



FURG

I EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS UTILIZADAS PELO
ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO USUÁRIO COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E FAMÍLIA À LUZ DO
PENSAMENTO ECOSISTÊMICO**

SAUL FERRAZ DE PAULA

**Rio Grande
2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-FURG
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

SAUL FERRAZ DE PAULA

**BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS UTILIZADAS PELO
ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO USUÁRIO COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E FAMÍLIA À LUZ DO
PENSAMENTO ECOSISTÊMICO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

**Rio Grande
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA

A696

PAULA , Saul Ferraz de.

Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico. – 2021.

191 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

1. Educação – Educação em Saúde. 2. Acidente Vascular Cerebral – Ecossistema. 3. Enfermagem. I. PAULA, Saul Ferraz de. II. Título

SAUL FERRAZ DE PAULA

**BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS UTILIZADAS PELO
ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO USUÁRIO COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E FAMÍLIA À LUZ DO
PENSAMENTO ECOSISTÊMICO**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 07 de julho de 2021, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

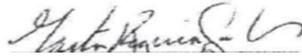


Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

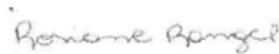
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – (Presidente)
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil



Pof.ª Dr.ª Marta Regina Cezar-Vaz
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil



Prof.ª Dr.ª Rosiane Filipin Rangel
Universidade Franciscana – UFN– Brasil



Prof.ª Dr.ª Aline Cristina Calçada de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil



Prof.ª Dr.ª Giovana Calcagno Gomes
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil



Prof.ª Dr.ª Cláudia Zamberlan
Universidade Franciscana – UFN– Brasil

Rio Grande, 07 de julho de 2021.



Posso de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas,

consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além.”

Paulo Freire

*D*edico este trabalho,

A todos aqueles, assim como eu, filhos de empregada doméstica, que acreditam nos seus sonhos e lutam por uma sociedade mais justa e igualitária.

Meus agradecimentos

A grande pai **Oxalá**,
meus guias espirituais, meu anjo da guarda, aos orixás da umbanda por me abençoarem, me conduzirem e orientarem, pois são meu refúgio em todas as horas, inclusive, naquelas mais difíceis.

A minha orientadora,
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, *que desenvolve a profissão com humanidade, doçura, amor, ética. Obrigado por caminhar de mãos dadas comigo nessa trajetória acadêmica. Minha imensa gratidão, sem a senhora nada teria sido possível.*

A minha amada mãe **Luci** e meu pai **Miguel** (in memoriam),
que me aceitaram neste plano espiritual, permitindo cumprir meus resgates, que me ensinaram os verdadeiros valores da vida. Por meio do amor que recebi de vocês, moldei meu caráter e me tornei o homem que sou hoje.
Mãe, obrigado por tantas vezes que abriu mão de tantas coisas para que eu pudesse estudar, obrigado por contar as moedas para pagar as passagens de ônibus, obrigado por sempre me encorajar a seguir em frente, obrigado pelo colo nos momentos de angústia, obrigado por todo o amor que dedica a todos nós. Meu amor e minhas conquistas são tuas.

Aos meus irmãos,
Juliana, *minha maninha amada, que sempre me deu seu colo de mãe, que embarca nos meus sonhos, que me ajuda a enfrentar as batalhas de cabeça erguida. Tu és minha inspiração. Obrigado por me apoiar, meu eterno amor para você.* **Valderi**, *meu irmão amado, obrigado por diversas vezes ter me protegido, ter me cuidado, me feito rir, do seu jeito, procura demonstrar seu amor.*

Aos meus amados sobrinhos,
Junior, Sayuri, Gabriel, Sabrina, Pabline, Pablo e Miguel *sinônimos de amor verdadeiro, de alegrias, de sorrisos, de orgulho. Obrigado por me proporcionarem tanta felicidade.*

Aos meus eternos amigos de Santa Maria,
Giselha, Ivandro, Daniela, Cristiane, Jerusa, Vani e Rosiane *por tudo que representam na minha vida, por serem a extensão da minha família. Pelas palavras de apoio, pelas horas de alegrias, por entenderem minhas ausências, por me encorajarem a seguir adiante. Obrigado amigos queridos por serem meu refúgio e fazerem minha vida mais feliz.*

A amigas(os) que Rio Grande me deu,
Tatiele, Ângelo, Lusitânia, Daize Juliane, Deisa, Glaucia, Carolina, Aluísio e Deise *obrigado por tornarem meus dias mais alegres, pelas tantas construções intelectuais pelo apoio em momentos tão difíceis, pelos sorrisos largos e forte parceria. Minha eterna lembrança e agradecimento por esses encontros que a vida me proporcionou.*

As minhas amadas amigas da vida,

Carolina e Pâmela,

Obrigado pelos desabafos, pelos intensos e necessários momentos de distração. Pela leveza que me proporcionam a cada encontro. Amo vocês.

As minhas professoras e amigas,

Maria Helena e Cláudia, mulheres fortes e sábias, amigas que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando, incentivando, contribuindo com meu crescimento acadêmico. Meu amor e admiração profissional

As colegas do **Senac Rio Grande,**

Pelas trocas, aprendizados e parceria na construção do meu eu docente.

As meus alunos e ex-alunos do curso técnico de enfermagem Senac Rio Grande, que dividiram e dividem comigo tantas alegrias e aprendizados.

As colegas do grupo de pesquisa **GEES,**

em especial minha amiga **Sidiane** pela acolhida, inúmeras discussões, pelas sobremesas maravilhosas durante as tardes de estudos, pelos ensinamentos que sempre contribuíram na construção do conhecimento. Sidi, obrigado pelo apoio, pela forte parceria nos artigos e congressos.

As meus irmãos de corrente da Tenda São Jorge, em especial a **Dona Cleusa,** por me conduzir no caminho da espiritualidade por meio da nossa amada umbanda. A descoberta da dimensão espiritual foi fundamental nesse processo.

As enfermeiras **Joselaine, Adriane e Simone** que foram fundamentais para a coleta de dados.

As enfermeiros participantes desta pesquisa, obrigado pela disponibilidade e aprendizado durante as entrevistas.

As membros da banca,

de qualificação e defesa da Tese pela disponibilidade e ricas contribuições. Meu carinho e admiração.

A Universidade Federal do Rio Grande e Programa de Pós Graduação em

Enfermagem

pela oportunidade de crescimento intelectual, pessoal e profissional.

RESUMO

PAULA, Saul Ferraz de. Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico. 2021.191 p. Tese de Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2021. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Objetivou-se analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar: à luz do Pensamento Ecossistêmico. Este estudo ancorou-se no paradigma teórico-filosófico ecossistêmico, cuja aplicabilidade sustentou a temática em estudo. Assim, teve-se a Tese: As ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, conforme suas concepções teórico-metodológicas ao usuário com Acidente Vascular Cerebral e família, no período de internação hospitalar, à luz do Pensamento Ecossistêmico, possibilitam transformar o conhecimento, comportamentos e atitudes dos usuários e familiares e contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde. O percurso metodológico caracterizou-se como pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada *online* no primeiro semestre de 2021, utilizando-se de entrevista semiestruturada com 18 enfermeiros que exercem função assistencial nas unidades de clínica médica dos três Hospitais Universitários do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil, que possuem contrato vigente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Para o recrutamento dos participantes seguiu-se os passos de Goodman, por meio da técnica de amostragem não probabilística denominada *Snowball*. Os dados das entrevistas foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o parecer CAAE: 39733320.6.0000.5324, sob o parecer nº 4.442.386. A partir dos resultados surgiram as categorias: “Perfil sociodemográfico e funcional dos enfermeiros”; “Início e desenvolvimento do processo educativo para a alta hospitalar”; “Bases Teórico-metodológicas utilizadas pelos enfermeiros no processo educativo”; “Dificuldades para o desenvolvimento do processo educativo”; “Facilidades para o desenvolvimento do processo educativo”, as quais foram discutidas no desenvolver da Tese. As categorias permitiram traçar o perfil sociodemográfico e funcional dos participantes. Evidenciaram que as formas de desenvolver o processo educativo são diversas, e com objetivos distintos, influenciadas por diferentes Teorias Educativas, além de terem conhecimento a respeito de alguns autores, mas que não são seguidos para o desenvolver do processo educativo. O processo educativo de forma processual e contínuo a usuários e familiares durante o período de internação hospitalar pode trazer benefícios para o desenvolver do cuidado domiciliar após a alta hospitalar. Os dados também permitiram conhecer as facilidades e dificuldades elencadas pelos enfermeiros para a realização do processo educativo. Desta maneira, denota-se a importância de uma Educação em Saúde, capaz de superar e o paradigma cartesiano, modificações do pensamento fragmentado e verticalizado para o paradigma do pensamento ecossistêmico. A aceitação de um novo paradigma requer não apenas mudanças conceituais nas ciências da saúde, mas uma reeducação da população, e dos profissionais de forma geral. Nesse sentido, entende-se que a prática educativa do enfermeiro, sob a luz do Pensamento Ecossistêmico envolve além da mudança paradigmática, repensar o cuidado, a própria prática educativa, bem como as concepções teóricas e metodológicas que sustentam essa prática.

Descritores: Educação; Educação em Saúde; Enfermagem; Hospital; Acidente Vascular Cerebral, Ecossistema.

ABSTRACT

PAULA, Saul Ferraz de. Theoretical-methodological bases used by nurses in health education for users with stroke and their families in the light of ecosystem thinking. 2021,191 p. Doctoral Thesis in Nursing – Federal University of Rio Grande. Nursing school. Graduate Program in Nursing. Rio Grande, 2021. Line of Research: The Work of Nursing/Health.

The objective was to analyze the theoretical-methodological conceptions of nurses about health education and how they develop the educational process for users with stroke and their families, during hospitalization, for home care: in the light of Ecosystem Thinking. This study was anchored in the ecosystem theoretical-philosophical paradigm, whose applicability supported the theme under study. Thus, there was the Thesis: The educational actions developed by nurses, according to their theoretical-methodological conceptions to users with Stroke and their families, during hospitalization, in the light of Ecosystem Thinking, make it possible to transform knowledge, behaviors and attitudes users and family members and contribute to the practice of home care and improvement of their health. The methodological path was characterized as descriptive and exploratory research, with a qualitative approach. Data collection was carried out online in the first half of 2021, using a semi-structured interview with 18 nurses who work in the clinical medicine units of the three University Hospitals in the State of Rio Grande do Sul-Brazil, which have a current contract with the Brazilian Hospital Services Company. For the recruitment of participants, Goodman's steps were followed, through the non-probabilistic sampling technique called Snowball. The interview data were analyzed using the Bardin Content Analysis method. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande, under the opinion CAAE: 39733320.6.0000.5324, under the opinion nº 4.442.386. The following categories emerged from the results: “Sociodemographic and functional profile of nurses”; “Beginning and development of the educational process for hospital discharge”; “Theoretical-methodological bases used by nurses in the educational process”; “Difficulties for the development of the educational process”; “Facilities for the development of the educational process”, which were discussed in the development of the Thesis. The categories allowed to trace the sociodemographic and functional profile of the participants. They evidenced that the ways of developing the educational process are diverse, and with different objectives, influenced by different Educational Theories, in addition to having knowledge about some authors, but which are not followed to develop the educational process. The educational process in a procedural and continuous way for users and family members during the hospital stay period can bring benefits to the development of home care after hospital discharge. The data also allowed to know the facilities and difficulties listed by nurses to carry out the educational process. In this way, the importance of Health Education, capable of overcoming the Cartesian paradigm, changes from fragmented and vertical thinking to the paradigm of ecosystem thinking is denoted. The acceptance of a new paradigm requires not only conceptual changes in the health sciences, but a re-education of the population, and professionals in general. In this sense, it is understood that the educational practice of nurses, in the light of Ecosystem Thinking, involves, in addition to a paradigm shift, rethinking care, the educational practice itself, as well as the theoretical and methodological conceptions that support this practice.

Descriptors: Education; Health education; Nursing; Hospital; Stroke, Ecosystem.

RESUMÉN

PAULA, Saul Ferraz de. Bases teórico-metodológicas utilizadas por enfermeras en la educación en salud para usuarios con ictus y sus familias a la luz del pensamiento ecosistémico. 2021,191 p. Tesis Doctoral en Enfermería - Universidad Federal de Rio Grande. Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Rio Grande, 2021. Línea de Investigación: El Trabajo de Enfermería / Salud.

El objetivo fue analizar las concepciones teórico-metodológicas de las enfermeras sobre la educación para la salud y cómo desarrollan el proceso educativo para los usuarios con ictus y sus familias, durante la hospitalización, para la atención domiciliaria: a la luz del Pensamiento Ecosistémico. Este estudio se ancló en el paradigma teórico-filosófico del ecosistema, cuya aplicabilidad apoyó el tema en estudio. Así, surgió la Tesis: Las acciones educativas que desarrollan las enfermeras, de acuerdo con sus concepciones teórico-metodológicas a los usuarios con Ictus y sus familias, durante la hospitalización, a la luz del Pensamiento Ecosistémico, permiten transformar conocimientos, comportamientos y actitudes de los usuarios. y familiares y contribuir a la práctica del cuidado en el hogar y la mejora de su salud. La trayectoria metodológica se caracterizó por ser una investigación descriptiva y exploratoria, con un enfoque cualitativo. La recolección de datos se realizó en línea en el primer semestre de 2021, mediante una entrevista semiestructurada a 18 enfermeras que laboran en las unidades de medicina clínica de los tres Hospitales Universitarios del Estado de Rio Grande do Sul-Brasil, que tienen contrato vigente. con la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios. Para el reclutamiento de los participantes se siguieron los pasos de Goodman, mediante la técnica de muestreo no probabilístico denominada Snowball. Los datos de la entrevista se analizaron mediante el método de análisis de contenido de Bardin. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande, bajo el dictamen CAAE: 39733320.6.0000.5324, bajo el dictamen nº 4.442.386. De los resultados surgieron las siguientes categorías: “Perfil sociodemográfico y funcional del enfermero”; “Inicio y desarrollo del proceso educativo para el alta hospitalaria”; “Bases teórico-metodológicas utilizadas por las enfermeras en el proceso educativo”; “Dificultades para el desarrollo del proceso educativo”; “Facilidades para el desarrollo del proceso educativo”, que fueron discutidos en el desarrollo de la Tesis. Las categorías permitieron trazar el perfil sociodemográfico y funcional de los participantes. Evidenciaron que las formas de desarrollar el proceso educativo son diversas, y con distintos objetivos, influenciadas por distintas Teorías Educativas, además de tener conocimientos sobre algunos autores, pero que no se siguen para desarrollar el proceso educativo. El proceso educativo de forma procedimental y continua para los usuarios y familiares durante el período de estancia hospitalaria puede traer beneficios al desarrollo de la atención domiciliaria después del alta hospitalaria. Los datos también permitieron conocer las facilidades y dificultades señaladas por las enfermeras para llevar a cabo el proceso educativo. De esta forma se denota la importancia de la Educación para la Salud, capaz de superar el paradigma cartesiano, pasa del pensamiento fragmentado y vertical al paradigma del pensamiento ecosistémico. La aceptación de un nuevo paradigma requiere no solo cambios conceptuales en las ciencias de la salud, sino una reeducación de la población y de los profesionales en general. En este sentido, se entiende que la práctica educativa del enfermero, a la luz del Pensamiento Ecosistémico, implica, además del cambio de paradigma, repensar el cuidado, la práctica educativa en sí misma, así como las concepciones teóricas y metodológicas que sustentan esta práctica.

Descriptor: Educación; Educación para la salud; Enfermería; Hospital; Accidente cerebrovascular, ecosistema.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Etapas do estudo da produção científica.....	28
Figura 02: Distribuição geográfica das pesquisas realizadas.....	32
Figura 03: Principais aspectos abordados na produção científica.....	33
Figura 04: Características da Teoria Ecológica.....	40
Figura 05: Princípios ecológicos utilizados na pesquisa acerca do ecossistema hospitalar.....	43
Figura 06: Ecossistema hospitalar em estudo.....	52
Figura 07: Classificação das Teorias Educacionais e suas respectivas correntes pedagógicas adotadas por Saviani (2018).....	56
Figura 08: Esquema representativo do método Hebartiano.....	57
Figura 09: Estrutura da Teoria histórico-crítica baseada em Saviani (2018).....	67
Figura 10: Síntese das principais Concepções Teóricas e Metodológicas da educação.....	70
Figura 11: Principais Teorias da Educação que influenciam na educação em saúde.....	71
Figura 12: Cuidado do enfermeiro ao usuário com AVC na Perspectiva Ecológica.....	74
Figura 13: Principais manifestações clínicas em usuários com AVC, na perspectiva ecológica.....	80
Figura 14: Localização dos hospitais de seleção dos participantes da pesquisa.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1.1 Perfil sociodemográfico e funcional dos participantes da pesquisa.....	93
Quadro 4.2.1 Existência e uso de protocolo institucional para a alta hospitalar.....	95
Quadro 4.2.2: Início do processo educativo realizado pelo enfermeiro para o cuidado no domicílio.....	98
Quadro 4.2.3 Espaço específico na unidade de internação para realização da educação em saúde.....	99
Quadro 4.2.4 Dimensões biopsicossocial/espiritual abordadas no processo educativo do enfermeiro.....	101
Quadro 4.2.5 Autor ou referencial metodológico para realização da Educação em Saúde.....	103
Quadro 4.2.6 Passo a passo do processo educativo realizado pelos enfermeiros.....	105
Quadro 4.6.7 Patamar de prioridade da educação em saúde e considerar-se educador em saúde.....	108
Quadro 4.6.8 Facilidades para o desenvolvimento do processo educativo.....	111
Quadro 4.2.9 Dificuldades para o desenvolvimento do processo educativo.....	114
Quadro 4.2.10 Sugestões para a elaboração de um ensaio teórico relacionado a educação em saúde.....	117
Quadro 5.1 Apresentação dos títulos dos 03 artigos e objetivos específicos correspondentes da Tese.....	120

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AC	Análise de Conteúdo
ABVDs	Atividades básicas da vida diária
AIE	Aparelhos Ideológicos do Estado
AIVDs	Atividades instrumentais da vida diária
BDENF	Base de dados da enfermagem
BVS	Biblioteca virtual em saúde
CAPs	Caixas de aposentadorias e pensões
CEPAS	Comitê de ética e pesquisa na área da saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP/MS	Comissão de ética em pesquisa/Ministério da Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DF	Distrito Federal
ES	Educação em Saúde
EBSERH	Empresa brasileira de serviços hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEP	Gerencia de ensino e pesquisa
GEES	Grupo de estudos e pesquisas Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde
HUs	Hospitais Universitários
HUFs	Hospitais Universitários Federais
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
HE-UFPEL	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas

HU-FURG Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande
LILACS Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da saúde
MEDLINE *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MEC Ministério da Educação e Cultura
PE Pensamento Ecológico
PNHPOS Política Nacional de Atenção Hospitalar
PUBMED *US National Library of Medicine / National Institutes of Health*
RAS Redes de Atenção à Saúde
REHUF Programa Nacional de reestruturação dos hospitais universitários federais
RS Rio Grande do Sul
SciELO *Scientific Electronic Library Online*
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS Unidade Básica de Saúde
UNICAMP Universidade Estadual de Campinas
UPA Unidade de Pronto Atendimento
WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

O EMERGIR DO INTERESSE PELA TEMÁTICA.....	18
1. INTRODUÇÃO.....	20
Objetivo geral.....	26
Objetivos específicos.....	26
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1 Revisão Integrativa da produção científica acerca da temática em estudo.....	27
2.2 Pensamento Ecológico: conceitos, principais princípios e características.....	37
2.3 A instituição hospitalar: conceito e breve histórico através do tempo.....	45
<i>2.3.1 O hospital na perspectiva ecológica.....</i>	<i>51</i>
2.4 Principais Concepções Teóricas e Metodológicas da Educação.....	55
2.4.1 Teorias Não-Críticas.....	56
<i>2.4.1.1 Pedagogia Tradicional e suas influências na educação em saúde sob a perspectiva ecológica.....</i>	<i>57</i>
<i>2.4.1.2 Escola Nova: estrutura e métodos de ensino.....</i>	<i>60</i>
<i>2.4.1.3 Pedagogia Tecnicista: abordagens na educação em saúde, conforme enfoque no pensamento ecológico.....</i>	<i>62</i>
2.4.2 Teorias Críticas.....	64
<i>2.4.2.1 Teorias Críticas: similaridades com o pensamento ecológico e a educação em saúde.....</i>	<i>64</i>
<i>2.4.2.2 Teorias Crítico-Reprodutivistas.....</i>	<i>64</i>
<i>2.4.2.3 Pedagogia Histórico-Crítica.....</i>	<i>67</i>
<i>2.4.2.4 Pedagogia Libertadora.....</i>	<i>68</i>
2.5 O enfermeiro e a educação em saúde com aplicabilidade do pensamento ecológico.....	72
2.5.1 Alta responsável do usuário com acidente vascular cerebral.....	79
3. METODOLOGIA.....	83

3.1 Tipo de Pesquisa.....	83
3.2 Participantes e locais da pesquisa.....	84
3.3 Busca do participantes e técnica de coleta de dados.....	84
<i>3.3.1 Busca dos participantes.....</i>	<i>86</i>
<i>3.3.2 Coleta de dados.....</i>	<i>88</i>
3.4 Análise dos dados	88
3.5 Aspectos éticos.....	89
4. DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA.....	93
4.1 Apresentação dos dados sociodemográficos e funcionais dos participantes da pesquisa.....	93
4.2 Dados e resultados das questões abertas das entrevistas semiestruturadas, organizados em 10 quadros, registrados como Quadro 4.2.1 a Quadro 4.2.10.....	94
5. DISCUSSÃO DOS DADOS.....	120
5.1 Artigo 1: Educação em saúde do enfermeiro ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no contexto hospitalar: abordagem ecossistêmica.....	122
5.2 Artigo 2: Processo educativo em saúde no hospital: facilidades e dificuldades relatadas pelos enfermeiros.....	137
5.3 Artigo 3: Educação em saúde hospitalar possibilidades de um caminho na óptica da teoria ecossistêmica.....	148
6. BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO ECOSISTEMA HOSPITALAR: SÍNTESE REFLEXIVA.....	161
Referências.....	167
Apêndices.....	177
Anexos.....	187

O EMERGIR DO INTERESSE PELA TEMÁTICA

“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses.”

Rubem Alves

O despertar para a presente temática surgiu por meio de uma experiência de vida que enfrentei. A lastimável experiência envolveu meu pai que foi acometido por um acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), em uma época em que eu não possuía conhecimentos referentes aos cuidados necessários aos sequelados dessa enfermidade, o que tornou a situação cheia de dificuldades. Assim, as sequelas físicas deixadas pela doença foram só o início das significativas transformações, pelas quais, minha família e eu passaríamos e que exigiam atendimento/cuidado. Durante o período de internação hospitalar pouco fomos educados/orientados a respeito dos cuidados de saúde específicos que deveríamos ter com ele após a alta hospitalar, tampouco das mudanças que teríamos de observar em relação às diferentes dimensões e necessidades do ser humano.

Atualmente, ao considerar o ser humano como um ser biopsicossocial/espiritual, percebe-se as fragilidades dos serviços de saúde, assim como, o serviço que nos foi prestado na ocasião da internação hospitalar do meu pai. Seria injusto falar que não aprendemos alguns cuidados durante o período de internação de meu pai, entretanto quando esses aconteciam eram direcionadas ao biológico, de forma instintiva e não planejada. Recordo-me que muitas intervenções de cuidado foram desenvolvidas por meio da nossa observação do fazer dos profissionais ou por meio dos nossos questionamentos durante a assistência prestada.

As influências causadas pela doença e suas sequelas refletiram na dimensão psicológica de toda a família, principalmente da minha mãe, por assumir o papel de cuidadora principal, levando-a a um considerável desgaste psicológico diante à nova condição. As mudanças sociais e econômicas também foram significativas. As relações sociais se modificam quando se assume o cuidado de outra pessoa que é totalmente dependente, a liberdade de “ir e vir” já não é a mesma, pois até sair para comprar “pão” compreende deixar a pessoa sem cuidado. As alterações econômicas não se refletiram apenas nos remédios, fraldas, cama hospitalar, cadeira de rodas e banho, mas também, em tantos outros insumos que uma pessoa acamada necessita. Todos esses aspectos se refletiram e influenciaram na

nova reorganização física que o ambiente domiciliar necessitou, tais como, aumento de gastos com luz elétrica, pois agora era preciso, por exemplo, lavar as roupas de cama muito mais vezes e tudo mais que a pessoa totalmente dependente exige de diversos e complexos cuidados. Entretanto, quando esses cuidados são bem orientados, durante o período de internação, existe a possibilidade de amenizar os estressores que a situação impõe, ao portador de acidente vascular cerebral (AVC) e seus familiares.

É preciso registrar que, após a alta hospitalar do meu pai, passamos a receber visitas domiciliares de uma enfermeira do hospital, no qual, ele havia internado, e foi o que supriu, em grande parte, as necessidades de cuidado no domicílio. Acredito que o processo de preparação para o enfrentamento das novas condições no domicílio, impostas por uma doença, principalmente, as que exigem adaptações, mudanças no ambiente, tratamento, entre outras, devem ser iniciadas por meio do processo de educação em saúde no momento da internação, e ter a continuidade de aprofundamento durante todo o período de internação do processo de ensino e aprendizagem esclarecendo e preparando o usuário/família a respeito dos aspectos necessários a serem considerados e desenvolvidos no ambiente domiciliar. Portanto, todos esses fatores a serem enfrentados no domicílio pelo usuário/família, após a alta hospitalar, deveriam fazer parte e serem discutidos na Educação em Saúde pelo enfermeiro durante a internação hospitalar.

Decidi direcionar minha Tese de doutorado sobre as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como é desenvolvido o processo educativo ao usuário, com AVC, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico (PE). Ao analisar essas questões pela ótica desse paradigma, existe a possibilidade de encontrar as fragilidades e as fortalezas do processo de educação, orientações necessárias ao usuário/família, entre outros. Neste sentido, seus princípios envolvem a totalidade/unidade dos elementos do espaço em estudo, suas relações, interações, conexões e influências mútuas, levando a mudanças e transformações e a auto-organização.

Nessa acepção, a Educação em Saúde hospitalar deve envolver a diversidade de instabilidades, flutuações, bifurcações, capazes de manifestar-se nesses eventos e, assim preparar o usuário com AVC e familiares para atender suas necessidades no domicílio, após alta. Entretanto, o cuidado em saúde, principalmente, no contexto hospitalar, permanece, em sua maioria, com foco no curativismo e práticas biologicistas, não abordando a realidade a enfrentar no domicílio e nem as necessidades relativas às dimensões multidimensionais do ser humano.

1.INTRODUÇÃO

*“Não é, porém, a esperança um cruzar de braços e esperar.
Movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com
esperança, espero.”*

Paulo Freire

A proposta deste trabalho emergiu a partir de dados obtidos na pesquisa da dissertação de mestrado de autoria de Saul Ferraz de Paula, intitulada “Ações educativas do enfermeiro na ótica do cuidador de usuário com doença crônica não transmissível: perspectiva ecossistêmica” que evidenciaram lacunas existentes na prática assistencial hospitalar do enfermeiro no que concerne à Educação em Saúde (ES) ao cuidador de usuário com doença crônica não transmissível (DCNT). Entretanto, não houve clareza e nem confirmação de fatores desencadeadores, no contexto da internação hospitalar, geradores desses vazios na prática educativa do enfermeiro aos cuidadores para que ocorresse a continuidade do cuidado ao usuário no seu domicílio.

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (WHO, 2013 b), as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) são consideradas epidemias, caracterizando-se como um problema de saúde pública mundial, devido ao aumento dos principais fatores de risco, quais sejam: dietas inadequadas, uso de tabaco, sedentarismo, uso abusivo de álcool. Doenças crônicas, são definidas como doenças de progressão lenta, são sintomáticas ou silenciosas e comprometem a qualidade de vida do indivíduo. Entre essas, destacam-se as doenças respiratórias, cardiovasculares, cânceres e diabetes, as quais, em conjunto são responsáveis por, aproximadamente, 38 milhões de mortes por ano, no mundo. Entre as DCNTs, aponta-se o AVC, usualmente conhecido como derrame (GAGLIARDI, 2010). O AVC contribui, significativamente, para as mortalidades anuais e conforme estimativas, permanecerá como a segunda maior causa de morte no mundo até 2030 (WHO, 2013b).

Nesse arcabouço, considerando as estimativas da WHO e a necessidade de limitar a população desta pesquisa, para que seja possível a concretização da mesma, optou-se por investigar a educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro à família e usuários acometidos por AVC.

