



CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

ANDRÉA APARECIDA DOS SANTOS

FABÍOLA MAÍNE RAMOS E PAULA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: UM DIRECIONAMENTO À HUMANIZAÇÃO**

Artigo de revisão bibliográfica apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves –UNIPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Enfermagem sob orientação do professor Esp.Márcio Antônio Resende.

SÃO JOÃO DEL-REI, MG.

2017

O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DIRECIONAMENTO À HUMANIZAÇÃO

SANTOS, Andréa Aparecida dos ¹

PAULA, Fabíola Máine Ramos e ²

Resumo

Este estudo tem como objetivo descrever a importância do enfermeiro como educador na Atenção Primária à Saúde. A metodologia utilizada consiste em revisão de literatura pertinente ao tema proposto, oferecendo uma dialética textual e dissertativa entre diversos autores, aproximando os seguintes descritores: enfermeiro, Atenção Primária à Saúde, Humanização da assistência, educação em saúde. Os princípios de equidade, integralidade, universalidade e descentralização do SUS são a base para a busca da promoção de saúde com a participação de todos. É importante a ação educativa do enfermeiro na atenção primária à saúde. Assim, o enfermeiro enxerga dilemas, propõe soluções práticas no cotidiano de seus pacientes, analisa e formaliza ações em prol da saúde coletiva, e pratica, de forma humanizada, o exercício de sua missão, orientando a população à prevenção de doenças, muito mais do que somente fazendo atendimentos clínicos que cuidem de doenças. É preciso estender o ato de cuidar ao sentido de educar, conciliando esses sentidos à humanização, na atuação do enfermeiro na atenção primária.

Palavras-chave: Enfermeiro; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Humanização da Assistência.

1. Introdução

Na área de saúde, existem muitos estudos que destacam a necessidade de humanização nos sistemas de saúde em geral. No caso do sistema público de saúde, no Brasil, existe, desde 2003, a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) que objetiva enfatizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção e gestão da saúde, buscando qualificar a saúde pública no Brasil e, ainda, dando incentivo ao apoio mútuo e solidário entre gestores, trabalhadores e usuários ¹.

O enfermeiro tem a capacidade imprescindível de ser o porta-voz da humanização na saúde, tendo em vista sua função referente ao ato de cuidar – como um preceito da enfermagem – e também sua atuação no apoio não somente fisiológico ao paciente, mas também psicossocial ².

Todo ser humano necessita passar pelo ato educativo, se não em casa, em instituições em que o ensino é formalizado. Na universidade, percebemos que a responsabilidade social do enfermeiro se amplia ainda mais quando temos consciência de que sua missão é ainda mais

¹ Graduanda em Enfermagem pelo UNIPTAN, São João del-Rei, MG. E-mail: dei-asp@hotmail.com

² Graduanda em Enfermagem pelo UNIPTAN, São João del-Rei, MG. E-mail: fabiolamaine@bol.com.br

destacada porque deve ter um contato próximo com o paciente e isso só é possível, conforme Ferraz, Silva, Silva, Reibnitz e Backes ³ com empatia, diálogo e promovendo educação através da enfermagem.

O enfermeiro tem também um papel educador, visto que não somente atua na promoção e nos cuidados em saúde, mas na prevenção e numa atuação humanizadora, com importante apoio psicossocial e intervenção de orientação e atenção à continuidade e/ou busca do bem-estar dos pacientes ².

O objetivo deste estudo constituiu descrever a importância do enfermeiro como educador na Atenção Primária à Saúde, enfatizando esse caráter na humanização.

Na metodologia, oferecendo uma dialética textual e dissertativa entre diversos autores sobre o tema proposto, foi realizada a apreciação e análise de referências diversas – entre artigos científicos, manuais de condutas técnicas, leis que regulamentam a política nacional do SUS, bem como as diretrizes governamentais das políticas do SUS. O critério de escolha na revisão de literatura delimitou-se especificamente por publicações do início do século XXI – entre 2000 e 2016, sendo que dois artigos foram escolhidos fora dessa delimitação, sendo os mesmos de 1998 e 1999. Os critérios de inclusão foram os de apresentação dos descritores trabalhados neste estudo. No total, foram lidos e analisados 22 artigos científicos, de bases de dados universitários, Scielo e sites governamentais.

2. A construção do sistema único de saúde e seus níveis de atenção

O SUS é resultado de uma luta que se iniciou nos anos 70, fruto de um longo processo de discussão democrática, de construção política e institucional denominado reforma sanitária. Teve como foco principal a estruturação de uma nova política de saúde com o propósito de tornar a saúde parte dos direitos sociais de cidadania⁴.

