

## Artigo original

# A co-produção de sujeitos nas práticas de educação em saúde na prevenção da dengue

Maíra Muniz Assis\*, André Luiz de Souza Braga, M.Sc.\*\* , Elaine Antunes Cortez\*\*\*, Tânia Cristina Tavares Corrêa Valladão, D.Sc.\*\*\*\*

*\*Preceptora da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), Niterói, RJ, Residente em Saúde Coletiva pela UFF, \*\*Professor Assistente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense Niterói RJ, \*\*\*Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery – UFRJ, \*\*\*\*Professora de português da UNESA e UNIPLI*

### Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar as formas como os profissionais de saúde participam na co-produção de sujeitos envolvidos com a educação/promoção de saúde na prevenção dos casos de dengue no Município de Niterói/RJ, procurando reconhecer suas atividades e dificuldades emergentes deste processo. Realizado por meio de pesquisa de campo, aprovado pelo CEP/EEAN com número de protocolo 18/08, o estudo foi qualitativo exploratório, através de entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros do Programa Médico de Família - PMF. Desta etapa, surgiram as seguintes categorias: as atividades do enfermeiro do PMF, e as suas dificuldades na educação/prevenção da saúde nos casos de dengue, que nos levaram a observar pouca percepção em práticas educativas que pudessem mobilizar esses profissionais e a comunidade envolvidos no processo de co-produção de autonomia dos sujeitos, evidenciando a dificuldade dos enfermeiros em serem e se reconhecerem enquanto educadores.

**Palavras-chave:** educação em saúde, prevenção, dengue.

### Abstract

#### *Co-production of the target public in health education and prevention of dengue*

The objective of this study was to identify the ways health professionals participate in the target public involved with health education and efforts to prevent dengue fever in the municipality of Niterói, RJ, seeking to recognize their activities and difficulties arising from this process. Carried out through a field survey (approved by CEP/EEAN-UFRJ under number 18/08), the study was qualitative and exploratory, through semi-structured interviews with nurses working for the Family Medical Program (*Programa Médico de Família – PMF*). This step allowed classifying the activities of these nurses and their difficulties in health education and prevention of dengue. The conclusion is that there is little perception of educational practices that could mobilize these professionals and the community involved in the process of co-production of the target public, evidencing the difficulties nurses face in being, and being recognized as, educators.

**Key-words:** health education, prevention, dengue.

Artigo recebido em 13 de julho de 2009; aceito em 23 de julho de 2009.

**Endereço para correspondência:** André Luiz de Souza Braga, Alameda São Boaventura 617/302 bloco 20, Fonseca, 24130-001 Niterói RJ, E-mail: andre.braga@globo.com, mayssys@hotmail.com, nanicortez@hotmail.com, taniavalladao@ig.com.br

## Resumen

### *La coproducción de sujetos en las prácticas de educación en salud en la prevención de la dengue*

El presente estudio tiene por objeto identificar la forma en que los profesionales de la salud participan en la coproducción de sujetos implicados en la educación/promoción de la salud en la prevención de los casos de dengue en el Municipio de Niterói/RJ, buscando reconocer sus actividades y dificultades emergentes en dicho proceso. Realizado por medio de investigación de campo y aprobado por el CEP/EEAN-UFRJ con el número de protocolo 18/08, fue un estudio calitativo exploratorio, basado en entrevistas semiestructuradas a enfermeros del Programa Médico de Familia - PMF. De dicha etapa surgieron las categorías: actividades del enfermero del PMF y dificultades en la educación/prevenición de la salud en los casos de dengue. Se llegó a la conclusión de que hay poca percepción en prácticas educacionales que puedan movilizar a estos profesionales y a la comunidad implicada en el proceso de coproducción de autonomía de los sujetos, evidenciando así la dificultad de los enfermeros en ser y reconocerse educadores.