O AVC é definido pela deficiência de suprimento sanguíneo em determinada região cerebral, gerada por uma isquemia ou ruptura de vasos sanguíneos que leva a um processo hemorrágico e divide-se em AVCI e acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) (BRUNNER; SUDDARTH, 2018). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), em 2011 os AVCIs e AVCHs, foram as causas de 179 mil internações hospitalares no Brasil. (BRASIL, 2011).

Entre as incapacidades possíveis apresentadas pelo usuário, após um AVC, estão o comprometimento motor, dificuldades de comunicação, *déficit* visual, auditivo, de mobilidade, de deambulação, entre outros. Essas e outras comorbidades levam o usuário a mudanças significativas nos hábitos, comportamentos e atitudes de vida diária, além do surgimento de dúvidas aos usuários, familiares e cuidadores, sobre os cuidados em saúde que cada sequela pode exigir (SILVA, MONTEIRO, SANTOS, 2015).

A opção em ancorar a proposta à luz do Pensamento Ecológico (PE), vincula-se a um macro projeto, intitulado: “*Estudo e Pesquisa acerca do Pensamento Ecológico e sua aplicabilidade em Enfermagem e Saúde.*” O grupo de Estudos e Pesquisas Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES) vem desenvolvendo pesquisas de forma sistemática, com diferentes temáticas, entre elas, “Serviços e Ações de saúde e a educação e suas interconexões no contexto global”, sustentadas por autores que desenvolvem seus estudos de mestrado e doutorado e pesquisas com base no PE (MEDEIROS et al, 2016; SIQUIERA et al, 2018; PAULA et al, 2020a; RANGEL et al, 2020).

O PE é definido como um conjunto de elementos bióticos e abióticos constituintes de uma determinada realidade, em espaço e tempo assinalado, formando uma totalidade/unidade em constante interação, são interdependentes, influenciam-se mutuamente, trocam energia entre si e fazem parte do mesmo ambiente/espaço no qual estão inseridos, formando uma rede relacional (CAPRA E LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; ZAMBERLAN et. al, 2018; PAULA et. al, 2020a). Deste modo, a presente pesquisa considera o contexto hospitalar como o ecossistema em estudo. Ao considerar o PE base teórica e filosófica, faz-se necessário abordar alguns dos princípios presentes nesse referencial e tornar possível vislumbrar o intercâmbio de energias, informações que alimentam esse sistema (CAPRA e LUISI, 2014; CECAGNO, 2015; SIQUEIRA et al, 2018; ZAMBERLAN et al, 2018).

Assim, o ambiente hospitalar, ao utilizar o modelo biomédico para lidar com a vida, pode ser associado a um paradigma desequilibrado e doente que não consegue atender as necessidades multidimensionais inerentes ao ser humano, as quais, precisam ser atendidas como uma totalidade/unidade. Neste sentido, percebe-se, o enfermeiro como um possível elo,

importante, para a revitalização deste espaço a partir da transição de um paradigma cartesiano para um mais holístico. Compreende-se o ecossistema hospitalar formado por um conjunto de elementos bióticos e abióticos capazes de auxiliar nas funções de saúde da população sob o regime de internação. Essa totalidade/unidade de elementos do ecossistema hospitalar se conecta, se relaciona, interage e se influencia mutuamente, conduzido pela dinâmica, interação e interdependência de seus elementos para mudanças, transformações e a auto-organização, e neste enfoque é capaz de auxiliar nas diferentes situações para atender as necessidades dos usuários portadores de AVC e familiares em regime de internação (CAPRA; LUISI, 2014; MEDEIROS et al, 2016; SIQUEIRA et al, 2018; PAULA et al, 2020).

Compreende-se que a instituição hospitalar alicerçada no PE possibilita alcançar avanços e transformações nas práticas de cuidado e educativas, além de gerar mudanças na maneira de pensar, falar e fazer do cuidado, produzir melhorias na saúde dos usuários, portadores de AVC. Essa mudança de pensar, falar e agir, ao buscar romper com o paradigma sustentado pelo modelo biomédico, hierárquico, linear e determinístico e ao optar pelo embasamento do pensamento ecossistêmico leva a uma perspectiva multidimensional de totalidade/unidade que induz a mudanças no cuidado, especialmente das ações educativas profissionais dos enfermeiros (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; PAULA et al, 2020).

Cabe destacar que o hospital, nessa perspectiva, é compreendido como o ecossistema onde todos os elementos com vida, quais sejam, enfermeiros, a equipe de enfermagem, bem como os outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, equipe de higienização, equipe gerencial, logística, entre outros; usuários e familiares), são considerados os elementos bióticos. Por outro lado, a estrutura física, o aparato tecnológico, mobiliários, insumos para o cuidado, protocolos, as diferentes concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde dos enfermeiros e todos os elementos que não possuem vida e que fazem parte deste ecossistema, são considerados os elementos abióticos. A totalidade dos elementos da instituição hospitalar, bióticos e abióticos se relacionam entre si, trocam energia, influenciam-se mutuamente, se inter-relacionam e se auto-organizam formando uma totalidade/unidade (CAPRA; LUISI, 2014; MEDEIROS et al, 2016).

O processo educativo tem o potencial de oxigenar esse ecossistema hospitalar já desvitalizado pelas rupturas, quer política, quer econômicas, as quais travam uma contínua luta de homeostase entre os fatores bióticos a abióticos deste sistema. O enfermeiro representa um elo importante deste processo, podendo construir uma simbiose com o usuário portador de

AVC e o familiar durante o período de internação na busca do conhecimento. Esse processo à procura da produção do conhecimento é indispensável para dar continuidade do cuidado no ambiente domiciliar, após a alta. Assim, o enfermeiro, por meio do processo educativo, tem influência sobre o meio, neste caso, o hospital, bem como o ambiente ao qual retorna, após a alta e todos os elementos que dele fazem ou venham a fazer parte. Assim, o processo educativo do enfermeiro desenvolvido no ambiente hospitalar influencia no comportamento do usuário portador de AVC, não somente nesse, mas também num aspecto mais amplo, nos ambientes nos quais estão inseridos, após sua alta hospitalar (SIQUEIRA et al, 2018).

O ensino aprendizagem que ocorre no ambiente hospitalar se aproxima da concepção filosófica de Freire (2011a), o qual, aponta como um processo onde os educandos, nesse contexto, os usuários e suas famílias, constroem e desconstroem o saber ensinado partindo da produção da formação e existência do ser humano, as quais são concernentes a esse processo. Portanto, com base nessa concepção, para que o aprendizado seja legitimado ao educador/enfermeiro, cabe desenvolver um ensino crítico, dinâmico, dialético, considerar o saber do educando/usuário/família, num processo de reflexão capaz de conscientização e conseqüentemente, mudança de comportamento para a melhoria do cuidado, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Nesse espaço o enfermeiro, influenciado por suas concepções teóricas e metodológicas desenvolve o processo educativo ao usuário, portador de AVC e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do PE. A educação em saúde busca esclarecer o usuário e família a respeito do conhecimento, comportamentos e atitudes necessárias e adequadas acerca da necessidade de participar no restabelecimento de sua saúde e contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde (WHO, 2013a).

As ações educativas realizadas pelo enfermeiro têm, entre outras finalidades, qualificar usuários, familiares e cuidadores para a manutenção do cuidado em saúde, proporcionando apoio técnico e emocional, sanando dúvidas, orientando para ações saudáveis e, assim, contribuir na promoção e melhora da qualidade de vida (LABEGALINI, 2015). Assim, a ES é considerada essencial para tratar a multiplicidade de aportes necessários à saúde do ser humano, pois ela representa um vínculo indispensável entre o provedor e receptor do conhecimento e é um importante mecanismo de transformação no cuidado de enfermagem. Nesse sentido, a ES realizada pelo enfermeiro faz parte do conjunto de ações desenvolvidas no exercício da prática laboral. Este profissional realiza de forma integrativa ações

administrativas/gerenciais, assistenciais, investigativas e educativas que se entrelaçam qualificando e aperfeiçoando o cuidado, essência da profissão (SIQUEIRA, 1998).

Nesse contexto, o **conceito de ES** não está determinado, estabelecido, delineado, mas é construído com influência dos elementos que constituem a realidade. Ele vem sendo reformulado e ressignificado ao longo do tempo, influenciado pelos diferentes campos da ciência, em especial da educação, uma vez que a gênese da Educação em Saúde é indissociável das Teorias de Educação. Segundo a *WHO*, “Educação em saúde inclui a comunicação de informações referentes às condições sociais, econômicas e ambientais que afetam a saúde, bem como fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de cuidados de saúde” (WHO, 2013c p. 4).

Nesta conjuntura, inserem-se as concepções **teórico-metodológicas** em educação, ou simplesmente concepções educativas que englobam os diferentes conceitos de Educação e estão interligadas às Teorias da Educação. A palavra concepção é sinônimo de compreensão, percepção ou conceito. Na área da psicologia, concepção integra a capacidade de entender ou criar uma ideia, um modo de ver ou sentir (CONCEPÇÃO, 2017). Desta maneira, conjectura-se que concepções teóricas podem ser definidas como percepções, compreensões a partir de uma Teoria, de uma experiência, entre outras. Da mesma forma, **concepções metodológicas** são descritas como um conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade, ou seja, a **metodologia** descreve o **passo a passo, como se processa** o trabalho realizado, aqui da educação em saúde. A metodologia e a teoria são inseparáveis, e, enquanto conjunto de técnicas a metodologia necessita de um instrumental claro e coerente possível de encaminhar os obstáculos teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2014).

Nesse sentido, conhecer as concepções teóricas e metodológicas da educação desenvolvidas pelo enfermeiro no âmbito hospitalar, na educação do usuário portador de AVC e apoiadas nos princípios do PE, possibilitam descobrir novos caminhos para a compreensão e desenvolvimento da atividade prática educativa profissional. A descoberta de novos caminhos na prática do cuidado e, especialmente, nas ações educativas se obtém pela análise das relações que se estabelecem entre os elementos do ecossistema hospitalar, e suas influências, flutuações e instabilidades no processo de aprendizagem na saúde e cuidado do usuário.

Nesse segmento, a **relevância** desta pesquisa, apoia-se nos resultados da busca do conhecimento já produzido sobre essa temática, ou seja, o Estudo do Estado da Arte. A busca realizada demonstrou a escassez de publicações que abordam a Educação em Saúde no ambiente hospitalar. Buscou-se estudos que fizessem relação entre as Teorias educativas utilizadas pelos enfermeiros no desenvolver do processo educativo, pois a busca não

contemplou nenhum estudo sobre essa temática. Da mesma forma, não se obteve nenhuma pesquisa que faça a análise a partir do referencial teórico-filosófico ecossistêmico. Cabe destacar, ainda, que no âmbito nacional, o número de publicações foi ínfimo, constituindo os internacionais a soma de estudos encontrados.

Assim sendo, acredita-se na possibilidade de novas reflexões e direções sobre a Educação em Saúde no contexto hospitalar para a continuidade do cuidado no domicílio, de maneira a contribuir com mudanças comportamentais capazes de promover a saúde, evitar a doença e colaborar para a modificação de hábitos de vida mais saudáveis, refletindo na redução das re-internações hospitalares, as quais, demandam altos custos para o sistema público de saúde. Equitativamente, percebe-se a pertinência da Educação em Saúde como importante ação no enfrentamento das DCNT, consideradas uma epidemia global.

Da mesma forma, o estudo proporcionou possibilidades de discussões e elucidações do conceito de ES com as Teorias Educacionais, as práticas educativas do enfermeiro e a inter-relação destas com a Teoria Ecossistêmica, explorando caminhos capazes de criar novas concepções metodológicas sustentáveis das práticas educativas, ou seja, a Educação em Saúde desenvolvida pelo enfermeiro no âmbito hospitalar. Ainda, o PE, ao considerar o ser humano nas dimensões social, psicológica, biológica e espiritual, onde cada uma dessas dimensões se inter-relaciona e sofre influência com o meio em que o ser humano se encontra apontam vicissitudes do cuidado pós alta hospitalar, bem como as instabilidades que se estabelecem após o acometimento por um AVC, suas mudanças e transformações que se processam de forma contínua e ocasionadas pelas relações dos elementos entre si, influenciando-se mutuamente.

Ademais, o tema ES está entre as linhas de pesquisas priorizadas da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, no eixo 8 de “Gestão do Trabalho e Educação em Saúde”, mais especificamente, no subitem 8.2 que se refere a “Avaliação da implementação de estratégias de educação em saúde no SUS” (BRASIL, 2018).

Assim, buscou-se confirmar a **TESE**: As ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, conforme suas concepções teórico-metodológicas, ao usuário com Acidente Vascular Cerebral e família no período de internação hospitalar, à luz do Pensamento Ecossistêmico, possibilitam transformar o conhecimento, comportamentos e atitudes dos usuários e familiares e contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde.

Com base no exposto, tem-se como **questão norteadora**: Quais as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o

processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e familiares, no período da internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico?

Para responder a esse questionamento formulou-se o **objetivo geral**: Analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo;
- Avaliar as bases teórico-metodológicas utilizadas por enfermeiros no processo educativo hospitalar ao usuário com acidente vascular cerebral e a família, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico.
- Descrever e analisar as facilidades e dificuldades assinaladas pelos enfermeiros na prática do processo educativo em saúde a família e usuário com acidente vascular cerebral do período de internação hospitalar.
- Propor um ensaio teórico sobre educação em saúde, com base no Pensamento Ecológico, que auxilie os enfermeiros a desenvolver o processo educativo hospitalar ao usuário com acidente vascular cerebral, capaz de contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde e dos familiares.

2. REVISÃO DA LITERATURA

“Na ciência, para nos expressar sem rodeios, nunca lidamos com a verdade, no sentido de uma correspondência precisa entre nossas descrições e os fenômenos descritos. Nós sempre lidamos com o conhecimento limitado e aproximado.”

Fritjof Capra

A revisão de literatura realizada e apresentada destina-se a proporcionar sustentação a essa pesquisa e servir de suporte da análise e interpretação dos dados. Está estruturada nos subcapítulos: Revisão integrativa da produção científica acerca da temática em estudo; Pensamento Ecológico: principais princípios e características; A instituição hospitalar: conceito e breve histórico através do tempo; Principais concepções Teóricas e Metodológicas da Educação; O Enfermeiro e a Educação em Saúde com aplicabilidade do Pensamento Ecológico.

2.1 Revisão integrativa da produção científica acerca da temática em estudo

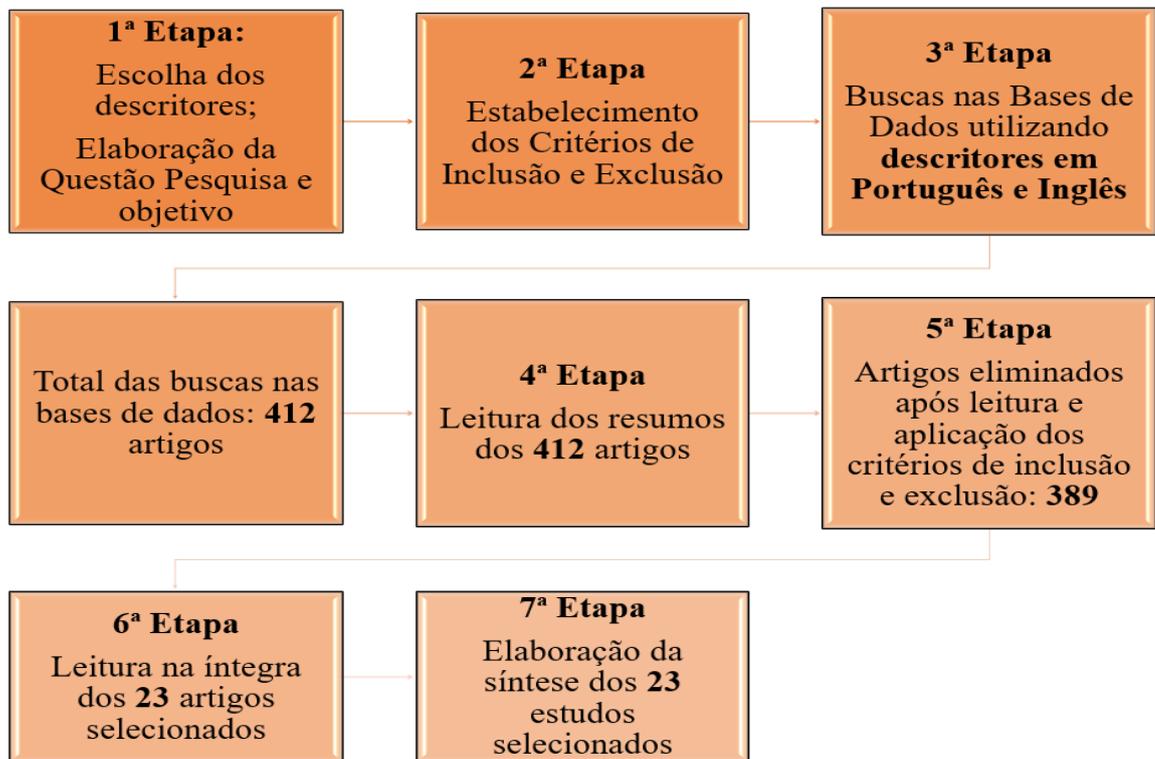
Este subcapítulo apresenta a produção científica, referente ao estudo do Estado da Arte, com a finalidade de mapear, reunir e sintetizar resultados de pesquisas, encontrar lacunas no conhecimento e de estudos publicados em âmbito nacional e internacional relacionados ao tema em estudo.

Para a construção do Estado da Arte, seguiu-se as etapas, com base em Mendes; Silveira; Galvão (2008): elaboração da questão de pesquisa e objetivos, escolha dos descritores com base no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, busca dos artigos nas bases de dados nacionais e internacionais e leitura dos resumos e avaliação dos estudos.

No intuito de possibilitar fidedignidade à busca, a mesma foi realizada utilizando descritores em português, na intenção de abarcar os estudos nacionais e posteriormente uma segunda busca, foi realizada, utilizando os mesmos descritores em inglês, a fim de ter maior precisão de estudos internacionais.

A figura a seguir sintetiza as sete etapas dos processos de buscas, utilizando os descritores em português e inglês:

Figura 1: Etapas do estudo da produção científica



Fonte: Com base em Mendes; Silveira; Galvão (2008), modificada e busca de dados realizada *online* nas bases, SciELO, *MEDLINE*, LILACS e BDENF organizados pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021).

1ª Etapa: Elaboração da questão de pesquisa, objetivos e definição dos descritores

A pesquisa teve como ponto inicial a definição da questão de pesquisa e o objetivo. A partir dessas etapas selecionou-se os descritores no DeCS. Para a busca da produção dos artigos em português foram utilizados: “Educação”, “Educação em Saúde”, “Enfermagem”, “Hospital”, “Acidente Vascular Cerebral e “Ecossistema”. Já para a busca internacional, empregaram-se os descritores “*Education*”, “*Health education*”, “*Nursing*”, “*Hospital*”, “*Stroke*”, “*Ecosystem*”.

2ª Etapa: Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de seleção, utilizou-se o período temporal dos últimos cinco anos, no intuito de propiciar a exploração da literatura científica atual 2015 a 2020; artigos completos,

que contemplam a temática em estudo, disponíveis *online* e gratuitos, nos idiomas português, inglês e espanhol.

3ª Etapa: Busca nas Bases de Dados

A seleção dos artigos foi por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de dados da Enfermagem (BDENF).

A busca dos estudos ocorreu no mês de abril de 2020, utilizando o operador booleano “and”, com os descritores em português: “Educação”, “Educação em Saúde”, “Enfermagem”, “Hospital”, “Acidente Vascular Cerebral” e “Ecossistema”, indexados no DeCS.

Iniciou-se a busca com o descritor “Educação”, encontrando-se os seguintes resultados (Pubmed 1633), (SciELO 14.543), (MEDLINE 130.220), (LILACS 14.740), (BDENF 3.059). Ao utilizar o operador booleano “and” e refinar os dados acrescentando o descritor “Educação em Saúde”, obteve-se na base de dados (Pubmed 424), (SciELO 8.683), (MEDLINE 53.144), (LILACS 8.294) (BDENF 2.430). Ao prosseguir no refinamento foi inserido com o operador booleano “and” o descritor “Enfermagem” obteve-se como resultados (Pubmed 19), (SciELO 91), (MEDLINE 6.365), (LILACS 1.858), (BDENF 1.628), continuando a busca com o operador booleano “and” e o descritor “Hospital”, os resultados foram, (Pubmed 19), (SciELO 91), (MEDLINE 1.586), (LILACS 387), (BDENF 329), ao inserir o operador booleano e o descritor “Acidente Vascular Cerebral” alcançou-se na (Pubmed 0), (SciELO 0), (MEDLINE 27), (LILACS 1), (BDENF 2), ao utilizar novamente o operador booleano *and* e o descritor “Ecossistema” a busca zerou em todas as bases de dados. Desta maneira, optou-se por considerar a busca até o descritor Hospital para a base de dados Pubmed e até o descritor “Acidente Vascular Cerebral” para as demais bases, pois contempla um número de estudos possíveis para a continuidade da presente revisão.

Para maior abrangência na seleção dos artigos internacionais, foi realizada uma nova busca por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) empregando as mesmas bases de dados Pubmed, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e, na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de dados da Enfermagem (BDENF), utilizando-se os mesmos descritores, porém em inglês: “Education”, “Health education”, “Nursing”, “Hospital”, “Stroke”, “Ecosystem” indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Iniciou-se a busca da produção internacional com o descritor “*Education*”, encontrando-se os seguintes resultados (Pubmed 105.537), (SciELO 25.129), (MEDLINE 219.138), (LILACS 18.620), (BDENF 2.945). Ao utilizar o operador booleano “*and*” e acrescentando o descritor “*Health education*”, refinou-se os estudos obtendo na (Pubmed 65.225), (SciELO 6.982), (MEDLINE 128. 585), (LILACS 10.805) (BDENF 2.292); ao prosseguir na busca com o operador booleano “*and*” e o descritor “*Nursing*” obteve-se o como resultado (Pubmed 7.532), (SciELO 972), (MEDLINE 14.749), (LILACS 2.068), (BDENF 1.461); continuando a busca com o operador booleano “*and*” e o descritor “*Hospital*”, os resultados chegaram na (Pubmed 2947), (SciELO 117), (MEDLINE 3.737), (LILACS 436), (BDENF 328); ao inserir o operador booleano e o descritor “*Stroke*” obteve-se, (Pubmed 78), (SciELO 0), (MEDLINE 74), (LILACS 3), (BEDENF 0). Prosseguindo com a busca, utilizou-se novamente o operador booleano *and* e o descritor “*Ecosystem*” e a busca zerou em todas as bases de dados. Desta maneira, optou-se por considerar a busca até o descritor *Hospital* para a base de dados Scielo e “*Stroke*” para as demais bases pois fornece um número de estudos possíveis para a continuidade da presente revisão.

4ª e 5ª etapas: Leitura dos Resumos, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Após a busca dos artigos nas bases de dados, utilizando-se os descritores em português, totalizaram-se 140 artigos, destes, 10 estavam duplicados, os quais foram considerados apenas uma vez, restando 130 artigos para avaliação dos resumos, destes 127 artigos não eram condizentes com a temática de estudo e três artigos não estavam disponíveis na íntegra. Dessa maneira, zerou-se o resultado da busca de estudos nacionais com descritores em português.

Constatou-se que ao utilizar descritores em português e seguir os critérios de inclusão e exclusão a abrangência e resultado dos estudos foi insuficiente, uma vez que, nenhum artigo foi considerado satisfatório para sustentar a revisão de literatura, pois não eram condizentes com o tema e/ou, não cumpriam os critérios de inclusão e exclusão. Cabe destacar que esse resultado se refere as bases de dados selecionadas para a presente busca, o que não significa que não possa haver outras publicações referentes ao tema, visto que, os periódicos possuem diferentes bases de indexação de seus artigos, conquanto, destaca-se o insuficiente número de publicações relacionadas ao tema, pois a busca abrangeu importantes bases de dados e análise do resumo de 140 artigos.

A busca dos artigos nas bases de dados, utilizando-se os descritores em inglês, totalizaram 272 artigos, do quais sete estavam duplicados, restando 265 artigos para a leitura

dos resumos. Após a avaliação, dos mesmos constatou-se 205 não condizentes com a temática, 28 estudos pagos e nove artigos não disponíveis na íntegra. Assim, o resultado da busca de estudos internacionais com descritores em inglês disponíveis de acesso gratuito totalizou em 23 artigos, com possibilidade de contribuir na sustentação da revisão de literatura da presente pesquisa.

Em relação a busca da produção internacional, utilizando os descritores em inglês, obteve-se resultado mais exitoso se comparado com a procura realizada com os descritores em português. Entretanto, da mesma forma, a maioria dos estudos analisados não se enquadram com a temática de estudo. Observou-se, também, um relativo número de artigos sem acesso gratuito, além de artigos não disponíveis na íntegra e outros duplicados.

A busca apresentou um fato curioso, pois, mesmo com os descritores em inglês obteve-se três estudos realizados no Brasil (dois publicados em revista internacional e um em revista nacional), os quais, não foram encontrados usando os descritores em português e as mesmas bases de dados. Esse fato leva a ponderar a forma como as buscas foram conduzidas e, questiona-se as formas de apresentação e indexação dos artigos nas bases de dados, pois mesmo seguindo o rigor metodológico necessário, obteve-se significativa discrepância de resultados.

6ª e 7ª Etapas: Leitura na íntegra, avaliação e organização dos artigos alcançados.

Após a análise dos 23 artigos resultantes da busca realizada para o levantamento do conhecimento produzido, fez-se pertinente uma organização e avaliação dos estudos encontrados. Dessa forma, para facilitar a avaliação dos artigos, os mesmos foram organizados, conforme: locais de realização e objetivo da pesquisa.

Figura 2: : Distribuição geográfica das pesquisas realizadas.

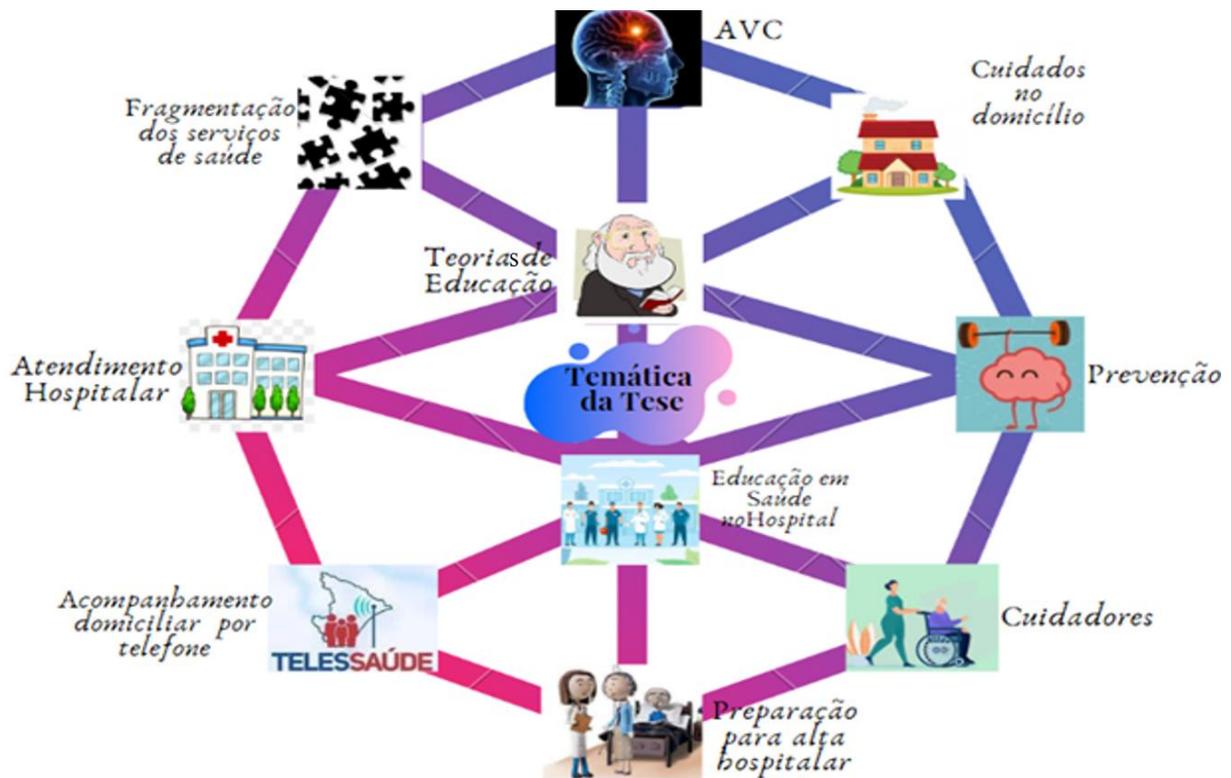


Fonte: Dados coletados online nas bases de dados, PUBMED, SciELO, MEDLINE, LILACS e BDEFN, organizados pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021).