Cabe ressaltar que o sistema de saúde vigente até a promulgação da Constituição de 1988 só garantia o atendimento aos trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada. A assistência pública à saúde era encargo do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o extinto INAMPS. À parcela da população assalariada restava pagar pelo atendimento médico e hospitalar ou fazer parte da chamada população indigente ou carente, os quais eram acolhidos nos sistemas gratuitos realizados pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários⁴.

O movimento sanitário contrapunha a forma de pensar e agir da política pública de saúde vigente, que priorizava a assistência individual em lugar da coletiva, bem como visava

às questões econômicas em detrimento das sociais, resultando no crescimento dos serviços médicos privados e gerando um sistema perverso de exclusão social. Era preciso romper com o modelo assistencial excludente e encontrar um sistema de saúde que atendesse às necessidades da população, sem distinção de raça, gênero, faixa etária e renda. Essa reivindicação foi crescendo, com o apoio de intelectuais, estudantes, servidores públicos, empresário e outros atores sociais e, em meio ao cenário político e intelectual vivido na época, os grupos do movimento de reivindicação emergiram e, na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiram influenciar o processo constituinte e incorporar na Constituição Brasileira de 1988 o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986⁵.

A partir desse momento, o Brasil caminha para uma nova era no cenário da política pública de saúde, esta se firmando como sendo um Direito de Todos e um dever do Estado. Finalmente, o direito à saúde foi definido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, regulamentado nas Leis n.8.080 e 8.142, de 1990. Chegou-se então à Lei Orgânica da Saúde (LOS): essas leis traçam diretrizes e garantem políticas sociais, econômicas e o acesso à serviços de saúde visando à redução do risco de doença⁵.

A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”⁶.

A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”⁷.

O SUS “foi então criado com o firme propósito de alterar a situação de desigualdades na assistência à saúde da população, universalizando o acesso ao atendimento, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa⁴.

Brasil⁸ define o Sistema de Saúde, em seu artigo nº 198 da Constituição Federal de 1988:

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.”

Enquanto as diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira, os princípios complementam a operacionalização destas diretrizes. A descentralização, a integridade da assistência e a participação da comunidade são a tríade de sustentação da saúde. Seus princípios são definidos como: a equidade, que dispõe sobre a igualdade no direito à assistência à saúde definida com base nas necessidades que cada indivíduo ou grupo apresente; a integridade, que orienta as práticas de saúde pela visão integral do homem, uma forma de assistência que privilegia a saúde e não a doença e considera o indivíduo de forma holística, ou seja, como um todo, um ser único e indivisível em meio à coletividade em que ele vive sob todos os aspectos bio-psico-social; a universalidade, que garante o acesso de todo cidadão aos bens e serviços produzidos na rede de atenção à saúde, sem discriminações ou privilégios; a descentralização, visto que há uma redistribuição do poder e organização, política e administrativa, no âmbito das práticas de atenção à saúde, entre os três níveis: União, Estado e Município ¹.

A atenção à saúde se dá em três níveis: primário, secundário e terciário. A atenção primária constitui a base para a entrada da população no sistema de saúde: compreende o Programa de Estratégia de Saúde da Família, as farmácias, os exames básicos, as Unidades Básicas de Atenção (UBS) e o atendimento de emergência. A atenção primária é o foco de maior investimento governamental. A atenção secundária compreende os atendimentos hospitalares, os atendimentos especializados, os exames de média complexidade e também os serviços de urgência e emergência. A atenção terciária compreende os hospitais de grande porte e os atendimentos de alta complexidade, quando o paciente necessita de uma intervenção na saúde de forma mais invasiva, sendo uma situação considerada de risco. Este, em geral, é subsidiado por planos particulares, financiamentos privados ou, então, pelo Estado¹.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ⁹ afirma:

“A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes.”

O CONASS ⁹ reforça que a atenção primária à saúde se expandiu pela estratégia de saúde da família e tem muita importância no SUS, devido uma necessidade urgente de:

“(...) traçar estratégias claras, empiricamente suportadas, para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população. Nesse sentido, a APS vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.”

Dentre os princípios fundamentais que norteiam a saúde no Brasil – integralidade, equidade, universalidade e hierarquização, destaca-se a integralidade, pois acredita-se, de acordo com Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira e Barroso ⁹, que promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser tratados separadamente, mas trabalhados em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva, o que eficazmente podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade. ¹⁰

O controle social do SUS é como um conjunto de práticas que visam ao exercício da cidadania. É a sociedade interagindo com o poder público participando do planejamento e fiscalizando as execuções de saúde. ⁴

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas do povo brasileiro. Como política pública, é símbolo de democracia e de cidadania, que, ao longo dos anos, tem buscado aperfeiçoar e direcionar suas ações para garantir à população melhor qualidade na assistência¹.

