



54

O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais: as experiências da enfermagem no Brasil e no Perú

Magda Núñez Vargas
Laura Tavares Ribeiro Soares

RESUMO:

Este trabalho apresenta uma síntese do que foi a nossa Dissertação de Tese de Mestrado defendida na EEAN/UFRJ em dezembro de 1996, onde analisamos a utilização das diferentes metodologias de trabalho educativo em saúde, implementadas pela equipe de enfermagem em comunidades rurais no BRASIL (Xerém-RIO DE JANEIRO) e PERÚ (Santo Tomás-IQUITOS), visando descrever as características das metodologias do trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais, numa perspectiva latinoamericana; comparar as modalidades de utilização das metodologias do trabalho educativo em saúde no Brasil e no Perú; e discutir e identificar as diferentes formas de participação dos habitantes das comunidades rurais nos trabalhos educativos em saúde. Incorporamos também, na análise, as diferentes práticas de participação da população organizada residente nas respectivas comunidades. Para ambos os aspectos, fizemos uma comparação entre os dois países, na busca de alternativas e respostas ao tratamento das diferenças e semelhanças entre os nossos países, o qual é fruto da reflexão que vem ocorrendo no espaço da educação em saúde. Do ponto de vista metodológico, trata-se de uma pesquisa qualitativa, com uma abordagem comparativa, numa perspectiva histórico-dialética, destacando os principais fatos históricos, econômicos, políticos e sociais que contextualizam a problemática analisada. Foram feitos dois estudos de caso, onde utilizamos, para a coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e a observação participante. Os sujeitos dos estudos foram os membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares); os líderes comunitários; e alguns moradores das comunidades de

ambos os países. Tivemos como referencial teórico Paulo Freire, Gramsci, Marx, Egry entre outros, que ajudaram-nos a re-colocar o problema da diferença e da comparação, considerando os métodos educativos em saúde como parte de determinadas totalidades histórico-sociais, que possuem, nos respectivos países, particularidades históricas e culturais. As conclusões deste trabalho indicam que existem determinadas características particulares de utilização de metodologias de trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais. Essas características estão, por sua vez, relacionadas com o sistemas de saúde de cada país e com o momento histórico, político e social vivenciado por cada comunidade. No entanto, essas metodologias não apresentam uma continuidade linear no tempo: num determinado momento podem conter elementos dos diversos enfoques. Além disso, encontra-se, na prática do dia-a-dia das unidades, falta de acompanhamento sistemático e de supervisão formal. Identificou-se, também, nas comunidades assistidas, uma heterogeneidade nos graus de conscientização e participação do cidadão, o que limita uma atuação com maior poder de cobrança, junto às autoridades de saúde e às lideranças políticas em favor da melhoria da qualidade de vida nessas comunidades.

Unitermos: estudo comparativo - Enfermagem; educação em saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Introdução

Este trabalho apresenta uma síntese da nossa Dissertação de Mestrado defendida na EEAN/UFRJ em dezembro de 1996. Esta dissertação inseriu-se na linha de estudos comparados latino-americanos dessa escola que busca resgatar, entre outros objetivos, nossa experiência em nossos países de origem.

Na busca do aprofundamento do nosso conhecimento a respeito do trabalho educativo em saúde, principalmente sobre as metodologias educativas em saúde, baseado no contexto da América Latina, obtivemos importantes informações que são ressaltadas nesse estudo.

O trabalho em saúde nas comunidades rurais, tanto no Brasil como no Peru diferem pelas características próprias que assumem em cada uma dessas comunidades, bem como pelo tipo de educação que recebem cada uma delas. Isto acarreta um desconhecimento de estratégias metodológicas que levem ao desenvolvimento dessas comunidades e que possibilitem o avanço da população como um todo.

Esse desconhecimento de uma metodologia educativa, em saúde, traz consigo implicações relativas ao próprio trabalho em saúde e ao desenvolvimento da população. Reforçando a prática de saúde tradicional que não transformam a realidade, não dando conta de res-

saltar os valores e a capacidade dos indivíduos de participarem de forma independente. Neste caminho, o trabalho em saúde vai diminuindo cada vez mais, reduzindo assim a eficácia e a efetividade das ações dirigidas ao povo.

Pelo lado do desenvolvimento da população, essa ausência impede o avanço da mesma, tornando-a mais marginalizada, limitando o desenvolvimento de sua cidadania.

Num primeiro momento ao analisar os diferentes tipos de trabalho educativo em saúde - a partir dos enfoques Participativo, SILOS e Tradicional, - destacamos as vantagens e limitações de cada um, sempre considerando os enfoques educativos em saúde como parte de determinadas totalidades histórico-sociais. Sua descrição ressaltou as características de cada um no contexto do trabalho educativo em saúde, junto às experiências latino-americanas e em relação ao trabalho educativo do enfermeiro, no desempenho de suas atividades nas comunidades onde trabalha.