Ao analisar os países, nos quais, as pesquisas foram realizadas, constatou-se que a maior prevalência de publicações se concentram no continente Europeu com seis publicações (Suécia dois; Noruega um; França um; Reino Unido um; Reino Unido e Londres um;), seguidos pelos continentes Asiático com cinco publicações (China dois; Irã um; Tailândia um; Taiwan um;) e América do Sul também com cinco publicações (Brasil três; Chile um; Peru um;), na Oceania foram realizados quatro estudos todos na Austrália, na América do Norte dois pesquisas, ambas nos Estados Unidos e no continente Africano uma pesquisa em Gana e Nigéria.

No que se refere aos objetivos dos estudos analisados, observou-se significativa heterogeneidade entre eles, entretanto, possuem aspectos passíveis para enquadrá-los em algumas das variáveis da presente temática.

Figura 03 – Principais aspectos abordados na produção científica.



Fonte: Dados coletados online nas bases de dados, PUBMED, SciELO, MEDLINE, LILACS e BDEFN, organizados pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021);

A análise dos artigos selecionados na busca *online* foi realizada baseada na técnica de análise de conteúdo devido a adequação desta técnica para a análise e interpretação de dados qualitativos, pois permite descobrir e explorar os conteúdos que se procura explicitar a propósito das mensagens, nesse caso, a partir do tema da Tese (BARDIN, 2011).

Nesse sentido, a figura três permite visualizar, a partir da análise dos estudos, os temas abordados de maior relevância. Entende-se que todas essas abordagens são coerentes e colaboram para a sustentação teórica desta pesquisa. Assim, foi distribuído no eixo principal (vertical) da figura, os temas que contemplam com aprofundamento o objetivo deste estudo. Já, nas posições diagonais com relação ao centro da figura, estão os temas que não estão no foco da pesquisa, mas que se entrelaçam com o assunto e foram pertinentes para a discussão dos dados.

O tema “Acidente Vascular Cerebral” está presente em 21 (91,3%) dos artigos analisados, apesar de nem todos os estudos tratarem especificamente do tema da Tese, esses fornecem dados relacionados a epidemiologia da doença, dados estatísticos, promoção de

saúde, medidas preventivas. Assim, compreende-se que essas pesquisas são pertinentes para a revisão de literatura, uma vez que, apresentam dados relevantes e atuais sobre a doença, além de estudos que contemplam nomeadamente a questão de pesquisa e objetivo do presente constructo e a Tese (BAKAS et al, 2015; SPRUILL et al, 2015; RICHARDSON et al, 2015; OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015; GREENWOOD et al., 2016; MOURÃO et al, 2017; CADILHAC et al, 2017; PITTAHAYAPONG et al., 2017; LOFT, et al., 2017; ROSBERGEN et al., 2017; COOMBES et al., 2018; JENKINS et al., 2018; MENDYK et al., 2018; DAY et al, 2018; COTTRELL, 2018, TSAI et al, 2018; SWANSON; MOGER, 2019; WANG et al., 2019; HEKMATPOU; BAGHBAN; IREWALL et al., 2019; ZHANG; ZHANG; SUN, 2019; DEHKORDI, 2020;).

No que se refere ao tema “Cuidados no domicílio” a análise apontou nove (39,1%) de estudos que abordam a necessidade de cuidados domiciliares após o acometimento de usuário por AVC, e, apesar do tema educação em saúde não ser o foco principal desses estudos o mesmo aparece intrínseco, o que, tem relevância para a presente pesquisa, visto que, a educação em saúde para o cuidado domiciliar se entrelaça com o objetivo da Tese (SVÄRDSUDD, 2015; RICHARDSON et al., 2015; BAKAS et al., 2015; OLAI; BORGQUIST; ARENAS et al., 2016; GREENWOOD et al., 2016; MENDYK et al., 2018; SWANSON; MOGER, 2019; ZHANG; ZHANG; SUN, 2019; IREWALL et al., 2019).

O tema “Educação em Saúde no Hospital” aparece em 10 (43,4%) dos estudos analisados o que sustenta consideravelmente o tema abordado pela pesquisa, já que, nesta pesquisa o hospital será o cenário de investigação das práticas educativas realizadas pelos enfermeiros. Na maioria desses estudos é possível apreender pela análise e interpretação, com base nas referências utilizadas dessas pesquisas, as Teorias Educativas utilizadas. (CADILHAC et al., 2017; ROSBERGEN et al., 2017; LOFT et al., 2017; PITTAHAYAPONG et al., 2017; HEKMATPOU; TSAI et al., 2018; MENDYK et al., 2018; COOMBES et al., 2018; DAY et al., 2018; ZHANG; BAGHBAN; IREWALL et al., 2019; ZHANG; SUN, 2019).

Na mesma proporção de 10 (43,4%) estudos, aparece o tema “cuidadores” o que também vem ao encontro da Tese proposta, pois a investigação da educação dispensada para o usuário com AVC engloba sua rede de relações, a qual, insere-se os cuidadores (BAKAS et al., 2015; OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015; ARENAS et al., 2016; GREENWOOD et al., 2016; PITTAHAYAPONG et al., 2017; MENDYK et al., 2018; TSAI et al., 2018; DAY et al., 2018; ZHANG; ZHANG; SUN, 2019; IREWALL et al., 2019).

Seguindo na mesma linha, o assunto “preparação para a alta hospitalar”, destaca-se em oito (34,7%) dos estudos, os quais, abordam o tema discutindo protocolos, rotinas, cuidados, a própria educação em saúde que ora aparece explícita, ora aparece implícita nas discussões (CADILHAC et al., 2017; ROSBERGEN et al., 2017; PITTAHAYAPONG et al., 2017; TSAI et al., 2018; DAY et al., 2018; COOMBES et al., 2018; MENDYK et al., 2018; ZHANG; ZHANG; SUN, 2019).

Seguindo a análise, encontrou-se em quatro (17,3%) estudos o tema “fragmentação nos serviços de saúde”, o que tem relação com esta pesquisa, pois compreende-se que a continuidade do cuidado é fundamental na recuperação da doença, promoção e recuperação da saúde, além de evitar re-internações hospitalares, bem como está discutido nesses estudos, fazendo-se oportuno para o enriquecimento teórico da Tese proposta (GREENWOOD et al., 2016; MENDYK et al., 2018; DAY et al., 2018; SWANSON; MOGER, 2019).

O tema “acompanhamento domiciliar por telefone” apresentou-se em três (13%) dos estudos analisados. Destaca-se que essa modalidade de serviço foi identificada nos estudos internacionais e percebe-se que esse tipo de intervenção está sendo utilizada com frequência em outros países fato que, vem trazendo resultados satisfatórios relacionados a promoção da saúde e diminuição de complicações pós alta hospitalar. Nesse sentido, presume-se a colaboração destes estudos para a presente pesquisa, pois as experiências de outros países podem ser relevantes para o contexto nacional, pois, apesar do Brasil já adotar esse tipo de serviço outras experiências exitosas podem contribuir para a melhoria da assistência (SPRUILL et al., 2015; BAKAS et al., 2015; IREWALL et al., 2019).

No que diz respeito a “prevenção”, essa temática aparece em dois (8,6%) dos artigos, o que não significa que não está contemplado em outros estudos, entretanto foi em duas pesquisas que se destacou. Esse tema é muito importante e mantém relação direta a atual pesquisa, pois um dos objetivos da educação em saúde é justamente a mudança de comportamento que inclui práticas preventivas de adoecimento e de promoção da saúde (SWANSON; MOGER, 2019; WANG et al., 2019).

O tema “hospital”, destacou-se em dois (8,6) dos estudos analisados, ambos apresentando formas de atendimento nesses espaços, o que corrobora com a presente pesquisa, pois as características e abordagens do ambiente onde se dará este estudo são fundamentais para a sustentação da discussão teórica (FHON et al., 2015; MENDES et al., 2016).

Por fim, a análise apontou que um (4,3%) dos artigos apresentam entre os temas em destaque, “Teoria de Educação”. Cabe esclarecer que o estudo não tem como objetivo

investigar o uso da teoria educativa nas práticas do enfermeiro. Sua inserção se dá como objeto de intervenção, para um estudo clínico randomizado, no domicílio de cuidadores de usuários acometidos por AVC. Salienta-se que este estudo está em andamento, sendo realizado no Brasil, porém publicado em periódico internacional e a Teoria de educação que será utilizada pelos pesquisadores é a Teoria libertadora de Paulo Freire, a qual utiliza a metodologia de ação-reflexão-ação (DAY et al., 2018).

A partir da análise realizada foi possível evidenciar o escasso número de publicações referentes ao tema da presente Tese. Essa constatação se fez presente nos resultados da busca utilizando os descritores em português, pois, após a leitura dos resumos, todos foram excluídos da seleção. Os estudos nacionais encontrados fazem parte da busca que se utilizou os descritores em inglês e ainda assim, são estudos que colaboram com a revisão de literatura, mas não discorrem especificamente envolvendo o tema em estudo.

Diferentemente, os estudos internacionais, os quais, formam o *corpus* de relevância para a revisão de literatura, apesar de apresentarem objetivos diversificados aproximam-se consideravelmente da questão de pesquisa, objetivo e Tese desta pesquisa, sendo esses de relevância na construção do referencial literário.

Outrossim, essas constatações apontam um exíguo número de publicações que abordam a utilização das Teorias Educativas utilizadas pelos enfermeiros no desenvolvimento do processo educativo. Por outro lado, o Referencial Ecológico, sustentáculo Teórico-Filosófico desta pesquisa não foi encontrado em nenhum dos artigos selecionados. Assim sendo, pretende-se enriquecer o conhecimento da enfermagem em relação ao uso das Teorias e metodologias educativas no pensar e fazer enfermagem, utilizando-as de forma científica entrelaçada com o paradigma emergente do PE.

2.2 Pensamento Ecológico: conceitos, principais princípios e características.

Vive-se, na era atual da ciência que abarca o conhecimento, a tecnologia e informação digital que influencia na rapidez de acesso às mudanças e transformações, cada vez mais aceleradas. Por outro lado, a era digital desperta a luta da competitividade, leva á rivalidades, concorrências, relativa à capacidade de apreendê-las, acumulá-las e usá-las, pelas nações, regiões, setores, empresas e indivíduos. Essa aceleração e a transição enfrentada entre o pensar, falar e fazer da humanidade, até chegar nesse período, conforme os postulados dos mais renomados filósofos, vêm acontecendo há longos anos.

Segundo Kuhn (1970), o arcabouço que envolve conceitos, valores, técnicas, metodologias, influenciados por aspectos políticos, econômicos, sociais, espirituais e culturais, conduzem um padrão a ser seguido e recebe a denominação de paradigma. Os paradigmas evoluíram e evoluem ao longo do tempo, são capazes de embasar valores, crenças, teorias – ou seja, o pensamento dos seres humanos. Dessa forma, conforme Kuhn (1970), as “rupturas revolucionárias”, que aconteceram desde a antiguidade, no período VI a.C. ao século XV d.C. trouxeram mudanças profundas na maneira de pensar, falar e agir - representam uma revolução científica e introduz uma nova era – um novo paradigma. Assim ao longo da humanidade registra-se:

- Era Organísmica: estende-se do século VI a.C., até o século XV, período em que a compreensão do *cosmos* era a concepção como um sistema vivo, onde os filósofos gregos acreditavam que o funcionamento do todo só era possível por meio da relação harmoniosa entre todas as partes que formavam esse todo e que as propriedades gerais influenciavam igualmente, da mesma forma, em cada uma das partes. Este período conhecido como Era Organísmica concebia o homem como elemento natural e o mundo como um organismo vivo e espiritual. O homem vivia em pequenas comunidades, mantinha uma relação de troca, respeito e reverência com a natureza, pois compreendia a importância desta para sua sobrevivência, proteção, amparo e assistência. Essa época perdurou até o século XV (CAPRA; LUISI, 2014).

Contudo, com o passar do tempo o ser humano, possuidor de características próprias que o difere dos demais seres vivos, pensa, decide e age, mudou de postura, ou seja, sua estrutura mental. Assim, iniciou a elaborar instrumentos capazes de transformar a natureza em seu próprio benefício. Aos poucos passou de uma posição mais passiva para uma atitude de domínio e de controle sobre a natureza, acreditando que poderia interferir sem que houvesse a reação desfavorável da mesma (CAPRA; LUISI, 2014; SVALDI, 2011).

Essa mudança de pensamento surgiu por volta dos séculos XVI e XVII e interferiu fortemente no pensamento orgânico, utilizado até então, pelo senso comum, relações de harmonia, deferência e importância dada à natureza. Entretanto, o arcabouço mental mecânico tomou força, e a partir de 1619 com o surgimento do Pensamento Cartesiano, ou seja, a Teoria Cartesiana ou mecanicista de René Descartes (1596-1650), passou a ser utilizada intensamente, interferindo negativamente na natureza que, em parte, perdura até o presente momento.

Essa visão de mundo mecanicista ganhou espaço a partir de mudanças e transformações revolucionárias na astronomia e física, chamada Revolução Científica que

compreendeu os séculos XVI e XVII, com destaque para os filósofos, Newton, Descartes, Kepler, Galileu, Copérnico e Bacon, estudiosos que contribuíram para a visão mecanicista do mundo da ciência cartesiana. As transformações de uma visão de mundo orgânico para a mecanicista, o estudo da matéria passou a negar as dimensões sociais e naturais que formam os fenômenos e aprofundou os estudos das quantidades, dos números, da mecânica, das divisões do todo, onde os sistemas vivos eram vistos como uma máquina, passível de análise a partir das suas partes menores, o que, atualmente, ainda, impede e influencia cientistas na compreensão de propriedades essenciais da vida (CAPRA; LUISI, 2014; INCHAUSPE; SIQUEIRA; MOURA; WACHTER, 2015; SIQUEIRA et al, 2018).

Assim, em relação às principais características desse paradigma destaca-se o estudo das partes, subdivididas cada vez mais, em porções menores, acreditando que o estudo da parte menor leva a compreender o todo. Esse paradigma preocupa-se em estudar o objeto em si, em busca do conhecimento objetivo, alcançar a verdade, busca quantificá-lo e realizar o controle de forma fragmentada, linear e hierárquica. Além disso, utiliza nos estudos metáforas mecânicas, comparando o organismo humano a uma máquina formada por peças que podem danificar e, por isso necessitam ser reparadas e ou substituídas e não se preocupa com as influências que o ambiente e outros fatores exercem sobre o objeto em estudo (CAPRA; LUISI, 204; SIQUEIRA et al, 2018; ZAMBERLAN et al, 2018; PAULA et al, 2020b).

As fortes oposições ao modelo cartesiano aconteceram a partir do século XVIII no âmbito da literatura, arte e filosofia, em diversos espaços do planeta. Destaca-se nesse período William Blake, Johann Wolf Gang Von Goethe, no final do século XVIII e começo do século XIX. Entre os principais postulados, destaca-se a vertente romântica de Goethe, o qual vislumbrou a natureza como uma grande totalidade harmoniosa o que conduziu diversos cientistas da época na busca pela compreensão do *Cosmos* como um todo integrado, relembrando algo a respeito da era orgânica. Nesta vertente de pensamento, Helmut Smuts (1870-1950) em 1926 propôs o paradigma holístico compreendido como a visão da totalidade do mundo em oposição a fragmentação mecanicista. O termo holismo origina-se da palavra grega *Hólon*, tradução grega da palavra latina *universum*, no sentido de totalidade, que foi desenvolvido, mais tarde, por Artur Koestler em 1969 (ODUM, 2004; CAPRA; LUISI, 2014).

O princípio da totalidade sistêmica opõe-se ao pensamento cartesiano que busca basear o estudo em partes cada vez menores, por acreditar que além de facilitar permite conhecer o todo. Essa ideia fragmentada não leva em consideração as interferências da realidade por meio de seus elementos tanto bióticos e abióticos que a compõem. Assim, o Pensamento Sistêmico se ocupa com o estudo das relações que se criam entre os elementos

constituindo redes, num processo contínuo de princípios de inter-relacionamentos e interações. Enquanto o paradigma cartesiano utiliza a metáfora mecânica, o pensamento ecossistêmico vale-se da metáfora orgânica. Outra diferença expressiva entre os dois paradigmas, refere-se a forma de alcançar o conhecimento, enquanto o cartesianismo se debruça sobre o objeto em si para conhecê-lo, o ecossistêmico procura compreender o contexto, portanto, engloba ambiente no qual o fenômeno está acontecendo, já que a totalidade dos elementos da realidade interferem em estudo, cooperam entre si e exercem influência mútua no alcance do conhecimento (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; PAULA et al, 2020a; PEDROSO et al, 2020).

Historicamente, a primeira definição de sistema aberto foi descrita por Alexander Bogdanov (1873-1928) ao formular sua teoria que objetivava esclarecer a organização de estruturas não vivas e vivas, as quais, denominou de “Tectologia”. Entretanto, décadas depois, Ludwig Von Bertalanffy, em 1950 foi quem recebeu os créditos por ter descrito os princípios de organização dos sistemas vivos, publicando a Teoria Geral dos Sistemas. Acontece que a Tectologia de Bogdanov, não foi devidamente conhecida. Entre as características dos sistemas abertos ambos autores descreveram que estas operam longe do equilíbrio, ou seja, as crises são fundamentais para que as mudanças e transformações aconteçam no sistema (CAPRA; LUISI, 2014; BERTALANFFY, 2014; SIQUEIRA, et al., 2018). Essa necessidade vital dos sistemas abertos é conhecida como equilíbrio dinâmico, onde os fluxos e as mudanças são contínuos e alimentados por matéria e energia do seu próprio ambiente, tornando-se auto-organizados (BERTALANFFY, 2014).

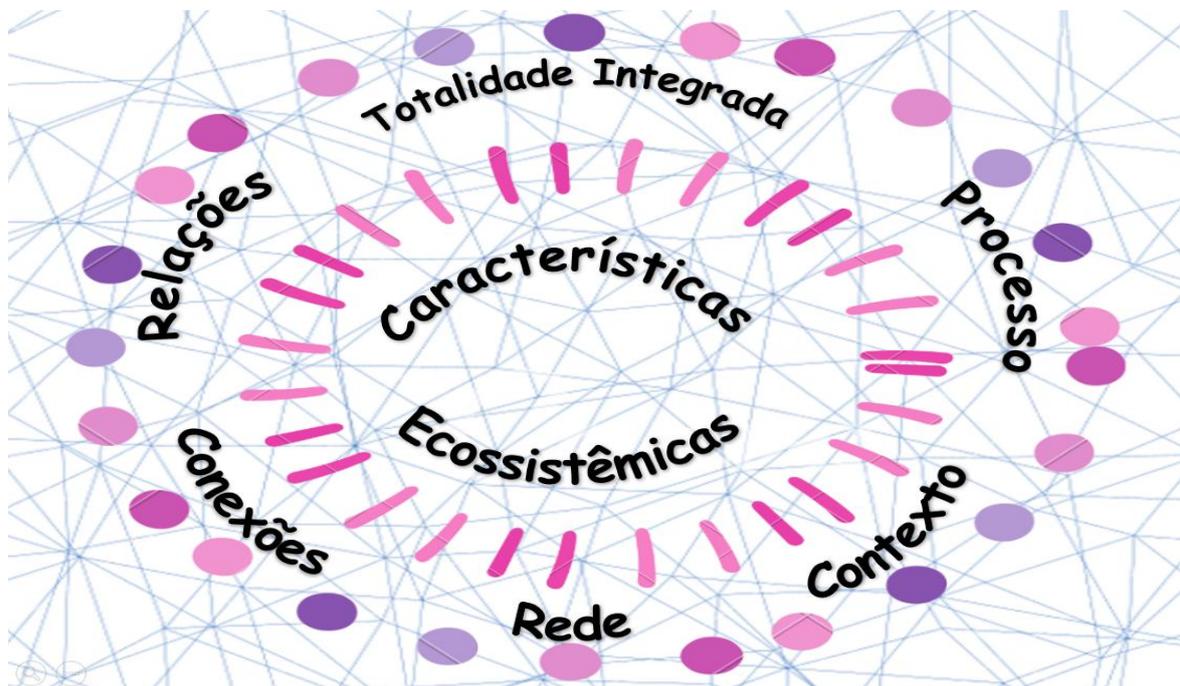
Etimologicamente a palavra **sistema** origina-se do latim *system*, que significa um conjunto de elemento/organismos interligados e que interagem entre si e formam uma totalidade/unidade. Dessa forma, a partir do pensamento sistêmico, segundo Capra, Luisi (2014, p. 94) “sistema passou a significar uma totalidade integrada, cujas propriedades essenciais surgem das relações entre suas partes”.

Por outro lado, o termo **ecossistema** se origina da conexão do prefixo *eco*, do grego *oikos* que significa espaço, ambiente, moradia e do sufixo *system* que denota sistema. Esse termo foi proposto pelo ecologista Tansley em 1935 para definir a unidade funcional da ecologia, enfatizando a integração dos elementos bióticos e abióticos de um espaço e tempo determinado. Assim, o ecossistema pode ser compreendido como o espaço, lugar, ambiente que representa o todo/totalidade de organismos/elementos de determinado espaço e **tempo**. Essa totalidade/unidade formada por elementos bióticos e abióticos se relacionam e produzem

mudanças e possibilidades (PRIGOGINE, 2009; MEDEIROS, 2013; ZAMBERLAN, 2013; SENGE, 2013; SIQUIERA et al, 2018; PAULA et al, 2020a).

Nesse sentido, convém descrever alguns conceitos trabalhados nessa pesquisa, a fim de, ter uma melhor compreensão da estrutura teórica, filosófica e epistemológica que a direcionam.

Figura 04: Características da Teoria Ecosistêmica



Fonte: Com base em Prigogine (2009).; Capra e Luisi; (2014) elaborada por Paula e Siqueira (2021).

Aborda-se definições, características, princípios e elementos que fazem parte do Pensamento Ecosistêmico. A figura 04 ilustra as principais características ecosistêmicas que serão observadas no ambiente hospitalar, ecossistema da presente pesquisa (PRIGOGINE 2009; CAPRA e LUISI; 2014; SENGE, 2013; SIQUEIRA et al, 2018).

Os processos de funcionamento do sistema aberto e que mantém a sua vitalidade, possuem **características** próprias e se distinguem dos sistemas fechados, estão descritas a seguir:

Totalidade Integrada: essa característica dos sistemas abertos, refere-se a compreensão que todos os elementos/partes de um sistema só podem ser contemplados diante às relações que estabelecem entre si. Essa característica se contrapõe a teoria determinística

que analisa esses elementos/partes desse sistema isoladamente, sem considerar as relações, o contexto e as conexões (CAPRA, 2006; SIQUEIRA et al, 2018).

Processo: considera-se que o processo é inerente ao pensamento ecossistêmico, pois ao considerar as instabilidades, que faz o sistema adotar um equilíbrio dinâmico e manter-se vivo acontecem devido aos processos de relações, conexões e interconexões, fluxos de entrada e saída de matéria e energia do sistema que podem, inclusive, formar novas estruturas (CAPRA, LUISI, 2014).

Contexto: essa característica ecossistêmica discorre sobre a imprescindibilidade de análise dos fenômenos a partir do contexto, onde esses acontecem, ao contrário do pensamento mecanicista que prioriza a dissecação das partes do sistema para serem analisados separadamente, considera que ao conhecer a parte se conhece o objeto em estudo. No PE o estudo do contexto no qual o fenômeno é investigado, representa uma característica importante, pois ao contemplar a totalidade de um sistema aberto é possível a compreensão das relações, do processo, e de todas outras características e princípios que existe entre todas as partes do sistema (CAPRA; LUISI, 2014; PRIGOGINE, 2009; SIQUEIRA et al, 2018).

Relações: são características determinantes da teoria ecossistêmica, pois ao se analisar o fenômeno de dado sistema, o foco da análise repousa nas relações entre seus elementos constituintes, pois deixa de analisar o objeto, característica própria do pensamento cartesiano e verifica as relações entre os elementos/organismos do ecossistema, averigua as novas possibilidades resultantes dessas relações. Essa capacidade das relações dos elementos do PE, entre si e com o ambiente/contexto se realiza por meio de processos, formando sistemas dentro de sistemas, redes, dentro de redes e finalmente a rede ecossistêmica do *Cosmos* (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; SIQUEIRA et al, 2019).

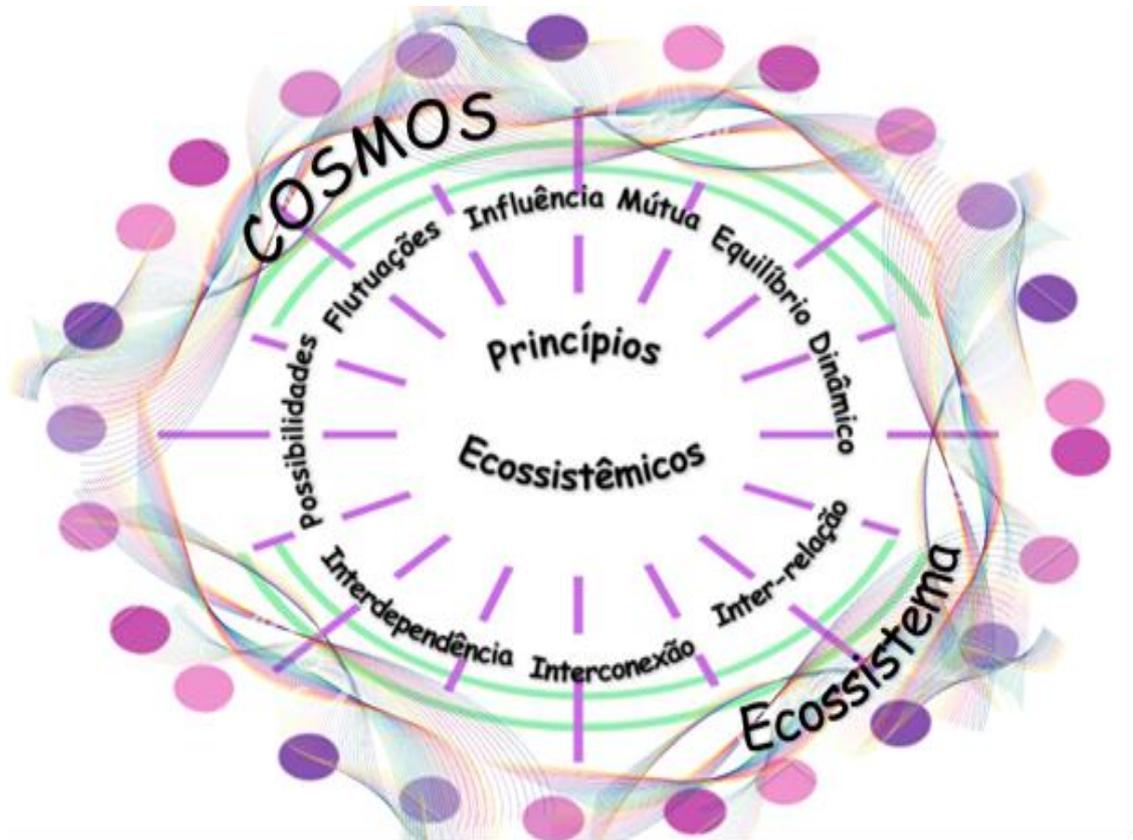
Rede: este conceito, evidente entre os ecologistas, passou a ser utilizado pelos teóricos ecossistêmicos, tornando-o com maior aplicabilidade, ainda que de forma metafórica, no século XX, formada de organismos/elementos que se relacionam entre si levando à auto-organização. A configuração estrutural da rede exhibe nodos ou nós, representados pelos elementos, aqui serviços, ações, instituições de saúde, que a compõem formando uma totalidade/unidade. A rede por sua vez se relaciona com outras redes, ou seja, formam-se redes dentro de redes. Os serviços integrantes de uma rede devem interligar-se por filamentos, representados de forma figurativa pela comunicação, diálogo, convívio, entendimento, compreensões necessários para a rede conseguir se sustentar e alcançar os objetivos propostos pelos serviços que a compõe.

As flutuações de energia e matéria que acontecem nesse contexto, passam de um nodo/nó/serviço por meio das interações entre eles. Ainda, na perspectiva ecossistêmica os sistemas conjecturados na forma de redes compreendem que nenhum elemento é mais ou menos importante do que o outra, e sim todas tem sua importância e contribuição dentro do ecossistema. Ao contrário do que propõe o modelo hierárquico que coloca os conjuntos maiores acima dos menores, causando dependência. (ODUM 2004; CAPRA, 2006; SIQUEIRA et al, 2019).