3. A enfermagem em sua atuação evolutiva

O modelo conceitual em enfermagem permite afirmar que esta é a ciência e a filosofia do cuidar, ou ainda, é a profissionalização da capacidade humana de cuidar. A qualidade de cuidar deve ser permeada pelo respeito do outro como um ser autônomo e digno. O ser humano passa a ser visto como um ser único e complexo, uno e não divisível, estabelecendo uma relação de ajuda que é eficaz nos cuidados¹¹.

A evolução dessa ciência leva à humanização, e para isso precisa de alicerces científicos que permitem estar de pé diante de catástrofes ¹¹.

Os estudos da área de enfermagem devem se basear na investigação dessa profissão, para que esta se torne realmente uma ciência e assim contribua para a melhoria da qualidade de vida do ser humano, enquanto usuário dos serviços de saúde ¹¹.

De maneira geral, pode-se então afirmar que é uma profissão que apresenta grande

diversidade de profissionais entre as mais diversas áreas de saúde, executando as mais complexas funções referentes ao ato de cuidar de pessoas enfermas. O nome “enfermagem” está, com evidência, ligado à noção de enfermo, do que, portanto, abstraímos que o enfermeiro é o profissional que lida de forma direta com as enfermidades, atendendo aos enfermos em suas necessidades, exercendo as funções de cuidados¹².

A atuação do enfermeiro no contexto brasileiro, muitas vezes, ocorre de maneira que as pessoas ajam sem perceberem qual a grande importância deste profissional. O enfermeiro atua como pilar de sustentação dos programas de saúde que atuam na promoção, prevenção, implementação e atuação da saúde, em diversos níveis sociais e unidades de saúde. É um profissional ímpar que busca resultados nos mais variados programas assistenciais de saúde, atuando como gestor, administrador e gerenciador, tendo o bem-estar social como meta e assumindo dentro das diversas instituições um papel fundamental, seja com atuações holísticas e ou específicas¹².

Para Smeltzer e Bare ¹³ a enfermagem profissional está se adaptando para satisfazer às necessidades de saúde e às mudanças de expectativas, tendo em vista que diversas adaptações são feitas à medida que a sociedade se vê cercada por diferentes contextos e situações, sociais, culturais ou políticos e econômicos. Uma dessas adaptações é a expansão do papel do enfermeiro, que ocorreu em resposta à necessidade de melhorar a distribuição dos serviços de saúde e diminuir o custo de cuidados de saúde: essa expansão se deve à legislação e à promoção de políticas públicas de saúde em diferentes contextos.

Conforme Wehbe e Galvão ¹⁴ como líder é também função do enfermeiro coordenar a equipe e gerenciar a assistência prestada ao paciente, uma vez que ele exerce influência não somente na sua equipe, como também em outros membros que integram o serviço. Esse profissional exerce uma liderança fundamentada no conhecimento das habilidades, características individuais e necessidades dos membros da equipe. No ambiente hospitalar é desenvolvido pelo enfermeiro uma gerência mais orientada para as necessidades do serviço, cumprindo normas e tarefas, produzindo o que é preconizado pela organização e por outros profissionais, incluindo a equipe médica. Assim, o enfermeiro deve fornecer treinamento à sua equipe a fim de capacitá-la a realizar procedimentos altamente técnicos em situações emergenciais, uma vez que é exigido tal preparo para um atendimento eficaz.

Para Silva ¹⁵ o treinamento da equipe deve ter como prioridade a redução do tempo de atendimento com medidas que permitam atuação rápida, eficiente e sistematizada, porém, cumprindo todas as etapas do atendimento. Para tanto, não basta apenas fornecer orientações à equipe, mas um treinamento atualizado e contínuo que abranja toda assistência, pois o

profissional que cuida de pacientes com maior complexidade deve estar capacitado para atuar com competência e segurança.

O principal instrumento de trabalho da enfermagem é o ser humano, e este necessita ser cuidado, principalmente quando é acometido por uma doença. A atuação, então, deve se voltar não somente para a parte física, como também para a psicológica, espiritual, social, enfim, envolvendo todos os aspectos que se referem ao ser humano¹⁶.

Para Ferraz, Silva, Silva, Reibnitz e Backes ³ "a enfermagem é caracterizada pelo cuidado, assim, cabe a esta pensar/agir que tipo de cuidado será dispensado aos sujeitos-cidadãos". Esses autores ainda ressaltam que a "terminologia 'cuidar' encontra sentido e dá sentido ao exercício da enfermagem".

A enfermagem lida com a dor e o sofrimento humano, estando presente em diversas situações que acometem pacientes e famílias. O paciente fora da possibilidade de cura necessita de cuidados que vão aliviar o seu sofrimento e permitir uma melhor qualidade de vida ¹⁵.