Além disso, este estudo assume relevância por ter sido realizado de forma comparada entre o Brasil e o Peru, destacando os contrastes e características comuns de cada um desses países, bem como pelas possibilidades de se traçar um panorama latino americano da utilização de metodologias educativas adequadas para o trabalho em saúde, particularmente em suas áreas rurais. Estas últimas, por sua vez, possuem características próprias que acarretam diferentes implicações para o trabalho em saúde e para o desenvolvimento da comunidade.

Dessa forma, este estudo teve como objeto a utilização de metodologias de trabalho educativo em saúde imple-

mentadas pela equipe de enfermagem, em comunidades rurais de Xerém (Duque de Caxias) no Brasil e Santo Tomás (Iquitos) no Peru.

As questões norteadoras que encaminharam esse estudo foram:

Quais são as metodologias utilizadas no trabalho educativo em saúde pela equipe de enfermagem com as comunidades rurais nos dois países?

Quais são os aspectos comuns e as diferenças encontradas no Brasil e no Peru nesse tipo de trabalho?

Como se dá a participação das comunidades rurais nesse trabalho?

A partir dessas questões, traçamos os seguintes *objetivos*:

1.- Descrever as características das metodologias do trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais, numa perspectiva latino-americana.

2.- Comparar as modalidades de utilização das metodologias do trabalho educativo em saúde no Brasil e no Peru.

3.- Identificar e discutir as diferentes formas de participação dos habitantes das comunidades rurais nos trabalhos educativos em saúde.

A partir destes objetivos, tratamos de adotar uma metodologia adequada ao objeto de pesquisa, que se caracterizou por ser do tipo qualitativa, com uma abordagem comparativa. Esta pode ser considerada, no desenvolvimento das ciências sociais, como um processo de percepção das diferenças e das semelhanças no curso histórico da vida dos povos. Dessa forma, os dados comparáveis são singularizados em suas particularidades históricas.

Tratou-se de um estudo de caso, onde foram descritas as diferentes formas que assume o trabalho educativo



realizado pela equipe de enfermagem, segundo as metodologias educativas em saúde empregadas. A complexidade do estudo de caso foi amparada pelos suportes teóricos de Freire, Gramsci, Marx, Egrý entre outros.

Num segundo e terceiro momentos descrevemos os contextos dos países estudados, descrevendo seus Sistemas de Saúde; caracterizando as Comunidades pertencentes às Unidades de Saúde pesquisadas, bem como a Equipe de Enfermagem e trabalho desenvolvido. Esta investigação realizou-se, para o caso brasileiro, no Estado do Rio de Janeiro, no Município de Duque de Caxias, situado na região da Baixada Fluminense, nas comunidades do distrito de Xerém. O estudo de caso peruano ocorreu no Estado de Loreto - Iquitos, Província de Maynas, na comunidade de Santo Tomás. Para a seleção dos postos de Saúde, teve-se em conta a localização em área rural; a acessibilidade; e a presença da equipe de enfermagem, partindo-se do princípio de que nessas unidades realizava-se ou desempenhava-se algum trabalho educativo em saúde.

A população alvo foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem - enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde - e pelos líderes comunitários - vereadores, membros de diversas organizações da comunidade, além de alguns moradores das diferentes comunidades.

Num quarto momento e o mais relevante, discutimos as perspectivas para o trabalho educativo da enfermagem na América Latina em relação ao encontrado. Foram abordados os seguintes aspectos: os significados da Educação em Saúde para o trabalho da Enfermagem; as práticas participativas

da comunidade; a síntese e as perspectivas. No processo de análise, a partir de uma leitura cuidadosa de cada entrevista e do perfil de cada entrevistado, procedeu-se à categorização dos dados por tema, para assim discutir as comparações entre os países, procedendo-se à análise dos dados à luz do referencial teórico.

- Teoria e prática na educação em saúde: inserção da enfermagem

Enfoques sobre as metodologias educativas em saúde

Os Enfoques sobre as metodologias educativas em saúde mais utilizados na prática da educação em saúde são:

No caso da educação popular, chamado de método *participativo*, este tem sua inspiração teórica e prática na obra de **Paulo Freire**¹, educador e humanista brasileiro que criou a metodologia da educação libertadora, aplicada inicialmente no campo da alfabetização.