**Palabras-clave:** educación en salud, prevención, dengue.

## Introdução

Ao longo dos primeiros períodos do curso de graduação em Enfermagem, tivemos a oportunidade de, enquanto Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa de Saúde da Família (PSF), no Município de Rio Bonito/RJ, vivenciar situações em que a participação social se consubstanciava na mobilização dos sujeitos da comunidade em ações conjuntas com os profissionais de saúde e constituíam o eixo central da prevenção dos processos mórbidos e da melhoria da qualidade de vida dos grupos atendidos pelo programa.

É sabido que a participação e o controle social implicam necessariamente no comprometimento do Estado em garantir as condições ideais para que se dê a co-construção de sujeitos, como profissionais de saúde, gestores e agentes da comunidade, capazes de transformar a sua realidade social de forma crítica e consciente [1].

O aumento do grau de autonomia das pessoas constitui finalidade central da política, da gestão e do trabalho em saúde. A autonomia é a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências, é a reflexão e ação do sujeito sobre si e sobre o mundo, e ao mesmo tempo, a capacidade de lidar com o 'poder', administrar conflitos e estabelecer contratos com outros, a fim de criar bem-estar pessoal e social. A co-construção de autonomia tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais e exige a reformulação dos valores e conceitos teóricos para a redefinição do objeto das práticas de atenção à saúde [1]. Desta forma, a singularidade social, cultural e histórica dos sujeitos constitui fator determinante para o êxito das ações de prevenção aos agravos à saúde individual e coletiva.

A prestação de serviços em saúde, desenvolvida pelos órgãos oficiais, costuma ser norteada pelos dados epidemiológicos disponíveis e age na transformação de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde da população universalizando o desenvolvimento das práticas segundo normas, regulamentos e protocolos. É sabido que essas práticas têm sido amplamente direcionadas na mobilização social voltada para o controle de vetores e para a eliminação e tratamento de seus criadouros como estratégia central da prevenção da dengue.

Há referências de epidemias de dengue desde 1916, em São Paulo, e em Niterói, no ano de 1923, registradas pelo Dr. Antônio Pedro [2]; entretanto, a comprovação laboratorial da doença no Brasil somente se deu em 1981-1982, em Boa Vista, Roraima. Ao longo dos anos, foram detectados quatro sorotipos da dengue que podem se apresentar de diferentes formas: infecção inaparente, dengue clássica, febre hemorrágica da dengue ou síndrome de choque da dengue [3].

A proliferação do mosquito vetor e o surgimento dos casos de dengue costumam ocorrer de forma sazonal na estação do verão. Desde o início dos anos de 80, década de reintrodução da Dengue no Brasil, ocorreram, em Niterói, várias epidemias, tornando este agravo endêmico. Podemos observar, por vezes, epidemias de dimensões alarmantes, mobilizando o poder público, no reforço das ações de prevenção e assistência à população [4].

Partindo das considerações já realizadas, o objeto do estudo configura-se como: a participação dos profissionais de saúde na co-produção de sujeitos envolvidos com a educação/promoção de saúde e a prevenção dos casos de dengue em Niterói.

A carta de Ottawa [5] refere-se às estratégias e

programas na área da promoção da saúde que se devem adaptar às necessidades locais e levar em conta as possibilidades e diferenças de cada localidade. Esse processo consiste na capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida incluindo uma maior participação e controle das atividades desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde. A co-construção da capacidade de reflexão e de criação autônoma para os usuários e profissionais de saúde tem como objetivo a produção da saúde em sua dimensão ampla.

Segundo Maria Célia Vasconcellos, vice-presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, da Fundação Municipal de Saúde de Niterói: “a Secretaria se antecipou e deflagrou, em setembro, uma ação denominada ‘Operação Primavera’ para combater o foco do mosquito e conscientizar a população” [4].

Contudo, mesmo com a ampliação das atividades de mobilização social voltada para a redução da epidemia de dengue em Niterói, é notória, ainda, a escassez de produção de conhecimentos que retratam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para a co-produção de sujeitos conscientes e capazes de se mobilizar e de transformar essa realidade. Desta forma, acreditamos que este estudo tende a se reverter em importante instrumento para o conhecimento e discussão acerca do problema em foco.