A arte de cuidar faz dessa profissão uma precursora de uma melhor qualidade de vida a indivíduos fragilizados por diferentes patologias. Essa ação deve ser desenvolvida de forma humanizada, ou seja, proporcionar ao paciente atendimento com amor e carinho, sendo necessário o toque, um sorriso e o estabelecimento de um vínculo de confiança. É essencial que haja comunicação, o que, aliado com os aspectos acima citados, são fatores fundamentais para quem está recebendo cuidados por parte da enfermagem. E esta deve valorizar a pessoa humana e não focar somente a patologia e os procedimentos¹⁶.

Brum, Tocantins e Silva ¹⁶ acreditam no cuidado de forma humanística, valorizando a ação de cuidar, centrada no indivíduo e no meio que este está inserido e não somente em procedimentos, patologias ou problemas.

4. A humanização na saúde pública

Não podemos desconsiderar que, no campo da saúde pública brasileira, o sistema ainda convive com problemas que demandam respostas urgentes para o aperfeiçoamento de uma assistência de qualidade. Um dos aspectos que tem mais chamado a atenção quando avaliamos os serviços prestados à população é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva e social que o exercício do atendimento à saúde exige¹.

Paula, Schaurich, Padoin e Motta ² afirmam que é imprescindível para o cuidado humanizado que o enfermeiro vá além de suas habilidades técnicas. As habilidades técnicas

são indispensáveis para o ato de cuidar, no entanto, é preciso colocar o ser cuidado no centro desse processo. Para isso, é importante que o enfermeiro pratique a empatia, ou seja, esteja consciente, tenha responsabilidade, capacidade, e esteja aberto para conhecer o outro, respeitá-lo e ajudá-lo, considerando-o como um ser que tem potencialidade.

Em resposta ao problema apresentado acima, o governo lançou a PNH. A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições fundamentais para que o direito de todos aos serviços se estabeleçam de forma harmoniosa, sem ferir os direitos humanos¹.

De acordo com Brum, Tocantins e Silva ¹⁶ “O típico da ação dos Enfermeiros é o cuidar instrumentalizado por um estar junto, proporcionando conforto físico e bem-estar, visando o enfrentamento da vida”

A PNH interfere diretamente no compromisso com os direitos do cidadão, destacando o respeito como proposta de ética. Propõe mudanças das atitudes de usuários, profissionais e gestores, no sentido de comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade dos serviços desenvolvidos, valorizando a autonomia destes diferentes sujeitos. Falar de humanização na assistência refere-se a acolher, recepcionar solidarizar, ouvir, compreender; é dar liberdade ao outro de se expressar sem qualquer julgamento ou atitude que o fere enquanto ser humano¹.

Para que estas propostas se concretizem, deve haver um comprometimento com o verdadeiro significado de humanização, que traduz em acolhimento como proposta de ética, ou seja, respeito ao outro como ser humano dotado de sentimentos e de valores, maturidade profissional, sensibilidade, afetividade e serenidade, em uma visão holística do ser humano¹⁷.

É importante salientar que a PNH, implantada pelo Ministério da Saúde em 2000, coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população como estratégias de ampliar a condição de direitos e cidadania¹.

“Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” ¹.

A PNH implica na promoção integral dos valores humanos como princípios básicos no atendimento aos serviços públicos estabelecendo relações de igualdade e respeito¹.

“A humanização da atenção da saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com

suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões”¹.

Ferraz, Silva, Silva, Reibnitz e Backes³ dão conta de que a visão holística, integral, é importante, ainda mais quando se considera o enfermeiro em uma função ainda mais enfática, a de educador. Para os profissionais de enfermagem, os pacientes são seres totais, com família, cultura, passado, crenças e valores que interferem nas experiências de saúde e doença. Sendo uma ciência humana, a enfermagem não pode limitar-se à utilização do conhecimento puramente científico, pois trabalha com seres humanos debilitados.

Ao falarmos de humanização, ressalta-se que, para melhor compreensão da dimensão das propostas de humanização nos serviços de saúde, cabe aos profissionais conscientizar-se de que a humanização no atendimento não se baseia apenas em gestos de simpatia. É preciso compreender que a humanização nos serviços refere-se a uma postura de ética e de compromisso com os direitos humanos¹.

O grande desafio para os profissionais de saúde é considerar a pessoa não simplesmente como corpo, mas como um todo que merece respeito e atenção. O cuidar é sempre possível, mesmo que seja um caso de hospitalização prolongada. Cuidar não é um ato isolado, mas constante, de preocupação, de ternura, de respeito para com aquele que sofre. É uma atitude que sabe unir competência e humanidade³.