No marco metodológico de Educação e Participação Popular (com comunidades rurais particularmente), as ações de capacitação em saúde não poderiam reduzir-se à simples transferência de conhecimentos e assimilação de destrezas motoras ou de novas técnicas. A capacitação é também um

Método Participativo em Educação e Comunicação Popular	Sistemas Locais de saúde SILOS	Sistema Tradicional Comunitário
<p>Chamada também de "educação libertadora, criativa" cuja função é de transformar e mudar a sociedade para servir às necessidades das pessoas, opondo-se ativamente à injustiça social, à iniquidade e à corrupção. Este enfoque humanitário e democrático (participação). Aprendizagem horizontal.</p>	<p>Chamado também como o <i>Enfoque progressista</i> cuja função é para reformar e modificar as pessoas para servir às necessidades da sociedade, efetuando certas melhorias sem, no entanto, mudar os aspectos injustos da sociedade. O enfoque geral é o paternalista (controle "bondoso"), considerando os educandos como basicamente irresponsáveis, aos quais o educador deve cuidar e vigiar. Os métodos de ensino são os diálogos e as discussões; porém o educador decide quais são as respostas corretas. Efeito é "ilusório", para aqueles setores que protestam.</p>	<p>Chamado também de <i>enfoque "convencional"</i>, onde a função é para acomodar, conformar-se e resistir à mudança, mantendo estável a ordem social, ensinando as pessoas a aceitarem e "encaixarem-se" na situação social, sem nenhum tipo de preocupação com as mudanças nos aspectos socialmente injustos. O enfoque geral é autoritário (controle rígido), mediante uma pobre inter-relação entre o educador e o educando, o efeito sobre a comunidade é "opressivo".</p>

processo educativo, no qual deve ocorrer uma síntese entre o saber popular, a ciência e a tecnologia modernas. No campo da educação em saúde, estas se constituem em processos de atendimento à saúde em todos os seus níveis. Repensar o conteúdo significa confirmá-lo, atualizá-lo partindo da vivência dos próprios participantes, dentro de uma visão de educação que os perceba enquanto su-

jeitos no processo de aprendizagem, também pensando na qualidade da relação com a clientela, ou seja, com o outro.

A mudança observada com relação a objetivos políticos de saúde não permitiu o seu acompanhamento nos diversos níveis pelos profissionais dessa área, em especial da enfermagem.

O papel educativo do profissional de saúde, como um dos componen-

¹A teoria e a práxis de Paulo Freire são tão fortes, violentos até, carregadas de um sentido existencial profundo. Sentido que Paulo Freire não "dá" mas que "exprime". E como o seu ponto de partida, a sua opção radical é a libertação dos oprimidos, o sentido mais profundo da sua obra é ser a "expressão" dos oprimidos. Daí ser uma obra inquietadora, perturbadora, revolucionária. Ela exprime a realidade e a estratégia do oprimido. Foi por essa razão que não foi tolerado após o golpe militar de 1964: por ter sido o "pedagogo dos oprimidos", como comenta Moacir Gadotti. (FREIRE, P. 1979)



tes das ações básicas de saúde, é tarefa de toda a equipe na unidade de saúde: o médico, o auxiliar, o atendente, o dentista, e o enfermeiro.

De acordo com a visão materialista, histórica e dialética, encontramos qual seria o papel da **Enfermagem** nesse processo:

“...Na enfermagem, enquanto um instrumento de trabalho (assistir em enfermagem, educação para a saúde), o processo ensino-aprendizagem tem como ponto de partida a relação concreta da prática e, numa relação dialética entre a teoria e a prática, tenta estabelecer a devida relação entre o existente e o possível, entre o conhecimento construído e aquele a ser construído, entre a competência técnico-científica e a política. O que garante o ato educativo emancipador e a decisão de intervir para transformar, o que demanda um trabalho conjunto, lento e rigoroso, e pressupõe não só a vontade política, mas também a necessidade de retomar passos já dados e de buscar pontos vulneráveis para a mudança. Trata-se de um processo dinâmico, garantido pelo compromisso de ambos, educador e educando, numa relação de troca para crescimento mútuo. Pressupõe, portanto, disponibilidade dos mesmos para reflexão e troca.”(EGRY, SHIMA, 1992:111; in EGRY, 1996: 73).

O **enfermeiro** se insere em todas as atividades ou ações na unidade de saúde e na comunidade, estabelecendo o contato entre os profissionais de saúde e a população dentro e fora da unidade.

As possibilidades de trabalho da **equipe de enfermagem** e a realidade de

saúde de sua população-clientela é que irão dimensionar a extensão e a qualidade da ação educativa a ser desenvolvida.

Algumas experiências Latino-Americanas

A educação e a participação são ressaltadas como eixos principais do trabalho em saúde e do desenvolvimento de uma comunidade rural, em função da vinculação dos serviços de saúde com as condições de vida das comunidades rurais dos países latino-americanos, bem como o enfoque no processo de desenvolvimento de uma comunidade rural.

Neste item descrevemos, destacando as respectivas características para o Brasil e para o Peru, o desenvolvimento de experiências de participação comunitária em saúde e educação popular, tanto a partir do Estado como a partir da Sociedade Civil, incluindo aqui a Igreja, os partidos políticos, os grupos organizados da Sociedade e movimentos comunitários.

A enfermagem e as práticas educativas em saúde

Diversos pensadores latino-americanos trabalharam, sobretudo nas duas últimas décadas sobre a questão da saúde e sua articulação estreita com a estruturação e construção histórica das sociedades, dando uma contribuição específica para a enfermagem.