## Objetivos

O objetivo geral do estudo favorece a sua execução no sentido de identificar a forma como os profissionais de saúde participam na co-produção de sujeitos envolvidos com a educação/promoção de saúde na prevenção dos casos de dengue em Niterói.

Entretanto, serão utilizados objetivos específicos a direcionar o estudo para:

- Realizar pesquisa sobre as atividades do Enfermeiro do Programa Médico de Família;
- Analisar as dificuldades que emergem desse processo.

## Referencial teórico

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro Mark Lalonde do *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, num documento chamado

*The new perspectives on the health of Canadians* (Novas perspectivas sobre saúde dos Canadenses). O documento destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte [6].

A estratégia de trabalho proposta enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida), a forma de produzir e de construir saúde é subjetivo para cada indivíduo ou coletivo.

A mudança do conceito de saúde, após a Segunda Guerra Mundial, de ausência de doença para bem estar físico mental e social ampliou o olhar das políticas e programas de saúde.

A declaração de Sundsvall [5] fala sobre capacitar a comunidade e indivíduos a adquirir maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão, por outro lado, mesmo se tratando de um indivíduo muito bem informado, ele tem liberdade de escolha e pode decidir, para si, o que é ter saúde.

Entretanto, essas decisões individuais são influenciadas por diversos valores e fatores individuais, locais, ambientais e sociais vivenciados em seu cotidiano, sendo essas, somente unidas às estratégias de educação em saúde que resultará em respostas mais eficientes no controle e combate à dengue.

Nas Américas, a dengue tem sido relatada há mais de 200 anos. Na década de 50, a FHD (febre hemorrágica da dengue) foi descrita, pela primeira vez, nas Filipinas e Tailândia. Após a década de 60, a circulação do vírus da dengue intensificou-se nas Américas. A partir de 1963, houve circulação comprovada dos sorotipos 2 e 3 em vários países. Em 1977, o sorotipo 1 foi introduzido, inicialmente pela Jamaica. A partir de 1980, foram notificadas epidemias em vários países, aumentando, consideravelmente, a magnitude do problema.

Cabe citar, também, Brasil (1982/1986-2002), Bolívia (1987), Paraguai (1988), Equador (1988), Peru (1990) e Cuba (1977/1981). A FHD afetou Cuba em 1981, evento de extrema importância na história da dengue nas Américas. Essa epidemia foi causada pelo sorotipo 2, tendo sido o primeiro relato de febre hemorrágica da dengue ocorrido fora do Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental. O segundo surto ocorreu na Venezuela, em 1989.

Em 1986, ocorreram epidemias no Rio de Janeiro e algumas capitais da região Nordeste. Desde

então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada, geralmente, associada com a introdução de novos sorotipos em áreas, anteriormente, indenes.

É um agente etiológico, vírus RNA. Arbovírus do gênero Flavivirus, pertencente à família Flaviviridae. Atualmente, é a mais importante arbovirose que afeta o ser humano e constitui sério problema de saúde pública no mundo. A fonte da infecção e reservatório vertebrado é o ser humano e a sua transmissão se faz pela picada da fêmea do *Aedes aegypti*, no ser humano. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, alimenta-se num hospedeiro susceptível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com pessoa sadia, nem por intermédio de água ou alimento.

O período de incubação varia de 3 a 15 dias, sendo em média de 5 a 6 dias. O período de transmissibilidade da doença compreende dois ciclos: um intrínseco, que ocorre no ser humano; outro extrínseco, que ocorre no vetor. A transmissão do ser humano para o mosquito ocorre enquanto houver presença de vírus no sangue do ser humano (período de viremia). Este período começa um dia antes do aparecimento da febre e vai até o 6º dia da doença. No mosquito, após um repasto de sangue infectado, o vírus vai se localizar nas glândulas salivares da fêmea do mosquito. A partir deste momento, é capaz de transmitir a doença e assim permanece até o final de sua vida (6 a 8 semanas) [3].