4.1 O enfermeiro e a humanização de seu atendimento

Lazzari, Jacobs e Jung¹⁷ relatam que nessa assistência mecanizada, em que o cuidado deixa de ser algo feito com intuito de valorizar o ser humano, observando suas individualidades, sendo apenas uma prática despersonalizada, a humanização vem para resgatar a valorização do ser humano.

O cuidado humanizado baseia-se no acolhimento e compreensão do ser humano como um ser único, integral, valorizando sua história e de sua família, com olhar voltado para as necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente¹⁷.

A maioria dos profissionais de enfermagem enfrenta dificuldades em prestar um atendimento de forma humanizada, devido às más condições de recursos e materiais, baixa remuneração e pouca valorização da profissão¹⁸.

Quando se fala em humanização da assistência de enfermagem, subentende-se que toda assistência seja humanizada, já que é feita por humano, mas não é isso que acontece de fato. Na realidade, o ser humano presta os devidos cuidados, mas esses nem sempre valorizam

o doente, somente são feitos como uma rotina em que, às vezes, o profissional não se apresenta ao paciente e não relata sobre o procedimento que será realizado. Chega e o executa, sem que haja comunicação, isso é desumano com a pessoa que está doente¹⁹.

Morais, Costa e Carneiro ¹⁹ comentam que:

“Fazem-se necessários profissionais que desenvolvam as habilidades emocionais, e que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano, evitando prestar um cuidado tecnicista, mas preparados para oferecer um cuidado humanizado ao cliente, sem exploração, domínio ou desconfiança.”

É fundamental que o profissional que assiste o paciente crie um laço de afeto, estabeleça um vínculo de confiança através da comunicação e que olhe este doente com carinho e respeito, se coloque no lugar dele, podendo, assim, se sentir sensibilizado com a dor e o sofrimento humano. Dessa forma, irá tornar seu atendimento humanizado ²⁰.

Para Fonseca *et al.*, ²¹, a humanização é a capacidade de se colocar no lugar do outro, oferecendo-lhe um cuidado digno e com respeito, proporcionando serviços de saúde, estabelecendo vínculo entre paciente e profissional, reconhecendo que este paciente tem desejos, necessidades e direitos.

A enfermagem proporciona aos doentes cuidados que vão além da tecnologia, pois, apesar de ser fundamental no diagnóstico, tratamento e até mesmo a cura quando possível, ela não oferece afeto. Fica a cargo da equipe de enfermagem estabelecer ações e prioridades que vão proporcionar a este doente uma assistência digna e, por sua vez, humanizada ²⁰.

Duarte e Noro ²⁰ consideram que as ações de enfermagem devem estar voltadas para um cuidado que vise à totalidade do indivíduo, ou seja, uma pessoa com família, sentimentos e que está vivenciando um momento de sua vida que precisa de atenção e cuidados. Outro fator de extrema importância para efetivar a qualidade do cuidado é a comunicação entre a equipe de enfermagem com pacientes e familiares, pois através desta comunicação surgirá um vínculo de confiança, o que facilitará a adesão do paciente ao tratamento e este por sua vez surtirá maiores resultados.

De acordo com Inaba ²², a efetiva comunicação entre o profissional e paciente é capaz de facilitar o processo de tratamento no qual o paciente poderá conhecer e enfrentar seus problemas e, conseqüentemente, irá participar das escolhas a serem feitas acerca do seu tratamento.

A comunicação se faz não somente através da fala, como também de gestos, expressão facial, etc. Esse tipo de comunicação é a não verbal, muito utilizado em se tratando de humanização da assistência, pois o toque ou um gesto dizem muito mais que certas palavras e a pessoa fragilizada pela doença nem sempre quer ouvir o outro, somente espera

receber um carinho, um sorriso, um gesto que mostre que ele é uma pessoa que tem sentimentos ²².

Inaba ²² ressalta que:

“A atenção à comunicação não-verbal é essencial ao cuidado humano, por resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber, com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, além de ajudar a potencializar sua própria comunicação.”

5. O enfermeiro como educador na atenção primária

De acordo com Paim ²³ o modelo de medicina assistencial, centrado no hospital, que considera a doença de forma individual e biológica predominou no Brasil até a metade da década de 80. Esse modelo não atendia às reais necessidades de saúde da população. A instituição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza a prevenção à saúde: foi a partir daí que o enfermeiro se viu em uma atividade essencial da Saúde Pública, realizando o cuidar, o coordenar e o educar. Isso vem ao encontro da assistência integral de saúde do SUS, com uma atuação educativa e diversificada para a população.

A atenção primária em saúde deu uma reorientação aos serviços de saúde e enfatizou a estratégia de Saúde da Família ao invés da atenção básica em saúde, que trazia cuidados primários de saúde ⁹.