Ao pensar o processo educativo de ensino-aprendizagem participando na rede do ecossistema hospitalar, ao ser realizado pelo enfermeiro é necessário entrever o usuário e família, o enfermeiro, a equipe multiprofissional e demais trabalhadores da instituição como elementos vivos (bióticos) dessa rede onde esses, estabelecem relações com outros serviços, ações também formando redes que influenciam e são influenciados neste processo educativo. Entretanto, esse processo carece de elementos não vivos (abióticos), indispensáveis para a concretização do cuidado ao portador de AVC: área física adequada para todos os serviços institucionais, especialmente área de internação, equipamentos, desde os mais simples aos mais complexos, medicamentos, protocolos, regulamentos, regimentos, pareceres, normas, entre outros e o próprio ambiente domiciliar que o usuário retornará nos pós alta.

Nesse contexto, para que os sistemas mantenham suas características é necessário que os princípios ecossistêmicos norteadoras da dinâmica do PE, precisam ser compreendidos possibilitando a apreciação dos fenômenos a partir desse referencial teórico. A figura 05 apresenta os princípios ecossistêmicos elencados e contextualizado para este estudo. Salienta-se ainda que, *a priori*, serão analisados esses princípios, entretanto, outros podem ser acrescentados no decorrer da evolução das necessidades ecossistêmicas, pois o funcionamento do sistema não é estanque/estático, determinístico, mas flexível, dinâmico e pode conduzir evidenciar outras formas de interação entre os elementos e possibilidades de mudanças e transformações não previstas inicialmente.

Figura 05: Princípios ecossistêmicos utilizados na pesquisa acerca do ecossistema hospitalar.



Fonte: Com base em Prigogine 2009; Bertalanffy, 2014 Capra, Luisi 2014 elaborado pelos pesquisadires Paula e Siqueira (2021).

Equilíbrio Dinâmico: esta expressão se refere a um dos princípios fundamentais dos sistemas abertos, também chamado de homeostase. Esse princípio refere que os sistemas abertos se mantem afastados do equilíbrio, contrariando o que fora proposto pela termodinâmica clássica ao ser descrita a segunda lei de dissipação de energia para sistemas fechados. Segundo Bertalanffy (2014), o estado de equilíbrio dinâmico só é possível graças a fluxos de mudanças contínuos que ocorrem nesses sistemas, o que, posteriormente, foi comprovado por Prigogine (2011). Bertalanffy (2014), postulou que esses “fluxos de mudanças” eram possíveis pelo que o cientista chamou de **entropia ou desordem**, o qual, Prigogine (2011) confirmou com a desordem como um processo construtivo e necessário para a vitalidade dos sistemas abertos, pois por meio da desordem se estabelecem, criam-se a possibilidade de bifurcações/caminhos caracterizadas como processos aleatórios que dão origem a novas possibilidades, assim mantendo o equilíbrio dinâmico do sistema.

Interdependência: segundo o dicionário português *online* (2020), interdependência significa “estado ou condição dos indivíduos que estão ligados por uma relação de dependência mútua; dependência recíproca”. Esta palavra corresponde a um dos princípios do PE, o qual se refere a dependência entre os elementos constituintes de dado sistema, sejam elementos bióticos ou abióticos. Por meio desse princípio é possível compreender as relações que existem entre todos os constituintes do sistema e como uns influenciam os outros conferindo ao sistema ser apreciado na sua totalidade/globalidade (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006; MATURANA; VARELLA, 2011).

Flutuações: o PE aborda esse princípio na conjuntura das ações coletivas e/ou individuais dos elementos do sistema. As flutuações são entendidas como as instabilidades presentes nos sistemas vivos, uma vez que, no seu funcionamento, mudanças e novas possibilidades são propriedades que acontecem constantemente. Entende-se que em um sistema aberto os estados de desordens/entropia, são possíveis devido às flutuações entre seus elementos, destes criam-se novos caminhos/bifurcações que estabelecerão uma nova ordem, as quais, por meio de flutuações produzindo novas desordens e assim sucessivamente, mantendo o equilíbrio dinâmico do sistema num fluxo contínuo de crescimento e mudanças (PRIGOGINE, 2009; ZAMBERLAN, 2013).

Influência Mútua: esse princípio ecossistêmico é alcançado na relação dinâmica entre os elementos do ecossistema em estudo, visto como um todo integrado e interdependente, os elementos do sistema exercem suas funções em cooperação com os demais. É por meio das relações que se estabelecem entre os elementos constituintes de dado espaço/ambiente, que é possível perceber as influências mútuas que uns exercem com os outros gerando mudanças, transformações e possibilitam novos caminhos/bifurcações e a partir dessas novas escolhas que irão influenciar na dinâmica de todo o sistema (SIQUEIRA, 2001; PRIGOGINE, 2009, CAPARA; LUISI, 2014; ZAMBERLAN et al, 2018).

Inter-Relação: os elementos bióticos e abióticos pertencentes aos sistemas abertos conservam entre si inter-relações, ou seja, expressam correspondência uns com os outros, cooperando, influenciando-se mutuamente, produzindo movimentos capazes de gerar mudanças, possibilidades dentro do sistema. Essas inter-relações podem produzir algo maior que nenhum dos elementos integrantes possui, propriedades não pertencentes a ninguém da rede constituída, constituindo a complexidade – não existe possibilidade de retornar ao início do processo, anulando o novo produzido. Esses princípios ressaltam a importância de contemplar o sistema como um todo e não apenas o estudo isolado das suas partes, visto que, esse fatiamento para os estudos das partes, não proporciona as novas possibilidades que se

estabelecem a partir das inter-relações (SIQUEIRA, 2001; PRIGOGINE, 2009, SILVA, 2013; CAPRA; LUISI, 2014).

Possibilidades/probabilidades: Ecosistemicamente, as possibilidades/probabilidades são conjecturadas como novos caminhos/direções que ocasionarão novas escolhas dentro do sistema. Novas possibilidades permitem repensar, refletir a dinâmica do sistema, bem como as influências mútuas e inter-relações entre seus elementos, pois a partir delas é que as possibilidades surgem delineando novos caminhos possíveis de mudanças na busca do equilíbrio dinâmico do sistema (PRIGOGINE, 2009; SILVA, 2013; SIQUEIRA et al, 2018).

Conexões: Esse princípio ecossistêmico elucidada as interconexões recíprocas que os elementos de um sistema mantêm entre si. Esse comportamento assumido dentro do sistema permite a contemplação da característica de rede que o sistema assume e proporciona entre seus elementos a reciprocidade de informações, cooperação, compartilhamento (SIQUEIRA, 2001; SIQUEIRA et al, 2019).

Ressalta-se que a figura 05 expõe alguns princípios do PE, inerentes a qualquer sistema vivo, entretanto, para que esses aconteçam e mantenham a vida dos sistemas, é preciso compreender que um sistema além dos princípios e características, é formado por elementos bióticos e abióticos, interligados, interdependentes, que se influenciam mutuamente, formando um todo que, no presente caso, são as instituições hospitalares selecionadas para este estudo.

2.3 A Instituição hospitalar: conceito e breve histórico através do tempo

A instituição hospitalar passou por diversas transformações desde seu surgimento até firmar-se como espaço de cura. Conforme Foucault (2014), antes do século XVIII, essas instituições eram destinadas a acolher pobres e segregar aqueles que de alguma forma representavam uma ameaça à saúde das outras pessoas e ao contexto social como um todo. O assistencialismo era referente aos últimos cuidados aos desvalidos que estavam à beira da morte. A partir do final do século XVIII os hospitais passaram por transformações, principalmente, no que se refere a reorganização da estrutura, pois precisavam compensar os investimentos de doadores civis e deixar de ser apenas locais reservados para morrer.

Simultaneamente à reorganização hospitalar aconteceu, também, a formação da moderna medicina hospitalar e, assim, o hospital começa a ser espaço de **cura e morte**. Entretanto, a hegemonia e o comando dos hospitais se concentram, nessa época, nas mãos de médicos e/ou empresários, cujo foco deixa de ser a cura de pacientes e passa a visar

empreendimento lucrativo e não como finalidade principal a assistência e cura do paciente (LAPREGA, 2015).

As Santas Casas brasileiras foram criadas com base na Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, fundada pela rainha de Portugal Leonor em 1498, com finalidades de salvação espiritual, casas de passagens para peregrinos, alimentar os famintos e curar os enfermos. A primeira Santa Casa de Misericórdia surgiu no Brasil ainda no período colonial, em Santos em 1543, sendo a primeira instituição hospitalar no país, destinada a atender aos enfermos dos navios dos portos e moradores das cidades. Seguiram-se a da Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Olinda e São Paulo. As características destas instituições baseavam-se nos mesmos princípios das Santas Casas do Império, ou seja, considerados lugares para bem morrer (FRANCO, 2011). Assim, nesse período, não é possível destacar nenhuma prática como científica, porque esses saberes só emergiram no país a partir da vinda da Corte portuguesa e da criação das faculdades de Medicina e de Direito.

Os preceitos das Santas Casas eram baseados em obras espirituais e corporais, quais sejam: dar bons conselhos, perdoar aqueles que cometiam injúrias, castigar os que erravam, ensinar o que era simples, sofrer as injúrias com paciência, rezar pelos mortos e vivos, visitar os presos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, curar os enfermos, dar pouso aos peregrinos e enterrar os mortos. Os hospitais só se efetivaram como espaços de **cura**, propriamente ditos, a partir do século XIX (LAPREGA, 2015).

O período que corresponde ao final do século XIX e início do século XX é considerado uma época de grandes transformações, entre essas, destaca-se a expansão do capitalismo. O Brasil passava por transformações sociais e econômicas significativas como a transição de uma economia predominantemente agrária para um acelerado processo de industrialização e urbanização. A assistência hospitalar permanecia sendo realizada pelas Santas Casas, outras entidades filantrópicas e Casas de Saúde privadas (LAPREGA, 2015).

As demandas referentes à saúde no país, crescem como consequência do processo de urbanização e industrialização onde endemias dizimavam a população e prejudicavam diretamente a economia do país. Neste cenário se organizam setores públicos e privados destinados à saúde. Destaca-se a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais mudaram as regras da previdência no Brasil e ampliaram a cobertura de assistência médica, mas somente para uma parcela restrita da população, além da criação do Ministério de Educação e Saúde que marca um avanço da assistência hospitalar no país (LAPREGA, 2015; POLIGNANO, 2020).

Entre o período pós-guerra mundial e final dos anos 70 a maioria dos países europeus implanta serviços de saúde baseados no princípio de Bem-Estar Social que conduz a saúde para uma posição relevante no cenário social, reconhecendo a saúde como um direito de todos. Na prática, amplia-se a oferta de serviços no campo saúde, porém com base na ampliação de atendimento hospitalar. Nessa perspectiva, destaca-se, que essas mudanças também ocorreram no Brasil, onde se vislumbrou um aumento na construção de hospitais, associado ao processo de acúmulo de capital, refletido no aumento de tecnologias na área da saúde (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Os avanços da rede hospitalar estão diretamente ligados as melhorias da profissão de medicina, portanto, os serviços de saúde prestados nesses locais sofreram influências do tipo de formação destes profissionais. Nessa acepção, cabe destacar o modelo de formação que influenciou a medicina moderna, bem como o moderno pensamento científico que levou a fragmentação dos meios acadêmicos. Trata-se do método analítico reducionista, fragmentado, linear proposto por Descartes em 1619, que concebe a subdivisão de qualquer problema em níveis mínimos, acreditando que ao conhecer um fragmento se conhece o fenômeno. Esse pensamento também chamado de método cartesiano influenciou fortemente a ciência médica, resultando no chamado “modelo biomédico” e, conseqüentemente, as instituições hospitalares. (PEREIRA; SIQUEIRA, 2008).

A respeito do modelo biomédico, Koifman (2001, p. 54), argumenta:

O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo as leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina.

O corpo visto como uma máquina que necessita de reparos levou a uma abordagem técnica da saúde, pois para o cuidado dessas partes faz-se necessário o conhecimento de especialistas, induzindo a necessidade de fragmentação do conhecimento. Essa característica de pensamento foi legitimada com a publicação do Relatório Flexner em 1910, o qual, orientava a padronização e modificação dos currículos e estruturas para o ensino da medicina. Esse relatório foi na época, considerado um avanço para a profissão, entretanto ele reforçou as características mecanicistas, de especialização, biologicistas, com ênfase na medicina curativa (PEREIRA; SIQUEIRA, 2008; CAPRA; LUISI, 2014).

Nesse aspecto contata-se a predominância do modelo biomédico de assistência, presente nesses espaços, o qual fora influenciado pelo paradigma cartesiano que traz em sua essência o reducionismo da ciência. Assim, as práticas hospitalares, bem como o cuidado desenvolvido nesses espaços tem sua gênese na valorização da patologia, ou seja, na doença e desconsidera a multidimensionalidade do ser humano, o que é inconcebível ao PE, pois este busca analisar os elementos e as relações estabelecidas entre estes em determinado espaço/tempo, desta forma, a mudança paradigmática é indispensável para a contemplação de um cuidado que valorize o ser humano na sua totalidade, passível de produzir e promover saúde, recuperar a doença de forma irrestrita/totalizante (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018).

Nesse panorama, salienta-se o surgimento dos Hospitais Universitários (HUs) no Brasil. Data-se de 1928 o registro do primeiro Hospital Escola construído na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, o qual, recebeu o nome de “Hospital São Vicente de Paula. A partir disso, a metade do século XX foi cenário da construção de dezenas de hospitais-escolas por todo o Brasil. Entre os distintos contextos que levaram a criação dos HUs, destaca-se a contribuição das faculdades de medicina, pois o panorama da época exigia a demanda por espaços práticos de ensino o que motivou a fundação destas instituições, as quais, foram sendo criadas com grande influência do modelo biomédico de assistência (ARAÚJO; LETA, 2014).

Nesse arcabouço, tradicionalmente, a atenção à saúde prestada nos hospitais de ensino e nos hospitais escola concentra-se na cura de pacientes, com foco na doença. Assim, compreende-se a perspectiva histórica do modelo de atenção reproduzido nos ambientes hospitalares. Além da prática biologicista, agrega-se o conjunto de aparatos tecnológicos, burocratizações, formas de organização que caracterizam esses locais como espaço para tratamento e cura de doenças, em detrimento de ações promotoras de saúde (ARRUDA, 2016).

A respeito dos modelos de assistência à saúde, no documento que aborda a Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro, publicado pelo Ministério da saúde, tem-se:

O modelo tecnoassistencial hegemônico, chamado Médico Hegemônico, de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica é capaz de encarecer, extraordinariamente, os custos da assistência à saúde, desenvolve-se a partir de recursos disponibilizados à assistência centrada no conhecimento especializado, nos equipamentos, máquinas e fármacos, seguindo a trilha do grande desenvolvimento tecnológico nessas áreas (BRASIL, 2004, p.23).

Observa-se, conforme trecho transcrito, que o modelo hospitalocêntrico, além de fortemente presente nas instituições hospitalares, influenciou todo o contexto de atenção à saúde brasileira, o qual, não contempla as demandas de atenção à saúde da população. Desta maneira, a Constituição de 1988 provocou, no Brasil, significativas reformulações políticas, econômicas, sociais. Entre essas, a definição do Sistema Único de Saúde (SUS), que mesmo com princípios norteadores para o desenvolvimento de uma atenção à saúde integral, igualitária e universal, não deixou ter, na prática, a reprodução do modelo mecanicista, hegemônico e hospitalocêntrico de assistência à saúde (BRASIL, 2004).

Data-se do final do século XX, mais precisamente em 1978, a partir da primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde que ocorreu na cidade de Alma-Ata-Cazaquistão, com a publicação da Declaração de Alma Ata, importantes transformações que repercutiram na assistência à saúde. A partir deste marco a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos, além de conferir o direito e dever individual e coletivo às populações na participação no planejamento e execução dos cuidados em saúde (WHO, 1978).

No final da década de 80, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco histórico na política de saúde brasileira, levou a legitimação da Reforma Sanitária, onde, o conceito de saúde foi ampliado e cuja fundamentação foi incorporada ao SUS instituído na Constituição Federal de 1988, regulamentado por meio da lei orgânica da saúde 8080/90, no ano de 1990 (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988).

Nesse seguimento, o Brasil, criou diversos programas, políticas e estratégias, no âmbito do SUS na tentativa de solucionar as dificuldades do modelo de assistência biologicista. Destaca-se como marco destas mudanças o Programa Saúde da Família (1994) que, posteriormente, passou a ser denominado “Estratégia Saúde da Família” (ESF), o qual, passa a ser a principal resposta governamental à crítica do modelo assistencial, pois transfere a atenção da saúde para uma perspectiva de prevenção e não mais curativista, assim passa assumir caráter prioritário na tentativa de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Nessa mesma década, intensifica-se o debate a respeito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais, buscam superar o modelo burocrático, hegemônico, hierárquico da saúde. Assim, as RAS são definidas como compostos organizados de ações e serviços de saúde que de forma articulada buscam garantir a integralidade do cuidado. A portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização das RAS, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Entretanto, para a efetivação desta proposta é necessário primeiramente a quebra do paradigma conceitual que embasa a prática reducionista e o fazer fragmentado das ações de saúde. Nesse sentido, as RAS propõem diferentes níveis de atenção à saúde, o que,

favorece o atendimento dos usuários conforme o nível de complexidade de sua saúde, podendo o usuário do sistema de saúde ser recebido nos níveis de atenção, quais sejam: primário, secundário ou terciário (MENDES, 2011).

A atenção primária é conhecida como a “porta de entrada do sistema”, ou seja, compreende as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/(ESF) que realizam o acolhimento e prestam os serviços com menor grau de complexidade para o usuário. No nível secundário, tem-se como exemplo, serviços que demandam o cuidado a nível ambulatorial e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, contemplando cuidados mais específicos e caracteriza-se com um serviço de complexidade intermediária entre as UBS, ESF e a rede hospitalar. Já no nível terciário é exigido uma maior densidade tecnológica, ou seja, é um atendimento realizado a nível hospitalar. Neste sentido, a atenção hospitalar insere-se a nível terciário de atenção, onde se preconiza uma efetiva comunicação de fluxos contra fluxos entre os níveis de atenção na perspectiva de promover uma saúde mais integral, igualitária e resolutiva para a população (MENDES, 2011; BRASIL, 2013c).

A instauração de um modelo diferente de reorganização da saúde não foi capaz de superar as demandas do SUS, pois os diferentes níveis de atenção, em sua maioria, permanecem com as características de fragmentação e reducionismo do cuidado em saúde, assistência com falhas na continuidade do cuidado entre outros entraves que vão de encontro aos objetivos das RAS e princípios norteadores do SUS. No que tange a atenção hospitalar, o decreto 7.082 de 27 de janeiro de 2010, foi criado para instituir o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). O 2º artigo deste decreto esclarece o objetivo da REHUF, “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde” (Brasília (DF), 2010) (BRASIL, 2010).

Nesse segmento, em 2011, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Atualmente 40 Hospitais Universitários Federais (HUFs), são administrados por essa empresa e exercem a função de centros de referência de média e alta complexidade para o SUS. Essa empresa de caráter público é vinculada ao Ministério da Educação e cultura (MEC) e tem por finalidade:

a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao

ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 27 da constituição federal, a autonomia universitária (BRASIL, 2011b).

Outro marco, de suma importância na atenção hospitalar, refere-se a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída em dezembro de 2013 por meio da portaria 3.390 (BRASIL, 2013d). A PNHOPS, procura superar o modelo histórico de atenção hospitalar, baseado no modelo médico hegemônico, voltado para a atenção aos quadros agudos, centrado em procedimentos, caracterizados por uma assistência desarticulada com os outros níveis de atenção. Dessa forma, seu objetivo geral visa estabelecer diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar tendo em vista qualificação no processo de trabalho e assim proporcionar o cuidado integral, com participação social, resolutividade, atuação em rede e transparência (BRASIL, 2013d).

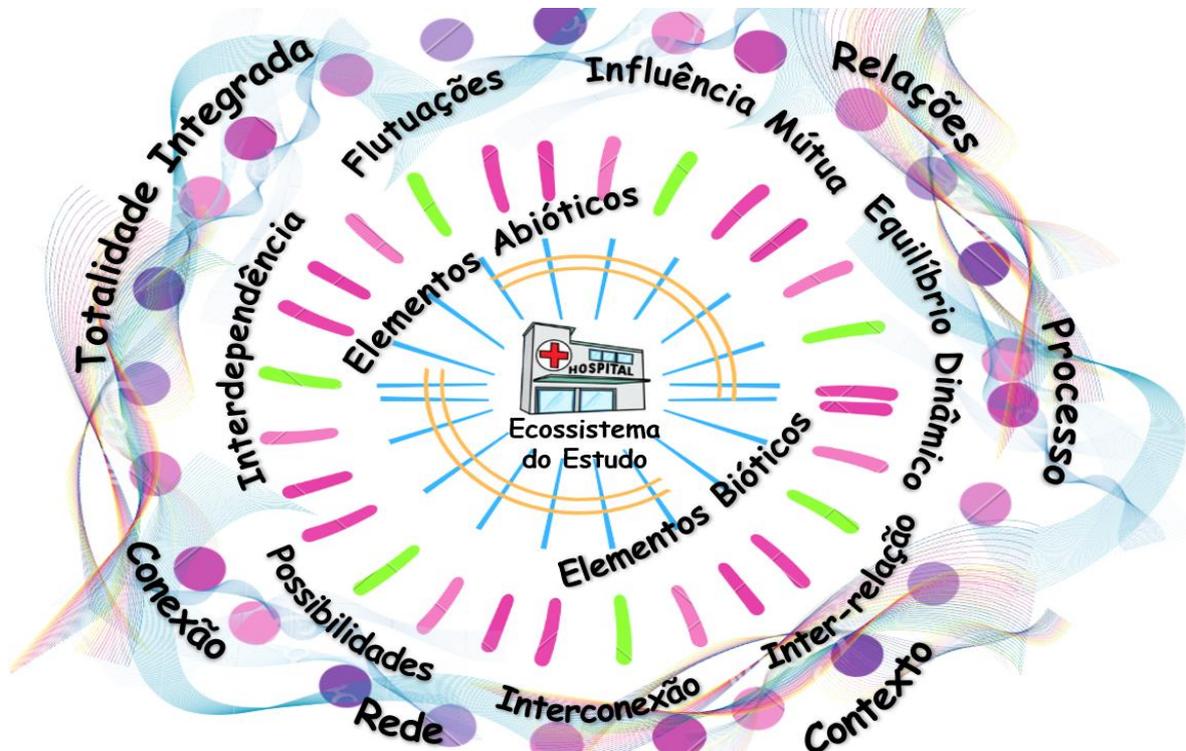
2.3.1 O Hospital na perspectiva Ecológica

Após delineadas algumas características e princípios do PE, apresenta-se a aplicação deste referencial teórico-filosófico no desenvolver da presente pesquisa. A figura 07 representa o ecossistema hospitalar, seus elementos, características e princípios que norteiam a dinâmica que se estabelece neste espaço no desenvolver da Educação em Saúde para família/usuário acometido por AVC, durante o período de internação hospitalar, com base em Prigogine (2009) e Capra; Luisi (2014).

A figura seis representa o ecossistema hospitalar com os elementos constituintes, princípios e características que direcionam o comportamento deste ecossistema em determinado tempo/espaço. No centro da figura está o hospital, o que não significa ser o elemento mais importante e sim a representação do espaço onde o fenômeno da pesquisa foi analisado. Os principais elementos bióticos considerados neste estudo: o usuário portador de AVC e sua família, as equipes multiprofissionais, formada pelos diferentes trabalhadores das equipes que atuam nesse ambiente hospitalar. No presente trabalho se destaca, os usuários, familiares, cuidadores; a equipe de enfermagem constituída de enfermeiros (as) generalistas e/ou especialistas, a desenvolver diversas ações: assistenciais, gerenciais, investigativas e educativas; médicos generalistas e/ou especialistas, equipe de nutrição, equipe de fisioterapia, equipe de terapia ocupacional, equipe de fonoaudiólogos, assistentes sociais, equipe de farmácia, educadores físicos, equipe de higienização, equipe administrativa, profissionais de setores específicos como do banco de sangue, dos exames de imagens, profissionais que

atuam na logística, entre outros (SIQUEIRA et al, 2018; PAULA et al, 2020a; PAULA et. al., 2020b).

Figura 06 – Ecosistema hospitalar em estudo



Fonte: Com base em Prigogine (2009; Capra; Luisi 2014) elaborado pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021).

Entre os elementos abióticos ou também chamados de físicos, do ecossistema hospitalar encontra-se o arcabouço arquitetônico que forma o hospital, mobiliários, além dos equipamentos tecnológicos e insumos que são utilizados ou direcionam o cuidado. Além desses elementos abióticos, são necessários para prestar o cuidado ao usuário, os protocolos instituídos, conhecimentos, concepções teóricas e filosóficas que direcionam o fazer laboral do enfermeiro nesse espaço em estudo. É nesse ecossistema que todos os elementos bióticos e abióticos formam uma totalidade integrada, se **interconectam**, se **inter-relacionam**, **influenciam-se mutuamente** e formam a dinâmica de todo o ecossistema hospitalar (CAPRA; LUISI, 2014; MEDEIROS et al, 2016; SIQUIERA et al, 2018; PAULA et al, 2020a; RANGEL et al, 2020).

Ao considerar o **contexto** dos sistemas abertos, compreende-se a característica de **totalidade integrada** que compõem esses sistemas assim concebe-se que ao analisar o processo educativo realizado pelo enfermeiro no âmbito hospitalar ela deve levar em consideração tanto os elementos bióticos (vivos) e abióticos (não vivos) que formam esse

ecossistema e as relações e as conexões que estes mantêm entre si, que ora podem facilitar o processo educativo, ora podem dificultá-lo, uma vez que a característica das **instabilidades flutuações e bifurcações** fazem parte dos sistemas vivos e conduzem sua dinâmica (CAPRA; LUISI, 2014, SIQUEIRA et al, 2018, PAULA et al, 2020b).

De forma análoga é compreensível pensar o processo educativo do enfermeiro no ecossistema hospitalar ao entender que ele acontece por um **processo** definido entre as **relações** dos elementos abióticos, com base nas concepções teóricas e metodológicas utilizadas pelo enfermeiro e os elementos bióticos como o usuário, familiares, cuidador, considerando, também sua forma de apreensão do conhecimento a ele provido para o cuidado à domicílio. Portanto, nesse ínterim, é preciso empreender o processo de educação em saúde para o cuidado no domicílio, ao usuário com AVC e família, o ambiente para o qual será inserido. Neste sentido, é necessário avaliar as condições do deste ambiente, verificar as possibilidades de um cuidador assumir o cuidado, porque o portador de AVC, geralmente, apresenta sequelas que o tornam total ou parcialmente dependente (SIQUEIRA et al, 2018; MARTINS et al, 2019, PAULA et al, 2020a).

A partir dessas características relacionais entre os elementos do ecossistema, observam-se os princípios das **conexões de interdependência e influência mútua** que se estabelecem entre esses elementos ao se relacionarem influencia-se de maneira recíproca. O usuário, a família, e o próprio enfermeiro, que os assiste, carece ser visto na sua multidimensionalidade, ou seja, na sua totalidade, considerando as dimensões: biopsicossocial e espiritual que os formam e que de forma recíproca influenciam-se mutuamente nesse espaço hospitalar durante o tempo da internação (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2019; RANGEL et al, 2020).

Analogamente pode-se dizer que neste cenário a patologia AVC é vista como o rompimento do equilíbrio dinâmico do sistema, a qual, leva o usuário e família a inserir-se no ecossistema hospitalar. As flutuações que acontecem entre os elementos desse sistema são representadas pelas interações dinâmicas dos elementos que formam a totalidade/unidade hospitalar e as ações do processo educativo do enfermeiro, ou seja, a partir de suas concepções teóricas e da forma da condução metodológica desencadeada para desenvolver o processo educativo ao usuário, familiares e cuidador. A partir desse processo criam-se caminhos/**possibilidades**, originando novos sistemas e condicionando uma nova ordem de adaptação à nova ocorrência estabelecida pelo AVC (PRIGOGINE, 2009; ZAMBERLAN, 2013; MEDEIROS et al, 2016).

Pode-se dizer que as consequências das sequelas do AVC, alteram-se por meio das flutuações do sistema, o qual, usuário e família estão inseridos e juntamente com as características das relações estabelecidas entre os elementos, influenciam nas atitudes, comportamentos e enfrentamento das mudanças ocasionadas pela doença., A educação em saúde, as concepções teóricas e metodológicas do enfermeiro desenvolvidas ao usuário portador de AVC possibilitam ser um facilitador no processo de adaptação às sequelas ocorridas pela instauração dessa patologia.