A população deve ser informada sobre a doença (modo de transmissão, quadro clínico, tratamento etc.), sobre o vetor (seus hábitos, criadouros domiciliares e naturais) e sobre as medidas de prevenção e controle para que possa adotar um novo comportamento frente ao problema, promovendo ações de controle da doença.

A humanização em processo não é uma *coisa* que se deposita nos homens, ela é a práxis, que implica na ação e na reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo, isto é, a libertação autêntica. Por isso mesmo é que, muitas vezes, educadores e políticos falam e não são entendidos, pois sua linguagem não se sintoniza com a situação concreta dos homens. A práxis, sendo reflexão e ação verdadeiramente transformadora da realidade, é fonte de conhecimento reflexivo e criação [7].

Como seres transformadores e criadores, os homens, em suas permanentes relações com a realidade, produzem não somente os bens materiais, as coisas sensíveis, os objetos, mas também instituições sociais, suas idéias, suas concepções [7].

Para fortalecer a consciência individual e coletiva, devem ser desenvolvidas estratégias de alcance para sensibilizar os formadores de opinião para a importância da comunicação e da mobilização social no controle da dengue.

Os conceitos de saúde e autonomia não são constituídos de valores impostos de maneira a desconsiderar o sujeito, como se a informação pudesse ser 'inserida' na mente do outro, esses são adquiridos em graus variáveis. Entendemos autonomia como a capacidade do sujeito lidar com uma rede de dependências, ou seja, o processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem ou agirem sobre si mesmos ou sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos [1].

O processo de co-constituição depende de vários fatores: do próprio sujeito, do indivíduo ou da coletividade, e podemos nos referir a esses fatores como co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades, ou co-produção de processo saúde-doença [1].

A autonomia depende de condições externas participativas ou não ai sujeito, da existência das leis, da economia, da existência de políticas públicas, valores e cultura. A co-produção gradual de autonomia depende do acesso à informação, da capacidade de utilizar o conhecimento de forma crítica. Nascemos dependentes biologicamente e depois de adultos psicologicamente, é aí que começa a co-construção de autonomia entre nós e os outros; é o nosso relacionamento interpessoal: primeiro com a família, depois com amigos. Aos poucos, cria-se a personalidade de acordo com a experiência adquirida pela convivência. A autonomia traz conseqüências e responsabilidades pelos atos que poderão refletir-se em gerações futuras.

## Material e métodos

A metodologia utilizada na pesquisa é de caráter exploratório, com abordagem metodológica qualitativa.

É necessário aceitar que há aspectos primários que conduzem a uma investigação qualitativa e que diferem da lógica formal. Os dados, por sua vez, não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, percepções

puras e definidas, de modo que todos os acontecimentos e o contexto são igualmente importantes, tais como a constância das manifestações, a sua ocasionalidade, frequência, a interrupção, a fala e o silêncio. Há significados manifestos e ocultos que devem ser encontrados, podendo-se, para isso, fazer uso de dados quantitativos, que possam evidenciar tendências, principalmente na etapa exploratória [8].

Os sujeitos da pesquisa são enfermeiros que atuam na atenção primária na localidade de Niterói, especificamente, no Programa Médico de Família (PMF), sendo ele o cenário desta pesquisa.

Em concordância com a Resolução CNS 196/1996, o trabalho foi devidamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Ana Nery (EEAN), que procedeu a avaliação com o número de protocolo da aprovação 18/08, e o devido acompanhamento dos requisitos necessários para se assegurar os princípios éticos da autonomia dos sujeitos da pesquisa constituídos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça em todas as etapas do estudo.

A coleta de dados foi realizada em forma de entrevista semi-estruturada gravada e transcrita na íntegra, buscando identificar na fala dos depoentes experiências que trouxessem à luz do estudo informações relevantes para a compreensão do problema.