Como se pretende relacionar o enfermeiro a uma atuação de educador, tomemos o verbete educação. O dicionário define o verbete Educação como:

“**e.du.ca.ção** [Lat. *educatione*.] *sf.* 1. Ato ou efeito de educar(-se). 2. Processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano. 3. Pedagogia, didática, ensino. 4. Civilidade, polidez” ²⁴.

Moraes ²⁵ afirma:

“Do ponto de vista acadêmico, Educação e Saúde são áreas de conhecimento intimamente ligadas, embora, dentro da saúde, marcadamente instrumentais. Envolve a compreensão de distintas concepções de saúde-doença-cuidado e dos métodos para lidar com os problemas surgidos na prática social da saúde. Educação implica comunicação e informação, mas vai além. No processo educativo acontece a aquisição e reconstrução de conhecimentos entre sujeitos. Doentes, usuários, cidadãos, ativistas, profissionais, técnicos, todos são sujeitos de conhecimento, portadores de saberes diversos, fluxos de um complexo aprendizado social.”

Segundo Moraes ²⁵ a saúde e a educação se encontram na ótica do senso comum: assim, como educador, o enfermeiro pode, por exemplo, orientar pacientes em cuidados básicos de higiene ou mesmo da necessidade das vacinas. Mas não é visto como educador

porque há uma tendência em se associar o educador à sala de aula. O enfermeiro é, então, um educador não formal. Há que se considerar ainda que o enfermeiro pode optar pelo ensino e ajudar a formar novos profissionais da área. O enfermeiro-educador atua de maneira a transformar situações de seus pacientes, em quaisquer situações, em situações diversas, situações até que sua formação não o preparou para viver. O autor enfatiza que ser ou não um educador não é uma opção do enfermeiro, pois a ação de educar faz parte do exercício de sua missão.

Gonçalves e Soares ²⁶ também tratam do enfermeiro em sua atividade educativa na atenção primária. Os autores dão conta das diversas funções desse profissional: o enfermeiro realiza tanto a assistência individual quanto a coletiva; o enfermeiro enxerga na sua prática clínica a prática da saúde coletiva, pois leva em consideração as necessidades da população, inclusive analisando os seus fatores de risco, além de realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, em consultas de enfermagem. Nessas funções, o enfermeiro promove educação de forma continuada, além de apoiar sua equipe a fazer o mesmo. Acima de tudo, na prática do enfermeiro, deve prevalecer a ética, pois o enfermeiro ouve particularidades do usuário do sistema de saúde e estabelece uma relação de muito respeito com este. Os autores afirmam a necessidade de uma formação que ensine ao enfermeiro a agir de forma educativa, pois, existem adversidades:

“Entretanto, esta prática educativa tem sido repensada no sentido de mudar os métodos pedagógicos utilizados pelos profissionais, que dão ênfase às ações imperativas, negando a autonomia dos sujeitos e direcionando a assistência para a dimensão individual com foco no controle do agravo; esquecem-se da coletividade, bem como da prevenção de doenças e da promoção de saúde.”

As ações educativas de equipes da ESF, em diversos locais do Brasil, são foco de diversos estudos, de acordo com Rocha ²⁸. Esse programa está sintonizado com a ideia de ação educativa em saúde e vai ao encontro da importância da humanização no sistema de saúde. Pode-se então afirmar que a ação educativa do enfermeiro deve se propagar em toda a atenção primária, pois é onde o enfermeiro atua com a consciência de promover a saúde coletiva.

A prática da educação em saúde traz bons resultados à saúde coletiva, mas, em consonância com Gonçalves e Soares ²⁶ considera-se que a ação dos enfermeiros deve ser menos prescritiva de comportamentos, menos imperativa: o enfermeiro deve se mostrar capaz de mais do que dar ordens, estabelecer um vínculo comunicativo eficaz e humano com o paciente. Esses autores consideram a prática educativa do enfermeiro como um instrumento para ações preventivas, o que traz respostas efetivas no saneamento básico, na imunização e

na proteção, com o objetivo único de promover saúde por meio de ações antecipatórias, ajudando o indivíduo (paciente), munindo-o de aptidões que o levem a respostas funcionais, que se adequem à sua situação de vida.

Rocha ²⁸ trata da prática de grupos educativos por enfermeiros na atenção primária em saúde. Segundo a autora, a atividade educativa é uma grande vantagem tanto para os profissionais quanto para os usuários, sendo o enfermeiro o principal agente. A autora afirma:

“Os enfermeiros confirmam a importância da realização dos grupos, sobretudo para os usuários, sendo considerados espaços de aprendizagem, conhecimento, troca de experiências para que o indivíduo reflita sobre a sua saúde e na possibilidade de agir conscientemente, além de proporcionar o aumento do vínculo entre o enfermeiro e a população.”