Essas produções motivaram os pesquisadores de enfermagem a incur-

sonar no difícil caminho de abordar o real-concreto, nas suas determinações contraditórias e totalizantes.

Desde então, inicia-se uma nova etapa na evolução da Pesquisa em Enfermagem, baseada em um atendimento “de alto gabarito” e em uma tecnologia “mais recente” no interior do processo de prestar assistência de enfermagem nos serviços de saúde. Mas até hoje, e ainda no futuro previsível, esse tipo de atendimento ideal só pode ser oferecido a poucos. Na prática, o trabalho de enfermagem caracteriza-se por ser um trabalho intenso, extenso em jornada, e por isso considerado como um dos mais exaustivos da área da saúde.

“A enfermeira precisa estar disposta a aprender o que realmente é necessário e depois compartilhar com outros os conhecimentos apropriados para a hora e o local, capacitando-os, desta maneira, a desempenhar tarefas e funções de enfermagem com segurança e enaltecendo o papel dos outros aos olhos da comunidade”. (BARROW, Nita.-1984:217)

A historicidade do processo de divisão do trabalho em enfermagem, inserida no processo mais geral da divisão do trabalho em saúde, mostra realidades diferentes às aspirações daqueles que a idealizam, tanto na sua função de cuidar, como na de administrar o cuidado.

O trabalho da enfermagem, como parte do trabalho coletivo em saúde, estrutura-se, em nossos países, no bojo das organizações de uma sociedade capitalista periférica dependente, sobretudo daquelas relacionadas ao setor público.

O processo de trabalho profissional da enfermagem também apresenta uma perspectiva política. Por isso, ao abordar com a clientela as questões referentes a gênero, raça, classe, preferência sexual e religião, os(as) agentes de enfermagem devem evitar o erro de desenvolver suas ações sem verificar qual o peso material e psicológico que incide sobre as diferenças e como essas peculiaridades afetam a vida das pessoas.

Almeida e Rocha (1989) nos fazem notar que a prática de enfermagem, com o significado de execução direta do cuidado junto ao cliente, não tem sido exercida em toda sua extensão pela enfermeira (por esta ter perdido o espaço ou ainda não ter conquistado), assumindo mais o controle administrativo deste trabalho.

Esse projeto de superação das contradições do “que-fazer” da enfermagem encontra apoio na perspectiva aberta por Nakamae, que articula a formação ética do profissional com a defesa intransigente da qualidade da assistência de enfermagem. Assinala também que na nossa sociedade de classes, a defesa da qualidade de assistência é:

“basicamente uma luta política, reclama a participação dos profissionais, dos professores e estudantes e que se articula com a luta mais ampla das camadas oprimidas pela conquista de melhores condições de vida e no rumo de uma sociedade onde a democracia não seja apenas privilégio de uma minoria. Onde o saber não seja uma arma de exploração e dominação, mas um instrumento de libertação do homem”. (NAKAMAE 1992:83-84 in EGRY 1996:80)”



Particularmente no campo comunitário, que é aquele que nos interessa no momento, sobretudo com relação ao trabalho educativo, este requer iniciativa e criatividade para acompanhar os projetos comunitários e tomar decisões de todos os tipos. Por outro lado, é na enfermagem comunitária onde existem condições para o desenvolvimento de um modelo profissional autônomo e de maior impacto na gestão e acompanhamento de projetos de saúde participativos, nos campos da promoção da saúde e prevenção das enfermidades.

É nesse espaço denominado de “comunitário”, onde existe um menor número de profissionais de enfermagem e uma maior dispersão dos mesmos. É aqui onde se requer uma maior fundamentação no conhecimento das relações saúde-sociedade, as quais muitas vezes não são proporcionadas na formação em nível de graduação. É aqui, ainda, onde as pressões políticas muitas vezes se impõem à racionalidade técnica na hora de tomar as decisões.

Dessa forma, a participação vai se tornando um pressuposto do processo de desenvolvimento do **método educativo-participativo**, principalmente quando o processo ou produto privilegiam a construção imediatamente coletivo-participante.

- O caso do Brasil
- O caso do Peru

Nestes Capítulos, ressaltamos a caracterização do Sistema de Saúde; das Comunidades pesquisadas, bem como da Equipe e do trabalho da Enfermagem em ambos os países.

Apresentamos a síntese das características das comunidades que consideramos intervenientes na participação da comunidade no trabalho educativo em saúde:

- Discutindo as perspectivas para o trabalho educativo da enfermagem na América Latina
- Os significados da educação em saúde para o trabalho da enfermagem

Onde acreditamos que o homem é sujeito de sua própria educação, com a realidade, faz objeto de seu conhecimento, criando uma consciência crítica,

Características da Comunidade

Xerém - Brasil	Santo Tomás - Peru
<p>História marcada pela formação de indústrias, com intensa migração populacional. Surgimento da Assistência Médica em Duque de Caxias com a Unificação dos Institutos de Previdência, constituição das Redes Estaduais e Municipais.</p>	<p>História marcada pelo êxodo da borracha, dando início da era econômica e social, abrangendo o espaço nacional e internacional, por ser um dos Estados de maior gasto e consumismo. Na Saúde sofrendo mudanças freqüentes de programas dos diferentes Governos.</p>

Unidade de Saúde Ambulatorial com 14 unidades distribuídas em Unidades Mistas e Unidades Ambulatoriais exclusivas.