Antes da entrevista, deu-se a apresentação aos sujeitos da pesquisa, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que elucidou todas as dúvidas quanto ao desenvolvimento do estudo e à sua participação na pesquisa. A devolução dos resultados do estudo deve ser assegurada como parte do compromisso da pesquisadora com os princípios éticos que regem todo o desenvolvimento da pesquisa.

Após a leitura sistemática dos relatos colhidos em campo, os dados foram agrupados em categorias que devem atender aos critérios de repetição e relevância e a apresentação desses deverá ser feita de forma descritiva e após a sua transcrição utilizaremos o método de análise de conteúdo, pois ressalva que a importância de se discutir e inferir a partir dos dados trabalhados é a verdadeira razão de recorrermos a tal procedimento de tratamento/análise dos dados [9]. Desta forma, as categorias que emergiram foram: as atividades do enfermeiro no Programa Médico de Família, e as dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói.

## Resultados

Iniciaremos a análise de dados das categorias emergentes norteadas pelos objetivos específicos deste estudo.

### As atividades do enfermeiro no Programa Médico de Família

No que tange a essa categoria, seguem os relatos das enfermeiras do PMF, que focam a forma como são realizadas as atividades dos enfermeiros.

“Eu percorro oito unidades de saúde, supervisão, [...] Quem mais está em contato é o auxiliar e o médico, que a gente chama de equipe, equipe local são dois. O Agente de Controle de Zoonoses eles tem uma rotina, não tem Agente Comunitário, porque o auxiliar mora na comunidade [...] Então nós temos em cada região um comitê, Comitê Regional de Luta Contra Dengue, nesse comitê nós temos representantes desses setores que eu estou falando, e aí a gente discute as estratégias as ações que agente vai desenvolver naquela área e é em trabalho conjunto... nós temos três comitês, no município, dividindo o a área do município em três.” (Enf 01)

“Nessas últimas epidemias, o que agente tem feito com as equipes, [...] são duas e tem locais que tem 03 ou 04 equipes, então a gente faz já um cronograma para eles porque não pode parar o atendimento e sempre tem uma equipe que fica quando está fazendo a pré-consulta, eles ficam ou médico ou auxiliar falando sobre dengue, fazendo sala de espera, isso dentro do módulo. [...] e o que está no horário de campo eles se revezam.” (Enf 02)

“[...] esse trabalho de campo eles fazem trabalhos burocráticos que tem que dar conta, repassar exames, entregar referências ou fazer referência, rever prontuário de paciente e fazem também o trabalho de campo, que é ir nas casas que ele precisa esta vendo de acordo com o planejamento dele semanal, e aí nesse trabalho de campo eles fazem visitas domiciliares que a gente espera que seja planejada mas

*nem sempre isso acontece*, não só daquelas que a própria população demanda, mas também ter uma visão mais epidemiológica até por uma questão de localização, até numa questão do foco da dengue mesmo, que eles deveriam estar fazendo isso.” (Enf 04)

“*A intersetorialidade* no município ela já vem funcionando desde a epidemia passada, 2007 é quando começou, porque a gente teve uma epidemia grande em 2006, aí se começou a se reunir pra ver que estratégias a gente poderia estar traçando pra poder melhorar essa questão da dengue, foi quando começou a se montar os comitês de prevenção da dengue [...] *mas essa coisa da criação dos comitês foi de agora de 2007 pra cá.*” (Enf 04)

#### *As dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói*

Nesta categoria, seguem os relatos dos enfermeiros, que estão subdivididos em duas subcategorias: Co-construção dos sujeitos x Dificuldade, e Educação em Saúde x Educação popular em Saúde. Observe-se a manifestação da palavra ‘dificuldade’ dentro do contexto das falas a seguir.

