinho não consegue fazer</p>	<p>Conversando, criando vínculo e ensinando, e criando confiança e procurando o entendimento de ambos cliente e profissional, e este mostrar interesse pela criança, dizer à mãe o que está errado para mudar. Com o tempo a mãe aprende e segue as recomendações. Depende da inteligência, do nível intelectual e da boa vontade. Mas é complicado porque tem muitas idéias arraigadas, é preciso continuidade e atuação da equipe multidisciplinar.</p>
Temas Emergentes	Idéia Central
<p><u>Trabalho lento e progressivo</u> <u>Tem que ter conversa e formar vínculo</u> <u>Fazendo-se entender e entendendo a mãe</u> <u>Confiança ao longo do tempo</u> <u>A mãe perceber o interesse profissional</u> <u>Algumas têm dificuldade financeira e intelectual</u></p>	<p>Formando vínculo e confiança, procurando ser entendida e entender a mãe nas suas condições socioculturais. O profissional deve dizer o que deve ser mudado pois, com o tempo, a mãe aprende, mas é preciso um trabalho contínuo e a atuação da equipe multidisciplinar.</p>

Ancoragem: Confiança, vínculo.

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado (a) sobre a pesquisa com o título “**Rede de significados da educação em saúde: prática dos profissionais no cuidado da criança**”, sob a responsabilidade de Maria Veraci Oliveira Queiroz, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Estou ciente do ponto de vista da finalidade e o que é esperado por mim enquanto participante da pesquisa. Serei entrevistado (a) e a entrevista será gravada, durará cerca de quarenta minutos a uma hora. Para garantir o sigilo, a fita cassete com a gravação da minha entrevista será identificada por um número, para que ninguém além do pesquisador possa identificar a autoria das informações. Não terei nenhum prejuízo ou punição em quaisquer circunstâncias e tenho a liberdade de desistir em participar até mesmo durante a entrevista a qual será utilizada somente para fins da pesquisa.

Se eu estiver de acordo em participar da pesquisa, me será pedido para assinar, junto com o pesquisador, este Termo de Consentimento livre e esclarecido. Caso eu prefira não assinar, minha decisão será respeitada.

Depois de receber as informações acima, este Termo de Consentimento foi lido e eu decidi participar desta pesquisa de forma livre e esclarecida.

Fortaleza, _____ de _____ de 2002.

Assinatura do informante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Anexo A



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA
SAÚDE

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE / SUS



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA

Fortaleza, 10 de Agosto de 2001.

O Comitê de Ética em Pesquisa do HGF em reunião realizada no dia 10/08/01 avaliou e aprovou o Projeto de Pesquisa Práticas de Educação em Saúde no Cuidado à Criança: Compreensão Cultural.

Registro CEP – 02100802

Data de entrada no CEP – 10/08/01

Data de aprovação -10/08/01

Pesquisadora: Maria Veraci Oliveira Queiroz.

Maria A. Nuvens Furtado
Enfermeira - Comitê de Ética
em Pesquisa do HGF COREN 19117

Anexo B

48



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Conselho Nacional de Saúde
 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa: Práticas de Educação em saúde no cuidado à criança: compreensão cultural				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) CIÊNCIAS DA SAÚDE (4)		3. Código: 4.04		4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):		7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) Educação em saúde; criança; cuidado				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total: 20		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros (x) Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Maria Veraci Oliveira Queiroz				
12. Identidade: 940020283342		13. CPF.: 117681503/20		19. Endereço - Rua: Barbosa de Freitas n. 941 - Apt. 1101 Aldeota
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Enfermeira		20. CEP: 60170010 21. Cidade: Fortaleza 22. U.F. Ceará
16. Maior Titulação: Mestre		17. Cargo Estudante do doutorado		23. Fone: 2240706 24. Fax 2267282
18. Instituição a que pertence: Hospital Geral de Fortaleza e Universidade Estadual do Ceará			25. Email: veracioq@zipmailcom.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.				
Data: 10 / 08 / 2001				
 _____ Assinatura				

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO

26. Nome: Hospital Geral de Fortaleza		29. Endereço (Rua, nº): AVILA GOMLART, nº 900.	
27. Unidade/Órgão: Pediatria e Neonatologia		30. CEP: 60.155.290	31. Cidade: Fortaleza
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		32. U.F.: Ceará	33. Fone: 4882800
34. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional (x) Internacional ()		34. Fax: 488.2710	

(Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução

Nome: _____
 Cargo: _____
 Data: ____/____/____

Assinatura

PATROCINADOR Não se aplica (X)

36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		42. UF	43. Fone:
		44. Fax:	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

45. Data de Entrada: <u>10/08/01</u>	46. Registro no CEP: <u>02100802</u>	47. Conclusão: Aprovado (X) Data: <u>10/08/01</u>	48. Não Aprovado () Data: <u>10/08/01</u> <i>Enfermeira - Comitê de Ética em Pesquisa do HOF COREN - 011</i>
---	---	--	---

49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: _____
 Data: 10 / 02 / 2003

Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()		53. Coordenador/Nome	Anexar o parecer consubstanciado
52. Data: ____/____/____		Assinatura	