15 Programas da Secretaria Municipal de Saúde chefiados por médicos (4 em funcionamento).

Rural e/ou às vezes participante.

Consenso que a saúde tem prioridade.

Coesão social, sentido de interesse comum.

Antecedentes de êxito nas ações da comunidades frente aos problemas políticos, econômicos e sociais.

Participação dos grupos organizados no Conselho Comunitário de Saúde.

Comunidade com uma história rica em experiências de transformação, presentes no dia-a-dia, com base ideológica definida.

Posto de Saúde com 6 sub-postos que atende, 18 comunidades, 12 acessíveis por terra e 6 por rio e outras comunidades novas.

9 Programas da Direção Regional de Saúde, chefiados por enfermeiras (a maioria funcionando)

Rural e/ou tradicional.

As necessidades em matéria de saúde estão insatisfeitas, mas eles dão prioridade a outra classe de problemas.

Divisões sociais, econômicas ou políticas; apatia em alguns grupos.

Tem antecedentes de ações realizadas, ficando limitadas ao momento, sem transcendência social.

Participação de um líder comunitário na organização do CLAS; os grupos organizados participam de acordo com as atividades programadas pelo posto.

Comunidade com uma história que têm experiências ricas que não são aproveitadas no dia-a-dia; a base ideológica é indefinida.

permitindo transformar a realidade, enfrentando os avanços e as dificuldades que envolvem o compromisso social do profissional.

Sintetizamos os aspectos pesquisados, como o conhecimento da equipe de enfermagem sobre educação em saúde; as metodologias de trabalho educativo; bem como a síntese dos aspectos encontrados em relação à prática educativa da equipe de Enfermagem para as comunidades de ambos os países.

No próximo quadro sintetizamos os principais aspectos da prática educativa dos demais membros da equipe de enfermagem:

Práticas participativas da comunidade

Se a prática social é o ponto de partida e de chegada de um processo de formação, isto significa que temos que ligar indissolivelmente as atividades educativas com as atividades organizadas das comunidades. Nossa prática então como enfermeiros deve ser aberta ao trabalho coletivo em parceria com todos os membros e grupos organizados das comunidades.



Síntese dos aspectos encontrados em relação à prática educativa do *Enfermeiro*

Xerém - Brasil	Santo Tomás - Peru
Concepção da Educação em Saúde	
Concepção limitada ao fornecimento de informações.	Concepção baseada na idéia de experiências.
Definição da Metodologia	
Não é capaz de definir a Metodologia Aplicada; o faz com certa insegurança e misturando seus elementos constitutivos com as técnicas.	Não define a própria Metodologia Implantada; o faz de forma contraditória, baseada apenas na Descrição de uma lista de atividades.
Relação entre a definição da Metodologia e a Prática Educativa	
No discurso destaca o enfoque Tradicional; no entanto as atividades que realiza e o modelo estão encaminhados para o Enfoque Participativo.	Incoerência entre o discurso e as atividades exercidas: o primeiro se apresenta como algo idealizado (Enfoque Idealizado) e o modelo implantado está encaminhado para o enfoque dos SILOS.
características do Trabalho Educativo e elementos intervenientes	
<p>Impreciso, muito dependente e/ou limitado pelos recursos humanos e materiais.</p> <p>Forma de trabalho curativa, assistencial, às vezes formal, não dando conta dos programas estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Relativamente animado para o trabalho comunitário.</p> <p>Sua carga horária é de 20 h, distribuídas em dois dias na semana (t/q) de 8 às 7 horas por dia.</p> <p>Baixo salário, R\$ = 350 (\$348,60 dólares).</p>	<p>Trabalho Educativo ligado a esquemas tradicionais, não aplicado, o modelo SILOS preconizado pela política de saúde do governo.</p> <p>Forma de trabalho curativa, assistencial, formal, apesar de cumprir com os programas estabelecidos pela Direção de Saúde.</p> <p>Relativamente animada para o trabalho educativo.</p> <p>A carga Horária é de 60 h semanais (seg./sáb./às vezes aos dom. de 7 às 17 horas por dia.</p> <p>Baixo salário, R\$ 505,00 e é equivalente ao dólar U\$ 198.86.</p>

Apresentamos, em síntese, as dimensões de amplitude e campo de participação em relação ao método educativo do trabalho em saúde.