Nesse segmento, pode-se observar o comportamento em **rede**, característica do PE, a qual, é formada por nodos, representados pelos elementos do sistema que se relacionam entre si e todos possuem importância na dinâmica do sistema. Os nodos/nós que formam essa rede/teia relacional são possíveis por meio das bifurcações/caminhos/possibilidades que geram novas redes, sistemas dentro de outros sistemas (CAPRA; LUSI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; SIQUEIRA et al, 2019; RANGEL et al, 2020).

Ao considerar os usuários/família como elementos desta rede, percebe-se que a partir destes, outras redes de relações se formam, uma vez que estes possuem relações entre outros elementos bióticos e abióticos que extrapolam os limites do ecossistema hospitalar. Assim, ao conduzir o processo educativo no âmbito hospitalar, o enfermeiro deve considerar entre outros elementos, as condições socioeconômicas, de infraestrutura, de acesso aos serviços de saúde, o contexto do usuário/família a quem está sendo dispensado a educação em saúde.

Todas essas características e princípios é o que mantém as relações dos sistemas com o espaço com entradas de informações e energias, que o classifica como sistema aberto. O princípio de **equilíbrio dinâmico** só é possível devido à flexibilidade que se estabelece nas relações entre seus elementos. Assim, nesta pesquisa, o AVC é a representação da ruptura do equilíbrio dinâmico do sistema e a necessidade de adaptação de usuários e familiares a partir das mudanças que a patologia pode acarretar, as quais, podem ser amenizadas pelo processo educativo em saúde desenvolvido pelo enfermeiro na internação hospitalar, na diligência de estabelecer um novo estado de equilíbrio dinâmico (BERTALANFFY, 2014; ZAMBERLAN et al., 2018; SIQUEIRA et al, 2019).

A partir dessa elucidação, reconhece-se o hospital como o **ecossistema** deste estudo, bem como seus elementos e características, visto que, é neste cenário que se propõe investigar as concepções teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico. Assim, foi investigado como se dá o processo educativo dispensado pelo

enfermeiro (a), no espaço hospitalar, para o familiar e usuário acometido por AVC, durante o período (**tempo**) de internação hospitalar.

2.4 Principais concepções Teóricas e Metodológicas da Educação

A Educação em Saúde é um campo de conhecimento teórico e prático do setor saúde. Na enfermagem, essa temática se faz presente no cotidiano laboral do enfermeiro, pois faz parte das ações que norteiam seu exercício profissional. A complexidade de compreensão e execução desta ação reside nas diferentes dimensões que fazem parte da Educação em Saúde, quais sejam: social, cultural, religiosa, filosófica, política, além de abarcar o processo saúde-doença.

Nesta linha de pensamento, concebe-se a necessidade de discorrer a respeito das concepções de Educação, das quais, a Educação em saúde é inerente. Desta maneira, o subcapítulo que segue aborda, a partir, de autores, as principais concepções teóricas e metodológicas de Educação com a finalidade de compreender a Educação em Saúde desenvolvida pelos participantes da pesquisa, bem como, dar suporte teórico para este estudo.

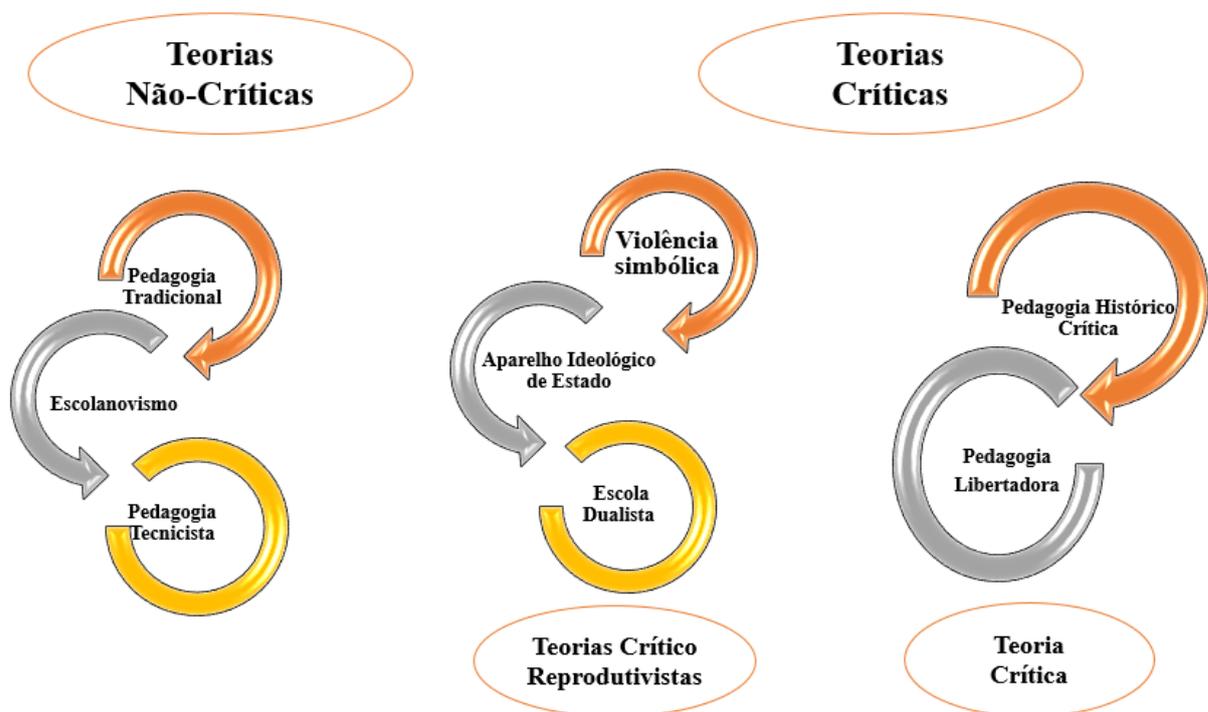
No Brasil, as Teorias da Educação são discutidas, estudadas, interpretadas por diferentes estudiosos desta área do conhecimento. Entre estes, destaca-se o filósofo, educador, pesquisador e escritor Demerval Saviani, nascido em (1943), atualmente atua como professor titular colaborador pleno do Programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Suas obras apresentam valorosa contribuição no campo da educação, com possibilidade de aplicação na Educação em Saúde. Desta maneira, a partir da classificação das Teorias de Educação e correntes pedagógicas adotadas pelo autor, se dá o conjunto de ideias que sustentará esse subcapítulo.

Em relação às concepções de Educação, Saviani (2018, p.15), reitera, com base na questão da marginalidade que as teorias educacionais podem ser classificadas em dois grupos, **Teorias não-críticas** onde o conceito de educação é definido como: “a educação é um instrumento de equalização social, portanto de superação da marginalidade”. E o grupo que engloba as **Teorias Críticas** da educação que conceitua a mesma, como “um instrumento de discriminação social, logo, um fator de marginalização”. Já para Paulo Freire, o conceito de Educação é definido como: “A educação é sempre uma certa teoria do conhecimento posta em prática [...]” (FREIRE, 2003, p.40). Percebe-se que existe heterogeneidade nos conceitos, e

que o mesmo possui inter-relações com as Teorias Educacionais e por esse motivo não pode ser considerado numa perspectiva singular.

O esquema a seguir, sintetiza a classificação das Teorias Educacionais e suas respectivas correntes pedagógicas, a partir do fenômeno da marginalidade, adotada por Saviani:

Figura 07 Classificação das Teorias Educacionais e suas respectivas correntes pedagógicas adotadas por Saviani (2018):



Fonte: Com base em Saviani (2018) organizado pelos pesquisadores Paula e Siquira, 2021.

2.4.1 Teorias Não-Críticas

A classificação das Teorias de Educação deriva da compreensão da marginalidade em relação ao fenômeno escolarização. Para o autor, as Teorias elucidam a marginalidade a partir do entendimento da relações entre sociedade e educação. As chamadas Teorias não-críticas, defendem que a marginalidade é um desvio de uma sociedade harmoniosa que pode e deve ser superada, uma vez que, a educação é vista como uma ferramenta de equalização social capaz de corrigir distorções, a partir da força homogeneizadora que representa. A educação é capaz de construir uma sociedade igualitária, tamanha sua autonomia em face da sociedade (SAVIANI, 2018).

2.4.1.1 *Pedagogia Tradicional e suas influências na educação em saúde sob a perspectiva ecossistêmica*

O Brasil, no início do século XIX, foi palco de significativas transformações em diferentes âmbitos, inclusive o social. Exemplo disso, a consolidação da burguesia no poder. Com o intuito de implantar uma sociedade democrática e fortalecer a democracia burguesa, nascem os chamados Sistemas Nacionais de Ensino baseados na premissa que a educação é direito de todos e dever do Estado. Nesse panorama, a intenção era transformar súditos em cidadãos livres e esclarecidos, através do ensino. Neste cenário a causa da marginalidade é a ignorância e a salvação é a escola que surge na intenção de equacionar o problema da marginalidade, pela **transmissão** de conhecimentos (SAVIANI, 2018).

Esta forma de organização da escola é denominada por Saviani (2018), como escola tradicional, bem como sua teoria pedagógica que recebe o nome de **Pedagogia Tradicional**. Nesta mesma linha de pensamento, Libâneo (2009), denomina este tipo de concepção pedagógica como Tendência Liberal Tradicional, o qual, refere que o papel da escola é preparar intelectual e moralmente os alunos para assumirem suas posições na sociedade.

O ensino tradicional, segundo Saviani (2018), é bastante conhecido, pois todos já passaram por ele ou ainda estão passando. O método utilizado nesta concepção de educação, é denominado **método expositivo**, onde o conhecimento a ser passado aos alunos são consideradas verdades absolutas pré-estabelecidas pela sociedade e ordenadas na legislação. (LIBÂNEO, 2009; SAVIANI, 2018). Este **método de exposição dos conteúdos** foi apresentado por Herbart (1776-1841), filósofo alemão fundador da pedagogia como disciplina e descrito por Saviani (2018, p. 54-56), conforme o esquema a seguir:

Figura 8: Esquema representativo do método Herbartiano.



Fonte: Referencial com base em Saviani, organizado pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021).

Na primeira etapa deste método, o aluno é **preparado** pelo professor e para isso utiliza-se da recordação daquilo que já é conhecido, do que foi trabalhado/ensinado anteriormente. No segundo passo desse método um novo conhecimento é **apresentado** e a ele (aluno) compete a missão de assimilar o conteúdo, ou seja, cumprir o terceiro passo do método baseado em **assimilar/comparar** o novo com o que já foi aprendido. A próxima etapa deste reside na **generalização**, considera-se que o aluno é capaz de identificar todos os fenômenos do novo conhecimento, uma vez que já foram assimilados na etapa anterior e por fim pode seguir para a última que corresponde a **aplicação**, em que, o aluno deverá realizar o “dever de casa”, na prática, por meio de exercícios é possível o professor identificar se o aluno assimilou o conteúdo, pois se ele aplicou de forma correta os conhecimentos ensinados significa que ele acertou os exercícios, que são corrigidos pelo professor na próxima aula quando é recapitulada a lição anterior e dá-se início a uma nova lição (SAVIANI, 2018).

Cabe destacar que a origem deste método, também chamado de **indutivo**, tem sua gênese no Empirismo de Bacon (1561-1626) que por sua vez, abriu caminho para Positivismo, onde a ideia central destas correntes filosóficas, é a fragmentação, decomposição do todo em partes menores para a compreensão dos fenômenos da natureza (GRUBBA, 2012). Ressalta-se que essa corrente filosófica obteve diversos avanços na ciência como um todo, entretanto, tornou-se impreciso, principalmente, no campo dos fenômenos sociais. Porém, este método indutivo de ensino oriundo de uma corrente filosófica que nega as relações e as subjetividades do processo educativo permanece ainda, fortemente presente nos espaços de ensino da atualidade (SAVIANI, 2018).

A educação, não passou ilesa ao influxo do modelo cartesiano, hegemônico, determinístico que, a partir, da sua idealização predominou nas diferentes áreas das ciências, fato perceptível na descrição da corrente pedagógica tradicional, ademais pelo método de ensino aplicado, o qual, tem suas premissas nas ideias de Bacon, filósofo de destaque da chamada Revolução Científica de bases mecanicistas (CAPRA; LUISI, 2014).

Nesse aspecto, Saviani (2018), ao ponderar a prevalência desta corrente pedagógica nas formações atuais, percebe-se sua influência em grande parte das práticas educativas em saúde. Corroborando, estudo de reflexão, aponta a vertente histórica da primazia da educação tradicional na saúde, fortemente presente nas práticas da chamada Educação Sanitária, a qual, teve sua ascensão na década de 20. Com um discurso normativo de caráter autoritário e uma abordagem culpabilizante, utilizava métodos persuasivos que fomentavam a discriminação social, pois as doenças eram associadas a pobreza, preguiça e marginalidade. Ademais, o indivíduo era considerado como principal fator causal das doenças (DONATO, 2009).

Denota-se as consequências do paradigma cartesiano na educação em saúde. O método normativo, não possibilita a contemplação de outras análises causais do processo saúde doença, além do indivíduo e seu comportamento ser o foco principal das alterações orgânicas. Essas premissas vão de encontro com o PE, pois ao negar as dimensões do ser humano, bem como os elementos que fazem parte do ecossistema onde esse vive e se desenvolve, torna-se inconcebível desenvolver práticas educativas capazes de transformar atitudes e comportamentos. Conforme o PE, é necessário a compreensão das flutuações, instabilidades e desordens do ecossistema para que se possa ter clareza das bifurcações e a partir dessas, realizar escolhas conscientes para o restabelecimento do equilíbrio dinâmico do sistema (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018).

Nesta concepção da corrente pedagógica de educação tradicional o professor é o centro do ensino. São privilegiados os **métodos** didáticos expositivos e demonstrativos, onde o docente detém os conhecimentos e verdades absolutas e sua função é transmitir o conhecimento, explicar, ditar, dar exercícios, tomar decisões e controlar o processo. Já os alunos possuem um caráter passivo neste processo, onde suas atribuições são ouvir, anotar, responder, repetir, memorizar, decorar, perpetuando dentro do espaço de ensino uma comunicação linear entre esses atores e a inexistência de relações entre os alunos (LIBÂNEO, 2009; REGO, 2018; SAVIANI, 2018).

Esta Tendência pedagógica é denominada por Freire (2011b) como **educação bancária**, concretizada como assistencialismo educativo, onde não é considerada a criatividade do aluno, tampouco o diálogo comunicativo, pois os alunos são passivos, acríticos, ingênuos considerados “tábuas rasas”, impedindo o desenvolvimento ativo e a coparticipação do aluno no processo de aprendizagem.

Analogamente, pode-se considerar, a partir dessa tendência pedagógica, o enfermeiro como o detentor absoluto das verdades e conhecimentos em saúde, onde esse profissional assume uma postura hierárquica e autoritária em relação aos educandos, no caso, os usuários e família, os quais, destinam-se a receber passivamente as condutas prescritivas de educação em saúde. Nesse contexto não são consideradas as vivências, conhecimentos, ambiente e relações dos usuários/família. Conforme o PE, nessa abordagem metodológica de educação em saúde não é possível uma contemplação das reais necessidades dos usuários/família, pois estes não são contemplados na sua totalidade levando a fragmentação do aprendizado e consequentemente dos cuidados para a melhoria, recuperação e promoção da saúde (SIQUEIRA et al, 2018; ZAMBERLAN et al, 2018; PAULA et al, 2020a).

Essa organização do método tradicional é favorecida pela estruturação do espaço de ensino, onde as cadeiras e mesas são dispostas em filas e colunas voltadas ao quadro ou projetor, a fim de manter a atenção dos alunos no professor, em detrimento da relação, interação aluno-aluno, o desenvolvimento de coletividade, de competências sociais, entre outras habilidades importantes no processo de aprendizagem (TEIXEIRA, 2012).

Ao analisar essa tendência pedagógica no prisma do PE, é possível comparar as salas de aula ao ecossistema dessa pesquisa, no caso, o ambiente hospitalar, onde a hegemonia do modelo biomédico prevalece e legitima a educação em saúde fragmentada, além do espaço físico, na maioria das vezes, não proporcionam ambientes de interações adequadas para o desenvolvimento do processo educativo (SIQUEIRA et al, 2019).

Nesse aspecto, pesquisa realizada no extremo sul do Brasil com cuidadores de usuário portadores de DCNTs, apontou a precariedade na infraestrutura física e de recursos nos hospitais, os quais influenciam no desenvolvimento da educação em saúde e atenua o vínculo entre profissionais e usuários (PAULA et. al., 2020a). Ecosistemicamente, entende-se que a ausência da interdependência e interação dos elementos do ecossistema hospitalar interfere na dinâmica das ações realizadas neste espaço, bem como, a infraestrutura inadequada, teorias e métodos de um processo educativo reducionista, podem levar às experiências desastrosas de educação em saúde.

2.4.1.2 Escola Nova: estrutura e métodos de ensino

A hegemonia da pedagogia tradicional se rompe no final do século XIX devido aos desapontamentos, críticas e insatisfações desta concepção de educação, recebendo espaço neste cenário outra teoria de educação, denominada Escola Nova. Da mesma maneira que a pedagogia tradicional, esta mantinha a crença no poder da escola em relação à correção da marginalidade, ou seja, sua capacidade de equalização social. Diferentemente da sua antecessora, a pedagogia nova não vislumbra o marginalizado como o ignorante, mas sim como o rejeitado, considerado por alguns representantes dessa corrente, como os anormais, desajustados, e, nesse contexto, a nova tendência pedagógica tem o papel de os ajustar e adaptar a sociedade (SAVIANI, 2018).

Sobre os processos pedagógicos desta nova concepção de educação, Saviani (2018, p. 20), argumenta:

[...] Compreende-se então que essa maneira de entender a educação, por referência à pedagogia tradicional tenha deslocado o eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não-diretividade; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e psicologia.

Nessa contextualização, a Escola Nova, apresenta-se não só como a salvação dos excluídos, mas também como antagonista às concepções da escola tradicional, a perceber pelas críticas a ela direcionadas. No Brasil a Escola Nova, ganha destaque a partir da década de 30, onde esse mesmo período, é considerado o marco da ascensão escolanovista. Destaca-se neste período o chamado “entusiasmo pela educação”, pois se concebia a escola como instrumento de participação das massas no processo político, uma vez que a década anterior foi marcada por movimentos populares que buscavam maior participação social. Porém os interesses entre burguesia e proletariado, com acesso a instrução, começam a divergir e a escola nova aprimora o ensino destinado as elites e rebaixa o nível de ensino para as camadas populares (SAVIANI, 2018).

As **técnicas** de ensino utilizadas neste modelo pedagógico compreendiam formar grupos de alunos conforme áreas de interesse comum, a aprendizagem era de iniciativa dos próprios alunos estimulados pelo ambiente, pela relação com o professor que nessa perspectiva passa a ser um orientador e estimulador da aprendizagem (SAVIANI, 2018).

No que se refere à estrutura da Escola Nova, estas eram idealizadas como lugares multicoloridos, bem equipados, alegres, movimentados, além de contar com métodos sofisticados e maior jornada de estudo. Estas características implicavam em altos custos para sua implementação, desta forma, esse modelo se organizou como escolas experimentais, direcionadas a pequenos grupos de elite, ou seja, a sofisticação do ensino proposta pela escola nova não englobou o panorama dos sistemas escolares oficiais (SAVIANI, 2018).

A Pedagogia Nova legitimou as diferenças ao invés de superar a marginalidade, tal como se propôs, pois, para as classes populares manteve-se o ensino baseado na transmissão de conteúdos e com um agravante, o rebaixamento do ensino. Em suma a Escola Nova aprimorou o conhecimento para as elites e agravou o ensino para as classes populares (SAVIANI, 2018).

A abordagem teórica da Escola Nova, surge com o propósito de reparar as “injustiças” de sua antecessora. Pode-se inferir que os objetivos desta pedagogia eram bem intencionados. Quando analisado na perspectiva da educação em saúde, sua dinâmica é convenientemente

melhor, pois o enfermeiro seria um facilitador do processo educativo, enquanto o usuário/família ganhariam mais participação nos processos decisórios do processo saúde-doença. Entretanto, essa teoria educativa não cumpriu com seu objetivo, pois fortaleceu a segregação social (DONATO, 2009; SAVIANI, 2018).

Sob o enfoque ecossistêmico, pode-se dizer que comparada à pedagogia tradicional, o escolanovismo apresentou alguns **avanços teóricos metodológicos**, pois nessa abordagem o centro da aprendizagem passa a ser o aluno e o professor é visto como um facilitador, além de abordar outras dimensões/elementos do processo ensino-aprendizagem. O PE, afirma que o conhecer é um todo integrado, onde não há descontinuidade entre o social, humano e suas bases biológicas, assim dizendo, o aprendizado deve ser um todo integrado (MATURANA; VARELA, 2011).

2.4.1.3 Pedagogia Tecnicista e abordagens na educação em saúde, com enfoque no Pensamento Ecossistêmico

A pedagogia **tecnicista** surge no final da metade do século XX. Nesta concepção, prioriza-se o reordenamento do processo educativo, a fim de objetivá-lo e operacionalizá-lo. Com inspiração na filosofia neopositivista esta abordagem pedagógica apresenta sustentação teórica no Behaviorismo, seguindo os princípios da produtividade, eficiência e racionalidade, trazendo como enfoque pedagógico o aprender a fazer. Libâneo (2009), chama essa concepção pedagógica de tendência liberal tecnicista, na qual a sociedade industrial e tecnológica tem o papel de designar intentos políticos, sociais e econômicos e a função da educação neste contexto é preparar recursos humanos para cumprir esses intentos.

Pedagógicamente, esta concepção valoriza as técnicas em detrimento dos conteúdos. Neste panorama, professor e aluno são secundários ao processo de aprendizagem, ou seja, ambos são executores do processo, determinado por supostos especialistas. Assim, a educação é vista como habilidoso instrumento de qualificação da mão de obra para o aumento da produção e desenvolvimento econômico. Além disso, esta corrente pedagógica procurou racionalizar a educação e reduzir ingerências subjetivas que ameaçasse a eficiência da produção e para isso se utilizou da mecanização do processo e especialização de funções (LIBÂNEO, 2009; SAVIANI, 2018).

Neste contexto, as atribuições dessa escola são percebidas pela pedagogia tecnicista, conforme nos elucidada Libâneo (2009, p. 16):

A escola atua, assim, no aperfeiçoamento da ordem social vigente (o sistema capitalista), articulando-se diretamente com o sistema produtivo; para tanto, emprega a ciência da mudança de comportamento, ou seja, a tecnologia comportamental. Seu interesse imediato é o de produzir indivíduos “competentes” para o mercado de trabalho, transmitindo, eficientemente, informações precisas, objetivas e rápidas.

Observa-se que na concepção tecnicista, as escolas, assim como o **método** pedagógico passou por uma progressiva burocratização marcada por fragmentação do processo pedagógico, ou seja, cada agente envolvido, deveria seguir minuciosamente suas tarefas determinadas por instruções prescritivas. E no que se refere à questão da marginalidade “[..] só tendeu a se agravar: o conteúdo do ensino tornou-se ainda mais rarefeito e a relativa ampliação das vagas tornou-se irrelevante em face aos altos índices de evasão e repetência” (SAVIANI, 2018 p. 26).

Ao correlacionar esta teoria pedagógica com a educação em saúde, pode-se afirmar que, juntamente com a pedagogia tradicional, foram, e talvez ainda sejam, as teorias de predominância nos processos educativos em saúde (DONATO, 2009; LIBÂNEO, 2009). Essa abordagem nos remete não só ao enfermeiro como educador, mas também como executor, tanto que, a fragmentação da assistência em saúde se refletiu nas superespecializações nos cenários de cuidado, mecanização da assistência em saúde, uma vez que, a humanização nas relações entre profissionais, usuários, ambiente se tornou algo escasso e ocasional (DONATO, 2009; BRASIL, 2013b).

Para tanto, no Brasil, fez-se necessário a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual, tem entre seus objetivos, redirecionar o foco do trabalho da mecanização para uma atenção voltada para a integralidade dos usuários, na intenção de resgatar a autonomia dos profissionais e usuários e romper o enfoque de tarefas dos profissionais e de passividade dos usuários/família, fatores acentuados pela influência da tendência pedagógica tecnicista (BRASIL, 2013a).

No setor saúde, em especial, no ambiente hospitalar, o avanço das tecnologias aliado à tendência pedagógica tecnicista, fortaleceu o modelo biomédico de assistência. As práticas de saúde que já tinham foco no biológico, passaram a incrementar técnicas mais objetivas e operacionais para a cura das doenças, depreciando as subjetividades e o cuidado humanizado e integral (DONATO, 2009). A educação em saúde conseqüentemente desenvolvida nesses cenários segue os mesmos intuitos da assistência fragmentada, desconectada e insuficiente para contemplar a multidimensionalidade do ser humano (BARBOSA; MOTTA; RESCK, 2015).

Esta abordagem pedagógica, assim como a pedagogia tradicional, contrapõe-se aos princípios e características do PE. O cerne do cuidado direcionado a técnica não considera as subjetividades e a totalidade das relações entre os elementos do sistema. Os usuários apresentam autonomia e no ecossistema hospitalar interagem com todos os elementos do meio, o que, possibilita conhecer no viver e viver no conhecimento, onde o conhecimento se configura como uma possibilidade na construção de ações, comportamentos, atitudes, assim, a necessidade do processo educativo considerar as interconexões dos elementos do sistema hospitalar e garantir uma educação em saúde com bases sistêmicas (MATURANA; VARELA, 2011).

2.4.2 Teorias Críticas

Seguindo a classificação das Teorias de Educação, adotada por Saviani (2018), as Teorias Críticas concebem que a educação é um instrumento de marginalização, no âmbito que ela é uma causa da discriminação social. Essa corrente defende que a sociedade é estruturada por classes antagônicas que se relacionam pela força em consequência da produção da vida material, onde a marginalidade é um fenômeno da própria estrutura social.

2.4.2.1 Teorias Críticas: similaridades com o pensamento ecossistêmico e a educação em saúde.

As bases epistemológicas da Teoria Crítica se fundamentam em dois princípios da teoria social, o comportamento crítico e a orientação para a emancipação. Tem como principais representantes Theodor Adorno, Erich Fromm, Max Horkheimer e Walter Benjamin, entre outros integrantes da Escola de Frankfurt que influenciaram educadores, como por exemplo, no Brasil, Paulo Freire (GOMES, 2015).

A concepção de Educação Crítica parte de alguns pressupostos, os quais consideram a formação integral do aluno, partindo de uma real relação entre educador e educando num processo educativo sustentado pela ação-reflexão “crítica-ação” e tem no diálogo a fonte da aprendizagem que é um ato a partir da realidade experienciada pelo aluno, além de, valorizar a problematização no processo em detrimento da transmissão de conteúdo (FREIRE, 2011b).

2.4.2.2 Teorias Crítico-Reprodutivistas

As Teorias crítico-reprodutivistas, serão brevemente conceituadas, uma vez que, elas não trazem uma proposta pedagógica em suas formulações, apenas explicam a constituição da escola e o presente trabalho prioriza compreender a teoria educativa vinculada ao fazer pedagógico.

A **Teoria do Sistema de Ensino Enquanto Violência Simbólica** foi desenvolvida por Bourdieu; Passeron (1975) e discorre sobre a estruturação da sociedade em grupos ou classes que se relacionam a base da força material. Desta maneira, Saviani (2018), explica que a violência material representada pela dominação econômica, a qual é efetivada pelos grupos ou classes dominantes aos grupos ou classes dos dominados, o que representa a chamada violência simbólica representada pela dominação cultural.

A teoria salienta que em relação à ação pedagógica realizada no interior da escola, reproduz a cultura dominante e conseqüentemente, reproduz o sistema de relações de força. Entende-se que essa teoria enfatiza que a educação, por meio da reprodução cultural, contribui para a reprodução social, ou seja, a função da educação é reproduzir as desigualdades sociais (SAVIANI, 2018).

A **Teoria da Escola Enquanto Aparelho Ideológico de Estado (AIE)** foi formulada por Althusser na década de 70 e aborda os chamados Aparelhos Repressivos de Estado, quais sejam o governo, a política, o exército, a polícia, etc.; da mesma forma que classifica os Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE), designados a religião (diferentes igrejas), as escolas, família, sindicatos, entre outros e esclarece que: “[...] o Aparelho Repressivo de Estado funciona massivamente pela violência e secundariamente pela ideologia enquanto que, inversamente os Aparelhos Ideológicos de Estado funcionam massivamente pela ideologia e secundariamente pela repressão” (ALTHUSSER apud SAVIANI, 2018, p. 33).