#### **Co- Construção dos Sujeitos x “Dificuldade”**

“Só que é assim, trabalhar com educação em saúde, mudança de comportamento é uma coisa difícil e tem ‘n’ fatores que vão influenciar, não é fácil, não é fácil. *Têm resistências que você vai várias vezes e que você vê que aquilo continua no mesmo [...] Tem a ver com a escolaridade, não com a pobreza, mas com a escolaridade, com a escolaridade, quanto mais baixo o nível de escolaridade mais difícil fica a compreensão.*” (Enf 01)

“[...] comunidades que tem *dificuldades de acesso à coleta de lixo* né, porque o caminhão não chega, aí têm que descer com sacola né, você tem que juntar seu lixo numa sacola e colocar lá em baixo, aí às vezes eles alegam: – *Ah, mas eu já vou descer arrumada pro trabalho ou pra escola e vou sair com um saquinho de lixo pra colocar lá em baixo.* Então assim, tem algumas coisas que a gente tem que estabelecer parcerias, que não só a questão

da educação em saúde vai resolver, tem que ter alguma movimentação também do poder público pra que outros setores, não saúde, pra tentar amarrar.” (Enf 01)

“[...] Tem cartazes e tem folders, os cartazes geralmente são antigos e os folders não são em quantidade suficiente pra gente poder esta distribuindo, [...] os folders, que alguns deles não vem como uma coisa fácil para a população, de entendimento pra população, [...] *tem algumas pessoas que lêem mas não compreendem o que está escrito e tem a dificuldade de dizer que não está entendendo, então, é aquela coisa, eu leio, eu não entendo mas eu não digo que eu não to entendendo e pessoa fica achando que está tudo certo.*” (Enf 04)

“[...] tão bom o paciente que você chega lá e diz: - Toma isso! Ele vai lá e toma. *Desagradável é aquele que diz que não vai tomar porque trabalha na rua e fica com vontade de fazer xixi, aí você vai ter que pensar numa outra possibilidade; ninguém quer ter trabalho, ninguém quer ser cobrado, quem quer ser cobrado? [...] daqui a pouco o feitiço vai virar contra o feitiçeiro.*” (Enf 05)

#### **Educação em Saúde x Educação Popular em Saúde**

“De maneira geral às vezes, *é porque a gente ainda tem aquele conteúdo de despejar, os professores da gente, pelo menos quando eu fui formada foi assim [...]* Então eu acho que isso falta né, na formação.” (Enf 01)

“A dificuldade é mais da população compreender. Não sei se a gente não consegue esclarecer o suficiente, aí a gente fica naquela pergunta: será que o problema é nosso de não saber passar e conquistar, agregar a pessoa? Ou é porque eles também não têm o alcance, não consegue, ou não quer? A gente fica nesse dilema. [...]. Será que a falha é nossa na comunicação? Ou não? É da parte do profissional? Não sei, não sei se todos têm, mas eu fico me questionando sobre isto! Esses dias fiquei me questionando sobre isso. *A falha é o que? É a gente não consegue*

*levar? Ou são eles que não conseguem alcançar? Quantas epidemias a gente já teve? Quantos anos a gente vem trabalhando a mesma coisa? Eu não sei, essa pergunta fica pra mim também. [...] Eu acho que percurso é que a gente vai mesmo se formando, a gente não sai formada, a gente via se formando durante a vida da gente profissional. Eu acho que não tem ninguém formado ainda né, cada dia é uma dia.” (Enf 02)*

*“[...] eu me formei há 25 anos atrás, naquela época nem um curso de pós graduação que eu fiz não se discutia essa questão da educação em saúde e eu acho que continua não discutindo, porque eu vejo profissionais recém formados, eles chegam sem noção nenhuma do que fazer, creio que em relação à formação do profissional não há esse preparo.” (Enf 05)*

*“os profissionais, eles vem muito com aquela questão assim das palestras, acham que educação em saúde é fazer palestra, às vezes não tem essa noção que educação em saúde [...], então eles acham assim: - então hoje eu vou fazer um grupo! Quando eles vão para esse grupo eles vão com a característica do único transmissor de informações e são poucos que agente vê fazendo interação com a comunidade, [...] a gente tem enfermeiros que tem essa formação, tem uns que não tem essa formação mas eles dizem mesmo:-- não sei fazer isso não, eu não sei fazer esse negócio de grupo, eu vou mas não participo! E isso dificulta.” (Enf 04)*