Gonçalves e Soares ²⁶ não descartam que a população convive hoje com um bom acesso a informações, tendo em vista a democratização do conhecimento que se fez a partir da tecnologia de informação. Mas ainda assim, segundo os autores, a população é muito impotente no que diz respeito à relação que estabelece com os serviços de saúde e com os profissionais da área.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ²⁹ considera que a atenção primária à saúde se faz fortalecida pelos sistemas nacionais de saúde e pelo fortalecimento dos profissionais de saúde, pela sensibilidade às mudanças sociais e ao aumento de expectativas associado ao desenvolvimento e à modernização:

“As pessoas têm cada vez mais voz ativa sobre a saúde como parte integrante de como elas e as suas famílias vivem o seu dia a dia, e sobre a forma como a sociedade aborda as questões da saúde e dos cuidados de saúde. A dinâmica da procura tem de encontrar voz nos processos de definição de políticas e de tomadas de decisão. A necessária reorientação dos sistemas de saúde tem de ser baseada em evidências científicas sólidas e na gestão racional da incerteza, mas também deve integrar o que as pessoas esperam da saúde e dos cuidados de saúde para si próprias, as suas famílias e a sua sociedade. Isto requer concessões e negociações, muitas vezes delicadas, com múltiplos parceiros, e o abandono de modelos lineares e imposições de cima para baixo observados no passado.”

A humanização proposta como um caminho para o SUS caminha ao lado da ação educativa do enfermeiro ²⁶:

“Dessa forma, é preciso que a educação em saúde e a comunicação caminhem juntas, visto que constituem em um importante instrumento capaz de estimular, informar, interligar os indivíduos entre si, buscando alcançar o objetivo proposto sem prescrições imperativas.”

Em Brasil ²⁷ mais especificamente no Guia Prático do Programa Saúde da Família, tem-se a afirmação de que os profissionais da saúde devem se relacionar com a comunidade

de maneira a promover a consciência da responsabilidade do indivíduo com sua própria saúde. Essa promoção é parte-chave da ação educativa de qualquer enfermeiro da Atenção Primária.

O enfermeiro, segundo Gonçalves e Soares ²⁶ deve demonstrar a prática do conhecimento, fazendo-o enxergar, em seu cotidiano, soluções para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças: não se trata somente de cuidar das doenças, mas de preveni-las, sobretudo.

6. Considerações finais

É necessário aliar, na prática, os diversos conceitos-chave que fazem parte do sistema de saúde. Os princípios de equidade, integralidade, universalidade e descentralização do SUS são a base para a busca da promoção de saúde com a participação de todos. Nesse âmbito, como elo, a humanização exerce papel fundamental. A ideia de sistema nos permite afirmar que as peças desse sistema devem agir num efetivo e constante vínculo comunicativo. Daí a necessidade da ação educativa do enfermeiro na atenção primária em saúde, enxergando dilemas e propondo soluções práticas no cotidiano de seus pacientes, analisando e formalizando ações em prol da saúde coletiva, praticando, de forma humanizada, o exercício de sua missão, orientando a população à prevenção de doenças, muito mais do que somente fazendo atendimentos clínicos que cuidem de doenças. O enfermeiro tem, em sua definição, um ato intrínseco, que é o de cuidar. É preciso estender o ato de cuidar ao sentido de educar, conciliando esses sentidos à humanização. Essa deve ser a dinâmica da atuação do enfermeiro na atenção primária.

Além disso, é preciso que as políticas públicas, bem como a formação de enfermeiros, contemplem a necessidade de se formar profissionais que eduquem e a necessidade de se promover ações educativas em saúde.

Tudo isso nos leva à afirmação de que o enfermeiro, munido da capacidade de tecer vínculos comunicativos com a população, pode exercer ações educativas de grande importância para a saúde coletiva, devendo, sobretudo, se guiar pela humanização, enxergando sua missão em uma dimensão social.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

2. PAULA, Cristiane Cardoso. SCHAURICH, Diego. PADOIN, Stela Maris de Mello. MOTTA, Maria da Graça Corso. **O cuidado como encontro vivido e dialogado na teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad.** Acta. Paul. Enf. on line São Paulo, v.17, n. 4, fev. 2004. Disponível em: . Acesso em: 15 mar. 2007. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11899&indexSearch=ID>> Acesso em 10 de junho de 2017.

3. FERRAZ, Fabiane; SILVA, Luzia Wilma Santana da; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; REIBNITZ, Kenya Shimidt; BACKES, Vania Marli Shubert. **Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, Santa Catarina, v. 58, n. 5, p. 607-610, set./out. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000500020&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 15 de junho de 2017.

4. BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** Brasília, 2001.

5. BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília, 2006.

6. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 05 de setembro de 2017.

7. BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm > Acesso em 05 de setembro de 2017.

8. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 5 de setembro de 2017.

9. CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: < http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf> Acesso em: 23 de agosto de 2017.

10. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. QUEIROZ, Danielle Teixeira. VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual.** Ciência e saúde Coletiva, 12(2); p. 335-342, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009> Acesso em 27 de maio de 2017.

11. SILVA, Daniel Marques da; BATOCA, Ernestina Maria Veríssimo. **O Conhecimento Científico e a Enfermagem.** 2009. Disponível em: <<http://www.ipv.tt/millennium/Millennium27/13.htm>> Acesso em 10 de junho de 2017.

12. BARBOSA, Maria Alves; MEDEIROS, Marcelo; PRADO, Marinésia Aparecida do; BACHION, Maria Márcia; BRASIL, Virgínia Visconde. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_1/f1_coletiva.html> Acesso em: 05 de setembro de 2017.

13. SMELTZER, S. C. BARE.; B. G. **Tratamento de Enfermagem Médica-Cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

14. WEHBE, Grasiela; GALVÃO, Maria Cristina. **Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 1, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a06.pdf>> Acesso em: 12 de junho 2017.

15. SILVA, S. C. **A visão da enfermagem frente a novos paradigmas – reflexão teórica.** Nursing 1999, volume 2, número 13. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=pt&nextAction=lnk&exprSearch=1290&indexSearch=ID#top>> Acesso em 10 de junho de 2017.

16. BRUM, Ana Karine Ramos; TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de Jesus do Espírito Santo. **O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, s.l, v.13, n.6, p.1019-1026, nov./dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a15.pdf>> Acesso em 15 de junho de 2017.

17. LAZZARI, Daniele Delacanal; JACOBS, Lilian Gabrielle; JUNG, Walnice. **Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica.** Revista de Enfermagem da UFSM, s.l, v. 2, n.1, p.116-124, jan./abr 2012. Disponível

em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3705>> Acesso em: 10 de junho de 2017.

18. AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. **A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem, s.l, v.19, n. 4, p.444-449, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400013> Acesso em: 15 de junho de 2017.

19. MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo Da; CARNEIRO, Alan Dionizio. **Comunicação como instrumento no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado**. Acta Paulista de Enfermagem, s.l, v. 22, n. 3, p.323-327, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002009000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 10 de junho de 2017.

20. DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO Adelita. **Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 31, n. 4, p.685-692, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400011> Acesso em: 5 de junho de 2017.

21. FONSECA, Aroldo Moreira da; CAMPOS, Ana Cristina Viana; COTTA, Fernanda Maria Pereira; BORELLI, Lilia da Rocha; DUTRA, Bianca Santana; SANTANA, Júlio César Batista. **O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros**. Enfermagem Revista, s.l, v.15, n.1, p.47-57, jan./abr, 2012. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/6375/5911>> Acesso em: 12 de junho de 2017.

22. INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem**. Revista Escola de Enfermagem USP. São Paulo, v. 39, n. 4, p.423-429, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>> Acesso em: 9 de junho de 2017.

23. PAIM, J. S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”**. Conferência Regional sobre tendências futuras e a renovação da meta saúde para todos. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6094>> Acesso em: 5 de setembro de 2017.

24. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

25. MORAES, Carlos Alberto Martinez de. **Enfermeiro Educador, Enfermeiro Professor: Formação e Práticas Educativas**. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. PUC-Campinas. Campinas, São Paulo, 2004. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/3/TDE-2010-10-06T130717Z-1628/Publico/Carlos%20Alberto%20Martinez%20de%20Moraes.pdf> Acesso em: 25 de maio de 2017.

26. GONÇALVES, Giane Gargaro; SOARES, Marcelo. **A atuação do enfermeiro em educação em saúde: uma perspectiva para a atenção**. Lins, UNISALESIANO, 2010. Disponível em: < <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/51937.pdf>> Acesso em 10 de setembro de 2017.

27. BRASIL. **Guia prático do programa Saúde da Família**. Brasília. 2001.

28. ROCHA, Priscila Araújo. **A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde**. Dissertação de Mestrado. Juiz de Fora, UFJF, 2014. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Priscila-Ara%C3%BAjo-Rocha.pdf>> Acesso em: 12 de agosto de 2017.

29. Organização Mundial de Saúde. OMS. **Atenção Primária em Saúde: Agora mais do que Nunca**. 2008. Disponível em: < http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf> Acesso em: 10 de agosto de 2017.