Partindo desses esclarecimentos, destaca-se que o Aparelho Ideológico Escolar é o dominante entre os AIE, pois representa o mais conclusivo no que se refere reproduzir as relações de produção capitalista. Este AIE escolar é identificado como um mecanismo idealizado pela burguesia para garantir seus interesses em detrimento da equalização social (SAVIANI, 2018).

A **Teoria da Escola Dualista formulada por Baudelot e Establet (1971)**, baseia-se na ideia da divisão da escola em duas vertentes, quais sejam: rede primária profissional representada pelo proletariado e a rede secundária superior contendo a burguesia. Nesse aspecto o papel da escola é legitimar a marginalidade, produzida socialmente e impedir a luta revolucionária, assim como a ideologia do proletariado (SAVIANI, 2018).

Em relação a escola dualista, Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005, p. 31), argumentam que:

A literatura sobre o dualismo na educação brasileira é vasta e concordante quanto ao fato de ser o ensino médio sua maior expressão. Neste nível de ensino se revela com mais evidência a contradição entre o capital e o trabalho, expressa no falso dilema de sua identidade: destina-se à formação propedêutica ou à preparação para o trabalho?

Para os autores, Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005), o ensino médio no Brasil representa a concepção de escola dualista no que tange a educação profissional destinada ao proletariado que executará o processo de trabalho e a educação acadêmico-científica que representada pela classe burguesa controlará esse processo de trabalho, já que, historicamente as escolas de formação profissionais foram destinadas aos órfãos e desvalidos, “os desfavorecidos de fortuna” enquanto o ensino médio era aos que continuariam seus estudos no nível superior, ou seja a classe dominante (KUENZER, 2007). Sucintamente, Saviani (2018), define que no contexto desta Teoria, a escola apresenta-se como um aparelho ideológico dominante com a função de inculcar a ideologia burguesa e contribuir na formação da força de trabalho.

As três Teorias crítico-reprodutivistas englobam, com diferentes direcionamentos, a discriminação social produzida pela escola. O cenário capitalista e colonial, conforme Freire (2011b) reforça a opressão e desumaniza os sujeitos, pois lhes são negadas suas dimensões fundamentais e constitutivas. A busca pela libertação se dá na luta pela recuperação da humanidade, assim, os educandos tendo consciência de sua atividade e do mundo, são capazes de compreenderem suas relações com o mundo e impregnarem o mundo da sua presença criadora.

A opressão experimentada por incontáveis alunos, durante sua formação escolar/universitária, pode ser comparada a maneira como o enfermeiro condiciona seu processo educativo, que da mesma maneira pode oprimir o usuário/família, ou pode libertar. A educação em saúde não pode ser concebida de maneira singular, vertical, hierárquica, isso impede o processo criativo do usuário e família e nega suas vivências, experiências, sentimentos que são fundamentais para o processo ensino-aprendizagem (FREIRE, 2011a).

Conforme o pensamento ecossistêmico, os sistemas abertos, os quais, os seres humanos pertencem, presenciam o fluxo de matéria e energia, interagem entre si e com o meio, seguindo o caminho de suas interconexões (ZAMBERLAN, 2013). Assim, os usuários/família ao experienciarem relações restritivas de educação em saúde, muitas vezes, não seguem tais prescrições. Pode-se pensar a respeito de usuários que necessitam mudanças

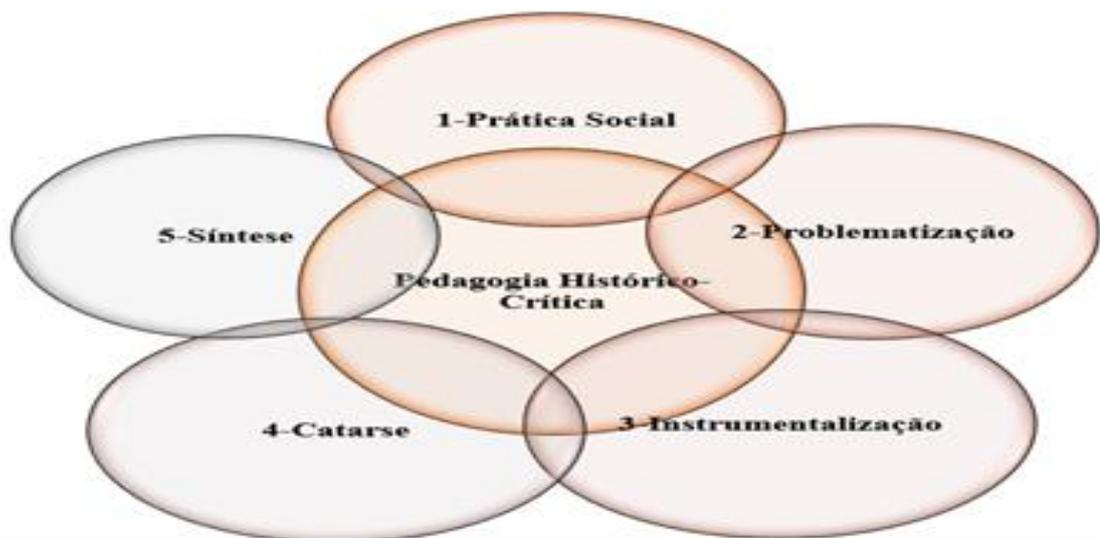
nas suas práticas alimentares, que foram orientados simplesmente a manterem uma alimentação rica em alimentos saudáveis. Muitos não o farão porque não entenderam o motivo da restrição alimentar, outros, por que não tem condições financeiras para seguir tal prescrição. É nessa problemática que residem às consequências de um processo educativo prescritivo, determinístico que negam as dimensões cognitivas, psicológicas, econômicas dos usuários e família, o seu contexto.

2.4.2.3 *Pedagogia Histórico-Crítica*

A concepção educativa **Pedagogia Histórico-Crítica** foi formulada por Saviani na década de 70 e aborda que a sociedade e a educação estão dialeticamente interligadas, assim a educação deve sempre estar associada ao desenvolvimento social e de classes. Essa corrente defende a formulação de uma pedagogia ativa centrada na relação aluno e professor, na tentativa de superar a passividade presente no modelo tradicional de educação (SAVIANI, 2018).

Saviani (2018), estrutura a Teoria Histórico-Crítica, baseada em cinco passos, esquematizados na figura 9.

Figura 9 - Estrutura da Teoria histórico-crítica, baseada em Saviani (2018).



Fonte: Dados com base em Saviani (2018), organizado por Paula e Siqueira (2021).

O primeiro passo, aborda a **prática social** entre professor e aluno, e aceita a diferença de opiniões e posições, uma vez que possuem diferentes leituras da compreensão de prática social; O segundo passo busca **problematizar** as necessidades da prática social e em seguida,

que conhecimentos são necessários dominar; O terceiro passo chamado de **instrumentalização** fundamenta-se na apropriação de subsídios teóricos e práticos necessários para a resolução da problemática social abordada; O quarto passo, denominado de **Catarse** corresponde a incorporação dos elementos ativos de transformação social e finalmente o quinto passo engloba a expressividade dos alunos em relação à prática, tão elaborada quanto a do professor, essa etapa é denominada de **síntese** (SAVIANI, 2018).

Em síntese, essa Teoria busca incorporar uma educação mediadora no seio da prática social global, justamente por isso a prática social é ponto de partida e chegada do método descrito (SAVIANI, 2018).

Analogamente à educação em saúde, a Teoria Histórico Crítica, proposta por Savini, traz na figura do educador, o enfermeiro e dos alunos, os usuários/família e contempla, em sua base maior, relevância para o desenvolvimento do processo educativo em saúde.

2.4.2.4 *Pedagogia Libertadora*

Inspirada na concepção humanista, essa proposta de educação foi constituída e implantada no Brasil entre 1959-1964, pelo educador, pensador e filósofo Paulo Freire (1921-1997) e sua epistemologia inovadora de educação ficou conhecida mundialmente. Trata-se de uma concepção que vai além de promover o acesso ao conhecimento humano, sobretudo, visa a libertação da consciência humana, da emancipação do sujeito capaz de manter sua permanente construção e humanização (FREIRE, 2011a; FREIRE, 2011b).

Freire (2011b), afirma que a busca pela consciência crítica se dá por meio de uma **educação problematizadora** que só é possível ser desenvolvida através da dialogicidade entre educador e educando, na busca por romper a verticalização das relações da educação tradicional, caracterizada como educação bancária, assim como sua característica de concepção mecânica da consciência que considera os educandos como seres vazios dispostos a serem cheios pelos detentores do conhecimento, nesse caso, o professor.

Sobre a relação aluno-professor descrita na educação libertadora, Freire (2011b, p. 78), esclarece que:

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa é educado, em diálogo com o educando, que ao ser educado, também educa. Ambos assim se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem. Em que, para ser funcionalmente autoridade, se necessita de estar sendo com as liberdades e elas.

Para que a educação problematizadora atinja seus intentos é necessário que a relação educador-educando seja baseada nos **métodos** de dialogicidade, na problematização da realidade discutindo, questionando, criando situações facilitadoras para a compreensão do tema gerador. Se essa relação se objetiva a partir do diálogo, é oportuno destacar que a palavra é elemento constituinte do diálogo, a qual possui duas dimensões: a ação e reflexão. Portanto, Freire (2011b), conclui que toda palavra verdadeira é práxis, é transformar o mundo e o ato de dizê-la é direito de todos os homens e não pode ser dita sozinha, por isso o diálogo é este encontro dos homens que, também, é amor pois o amor é dialógico.

No contexto da educação em saúde, ao se apropriar da Teoria Freiriana, o enfermeiro é visto como o educador e os usuários/família como os educandos. Diversos estudos que abordam a educação em saúde, principalmente, na saúde coletiva, utilizam este referencial teórico como base norteadora, sobretudo, após a ascensão da Educação Popular em Saúde que teve sua ênfase no Brasil, na década de 70 (FALKENBERG; MENDES; MORAES; SOUZA, 2014; CRUZ, 2018).

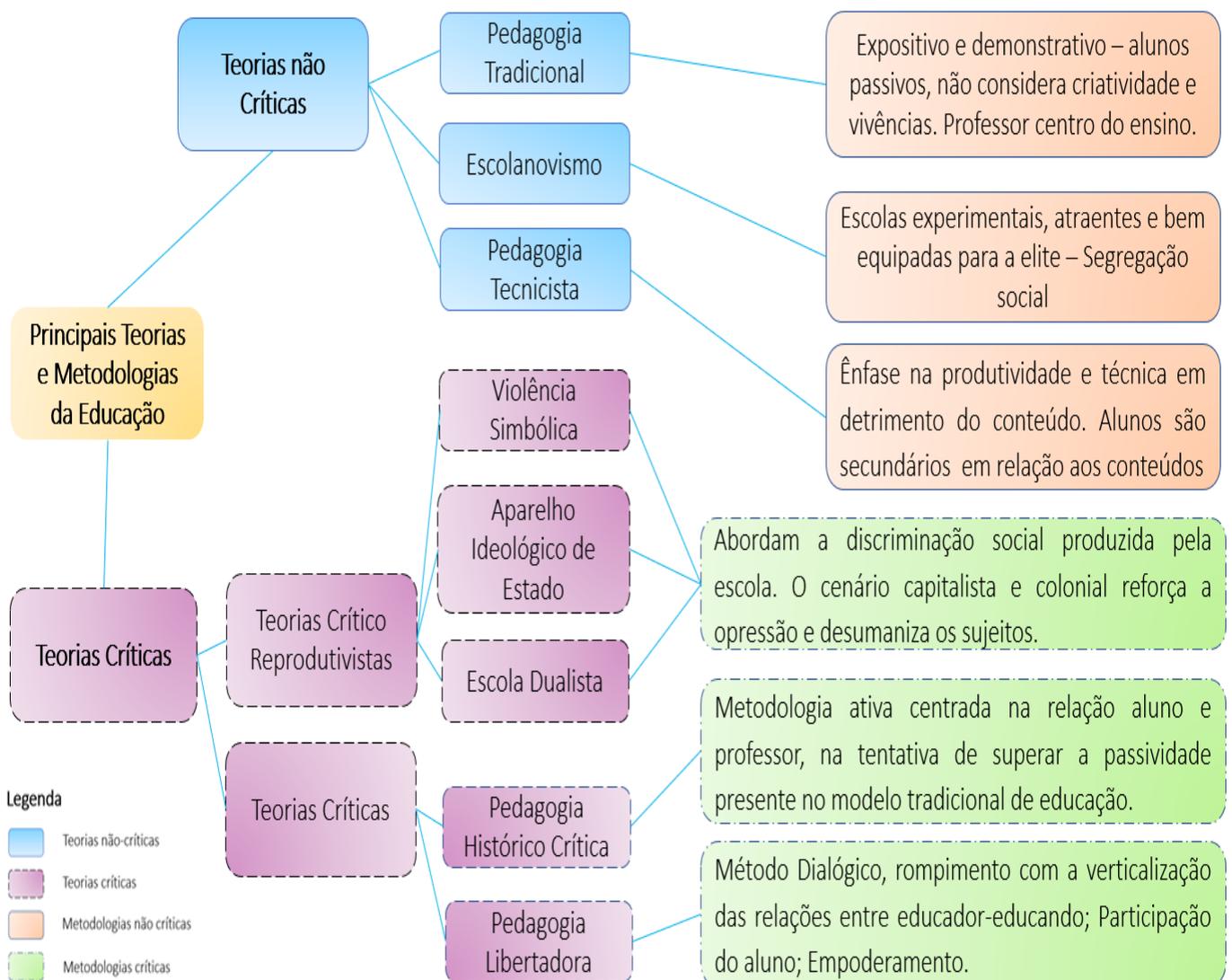
Entre os pressupostos da Educação Popular em Saúde está o diálogo como direcionador de condução da emancipação, por meio do incentivo das autonomias individuais e coletivas na luta por direitos. A proposta da educação popular em saúde promoveu a conexão entre profissionais da saúde, intelectuais e população, reorganizou e permitiu repensar práticas de saúde, entretanto, apesar dos avanços, sua atuação apresenta maior enfoque nas práticas coletivas de saúde, permanecendo a atenção hospitalar influenciada pelo modelo biomédico de assistência com o predomínio de uma educação em saúde fragmentada e descontextualizada (FREIRE, 2011b; RIGON; NEVES, 2012; CRUZ, 2018).

As ideias de Freire corroboram com o PE, pois nessa teoria educativa, propõem-se a construção de uma educação que crie horizontes alternativos, com base nos contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e humanos (FREIRE, 2011b). Assim, denota-se os princípios e características do PE, os quais, expressam-se nas relações, interconexões, flutuações, instabilidades que acontecem em determinado sistema e na diversidade de elementos que dele fazem parte, da mesma forma, que a teoria libertadora busca romper a verticalização, fragmentação no processo educativo. O PE similarmente busca essa mudança de paradigma e busca nas relações, interdependências, conexões, interconexões, no contexto novas possibilidades para o viver e conviver, aqui do usuário com AVC e familiar (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 20018; SIQUEIRA et al, 2019; SIQUEIRA et al, 2020).

No que tange a educação em saúde na atenção hospitalar, pesquisa realizada em um hospital no RS-Brasil, o qual objetivou descrever as matrizes das concepções de educação em

saúde dos enfermeiros em unidades de internação hospitalar, apontou entre os participantes discursos de aproximação com a teoria libertadora de Freire, entretanto, as autoras expuseram que a corrente pedagógica tradicional, a qual tem bases mecanicistas, é predominante (RIGON; NEVES, 2012). Corroborando, pesquisa realizada em Belo Horizonte-Brasil, a respeito da educação em saúde de enfermeiros que atuam num centro de tratamento intensivo (CTI), concluiu que a teoria de Freire está intimamente associada a educação em saúde, principalmente, no âmbito da promoção da saúde e saúde coletiva, mas não se sentem preparados para desenvolver educação em saúde em um espaço predominantemente influenciado pelo tecnicismo (LIS; AFONSO, 2014).

Figura 10: Síntese das principais concepções Teóricas e Metodológicas da Educação.

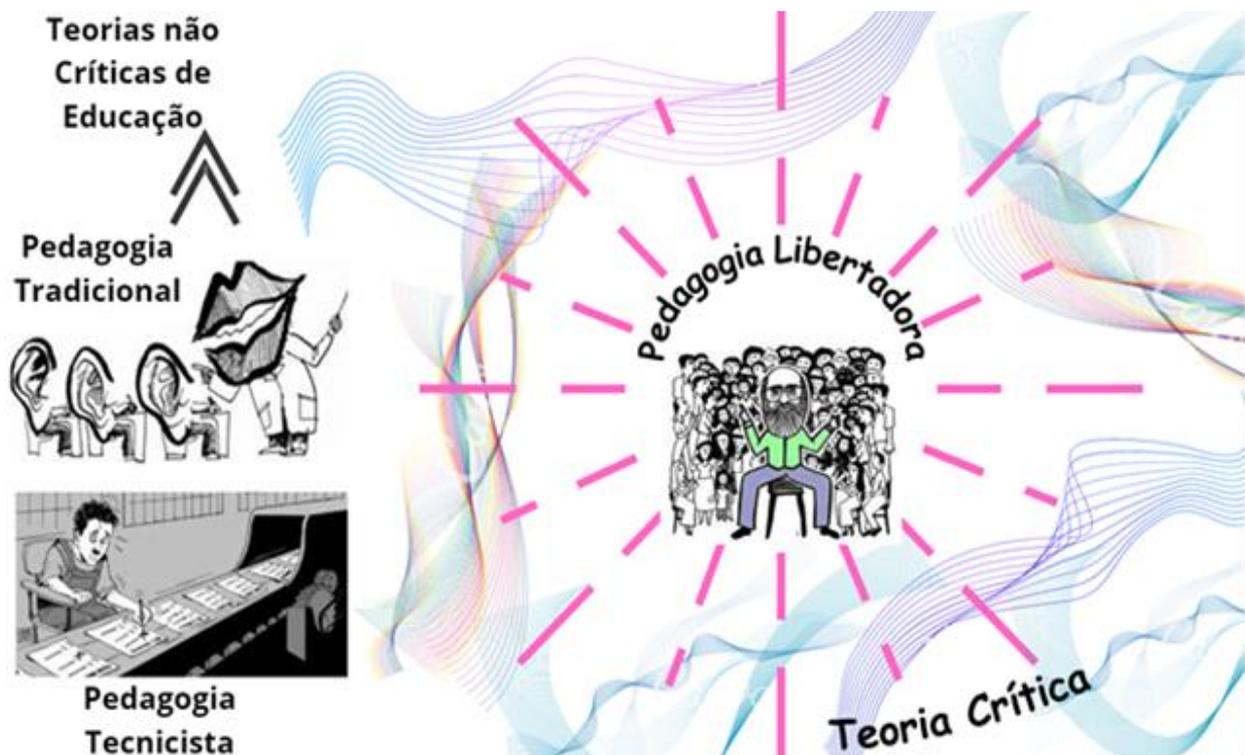


Fonte: Dados com base em Saviani (2018) organizado pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021)

Nessa abordagem, aponta-se a necessidade de direcionar as práticas educativas em saúde, a partir de teorias e paradigmas que se efetivem e envolvam a multidimensionalidade do ser humano, em todos os cenários de saúde. No que tange ao ambiente hospitalar, ecossistema desta pesquisa, os desafios são ainda maiores, pois além de buscar conhecer as teorias e metodologias utilizadas pelo enfermeiro na educação do usuário portador de AVC para o cuidado domiciliar, procurou-se analisar a sua possível associação com o PE. Outrossim, teoricamente, percebe-se que a teoria libertadora de Paulo Freire e as premissas desse paradigma apresentam-se adequados para preencherem tais lacunas, pois ambas têm em sua gênese o intuito de uma ciência da totalidade (FALKENBERG; MENDES; MORAES; SOUZA, 2014; LIS; AFONSO, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; PAULA et al, 2020a).

A partir dessas reflexões, a figura a seguir apresenta, entre as Teorias não-críticas e críticas, conforme a classificação de Saviani (2018), as principais tendências pedagógicas de educação e metodologias que prevalecem no processo de Educação em Saúde:

Figura 11: Principais teorias de educação que influenciam na educação em saúde



Fonte: Dados com base em Libâneo (2009); Saviani(2018); Freire (2011), organizado pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021).

A partir do estudo das principais Teorias de Educação Brasileira, a figura 11 representa aquelas de maior influência nas práticas educativas em saúde. A **corrente**

pedagógica tradicional, está representada por uma imagem de formato quadrado, a ilustração de um professor/enfermeiro como detentor do conhecimento e alunos/usuários/família como receptores passivos, pois nessa abordagem os alunos/usuários/família são considerados tábuas rasas e o professor/enfermeiro é a figura soberana que tudo sabe e tem a missão de transferir esse conhecimento de forma verticalizada, impositiva, prescritiva, sem considerar as vivências, experiências, contexto social ou qualquer outro elemento que não seja os conteúdos/orientações a serem repassados (SAVIANI, 2018; FREIRE, 2011b).

A **pedagogia tecnicista**, da mesma forma, é representada por uma figura de formato quadrado, pois não permite interações conexões e ainda, está ilustrada com um empregado fabril representando o trabalho tecnicista, o qual, é o âmago desta abordagem pedagógica (SAVIANI, 2018). A ascensão da formação tecnicista não se limitou apenas ao trabalho fabril, pelo contrário, sua expansão atingiu o trabalho hospitalar pois com o avanço das tecnologias, incorporou-se nesse ambientes, cada vez mais, mão de obra técnica especializada, fragmentação do serviço, que refletiu intimamente nas práticas de cuidado e educação em saúde nestes ambientes (BRASIL, 2013a; DONATO, 2009).

A figura que representa a **pedagogia libertadora** está apresentada com linhas abertas, que se interceptam e demonstram um fluxo de entrada e saída de informações, ademais a ilustração representa a figura de seu idealizador Paulo Freire, o qual, propôs uma educação emancipatória legitimada pela dialogicidade, troca de experiências entre aluno/usuário/família e professor/enfermeiro, além da valorização e consideração de outras dimensões do indivíduo (FREIRE, 2011). Nesse sentido a figura busca traduzir a gênese da teoria libertadora em consônança com o PE, pois baseia-se nas relações, interdependências, no processo, nas flutuações, instabilidades que formam a totalidade/unidade integrada de um sistema vivo, princípios e características possíveis de transformações na educação e na saúde, quando compreendidos como elementos integrantes de um ecossistema/unidade (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; ZAMBERLAN et al, 2018; SIQUEIRA et al, 2019; PAULA et al, 2020b).

2.5 O Enfermeiro e a Educação em Saúde com aplicabilidade do Pensamento Ecológico

O presente subcapítulo apresenta algumas abordagens de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro, por meio da literatura nacional e internacional publicada a respeito do tema. Concomitantemente, com a finalidade de contribuir com subsídios na

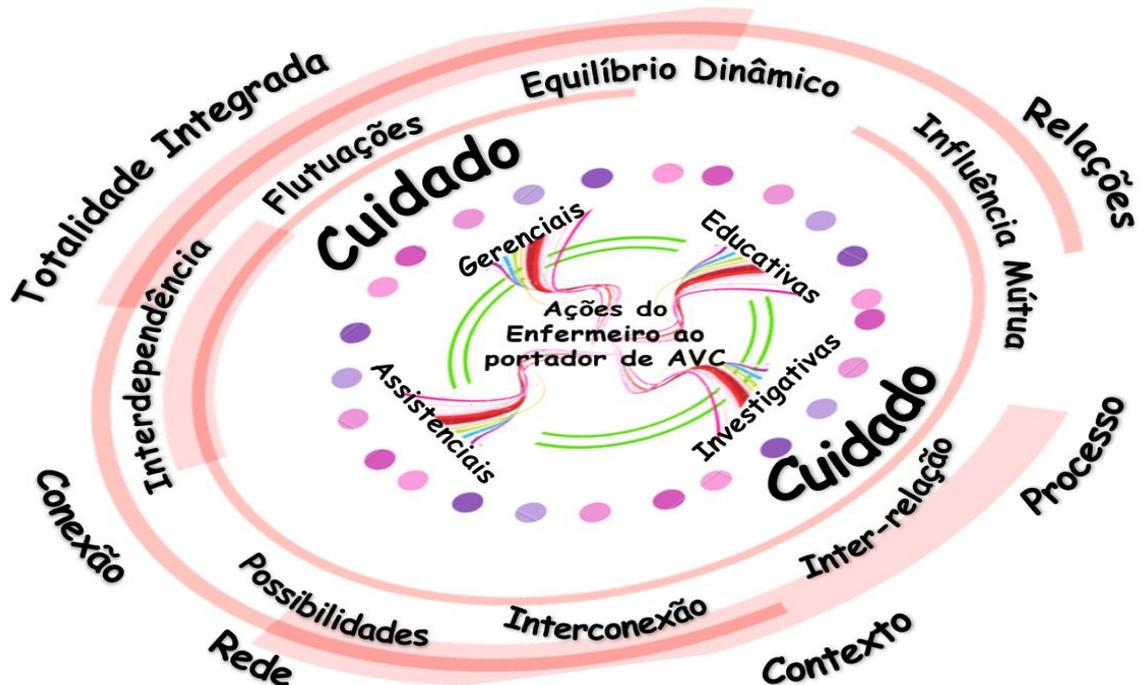
construção do conhecimento acerca dessa temática e o PE, realiza-se analogias em relação a sua aplicabilidade na prática.

Remotamente a profissão de enfermagem era praticada baseada no senso comum e práticas empíricas de mulheres provedoras do cuidado de doentes familiares. A partir do século XIX passa a ser concebida como profissão, na figura de Florence Nightingale, pioneira da Enfermagem Moderna (BARBOSA; MOTTA; RESCK, 2015). De lá para cá o crescimento da profissão tem passado por avanços significativos e encontra-se em constante desenvolvimento nas áreas de ensino, pesquisa, atenção à saúde, gestão, e controle social (THUMÉ; FEHN; ACIOLI; FASSA, 2018).

Com relação a atuação profissional do enfermeiro é fundamental pontuar o cuidado, uma vez, que é considerado a essência da profissão, desta forma, segundo Waldow (2006), esse relaciona-se a valores que priorizam a paz, a liberdade, o amor, o respeito, entre outros aspectos. Para a autora, cuidar é um fenômeno universal que se modifica de acordo com o contexto em que se dão essas relações, sendo definido por conexões que precisam ser saudáveis e expressas pela ajuda mútua entre as pessoas. Por conseguinte, o cuidado do enfermeiro abarca, entre outras ações, a educação em saúde, desenvolvido por meio da prática educativa, regulamentada pelo Decreto 94.406/87 Art.08 (BRASIL, 1987).

Nesse panorama, ao trabalhar a construção de um processo educativo com profissionais da atenção hospitalar, Siqueira (1998) faz uma importante relação entre cuidado e ações de saúde, assistenciais, gerenciais, investigativas e educativas realizadas pelo enfermeiro, de forma inter-relacionada que a autora denomina, de prática assistencial integrativa. Assim, cabe demonstrar, por meio do Referencial Teórico e Filosófico Ecológico que sustenta este estudo, a presença de princípios ecológicos que se estabelecem e se relacionam, se entrelaçam e se interconectam na realização do cuidado. A figura 12 representa as ações de cuidado do enfermeiro na prática assistencial integrativa ao usuário, os princípios e características do pensamento ecológico e as ações de cuidado realizado pelo enfermeiro ao usuário com AVC no contexto hospitalar.

Figura 12: Cuidado do enfermeiro ao usuário com AVC na visão do Pensamento Eossistêmico.



Fonte: Referencial com base em Siqueira (1998); Capra e Luisi (2014); Siqueira et al., (2018); Paula et al, 2019 organizado pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021).

A figura representa as relações e interconexões entre as ações do enfermeiro instituídas, no desenvolver do cuidado. O subsistema do processo educativo demonstra que o cuidado abarca as ações assistenciais; investigativas, gerenciais e educativas que de forma integrativa se entrelaçam e aprimoram, dimensionam, qualificam e aperfeiçoam o cuidado realizado pelo enfermeiro. Essa constatação, vai ao encontro do PE, pois, conforme as concepções deste paradigma os elementos que fazem parte de determinado sistema, processam, entre outros, os princípios das relações, conexões e contexto, interconexões, influências mútuas, interdependências, flutuações em busca de possibilidades (CAPRA; LUISI, 2014; ZAMBERLAN et al, 2018; SIQUEIRA et. al., 2018; PAULA et al., 2010b).