Síntese dos aspectos encontrados em relação à prática educativa da *Equipe de Enfermagem*

Xerém - Brasil	Santo Tomás - Peru
<p>Alguns membros da equipe conhecem teorias de ensino, desconhecendo as metodologias de trabalho educativo em saúde.</p>	<p>Conhecimento só do método tradicional em saúde</p>
<p>Outros simplesmente as desconhecem ou tem dúvidas.</p>	<p>Outros simplesmente as desconhecem ou tem dúvidas.</p>
<p>Outros simplesmente desconhecem o termo de Metodologias Educativas em Saúde.</p>	<p>Outros simplesmente desconhecem o termo de Metodologias Educativas em Saúde.</p>
<p>Existem atividades isoladas, determinadas pelos programas de saúde sem articulação entre si.</p>	<p>Trabalhos educativos de acordo com a realidade objetiva. Vistos num conjunto, como algo idealizado.</p>
<p>Relação de cobrança com os clientes</p>	<p>Outros realizam o seguimento dos programas obedecendo ao sistema "padrão", sem criatividade.</p>
<p>Atividades se participação conjunta</p>	<p>Relação de cobrança com os clientes</p>
<p>Trabalho baseado em atividades, encaminhamento metodológico.</p>	<p>Atividades determinadas pelas funções logísticas</p>
<p>A maioria dos da rquipe de enfermagem desconhece a metodologia educativa aplicada em cada unidade de saúde.</p>	<p>Trabalho limitado, de natureza curativa e formal; mais relacionado ao enfoque de SILOS.</p>
	<p>A maioria dos da rquipe de enfermagem desconhece a metodologia educativa aplicada em cada unidade de saúde.</p>

Avaliação do trabalho educativo em saúde pela comunidade

O trabalho educativo desenvolvido pela equipe de enfermagem é percebido pela comunidade como uma relação, com possibilidades e limitações. A equipe é considerada como um agente "externo" de apoio à comunidade.

Encontramos outros fatores que influem na participação como:

O contexto e as implicações para o trabalho educativo em Saúde do Enfermeiro

Dimensões da participação em relação ao método educativo de trabalho em saúde (mecanismo e modalidade)

Xerém - Brasil	Santo Tomás - Peru
Existe um mecanismo criado ou aceito pela comunidade e acessível a ela.	Ausência de um mecanismo; se existe é imposto, inadequado ou inacessível a comunidade.
Participação predominantemente coletiva.	Participação predominantemente individual.
Participação contínua de acordo com as ações.	Participação esporádica ou somente nas etapas iniciais ou nas campanhas dos programas.
Participação espontânea e solicitada	Participação comunitária só por solicitação do sistema de saúde ou por pressão das autoridades.

Amplitude

Xerém - Brasil	Santo Tomás - Peru
Participação da mulher com papel importante.	Participação importante da mulher só como usuária.
Mecanismo de ampla participação: assembléias, organizações comunitárias.	Nenhum mecanismo de participação ampla no campo de saúde; apenas se é necessário.

Campos

Xerém - Brasil	Santo Tomás - Peru
Papel moderado da comunidade na planificação e na adoção de decisões.	Papel mínimo ou inexistente da comunidade no planejamento e na adoção de decisões.
Papel, às vezes limitado, da comunidade na administração de atividades, de recursos, difusão da informação, na construção de instalações	Papel da comunidade limitado em grande medida ao aporte de recursos, à difusão da informação e à ajuda na construção de instalações
O sistema toma em conta as opiniões da comunidade	as opiniões da comunidade não têm efeito no sistema.

Quanto às perspectivas de trabalho educativo em saúde, estas se dão, em primeiro lugar, reconhecendo que as diversas experiências são, em sua maioria, localistas; ou seja, dentro de uma

determinada comunidade nos acostumamos a trabalhar com um grupo ou setor, sejam eles a liderança ou a base dessa comunidade. Para obter uma mudança, precisamos refletir sobre a necessidade de recriar, desde aqui, os diversos

enfoques metodológicos de trabalho educativo, de modo que possamos impulsionar ações de nível horizontal.

Fatores que influem na participação da Comunidade

Fatores que formentam a participação comunitária	Fatores que impedem a participação comunitária
Fatores do Sistema de Saúde	
<p>Política de Saúde favorável a promoção da participação da população organizada.</p> <p>Atitudes favoráveis da maioria dos membros do pessoal de saúde para a participação.</p> <p>O sistema ministra treinamento aos membros do conselho de saúde da Comunidade</p>	<p>Política de Saúde desfavorável à participação da população organizada.</p> <p>Atitudes negativas do pessoal de saúde, insensibilidade cultural.</p> <p>Falta de um entendimento preciso dos objetivos de participação comunitária dentro do sistema.</p> <p>O treinamento para os membros do conselho de saúde, quando existe é limitado.</p> <p>Pessoal e recursos insuficientes.</p>
Fatores da comunidade	
<p>Reconhecimento e responsabilidade da comunidade pela saúde e pelo desenvolvimento.</p> <p>Presença de lideranças dinâmicas dos diferentes bairros</p> <p>Consciência dos direitos da comunidade.</p>	<p>A comunidade considera que a saúde incumbe a <i>expertos</i> e que o governo é o único responsável por ela.</p> <p>Presença de lideranças passivas dos diferentes bairros</p> <p>Consciência confusa ou inexistente por parte da comunidade do seus próprios direitos.</p>

Esta responsabilidade multiplica-se e torna-se muito mais complexa quando vemos que, frente ao debate dos problemas importantes nos nossos países, os grupos organizados da população não estão articulados, sem possibilidades de uma maior e mais efetiva participação; e, o que é pior, uma grande parcela dessa população está totalmente excluída, ficando à margem de toda e qualquer decisão coletiva a respeito de suas vidas.