## Discussão

### As atividades do enfermeiro no Programa Médico de Família

A equipe do PMF precisa se inserir nesse território, estimulando a organização comunitária e a participação popular como prática e consolidação das parcerias intersetoriais, com perspectiva de melhores condições de vida e saúde, sem desconsiderar a importância das dimensões de prevenção e assistência à saúde. Cada GBT (Grupo básico de trabalho) é constituído por um coordenador, uma equipe de supervisores composta por clínico geral,

pediatra, ginecologista-obstetra, sanitarista, assistente social, enfermeiro e psiquiatra ou psicólogo, que darão apoio técnico e metodológico à equipe básica, constituída de médicos generalistas e auxiliares de enfermagem. Cada equipe de supervisão é responsável por até 20 equipes básicas (médico e auxiliar de enfermagem nos módulos) [10].

Desta forma, o supervisor compõe a banca de seleção das equipes, realiza treinamentos em serviço e faz uma visita semanalmente aos postos de saúde em que realiza interconsultas no consultório e/ou em domicílio, é responsável por avaliar o desempenho das equipes, através da implementação dos protocolos, além de elaborar e organizar o processo de educação continuada, semanalmente, e operacionaliza a referência e contra-referência.

### *As dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói*

Nesta categoria, decidimos pela utilização da análise por repetição recomendada por Turato [9], partindo do pressuposto que o objetivo do trabalho é descrever as dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói do PMF, portanto segue a discussão e análise das subcategorias a seguir:

### Co- Construção dos Sujeitos x “Dificuldade”

Não existe esta *coisa* chamada fatores de risco, é premente enfrentar as questões biológicas, sociais e subjetivas de forma individual ou nas comunidades. Há sim, pessoas, sujeitos concretos, organizados e articulados ou não que devido às escolhas de estilos de vida se expõem a maiores ou menores riscos a uma ou a outra enfermidade [1].

De acordo com a 12ª Conferência Nacional em Saúde [11], os profissionais de saúde têm consciência de que os seus saberes e atuação são poucos para alcançar resultados em relação à problemas complexos, contudo, há um caminho do saber e das práticas que possibilitam fazer essa ruptura com o próprio conhecimento e com a formação dos profissionais.

Contudo, cabe questionar, se realmente estamos explorando a nossa capacidade de articulação, de troca e crescimento enquanto sujeito integrante e participativo do processo. Devemos criar mecanismos de adaptação para lidar com as adversidades do trabalho cotidiano.

## Educação em Saúde x Educação Popular em Saúde

Tal prática não aceita a concepção estatística da educação, entendida, apenas, como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas. Entretanto, a tarefa da educação não é dizer às pessoas 'o que é importante para elas, mas facilitar as condições para que elas mesmas vejam a importância das coisas'. Tem-se que deslocar o olhar de forma a sair do próprio 'chão', e de fora, examinar e criticar para poder estabelecer uma verdade coletiva sobre este olhar [12].

O profissional deve ter consciência dos princípios e percepções sobre ações educativas implícitas nas ações de saúde, credibilizar suas ações como sendo práticas educativas em saúde, unindo-se à comunidade com prestações de serviço de qualidade. Seu trabalho educativo deve ser baseado na participação e superação à formação academicista, tendendo a caminhar para uma compreensão total da realidade do seu local de atuação [13].

Destaca-se que a verdadeira paciência, associada sempre à autêntica esperança, caracteriza a atitude dos que sabem que, para fazer o impossível, é preciso torná-lo possível, assim a melhor maneira de tornar o impossível no possível é realizar o possível hoje.

### Conclusão

Este estudo teve como objetivo avaliar a participação dos profissionais de saúde na co-produção de sujeitos envolvidos com a promoção de saúde e a prevenção dos casos de dengue em Niterói.