Desta maneira, compreende-se que, ao cuidar o usuário com AVC, o enfermeiro desenvolve ações assistenciais que se interconectam com ações educativas. Esse processo educativo para que contemple as necessidades dos usuários, deve acontecer de forma constante, contínua e concomitante às ações assistenciais do trabalho hospitalar do enfermeiro (PAULA, et al, 2020). Conseqüentemente, as ações administrativas/gerenciais se relacionam com as assistenciais e com as educativas, uma vez que é nas ações administrativas/gerenciais que ocorre o planejamento do cuidado, a supervisão, a avaliação da assistência e do processo educativo desenvolvido (SIQUEIRA, 1998; LUVISOTTO; VASCONCELOS; SCIARPA;

CARVALHO, 2010). Por conseguinte, ao realizar ações investigativas o enfermeiro se relaciona com as demais ações, busca conhecer as necessidades do usuário ao realizar a consulta de enfermagem, concretiza o diagnóstico e procura por meio da pesquisa avançar no conhecimento para prover melhorias para assistência, na prática gerencial e educativa. Destarte, compreende-se que os princípios das relações, conexões do contexto, as interconexões, cooperação, entre outros, se estabelecem entre o cuidado das ações do enfermeiro, que não podem ser conjeturadas separadamente, mas sim como um processo interligado que mantém relações entre si e influenciam-se mutuamente.

Nesse panorama, entre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro, no contexto hospitalar, salienta-se as **ações educativas**. Assim, a análise das concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário, portador AVC, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do PE, tema desse trabalho, apoia-se no entendimento do enfermeiro sobre esses aspectos e busca possíveis caminhos para contribuir com esse conhecimento.

A palavra Educação, etimologicamente origina-se do verbo latim *educare* que apresenta o sentido de nutrir, fazer crescer, criar (uma criança). Por outro lado, deriva da palavra latina *Dúcere* que significa levar, conduzir, guiar (ROMANELLI, 1960). A partir do sentido etimológico da palavra educação, para um melhor entendimento, leva, a conceituar a educação, a qual, possui distintas definições pois se apoia em diferentes teorias, das quais emergem múltiplas interpretações e diversas facetas que, por sua vez originam tendências pedagógicas e metodológicas do processo ensino/aprendizagem ou educativo (LIBÂNEO, 2009; SAVIANI, 2018; FEIRE, 2003).

Outrossim, cabe salientar que os educadores modernos em seus estudos, formulações, abordam novas reorganizações das Teorias críticas e não-críticas, entre esses se destaca Freire (2011a), Libâneo (2009), Saviani (2018), entre outros, que contribuem para o embasamento teórico do presente trabalho, pois se compreende que as concepções teóricas e metodológicas da **Educação em Saúde (ES)** são inerentes às Teorias de Educação. Destaca-se, também, que existem relações entre essas concepções teóricas e metodológicas e o referencial teórico-filosófico ecossistêmico, sustentáculo desta pesquisa, produzido pela necessidade de abordar o usuário com AVC e familiar nos seus aspectos biológicos, psicossociais, espirituais e o ambiente no qual vive, trabalha e se desenvolve. Perceber o usuário na abrangência das suas dimensões multidimensionais, municia as práticas educativas em saúde e auxilia a encontrar possibilidades na melhoria e recuperação de sua saúde.

Historicamente, a Educação em Saúde no Brasil, acompanha a diversidade de acontecimentos políticos, ambientais, socioculturais, econômicos que ocasionam mudanças nos diferentes aspectos do viver humano. A ES foi concebida concomitante à saúde pública brasileira, onde os primeiros conceitos de ES, surgiram no período higienista, denominada Educação Sanitária, caracterizada por práticas coercitivas e puramente curativistas, baseadas no modelo biomédico de assistência à saúde (PAULINO; FERNANDES; SIQUEIRA, 2010; CAPRA; LUISI, 2014).

Esse modelo de Educação em Saúde, de certa forma, funcionou no combate a grandes epidemias, mas em contrapartida, ficou aquém de tantas outras necessidades presentes no contexto global que envolve a saúde do ser humano. Esta abordagem educativa que não considera os elementos que interferem na saúde do ser humano, não contempla a autonomia do indivíduo tampouco se preocupa com mudanças de comportamentos conscientes, a partir de uma abordagem crítica da realidade em que se está inserido (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Na perspectiva de atender as necessidades individuais, coletivas e globais da saúde, a Carta de Ottawa (WHO, 1986), propõe uma ES direcionada a uma aprendizagem ao longo da vida, ou seja, uma consciência dos indivíduos sobre os elementos que influenciam e determinam seu processo saúde-doença, deslocando o foco do curativismo para uma abordagem preventiva, num processo de conscientização e autonomia referente aos direitos em saúde e a coparticipação nas decisões da sua própria saúde.

Esta nova abordagem das práticas educativas em saúde, compartilha com os princípios do PE, o qual apreende ser inconcebível desenvolver práticas educativas que desconsideram as diferentes dimensões do ser humano bem como, ecossistemicamente refletindo, o tempo e o espaço onde se encontra inserido (CAPRA; LUISI, 2014, PAULA et al, 2020a, PAULA et al, 2020b).

Neste arcabouço de ideias, segundo diversos autores, tais como: Siqueira (2001), Santos; Siqueira; Silva (2009), Svaldi (2011), Medeiros (2013), Zamberlan (2013), Capra e Luisi (2014), Cecagno (2015), Siqueira et al (2018), Paula et al., 2020a que têm fundamentado seus estudos na perspectiva do Pensamento Ecológico, consideram ecossistema como um conjunto de organismos/elementos bióticos (vivos) e abióticos (não vivos) que são, **interdependentes**, se **inter-relacionam**, **influenciam-se mutuamente** e produzem mudanças no ambiente no qual estão inseridos.

Compreende-se que essa abordagem multidimensional ao desenvolver a ES, presente no PE, está relacionada a concepção de Educação Crítica na classificação de Educação Libertadora proposta por Freire (2011a), pois segundo essa abordagem, ensinar não repousa

na ação de transferência de conhecimentos, mas sim na possibilidade de construção do conhecimento, o qual, se dá por meio das relações estabelecidas pelos homens, o que possibilita conscientização por meio do diálogo, legitimando a uma educação em saúde emancipatória e transformativa. Desta maneira, a concepção teórica de Educação Libertadora, associada ao PE, são adequadas para subsidiar a Educação em Saúde desenvolvida pelo enfermeiro para usuários com AVC, no ambiente hospitalar, uma vez que é fundamental considerar as relações que se estabelecem entre os elementos presentes nesse ecossistema hospitalar. Essas relações, infelizmente, muitas vezes, são frágeis, sem envolvimento emocional, compartilhamento de responsabilidades e sem incluir o contexto no qual o usuário com AVC está inserido.

Segundo alguns estudos Adamy et. al., (2018); Farias, Martini, Cristo (2015); Silva, Albuquerque (2016), os enfermeiros, apropriam-se de teorias educativas, com destaque para a utilização das ideias da Teoria Libertadora de Paulo Freire, entretanto, principalmente, no cenário hospitalar, as práticas educativas em saúde permanecem apoiadas na transmissão de conhecimento, em relações impositivas e verticalizadas que predominam no modelo biologicista (RIGON; NEVES, 2011). Compreende-se que além de não considerar a multidimensionalidade dos usuários envolvidos no processo educativo, as concepções teóricas e metodológicas de educação em saúde, utilizadas pelos enfermeiros em sua prática educativa, nem sempre condizem com as teorias e metodologias possíveis de atender as necessidades do usuário e familiar.

Esse tipo de abordagem educativa desenvolvida pelo enfermeiro vai ao encontro da concepção de educação tradicional, pois neste tipo de ensino-aprendizagem, o educador que nesta condição é o enfermeiro, é o centro do processo de ensino, ou seja, é considerado somente o conhecimento deste profissional, que não considera o saber do usuário. Além disso, as práticas educativas centram-se no depósito de informações ao usuário que tem caráter passivo no processo, cabendo-lhe ouvir e seguir a conduta imposta (REGO, 2018; SAVIANI, 2019). Assim, discorrer sobre a prática educativa do enfermeiro nos espaços hospitalares torna-se um desafio, no que se refere, ao próprio espaço hospitalar, já que este é visto como um local de reabilitação e não de prevenção da doença como a atenção primária, onde os estudos de educação em saúde são majoritariamente associados. Ademais, os hospitais são compreendidos como espaço de tratamento e cura de doenças, que em grande parte, continuam com organizações rígidas, relações históricas de poder, atendimentos tecnicistas sustentados pela influência do modelo biomédico que ainda prevalece fortemente nestes locais (FIGUEIRA et al, 2013).

Paralelamente, o desenvolver da educação em saúde nos ambientes hospitalares torna-se um obstáculo no fazer profissional dos enfermeiros, porque a mudança do paradigma cartesiano requer modificações do pensamento fragmentado e verticalizado para um pensamento ecossistêmico. A aceitação de um novo paradigma demanda não apenas mudanças conceituais nas ciências da saúde, mas uma reeducação da população, e dos profissionais de forma geral, pois é mais conveniente a aceitação de uma doença qualquer do que procurar entender o contexto em que se está inserido (CAPRA E LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018). Assim, a prática educativa do enfermeiro, sob a luz do PE envolve além da mudança paradigmática, repensar o cuidado, relativo a ES hospitalar e as concepções teóricas e metodológicas utilizadas para sustentar essa prática.

A ES desenvolvida pelo enfermeiro destinada a usuários e família para o enfrentamento das possíveis limitações impostas pelo AVC, deve iniciar desde a admissão, ou seja, o acolhimento do usuário na unidade hospitalar, com intuito de prepará-lo para o cuidado no domicílio, e assim permitir além de conhecimentos específicos relacionados a doença, autonomia e confiança, fundamentais para o cuidado domiciliar (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015).

2.5.1 Alta responsável do usuário com Acidente Vascular Cerebral

Entre as propostas de continuidade do cuidado hospitalar nas RAS, salienta-se o conceito de **alta responsável**, contido na Portaria do Ministério da Saúde (MS) de nº 3.390 que institui a PNHOSP, a qual, define Alta Responsável como processo de planejamento e transferência do cuidado de saúde para outra unidade com o intuito de dar continuidade a esse cuidado. Desta maneira, o documento indica no artigo 16 para sua efetivação:

I-Orientação dos pacientes e familiares quanto a continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II-Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica;

III-Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS
(BRASIL, 2013d).

Nesse aspecto, destaca-se que as propostas do MS têm buscado por meio da instituição de Políticas e Programas, articular o trabalho dos diferentes espaços de saúde integrantes das

RAS para a garantia da integralidade do cuidado (BRASIL, 2013d). Nesse ínterim, denota-se a importância da prática educativa nos espaços de internação hospitalar que possibilitem ao usuário e família/cuidadores superar as dificuldades e obstáculos pós-alta hospitalar, principalmente no que tange aquelas patologias que causam sequelas permanentes e que necessitam de uma reorganização tanto no contexto domiciliar, quanto nos hábitos de vida.

Ressalta-se que essas transformações podem ser descomplexificadas a partir das bases do PE, visto que, ao desenvolver práticas em saúde nessa perspectiva, é possível superar as fragmentações que se estabelecem nas práticas de cuidado, seja no ambiente hospitalar ou nos outros níveis de atenção, e, ainda, transcender as desintegrações entre os serviços do SUS. Ao considerar o próprio SUS como efetivamente um sistema é possível divisar a influência mútua, interrelações, flutuações presentes neste sistema, que influenciam seu funcionamento, e assim, desenvolver práticas de cuidado, recuperação da doença e promoção da saúde de forma integral, igualitária e universal, conforme prevê os princípios doutrinários do SUS (PRIGOGINE, 2009; ZAMBERLAN et al, 2018; SIQUEIRA et al, 2018, SIQUIRA et al, 2019).

Com base nessa fundamentação, evidencia-se a necessidade de educação em saúde no contexto hospitalar para a continuidade do cuidado no domicílio pós-alta, para usuários e com AVC e seus familiares. Esse cuidado se torna uma necessidade pois, essa patologia é propícia a sequelas e diversas dependências que afetam os portadores (MARTINS et al, 2019). Assim sendo, o usuário portador de AVC deve ser devidamente preparado para o cuidado no domicílio, após a alta hospitalar. Segundo a WHO (2013b) o AVC continuará sendo a segunda maior causa de morte no mundo até 2030, com estimativas de 12,2% de mortes no referido ano

Conforme artigo oriundo do “1º Encontro Ministerial Latino Americano” que ocorreu em 2018 em Gramado-RS-Brasil, publicado na revista *The Lancet Neurology* o AVC é a segunda principal causa de morte e incapacidade nos países latino-americanos e no mundo. Ainda, segundo o artigo, os casos de AVC, aumentaram significativamente, chegando aos 81% entre 1990 e 2017 (MARTINS et. al., 2019).

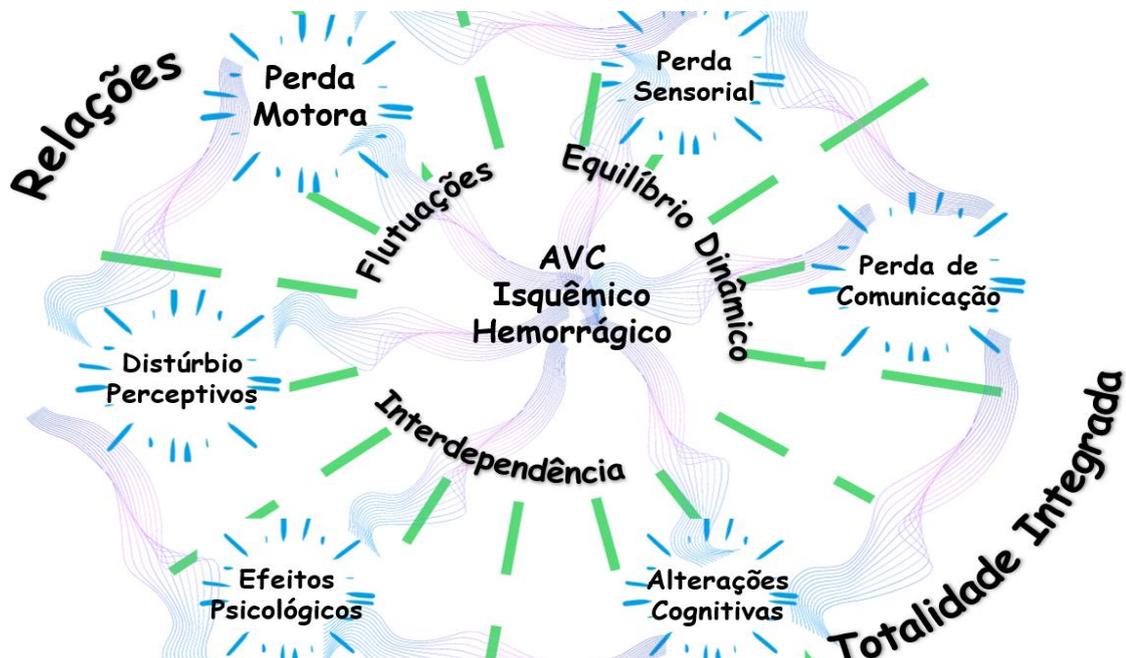
Entre os fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia encontram-se fatores não modificáveis referentes a sexo, idade avançada, etnia, história familiar de eventos cerebrovasculares, entre outros. Entretanto, existem múltiplos fatores modificáveis, entre os quais, o sedentarismo, etilismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tabagismo, condições socioeconômicas classificam-se, possíveis de serem evitáveis e controláveis por meio de mudanças comportamentais, que podem ser alcançados

por meio da ED e obter uma população mais saudável (WHO, 2013a; CARVALHO et al, 2019).

Entre as manifestações clínicas mais comuns do AVC, referentes a perda motora está a hemiplegia (paralisia de um lado do corpo) e a hemiparesia (fraqueza de um lado do corpo), as disfunções da linguagem, as quais se manifestam por meio de disartria (dificuldade de falar), disfasia (alteração da fala) e afasia (perda da fala). Os distúrbios perceptivos se caracterizam por perdas visuoespaciais e sensoriais. A última está relacionada com alterações do tato e perda da propriocepção (capacidade de perceber a posição e o movimento de partes do corpo). No que se refere as alterações cognitivas, destacam-se a capacidade de aprendizado, a memória e outras funções intelectuais. A depressão é comum entre os efeitos psicológicos, além de sentimentos como frustração, ressentimento e outros problemas psicológicos (BRUNNER; SUDDARTH, 2018).

As sequelas neurológicas apresentadas pelos usuários acometidos por um AVC, podem interferir na capacidade funcional desses indivíduos como por exemplo, *déficit* em manter habilidades físicas e mentais para autonomia e independência da vida. Nesse aspecto, capacidade funcional é avaliada por meio da dificuldade em realizar as atividades básicas da vida diária (ABVDs), assim como as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) e essas se exemplificam como usar o banheiro, alimentar-se, ou seja, atividades básicas de autocuidado que refletem na qualidade do viver (DUTRA et al, 2017).

Figura 13 – Principais manifestações clínicas em usuários com AVC na perspectiva ecossistêmica.



Fonte: Com base em Brunner; Suddarth (2018). Capra; Luisi (2014) elaborado pelos pesquisadores Paula e Siqueira (2021).

A partir das alterações biofisiológicas que pode acometer usuários após um AVC é imprescindível compreender estas, a partir do PE. Uma patologia, não pode ser considerada por si só. Conforme o paradigma ecossistêmico, o AVC é entendido como uma ruptura do equilíbrio dinâmico no sistema que influencia sua totalidade/unidade. A partir daí, são necessárias novas possibilidades para o reestabelecimento da saúde nas múltiplas dimensões que formam o ser humano, e, da mesma forma, são influenciadas quando a desordem se estabelece, pois os elementos do sistema são interdependentes. Nesse sentido, o que ocasiona uma ruptura do equilíbrio no sistema e o estabelecimento de uma desordem são as instabilidades e flutuações do sistema associadas aos caminhos, escolhas dos usuário e rede de relações (ZAMBERLAN, 2013; MEDEIROS et al, 2016; SIQUEIRA et al, 2018).

As mudanças biológicas terão reflexo na forma de encarar e se adaptar as possíveis sequelas, ademais têm-se, mudanças sociais que envolvem a reestruturação dos espaços físicos, alterações econômicas, redes sociais de apoio, dimensão psicológica e espiritual desses usuários e família. A capacidade de adaptações e reestruturações a partir da desordem é visto como a tentativa de reestabelecer o equilíbrio dinâmico do sistema (MEDEIROS et al, 2016; SIQUEIRA et al, 2019; PAULA et al, 2020b).

Nesse panorama, aponta-se a Educação em Saúde durante a internação hospitalar como importante subsídio capaz de preparar usuários para a realização do autocuidado e mudança de comportamento, após a alta hospitalar. Estudo de revisão integrativa, publicado em 2018, apontou que a promoção da saúde e prevenção da doença, por meio de práticas educativas em saúde são primordiais para o conhecimento da doença, fatores de risco e tratamento, pois possibilitam à mudança de comportamento referente ao estilo de vida, em consequência do controle dos fatores de risco e aceitação ao tratamento medicamentoso (MANIVA et al., 2018).

No que se refere a alta hospitalar, pesquisa realizada na Noruega com clientes acometidos por AVC, apontou que durante o primeiro ano após a alta hospitalar é significativo o número de pacientes que necessitam de reinternação associadas a sequelas do AVC, como, por exemplo, a incapacidade funcional e comorbidades em decorrência da doença (ROHWEDER; SALVESSEN; ELLEKJAER; INDREDAVIK, 2017). Outro estudo, realizado nos Estados Unidos, apontou que as reinternações podem ter relação com falhas no cuidado após a alta hospitalar (PRVU et al., 2015).

Nesse contexto, ensaio clínico randomizado, realizado no sul do Brasil, apontou que planejar a alta hospitalar, bem como utilizar programas de transição do cuidado podem colaborar para a diminuição das reinternações hospitalares (BIERHALS et al, 2020). No cenário internacional, estudo realizado na França, o qual, objetivou avaliar o impacto de um programa de transição de cuidados hospitalares para casa, afirma que entre os fatores de readmissão do cliente no hospital está o atendimento durante a internação hospitalar e que as intervenções para transição hospital-casa, deve acontecer em três etapas, quais sejam, antes do cliente deixar o hospital, no momento da alta e dentro de 48 horas, até trinta dias após a alta, sendo o profissional enfermeiro fundamental nessas etapas (OCCELLI et al., 2016).

A partir destas evidências, observa-se a relevância de Educação em Saúde, durante o período de internação hospitalar capaz de contemplar as necessidades de cuidado e promoção da saúde, assim como, prevenção de novos agravos à clientes acometidos por AVC. Nesse aspecto, pesquisa realizada no extremo Sul do Brasil, com cuidadores de pacientes com DCNT, salientou a Educação em Saúde como uma das competências desenvolvidas pelo enfermeiro, entretanto a mesma pesquisa apontou lacunas no que se refere as práticas de Educação em Saúde deste profissional no espaço/ambiente hospitalar (PAULA et al., 2020b).

Além de um planejamento adequado para o desenvolvimento do processo educativo durante a internação hospitalar, é fundamental que esse processo esteja alicerçado em teorias e metodologias capazes de compreender o usuário em todas as suas dimensões. Para que essa premissa se efetive é necessário bases teóricas e metodológicas de educação em saúde que superem as práticas biologicistas e reducionistas do modelo biomédico que ainda, em muitos casos, prevalece nos ambientes hospitalares. Assim, é indicado a utilização de uma teoria pedagógica e metodológica que vá ao encontro das bases epistemológicas, filosóficas e teóricas do PE, capaz de possibilitar uma educação em saúde que consiga levar a reais modificações no enfrentamento da desordem, das instabilidades e conduzir à reorganização das flutuações e instabilidades que se manifestaram durante o processo da doença-saúde do usuário com AVC (MEDEIROS, 2016; SIQUEIRA et al., 2018).

3. METODOLOGIA

“É na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente. Mulheres e homens se tornam educáveis na medida em que se reconheceram inacabados.”

Paulo Freire

No decorrer deste capítulo, serão descritos os passos metodológicos adotados na presente pesquisa, quais sejam: Tipo de estudo; Cenários da Pesquisa; Participantes da Pesquisa; Coleta de dados; Análise e Interpretação dos dados, Aspectos Éticos; Análise Crítica dos riscos e benefícios da pesquisa.

3.1 Tipo de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa se caracteriza pelo estudo planejado de um determinado fato, possível de desvelar o significado das mensagens, por meio, da presença ou não de determinada(s) característica(s). Optou-se pelo método qualitativo, pois esse fornece maior apropriação e aprofundamento da realidade a ser investigada (BARDIN, 2011). A pesquisa exploratória, segundo Bardin (2011 p. 35), permite explorar e “descobrir conteúdos e estruturas que confirmam o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não possuíamos a compreensão”.

A pesquisa descritiva possibilita descrição sistemática e objetiva do conteúdo da(s) mensagem(s), ou seja, uma forma de tratamento das informações contidas nas mensagens. Neste estudo realizou-se a descrição das mensagens colhidas nas entrevistas de modo a facilitar a compreensão e análise dos dados (BARDIN, 2011). A descrição dessas mensagens permitiu conhecer e analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com AVC e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico.

3.2 Participantes e locais da pesquisa

A pesquisa foi realizada com enfermeiros que exercem função assistencial nas unidades de clínica médica dos três Hospitais Universitários do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil, que possuem contrato vigente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A escolha dessas instituições, Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPEL) e Hospital Universitário Dr.º Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG), deu-se pelo fato de as mesmas serem geridas pela mesma empresa.

Figura 14: Localização dos hospitais, de seleção dos participantes da pesquisa.



Fonte: Mapa do Rio Grande do Sul. Disponível em:

https://www.google.com/search?q=mapa+dos+municipios+do+rio+grande+do+sul&sxsr=ALeKk03bROT7ofedph1uMN58aabRYdiy5w:1596746451174&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj325KluIfrAhVaHb_kGHRqCBj8Q_AUoAXoECA0QAw&biw=1366&bih=608#imgrc=46Hl63SPyG27qM

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), foi criado em 1970 e está localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul -RS. Trata-se de hospital de ensino vinculado a Universidade Federal de Santa Maria que atende exclusivamente pelo SUS e é referência para a macrorregião centro-oeste. Em 2013, firmou contrato com EBSERH e, atualmente, possui 403 leitos de internação. O HUSM conta com unidade de clínica médica I,

onde recebe pacientes das especialidades hematologia/oncologia e cardiologia e unidade de clínica médica II, totalizando 118 leitos clínicos. Segundo o *site* oficial do hospital, na unidade clínica I, trabalham oito enfermeiros em regime de escala, prevalecendo um a dois profissionais no turno matutino, de dois a três no turno vespertino e um enfermeiro no turno noite. Já na clínica médica II, trabalham 12 enfermeiros, no regime de escala, predominando dois a três enfermeiros nos períodos vespertino e matutino e um a dois enfermeiros no período noturno (EBSERH, 2020a).

O Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas está localizado ao sul do estado do Rio Grande do Sul-RS, e presta atendimento exclusivamente pelo SUS a 28 municípios da região. A partir de 2014 o hospital vem sendo gerido pela EBSERH e conta com um total de 175 leitos, destes 30, fazem parte da unidade de clínica médica. Os enfermeiros que trabalham na unidade totalizam 15 profissionais, destes, oito são fixos na unidade de clínica médica e sete são folguistas de outras unidades. Cumprem escala de plantão, na maioria das vezes a unidade conta com dois enfermeiros por turno (EBSERH, 2020b).

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – HU/FURG se situa no extremo sul do RS, na cidade do Rio Grande- RS. A partir de novembro de 2015, passou a ser gerido pela EBSERH (EBSERH, 2020c). Atualmente, contém 231 leitos que atende 100% SUS e disponibiliza internações, consultas nas mais diversas especialidades médicas. A unidade de Clínica Médica conta com 49 leitos. O número de enfermeiros atuantes na unidade é de 16 profissionais, distribuídos, geralmente, três no período matutino, cinco no período vespertino e dois a três enfermeiros no período noturno (EBSERH, 2020c).

3.3 Busca dos participantes e Técnica de coleta de dados

3.3.1 Busca dos Participantes:

Primeira estratégia:

Para a seleção dos profissionais foi utilizado como primeira estratégia, o método da amostragem por conveniência, sendo convidados a participar dessa pesquisa, os enfermeiros assistenciais que atuam nas unidades clínicas dos três Hospitais Universitários do RS, geridos pela EBSERH. Esse tipo de amostragem permite que todos os participantes tenham a mesma probabilidade de participar, independentemente do tamanho da amostra, capaz de produzir uma representação válida da população-alvo (GIL, 2010; HAIR, 2014).

Dessa maneira, foi enviado convite aos 51 enfermeiros atuantes nas unidades de clínicas médicas, das três instituições selecionadas como cenário da pesquisa.

Para obtenção do contato dos possíveis participantes, foi encaminhado às Gerências de Ensino e Pesquisa (GEPs) dos Hospitais Universitários (HUs), uma carta (Apêndice A), solicitando o contato de e-mail e telefone dos enfermeiros atuantes nas unidades de clínica médica, juntamente com uma carta de anuência para a instituição proponente (HU-FURG) (Apêndice B) e para os hospitais coparticipantes (HUSM e HE-UFPEL) (Apêndices C e D) solicitando a autorização institucional para a realização da pesquisa.

A GEP, juntamente com as Gerências de Atenção à Saúde e Administrativa e a Superintendência, constituem a estrutura de governança proposta pela EBSEH aos HUs Federais. A GEP é responsável por organizar os fluxos de atividades de ensino, pesquisa e extensão nos HUs, proporcionando condições favoráveis ao desenvolvimento acadêmico, permeando demandas acadêmicas de forma satisfatória e integral, por meio da sua estrutura organizacional (EBSEH, 2020c).

Foi encaminhado aos participantes via e-mail um texto convite (Apêndice E) para a participação na pesquisa, e o *link* do *Google Forms*, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F). Ao abrir o *link* o convidado visualizava na tela o TCLE, onde tinha a opção de aceitar ou não, participar da pesquisa. O participante que aceitasse participar deveria preencher o endereço de e-mail, telefone e “assinar”, clicando na opção concordo participar. Uma vez por semana, durante as três primeiras semanas do período de coleta de dados (janeiro-fevereiro/2021) foram enviados convites na tentativa de recrutar os participantes. Utilizando essa estratégia de busca, nenhum participante respondeu ao e-mail para concordar em participar da pesquisa.

A opção de utilizar o aplicativo *Google Forms*, deu-se pela possibilidade da adaptação para “assinatura” do TCLE. Esta ferramenta da *web* tem sido largamente utilizada para pesquisas *online*. Esse aplicativo é gratuito e considerado de fácil manuseio e conforme Hair et al., (2014) esse tipo de ferramenta é uma tendência crescente nas pesquisas realizadas por telefone e *internet*.

Segunda estratégia:

A partir da dificuldade de recrutamento dos participantes, optou-se por adotar a técnica de amostragem não probabilística denominada *Snowball* (“Bola de Neve”).