Dessa forma vemos que a tarefa educativa está situada num contexto

mais amplo, de natureza social, econômica e política, respondendo às suas circunstâncias mutáveis. Nos casos do Brasil e do Peru, esse contexto diz respeito à América Latina, que vive um período de aplicação dos chamados programas de ajuste estrutural impostos pelas organizações financeiras multilaterais, trazendo evidências empíricas de que nossos países tiveram e ainda têm ingerências externas que comprometem sua soberania. Paralelamente, e como conseqüência dessas políticas, os baixos níveis de investimento público em

políticas sociais têm agravado as condições de atendimento à educação, à moradia, à saúde, entre outras.

Se nós enfermeiros, imersos nos trabalhos nas diferentes comunidades e em extrema relação com a sociedade civil, especialmente com os grupos organizados, não formos capazes de fazer com que os governos dos nossos países apliquem os compromissos sociais muitas vezes lembrados em discursos, os planejamentos e estratégias dirigidos para as necessárias mudanças na saúde provavelmente fracassarão ou ficarão no terreno das idéias.

No terreno da prática, observamos também a ausência de uma pedagogia freireana e de uma profunda democratiza-

ção, não apenas das estruturas político-acadêmicas onde esse processo já teve um avanço, mas também no plano do processo ensino-aprendizagem, que é onde se produzem ou se transformam os vínculos políticos e pedagógicos da sociedade, permitindo aprofundar o enfoque participativo. É neste enfoque, portanto, onde as contradições que encontramos nos ajudam a articular os espaços e a dar valor ao processo educativo, determinando sua eficácia na enfermagem, considerando esta metodologia como um desafio para o nosso trabalho educativo em saúde. Trabalhar com este enfoque implica abrir espaços para o irracional, o ilógico, os preconceitos e os valores sociais, políticos, econômicos e culturais de nossos países.

THE WORK OF HEALTH EDUCATION ON RURAL COMMUNITIES

ABSTRACT:

This paper presents a summary of our Master's Dissertation submitted to EEAN/UFRJ in December 1996, when we could analyse the two different health education methodology used by the nurse group at the rural community in Brazil (Xerém-RJ) and Perú (Santo Tomás-Iquitos), in order to describe the characteristics of the methodology in health education in those rural communities, by a Latin American point of view. We compare the different kinds of work in health educacional methodology in Brazil and in Peru. We identify and discuss the different ways of the rural community inhabitants participation on this health educational works. We added also the several practises of the organized population living in both communities. In both situation we compare aspects of the two countries, looking for alternatives and answers to care for differences and similarities between our countries what is a result of a consideration of what is passing on

this area of health education. According to the methodological view, it is a qualitative research, with a comparative point of view on a historical dialectic perspective, which emphasizes the main historic, economic and social facts which consider the context of the problematic we analyse. Two cases have been studied, where we used a semi-structured interview to collect the information and besides we have the participated observation. The subjects of the study were the members of the nurse group itself (nurses, technicians and auxiliary staff), the community leaders and some others local inhabitants. With a theoretical base of Paulo Freire, Gramsci, Marx and Egly, and others, which help us to reorganize the point of difference and comparison, by methods of health education as part of determined social-historic totalities, that show the respective countries, besides of historic and cultural particularities. At the end of the work we can conclude it indicates there are determined particular characteristics in the usage of the work of health education methodology on rural communities. Those characteristics are sometime related with the health system of each country and even with historical, political and social moment they were. On the other hand, those methodologies do not show linear continuation during that time: at a such moment, they can introduce elements from several perspectives. Besides, there is a lack of systematic supply and formal supervision on everyday praxis of the communities. Also, heterogeneo degrees of citizen's consciousness and participation could be found, which determine a limit of a action to charge more interchange from health authorities and political leaders for the benefit of life quality of those communities.

Key words: Comparative study - Nurse; Health Education; Health Community Nurse.

EL TRABAJO EDUCATIVO EM SALUDE EN LAS COMUNIDADES RURALES: las experiencias de la enfermería en el Brasil y en el Peru.