Desta forma, através da análise das entrevistas, surgiram as categorias: atividades do enfermeiro do PMF, e as dificuldades na educação, na promoção da saúde, e na prevenção dos casos de dengue em Niterói, originando-se da última duas subcategorias: co-construção dos sujeitos x dificuldade; e educação em saúde x educação popular em saúde.

Evidenciamos que as atividades dos enfermeiros do PMF têm como características a supervisão e organização, fazendo com que as práticas educativas fiquem na realidade creditadas, na maioria das vezes, no médico e no auxiliar, que estão muito mais tempo em contato com a população. Estes últimos também fazem a parte burocrática do trabalho, o assistencial e o trabalho de campo (visitas domiciliares). Sabemos que esses profissionais recebem treinamentos semanalmente; mas nos indagamos: será que esse

treinamento está alcançando as expectativas do profissional que tem contato intenso com os usuários e a sua comunidade?

No presente estudo, não foi possível identificar como são realizadas as práticas de educação em saúde dos outros profissionais, médico e auxiliar, chamados pelas enfermeiras de "a equipe", porém esse contexto nos remete à teoria clássica de Taylor, com uma estrutura organizacional verticalizada, hierárquica e coordenada inserida em um novo modelo tornando pouco viável a participação e expressão da comunidade segundo as diretrizes e princípios do SUS que norteiam o andamento da co-construção de autonomia dos sujeitos.

No entanto, falando de educação em saúde e co-construção de autonomia, devemos enfatizar que, para um resultado de qualidade para a população, independente da classe profissional, devemos qualificar, treinar e investir naquele que está em contato direto com o usuário, ou seja, médico e auxiliar de enfermagem. Acreditamos, assim, que seria um bom caminho para tornar uma realidade a co-produção de sujeitos, população/usuários, e profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida de ambos.

A outra categoria surgiu pela frequência da palavra "dificuldade", desta forma, percebeu-se na maioria das falas que os problemas relacionados ao social, não acabarão de repente; entretanto, não se fala em novas formas de abordagem pessoal e domiciliar aos usuários para elaboração de novas idéias com a intenção de mexer, de fazer o indivíduo pensar na sua importância como indivíduo e comunidade de uma maneira mais próxima.

Também há pouco reconhecimento das deficiências que trazemos desde a graduação, que sem perceber incide uma certa dificuldade dos enfermeiros, não só de se reconhecer enquanto educador, mas de ser, de realizar práticas educativas, que muitas das vezes ficam privadas pela falta de materiais educativos. Sem perceber que, geralmente, o que foi aprendido na graduação já está ultrapassado, prejudicando a disponibilidade de estar aberto para o novo. Assim, compreendemos que o profissional de saúde precisa ser criativo e mobilizar todos os participantes sem excluir população e profissionais envolvidos em questão.

Destacamos que, durante uma entrevista, foi mencionado por uma enfermeira que o PMF está estudando junto com a Saúde Mental um trabalho de Terapia Comunitária. Entendemos que esse



seria um bom caminho para ajudar a comunidade trabalhar seus questionamentos em relação à sua própria saúde e à qualidade de vida de todos. Sugerimos assim, a não exclusão dos profissionais de saúde que estão em contato com as comunidades neste processo.

## Referências

1. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, Campos RTO, Org. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Fiocruz – Hucitec; 2006.
2. Pedro A. Dengue em Nictheroy. *Braz Med* 1923;1(13):174-7.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Braga ALS. Educação em saúde ambiental como ferramenta de prevenção para dengue. *Revista Brasileira de Biociências* 2008;6(2):131-6.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2002.
6. Oliveira DL. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005;13(3):423-31.
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 24ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
8. Leopard MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzales RMB. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Santa Maria: Pallotti; 2001.
9. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Hübner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis (RJ)* 2007;17(1):173-91.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: MS; 2004.
12. Costa MV, ed. *Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP & A; 2002. p. 143-56.
13. Braga ALS. *A educação em saúde e a prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde no município de Niterói [dissertação]*. Niterói: Centro Universitário Plínio Leite; 2005.