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:
55. Processo :	58. Observações:	

49. CEARÁ
 BRUNO VIANA
 SECRETARIA DA SAÚDE

Anexo C

PROJETO DO GRUPO OPERATIVO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

1. JUSTIFICATIVA

A assistência à criança hospitalizada deve ser globalizada, isto é: deve incluir a parte preventiva, curativa, de promoção, de reabilitação e, desse modo, deve envolver a família nas ações implementadas durante o internamento pediátrico. Com o envolvimento familiar, busca-se, sobretudo, fazer com que a criança possa tolerar melhor o desconforto e o desconhecimento, e possa sair da experiência com menor probabilidade de apresentar reações negativas no período posterior à hospitalização. Contudo, deve-se ainda considerar que esse envolvimento sempre implica em situação de estresse, tanto para os familiares, como também para os componentes da equipe técnica responsável pelo tratamento da criança. No cotidiano de nosso trabalho observamos que, entre os múltiplos fatores desencadeantes desse estresse, dois se destacam: (1) as dificuldades de comunicação entre a equipe técnica e os familiares; (2) a mudança de status ocupacional representado no fato de que, na maior parte das vezes, o familiar é obrigado a deixar as suas ocupações habituais – emprego; serviço doméstico etc, para vir acompanhar a sua criança internada. Para fazer frente a essa múltipla problemática, achamos que é pertinente desenvolver, de maneira planejada, um trabalho interdisciplinar, daí resolvemos criar um Grupo Operativo (GO) que funcionará de acordo com os parâmetros delineados a seguir.

2. IDENTIFICAÇÃO

- ◆ O GO será direcionado para os acompanhantes, adultos e de ambos os sexos, das crianças internadas na clínica médica da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital.

3. OBJETIVO GERAL

- ◆ Favorecer a participação e a integração dos acompanhantes durante o período de hospitalização, oportunizando um espaço para troca de informações, para discussões sobre os problemas gerados pela internação, para esclarecimentos de dúvidas, e para desenvolvimentos de atitudes conhecimentos relacionados à prevenção, manutenção e promoção da saúde infantil.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Responder aos questionamentos sobre problemas relacionados à doença e ao tratamento da criança.
- ◆ Esclarecer sobre os direitos e obrigações, bem como o bom cumprimento das normas hospitalares.
- ◆ Desenvolver um programa de educação em saúde de acordo com as expectativas e necessidades dos acompanhantes e do serviço.

- ◆ Desenvolver atitudes a fim de melhorar o relacionamento entre acompanhante/criança, acompanhante/acompanhante e acompanhante/profissionais.
- ◆ Contribuir para o processo de qualificação dos profissionais da área de pediatria, aperfeiçoada a suas habilidades para manejar e resolver as situações conflituosas determinadas pela presença do familiar durante o internamento infantil.
- ◆ Estimular a integração entre os membros da equipe operativa, e propiciar um espaço interdisciplinar para efficientizar as ações que desenvolvem como profissionais na área de saúde.

5. ESTRUTURA

- ◆ Estruturalmente, o GO será uma unidade com duas dimensões: a primeira engloba todos os componentes, e o grupo é formado pelos acompanhantes e por uma equipe técnica multidisciplinar; a segunda inclui somente a equipe técnica.
- ◆ A equipe técnica denomina-se de operativas; pois, através de uma ação interdisciplinar e planejada, coordena as tarefas do GO. Neste momento do projeto, a operatividade da equipe se dará através de três papéis; (1) supervisão: exercida por Francisco Danúzio de Macêdo Carneiro, médico – psiquiatra; (2) Coordenação; (3) Orientadores de Tarefas Especiais: exercidas pelos seguintes especialistas: Ângela Maria Vasconcelos Brito, médica-pediátra; Liduína Maria Damasceno Rocha, terapeuta ocupacional; Assistente Social; Enfermeira.

6. FUNCIONAMENTO

- ◆ As reuniões do GO serão realizadas todas as quartas-feiras, de 10 às 11 horas, na sala de reunião do 3º andar do HGF.
- ◆ As reuniões da equipe técnica servirão para supervisão e planejamento, e acontecerão mensalmente – preferencialmente na última quarta-feira do mês, de 11 às 12 horas, na sala de reunião do 3º andar.

7. METODOLOGIA

- ◆ Por ser a planificação inerente ao método, a coordenação terá uma atuação basicamente diretiva, se utilizará de diversos tipos de recursos:
 - Encontros para o desenvolvimento de ajuda interpessoal
 - Seminários e exposições para transmissão de informações.
 - Oficinas de colagem, pinturas, sucatas, etc.
 - Exibições de filmes educativos
 - Comemorações festivas.

8. Conclusão

- ◆ Este projeto de GO está de acordo com os postulados defendidos por consagrados autores da assistência pediátrica, os quais defendem a necessidade da presença dos familiares durante o internamento infantil, pois somente com o acompanhamento dos familiares, que é a fonte primária de segurança e apoio, a criança poderá se sentir melhor capacitada a tolerar o desconforto e o desconhecido, além de sair da experiência com melhor probabilidade de reações negativas pós-hospitalares.