RESUMEN:

Este trabajo presenta una síntesis de lo que fué nuestra Disertación de la Tesis de Maestría realizado en la EEAN/UFRJ, en diciembre de 1996, donde analizamos la utilización de las diferentes Metodologías del Trabajo Educativo en Salud, implementadas por el equipo de Enfermería en las comunidades rurales en el BRASIL (Xerém-RIO DE JANEIRO) y PERÚ (Santo Tomás-IQUITOS), visando: describir las características de las metodologías del trabajo educativo en salud, en las comunidades rurales, con una perspectiva latinoamericana; comparando, las modalidades de utilización de las metodologías del



trabajo educativo en salud, en el Brasil y en el Perú, además discutir e identificar las diferentes formas de participación de la población de las comunidades rurales en los trabajos educativos en salud. Incorporamos también en el análisis las diferentes prácticas de participación de la población organizada residente en las respectivas comunidades. Para ambos aspectos, se realizó una comparación entre los dos países, en la búsqueda de alternativas y respuestas al tratar de las diferencias y semejanzas entre nuestros países, el cual es fruto de la reflexión que viene ocurriendo en el campo de la educación en salud. Desde el punto de vista metodológico, se trata de una investigación cualitativa, abordado de forma comparativa, con una perspectiva histórico-dialéctica, resaltando los principales hechos históricos, económicos, políticos y sociales, que contextualizan la problemática analizada. Fueron realizados dos estudios de caso, donde se utilizó, para recolectar los datos, la entrevista semi-estructurada y la observación participante. Los sujetos del presente estudio, fueron los miembros del equipo de enfermería (enfermeros, técnicos y auxiliares); los líderes comunitarios; y algunos moradores de las comunidades, de ambos países. Tuvimos como referencial teórico a Paulo Freire, Gramsci, Marx y Egrý entre otros, que nos ayudaron a colocar nuevamente el problema de la diferencia y de la comparación, considerando los métodos educativos en salud como parte de determinadas totalidades históricas sociales, que poseen, en los respectivos países, particularidades históricas y culturales. Las conclusiones de este trabajo indican que existen determinadas características particulares de utilización de metodologías de trabajo educativo en salud en las comunidades rurales esas características están relacionadas con los sistemas de salud de cada país, y con el momento histórico, político y social, vivenciado en cada comunidad. Sin embargo, estas metodologías no presentan una continuidad lineal en el tiempo: en un determinado momento pueden contener elementos de los diversos enfoques. Además de eso, se encuentra en la práctica diariamente en las unidades, una falta de acompañamiento sistemático y de una supervisión formal. Se identificó además, en las comunidades acompañadas grados heterogéneos de cons-cientización y participación del ciudadano, lo que limita una actuación con mayor poder de exigencia, junto a las autoridades de salud y a las lideranzas políticas, en favor de la mejoría de la calidad de vida en estas comunidades.

Palavras chaves: Estudio Comparativo - Enfermería; Educación en Salud; Enfermería en salud comunitaria.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M.C.P., ROCHA J.S.Y., O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- BARROW, Nita. Enfermagem - Arte, Ciência e Vocação. In: Saúde da comunidade: um desafio. São Paulo: EP/TAPS, 1984.
- BEZERRA, Aida. et al. - A questão política da educação popular. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- CORDEIRO Hésio. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. (Coleção Saúde, 1)
- CURY, Carlos Roberto Jamil. Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- CUSSIANOVICH, Alejandro, CHIROQUE, Sigfredo. Educación popular en debate: características y metodología. Lima: Instituto de Pedagogía Popular, 1986.
- EGRY, Emiko Yoshikawa.- Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
- FIORI, Ernani, PIERRE, Furter. Educación Liberadora. Argentina: Ediciones Búsqueda, 1975.
- FREIRE, Paulo. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. 8. ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1987.
- _____. Educação como prática da liberdade. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974. (Série Ecumenismo e Humanismo, 5)
- _____. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. (Coleção Educação e Comunicação, 1.)
- _____. Pedagogia da esperança. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- _____. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987 (Coleção Mundo Hoje, 21)
- GADOTTI, Moacir, Concepção dialética da educação. Um estudo introdutório. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1991. (Coleção Educação Contemporânea.)
- JARA, Oscar. Los desafíos de la educación popular. Lima: Tarea 1985.



- MELO, Joaquim Alberto Cardoso (org.). Educação: razão e paixão. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde: 3.ed. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994.
- NAKAMAE, Djair Daniel. Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez, 1987.
- NUÑEZ, Carlos.- Educar para transformar, transformar para educar. Lima: Tarea, 1986.
- RODRIGUES B. Carlos. (org.) Repensando a pesquisa participante. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987. (Contribuições em Ciências Sociais, 1).
- SOARES, Laura Tavares. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Tese (Doutorado em Economia dos Programas de Bem Estar Social) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1995.
- VALLA V. V., STOTZ E. N. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

As autoras

Magda Núñez Vargas

Mestre em Enfermagem - EEAN/UFRJ. Estudante Convênio PEC/ PG Brasil-Perú

Laura Tavares Ribeiro Soares

Doutora em Economia dos Programas de Bem-Estar Social, Professora Adjunta/Orientadora e Coordenadora Geral de Pós Graduação e Pesquisa - EEAN/UFRJ