Essa técnica utiliza uma rede de referências, as quais, foram descritas por Goodman em 1961 (GOODMAN, 1961). Sua utilização é indicada quando se pretende realizar pesquisas sociais, com participantes de comunidades, por vezes, desconhecidas, ocultas e ou de difícil acesso (ALBUQUERQUE, 2009).

Seguindo-se os passos de Albuquerque (2009), foi realizado a busca das sementes, ou seja, os primeiros participantes que foram convidados a fazerem parte do estudo. Sendo que esses indicaram os próximos participantes que foram chamados de frutos ou filhos. A saturação dos dados foi considerada quando os mesmos começaram a se repetir, ou seja, quando não houve mais informações novas referentes a temática pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Dessa forma, foi feito contato telefônico na unidade de clínica médica com o enfermeiro que estava de plantão, o qual, foi convidado participar da pesquisa. Assim, os primeiros enfermeiros das unidades de clínica médica de cada hospital, que concordaram participar, foram considerados as sementes da pesquisa. Após a realização da entrevista com o participante semente, solicitou-se a indicação de outro enfermeiro como possível participante, sendo estes, considerados frutos da pesquisa. Ao primeiro fruto de cada hospital, após a entrevista, foi solicitada a indicação de outro participante, os quais, foram contatados via telefone, cujo contato foi fornecido pelos entrevistados.

Conforme Minayo (2014), na pesquisa qualitativa a definição da amostragem não se baseia em critério numérico. Trata-se de quais indivíduos tem vinculação mais significativa com o problema de investigação. Dessa forma, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão e seguindo-se a técnica *Snowball*, totalizou-se 18 participantes para esta pesquisa, sendo uma semente e cinco frutos de cada hospital, ou seja, seis enfermeiros de cada unidade hospitalar.

Critérios de **inclusão** na pesquisa:

-Estar exercendo, há pelo menos seis meses, a profissão de enfermeiro assistencial nas unidades de clínica médica selecionadas.

Como critérios de **exclusão**, elencou-se:

- Estar em férias e/ou afastamento das atividades assistenciais.

3.3.2 Coleta de dados:

Devido ao atual cenário mundial de restrições impostas pela pandemia do Coronavírus - 19, foi necessário desenvolver a coleta de dados de forma virtual. A mesma foi inicializada após liberação das GEPs dos hospitais selecionados e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisas da FURG (CEP-FURG).

Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, foi agendado entrevista, conforme disponibilidade de cada participante, no período de janeiro a fevereiro/2021, via chamada de vídeo. Dos 18 participantes, apenas um optou por realizar a entrevista por meio da plataforma *Google Meet* e os demais por chamada de vídeo do aplicativo *WhatsApp*.

A coleta dos dados foi realizada por entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro (Apêndice G), construído especificamente para este estudo, contendo questões fechadas (dados sociodemográficos e funcionais) e questões abertas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Para Bardin (2011), por meio da entrevista é possível a captação de material rico e complexo, pois permite a apreensão de um conjunto de dados objetivos e subjetivos que poderão permitir conhecer e analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com AVC e família no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico.

Segundo Bardin (2011), a entrevista permite a livre expressão do entrevistado e proporciona ao entrevistador o esclarecimento de temas relevantes que venham dar subsídios ao estudo. Para a confiabilidade dos dados foram realizados testes piloto, utilizando o roteiro de entrevista (Apêndice G).

3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011). A escolha deste método ocorreu pela possibilidade do conjugado de técnicas de análise que o método oferece ao pesquisador, por meio de etapas sistemáticas aplicadas ao conteúdo dos discursos, inferir conhecimentos referentes às falas dos participantes. Desta forma, a AC compreende um conjunto de operações adequadas para interpretar o conteúdo de uma mensagem e propicia ao pesquisador conhecer o que está por trás das palavras, além de desvelar a realidade mediante questões que instigam o pesquisador, ao mesmo tempo em que conserva o rigor e caráter científico da pesquisa. A AC apresenta as seguintes fases: a pré-

análise; exploração do material e o tratamento dos resultados: inferência e interpretação. (BARDIN, 2011).

Na fase de pré-análise o processo de investigação foi organizado, sistematizado e operacionalizado. Nessa etapa aconteceu o mapeamento de ideias que conduziram o plano de análise por meio da escolha de documentos, entrevistas e da leitura flutuante resultando na formação do “*corpus*”, formulação de pressupostos e objetivos. A pré-análise se subdividiu em: escolha dos documentos que foram analisados; formulação de pressupostos e objetivos e elaboração de indicadores que embasaram a interpretação final. Nesta etapa estruturou-se as unidades de registro que conferiram ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, levando a categorização. A unidade de registro foi constituída por palavras ou frase com semelhança, sentido similar e de unidades semânticas como temas, acontecimentos, ações (BARDIN, 2011).

Na segunda fase desta técnica de análise denominada exploração do material ocorreu a decodificação, decomposição ou enumeração por regras previamente formuladas, os dados coletados. Nessa etapa aconteceu a aplicação das decisões da fase anterior, ou seja, a análise propriamente dita (BARDIN, 2011).

Nessa continuidade, seguiu-se a terceira e última fase da pesquisa, o tratamento dos resultados que correspondeu ao tratamento dos dados brutos tornando-os expressivos e apropriados. A codificação ocorreu a partir dos dados brutos, os quais se transformaram sistematicamente e por conseguinte agrupados em unidades que permitiram a representação de conteúdo por agregação, recorte ou enumeração. Além disso foi empregada a categorização definida por Bardin (2011, p. 148) como “um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário – que consiste em isolar os elementos; a classificação – repartir os elementos, e, portanto, procurar ou impor uma certa organização às mensagens”. Por meio da categorização foi possível a transformação dos dados brutos em dados organizados. Desta forma, as categorias formadas se tornaram significativas em termos do trabalho proposto, sua problemática, seus objetivos e sua fundamentação teórica.

3.5 Aspectos éticos

Para atender os critérios éticos, o projeto foi encaminhado às GEPs das instituições e ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com a finalidade de atender às exigências das Resoluções 466/12 e 510/16

da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O pesquisador principal e o seu orientador cumpriram integralmente os princípios das Resoluções 466/12 e 510/16 do CONEP/MS, garantindo a autonomia dos participantes de maneira que pudessem livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa. Os participantes tiveram a garantia de que as dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa fossem todos esclarecidas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A participação das pessoas foi por meio de entrevista semiestruturada e não representou nenhum risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase da pesquisa. Os riscos foram os mínimos possíveis, pois alguns sentimentos poderiam ser mobilizados, pelo fato de que foi realizada uma conversa individual e os participantes tiveram de refletir sobre o seu cotidiano laboral e alguns episódios relacionados à sua vivência como enfermeiro na sua rotina de trabalho e no desenvolver da educação em saúde. Aos participantes foi dado o livre arbítrio de não responderem questionamentos que gerassem desconforto em qualquer dimensão. Os pesquisadores garantiram assistência imediata, integral e gratuita aos participantes da pesquisa, caso fosse necessário. Caso isso ocorresse, os participantes seriam acompanhados por um profissional psicólogo que seria contratado pelo pesquisador principal, sem qualquer ônus para eles, conforme Brasil (2012), resolução CNS N° 466 de 2012, Art. 2, itens II.3, II.3.1, podendo desistir da pesquisa sem influenciar no acompanhamento. Cabe registrar que não ocorreu nenhum caso com necessidade de assistência.

Esta pesquisa acarretou benefícios diretos aos participantes, por refletirem acerca do ser e fazer da enfermagem enquanto profissão do cuidado, bem como sua atuação nas ações educativas no período de internação hospitalar do usuário acometido por AVC e família. Dessa forma, possivelmente, conseguiram rever conceitos e repensar novas estratégias e, portanto, novas formas de desenvolver o processo educativo de saúde. A socialização (divulgação/publicação) dos resultados da presente pesquisa poderá auxiliar outros profissionais que tenham interesse pela temática e a enfermagem enquanto ciência ao ser investigado sobre as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde no ambiente hospitalar.

Foi explicado aos participantes que, após as entrevistas, os depoimentos foram transcritos de forma literal, pelo pesquisador, de maneira a proteger a fidedignidade dos dados. Posteriormente, a transcrição foi entregue aos participantes, a fim de que fosse avaliada e validada pelos mesmos. Esses dados foram organizados, analisados, e divulgados e

publicados em eventos, artigos em periódicos e outros meios de divulgação, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

A entrevista somente foi realizada após a leitura e concordância, respondido *online* do TCLE, tendo em vista ressaltar o objetivo, a metodologia e o seu anonimato. No momento de aceite em participar da pesquisa foi disponibilizado automaticamente ao participante uma cópia desse documento via e-mail ou *WhatsApp*. Reforça-se que os TCLEs foram disponibilizados por link do *Google Forms*, criado especificamente para esta pesquisa. Após, ficou uma cópia com o participante, e a outra foi arquivada pelo pesquisador principal, armazenados no banco de dados dos GEES.

Assume-se o compromisso de utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de publicações científicas, e de publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Declara-se, ainda, que não houve conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Foram aceitas as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Afirma-se que, durante a realização desta pesquisa, os dados ficam sob a tutela do pesquisador responsável para realizar a análise e sua comparação. Após, os mesmos foram arquivados em pasta decodificada do computador, onde permanecerão por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo, sendo guardados no Banco de Dados do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES), localizado na AV. Ferreira Viana, nº 693-Bairro: Areal, CEP: 96085-000, Pelotas-RS, sob a supervisão da Professora Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora e líder desse grupo de pesquisa. Além do mais, haverá durante um período de cinco anos, o monitoramento constante do material por parte do pesquisador principal. Após esse período, todas as informações referentes aos dados da pesquisa, serão destruídas.

Os critérios para suspender ou encerrar a pesquisa poderiam ser de ordem operacional, inclusive pela possibilidade de haver recusas em participar do estudo. Essa posição foi prontamente respeitada, e caso ocorresse, seria possível rediscutir o delineamento do projeto, suspendê-lo ou mesmo encerrá-lo. Ademais, caso houvesse a retirada dos consentimentos (50% +1) a pesquisa seria suspensa/encerrada, imediatamente. O pesquisador responsável suspenderia a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde dos participantes da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Caso as situações citadas ocorressem o CEP/FURG seria notificado o mais breve possível.

Ao término deste estudo, foram divulgados os resultados da pesquisa, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

e na página do PPGEnf-FURG, para elaboração de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias e artigos de cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos.

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES responsabilizaram-se pela infraestrutura necessária para a produção da pesquisa. Salienta-se que os custos do projeto ficaram a cargo dos pesquisadores.

Todos os princípios das Resoluções 466/12 e 510/16 estão descritos no TCLE. Ressalta-se que, além desses aspectos, durante todo o processo de pesquisa, foram observados os princípios bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, a saber: da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. Para garantir a confidencialidade dos participantes, neste estudo, os mesmos, foram identificados por pseudônimos elencados pela letra E de enfermeiro, seguido pela inicial de cada cidade onde está localizado o HU (S para Santa Maria; P para Pelotas e R para Rio Grande), seguidos de números cardinais, conforme a ordem de cada entrevista, por ex. (EP1; ES3..). A presente pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa na Área da Saúde da FURG, CAAE: 39733320.6.0000.5324, sob o parecer nº 4.442.386.

4. DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA

*As escolhas, as possibilidades, as incertezas
são, ao mesmo tempo, propriedades do
universo e da experiência humana*

Ilya Prigogine

O presente capítulo apresenta os dados e resultados obtidos por meio da entrevista semiestruturada, a qual contemplou questões fechadas, tipo questionário sobre os dados sociodemográficos e funcionais dos participantes, apresentados no item 4.1. A entrevista semiestruturada constou de questões abertas, cujos dados analisados foram organizados em 10 quadros, identificados como 4.2.1 a 4.2.10.

4.1. Apresentação dos dados sociodemográficos e funcionais dos participantes da pesquisa:

Quadro 1: Perfil sociodemográfico e funcional dos participantes da pesquisa

<i>Idade</i>	
	Nº
<i>Até 30 anos</i>	2
<i>De 31 a 40 anos</i>	8
<i>De 41 a 50 anos</i>	8
<i>Sexo</i>	
	Nº
<i>Masculino</i>	3
<i>Feminino</i>	15
<i>Turno de Trabalho</i>	
	Nº
<i>M</i>	3
<i>T</i>	2
<i>N</i>	2
<i>Misto</i>	11
<i>Formação</i>	
	Nº
<i>Graduação</i>	1
<i>Latu Sensu</i>	8
<i>Mestrado</i>	2
<i>Doutorado</i>	1
<i>Pós Doutorado +Latu Sensu</i>	1
<i>Latu sensu + Mestrado</i>	5
<i>Usuários com AVC Assistidos em 2020</i>	
	Nº
<i>De 8 à 11</i>	5
<i>De 12 á 15</i>	1

<i>Mais de 20</i>	12
<i>Usuários com AVC assistidos durante toda prática profissional</i>	
<i>Mais de 25 usuários</i>	Nº 18
<i>Tempo de Profissão</i>	
<i>Até três anos</i>	Nº 4
<i>De 4 a 8 anos</i>	1
<i>De 9 a 15 anos</i>	11
<i>De 16 a 20 anos</i>	1
<i>Mais de 21 anos</i>	1
<i>Tempo de Clínica Médica</i>	
<i>Menos de 3 anos</i>	Nº 12
<i>De 4 a 9 anos</i>	4
<i>De 10 a 15 anos</i>	2
<i>Média de Enfermeiros nos três turnos na Clínica Médica</i>	
<i>De 5 a 6</i>	Nº 12
<i>9 ou mais</i>	6
<i>Em média a distribuição é igual nos três turnos?</i>	
<i>Sim</i>	Nº 10
<i>Não</i>	8
<i>Distribuição de Enfermeiros atende as necessidades dos usuários?</i>	
<i>Sim</i>	Nº 7
<i>Não</i>	11
<i>Maior dificuldade do enfermeiro desenvolver Processo Educativo</i>	
<i>Falta de Tempo</i>	Nº 12
<i>Falta de Cooperação da Equipe de Enfermagem</i>	4
<i>Falta de Apoio Institucional</i>	1
<i>Superlotação</i>	1

Fonte: Dados da pesquisa, organizados por Paula e Siqueira (2021).

Em relação aos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, a faixa etária demonstra oito enfermeiros entre 31 e 40 anos e da mesma forma, oito participantes entre 41 e 50 anos e dois enfermeiros até 30 anos. A totalidade de participantes do sexo feminino foi de 15 e do sexo masculino três participantes.

No que se refere ao turno de trabalho, a prevalência foi de 11 enfermeiros que atuam no turno misto, três no turno da manhã, dois no turno da tarde e dois no turno da noite. Com relação a formação teve-se oito enfermeiros com curso *latu sensu*, cinco enfermeiros com mestrado e curso *latu sensu*, dois com mestrado, um com graduação, um com doutorado e um enfermeiro com pós-doutorado e *latu sensu*.

Com relação ao número de usuários com AVC assistidos em 2020 a prevalência foi de 12 profissionais que assistiram mais de 20 usuários, cinco enfermeiros assistiram entre oito e 11 pacientes e um enfermeiro assistiu entre 12 a 15 pacientes. Houve unanimidade entre os enfermeiros com relação a terem atendido mais de 25 usuários durante toda a prática profissional.

O tempo de profissão dos participantes foi 11 enfermeiros entre nove a 15 anos, quatro enfermeiros até três anos de profissão, um enfermeiro de quatro a oito anos, um de 16 a 20 anos e um enfermeiro com mais de 21 anos de profissão.

Quanto ao tempo de atuação na clínica médica, prevaleceu 12 participantes com menos de três anos, quatro participantes que atuam de quatro a nove anos e dois participantes de 10 a 15 anos atuando na clínica médica. Doze participantes referiam que a média de enfermeiros que atuam na clínica médica nos três turnos é de cinco a seis enfermeiros, já seis participantes, referiram que essa média varia entre nove ou mais enfermeiros divididos nos três turnos.

Com relação a distribuição de enfermeiros nos três turnos ser igual, 10 participantes informaram que sim e oito informaram que essa distribuição não é igual. Sobre essa distribuição atender as necessidades dos usuários, 11 participantes responderam que não atende e sete responderam que essa distribuição atende as necessidades dos usuários.

Sobre a maior dificuldade que o enfermeiro encontra para realizar o processo educativo, 12 enfermeiros referiram falta de tempo, quatro citaram a falta de apoio da equipe de enfermagem, um referiu a falta de apoio institucional e um citou a superlotação.

4.2 Dados e resultados das questões abertas das entrevistas semiestruturadas, organizados em 10 quadros, registrados como Quadro 4.2.1 a Quadro 4.2.10.

Quadro 4.2.1: A Existência e uso de protocolo institucional de preparação para a alta hospitalar.

Legenda Quadro 4.2.1

Existe protocolo



Não existe Protocolo



Não tem certeza se existe



Existe uma organização informal dos profissionais



Participantes	Questão 14: A preparação para Alta Hospitalar segue algum tipo de protocolo específico? Em caso positivo, em que consiste esse protocolo, em relação a Educação em Saúde (ES)?
ER1:	[...]Existe protocolo de liberar o paciente, mas não traz nada específico sobre ES[...]
ER2:	Não existe, talvez tenha, mas a aplicabilidade dele não existe[...]
ER3:	Não, não tem. Se existe a gente não tem conhecimento. Agora a gente vê que a alta é programada, alguns dias antes o médico já faz aquela programação junto com a enfermagem, com assistente social, com a psicologia, para os devidos encaminhamentos e para a gente da enfermagem resolver alguns aspectos relacionados a medicação, curativo[...]
ES1:	Não, hoje a gente não segue nenhum protocolo, a gente orienta de acordo com a necessidade de cada paciente[...]
ES2:	Protocolo assim, não tem, cada um faz a sua parte, a fonoaudióloga dá as orientações dela, a fisioterapeuta dá as orientações dela e a equipe médica dá a parte do segmento de ambulatório e tal [...]
ER4:	Não, isso muito me constrange, mas não existe[...]a alta quem dá é o médico e quando a gente olha, o paciente já está indo embora. Então eu penso, pacientes que vão embora com feridas, isso é da enfermagem, o médico não vai saber orientar isso, e aí se perde isso.
ER5:	Não, não tem nenhum protocolo sobre a questão da alta.
ES3:	Pré-estabelecido, formalizado, não. Informalmente, nós enfermeiros sempre acionamos a equipe multiprofissional, desde o início da internação[...]esse paciente só dá alta depois que todos os profissionais já alinharam a vida dele. Não está formalizado isso.
ES4:	Se tem no hospital, eu desconheço[...] não tem um protocolo desenvolvido que a gente siga para se ter clareza que foram abordados todos os cuidados, todas as etapas que esse paciente/família vai passar no domicílio.
EP1:	A preparação para alta não segue protocolo e nem fala nada sobre ES.
ES5:	Protocolo para alta, para esses pacientes não tem, se existir, eu desconheço. Mas o que acontece, estão tentando instituir, o que se chama de alta programada e nessa alta programada eles comunicam a equipe e dá tempo para a equipe ir se organizando e realizando as orientações[...]
EP2:	Não. O que acontece lá é o seguinte, você tem um formulário, a enfermeira carimba esse formulário para a enfermeira dizer que esse paciente está de alta, para ele entregar na portaria e ele vai[...]
EP3:	Não. Não existe nada instituído[...]. Não é implementado, seria uma ótima sacada da empresa, inclusive[...] O que eu procuro fazer sempre que um paciente vai dar alta, eu sempre pergunto se ele quer alguma orientação.
ES6:	Lá no setor não. Não temos protocolo na alta.
EP4:	Não, não tem. Vai da nossa orientação ou das dúvidas do paciente.
EP5:	Não, o enfermeiro assina o papel para alta e se tem que dar alguma orientação, mas não tem nada não.
EP6:	Não tem protocolo, a única coisa é uma documentação da instituição que tu entregas.
ER6:	Na verdade, tem protocolo, mas em vista da demanda ser muito grande a gente faz meio que de forma empírica essa ES.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Os dados demonstram que não existe uma unanimidade dos participantes em relação ao conhecimento da existência ou não de protocolo específico para a preparação para a alta hospitalar e que aborde a educação em saúde. Alguns participantes referiram que existe protocolo, mas que este não é utilizado, outros não tem certeza da existência e outros mencionam não ter.

Outrossim, alguns participantes relataram a existência de um arranjo informal dos enfermeiros e outros profissionais para a realização de acompanhamento e preparação para alta dos usuários. Entretanto, a maioria dos participantes afirma que não existe protocolo específico utilizado em relação a Educação em Saúde (ES)

Quadro 4.2.2: Início do processo educativo realizado pelo enfermeiro para o cuidado no domicílio.

Legenda Quadro 4.2.2

No dia da alta



Na chegada do usuário



Primeiro contato com o paciente/família



Ao longo da internação



Na previsão de alta



Apoio da equipe de Internação domiciliar para a alta



Em momentos/ocasiões pontuais



Participantes	Questão 15: Sendo você o responsável para orientar a alta do usuário com AVC, para o cuidado no seu domicílio, quando você inicia o processo educativo?
ER1:	Isso acontece no dia da alta[...]a nossa orientação vem desse momento que a gente sabe que ele vai ter alta[...]
ER2:	Na verdade, começa desde momento que tu tens o primeiro contato com o paciente. Eu procuro sempre no contato com o paciente já orientar o que eu acho importante orientar[...]Então acho que todo momento que tu tens de orientar, conversar, dependendo do que a família pergunta[...]
ER3:	A orientação que a gente dá, se é um paciente acamado, a gente vai dando ao longo da internação, ao longo do cuidado[...].Eu vejo muito uma preocupação desses familiares que já ficam perguntando, eu vou cuidar dele, como eu faço? Então ao longo (da internação) a gente já vai mostrando como acontece.
ES1:	Desde a chegada dele. [...] Já na chegada dele a gente já começa a conversar alguma coisa, por que o dia da alta é um dia de angustia para eles, eles não vão aprender nada no dia da alta, isso a gente tem bem claro, a maioria dos nossos pacientes são acamados, então a gente sabe da importância de preparar para a alta[...]
ES2:	Ao decorrer da internação, como é uma internação longa, aquele cuidador que está ali, geralmente é o cuidador que vai cuidar em casa[...].durante toda a internação a gente vai educando, durante toda a internação eles vão se apropriando dessa nova condição de vida que eles vão ter[...]
ER4:	O meu processo de educação é pontual. Não acontece uma continuidade [...]Por exemplo, hoje foi uma situação de uma paciente que estava lá e eu aproveitei que tinha um acompanhante lá e falei, vou lhe ensinar como fazer isso, porque eu sei

	que depois, em outro plantão, talvez eu não encontre mais essa pessoa e talvez eu não veja mais essa situação, então são nesses momentos que eu tento orientar.
ER5:	Eu particularmente não tenho um tempo determinado, é na visita com os pacientes que eu fico responsável, se surgir alguma dúvida eu respondo para ele, mas não tem um tempo determinado, no início, ou no final da internação, vai acontecendo conforme ele está ali conosco.
ES3:	[...] Quando ele chega na unidade, quando ele interna.
ES4:	Normalmente, eu início quando a gente já sabe que ele tem alguma previsão de alta. Ou quando se percebe que a família tá muito receosa da situação do paciente em alguns procedimentos essas ações educativas começam um pouco antes, mas algumas ações mais pontuais as vezes acabam sendo nos dias que antecedem a alta mesmo[...]
EP1:	No primeiro contato que eu tenho com esse paciente e família[...]Então essa ES, é na chegada do paciente no hospital[...]
ES5:	[...]Durante toda a internação a gente já procura fazer na unidade, orientações de cuidado, não só naquele momento pré alta, mas durante toda a internação, procura fazer essas orientações de cuidado preparando para a alta[...]
EP2:	Assim, é muito complicado isso[...]Então o paciente saiu de alta, eu tenho que orientar ele em relação a um curativo, aí você entrega algum material e fala o senhor usa dessa forma e é assim na enfermaria, bem rápido por que o leito tem que desocupar para vir outro[...]
EP3:	Quando eu vou fazer a visita no meu paciente, independente se ele está com previsão de alta ou não, eu já começo a conversar com a família, até para eu poder entender como funciona essa família[...]a partir da visita e da proximidade com aquele paciente e familiar eu já começo a minha ES.
ES6:	Na verdade, a gente acaba orientando durante a internação e conforme vai surgindo algo novo para aquele paciente a gente vai orientando a família que está ali acompanhando[...]. Os médicos chegam para a gente e dizem que já tem uma previsão, por exemplo, chegam na segunda e falam que a previsão é até sexta-feira para a alta, a gente já começa a orientar. Tanto se o paciente tem condições de entender e a família também, quem vai cuidar desse paciente em casa[...] Alguns pacientes que vão necessitar de cuidados em casa, os médicos podem solicitar o acompanhamento da equipe domiciliar. Essa equipe vai lá na unidade para conhecer o paciente, conversar com a família para ver se eles podem ser admitidos no serviço[...] É uma equipe do hospital só para isso, eles atendem em média 30 pacientes.
EP4:	Isso é complicado, as vezes a gente fica sabendo da alta do paciente, pelo próprio paciente. Que o médico foi lá, informou, foi lá fazer a alta e pronto[...] Então nesse momento, no momento imediato da saída do paciente, ou então eles dizem, estou de alta, tenho um curativo, como eu vou fazer em casa? Aí a gente explica, mas é no dia da alta[...]
EP5:	Eu pelo menos estou fazendo e explicado, no dia a dia.
EP6:	Já no início (da internação) [...]o primeiro contato com o paciente já realizo as escalas, de queda e já passo as orientações.
ER6:	Assim, é bem difícil a gente ter esse tempo, é no momento da alta, o médico chega e diz que vai dar alta para tal paciente, até por que não tem essa preparação programada para alta[...]a gente vai lá e apagar incêndio[...]a gente tem a consciência que ele não sai bem preparado para a alta. Mas praticamente a gente prepara o paciente para alta, no momento da alta.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Os dados apresentam uma diversidade em relação à quando o enfermeiro dá início ao processo educativo para usuário e família, para a preparação para a alta hospitalar. Alguns participantes relataram abordar esse processo no dia ou na previsão de alta dos usuários.

Em determinada instituição, os enfermeiros relataram que contam com a participação de equipe específica de internação domiciliar apoiando esse processo e alguns participantes relataram que a educação em saúde não é um processo do seu fazer e dessa forma, acontece em momento/situações pontuais.

Entretanto, a maioria dos entrevistados relataram que realizam a educação em saúde desde a chegada do usuário e família na unidade de internação, ou em qualquer contato ou visita ao usuário, ou seja, realizam esse processo educativo preparando o usuário e família para a alta hospitalar durante toda a internação.

Quadro 4.2.3: Espaço específico na unidade de internação para realização da educação em Saúde.

Legenda Quadro 4.2.3

Na beira do leito



Não existe local específico



Existia, antes da pandemia



Existe, mas não é utilizada



No corredor



Participantes	Questão 16: Em relação a essas ações de educação em Saúde, a instituição possui espaço específico? Onde acontece a ES?
ER1:	É na beira do leito mesmo[...]
ER2:	Na beira do leito[...] não existe nenhum local específico que pudesse fazer.
ER3:	Na beira do leito, com os pacientes, na beira do leito.
ES1:	Antes da pandemia, nós fazíamos grupo de ES com os familiares, nós temos um hall de entrada grande. Nós chamávamos todos os acompanhantes, fazíamos um lanche com eles e dava essas orientações[...] Se precisasse ir para a beira do leito, ensinar algo mais específico, a gente ia com aquele acompanhante[...] Então hoje a gente vê como faz falta esses grupos, por que tem muitas coisas que no dia a dia tu não consegue orientar e assim, chamando pequenos grupos, tu consegue fazer uma fala geral[...]e tu percebe como eles mudam, como eles mudam com a equipe...então esse espaço é bem grande a gente conseguia utilizar[...]Não é uma estrutura específica, é uma sala de estar que a gente adaptou para isso. E ainda as ações que fazemos na beira do leito.
ES2:	Ali é na beira do leito, não tem nenhuma sala que tu possa fazer.
ER4:	Eu, particularmente, se existe, não conheço, mas é realizado mesmo na beira do

	leito.
ER5:	É na beira do leito mesmo, não tem assim, uma sala, igual a gente vê na atenção básica que tem uma sala de educação em saúde, não, lá não tem[...].
ES3:	Tem acontecido na beira do leito.
ES4:	Ali na unidade a gente não tem nenhum lugar específico, acaba sendo na beira do leito[...]. Até um tempo atrás, nós tínhamos grupo de ES com familiares e acompanhantes que não era só na alta. Acontecia uma vez por semana e os assuntos e temas abordados eram bem gerais[...]. Tínhamos esse grupo que fazíamos ES com acompanhantes e familiares, alguns pacientes que podiam sair do quarto também participavam e era realizado no hall de entrada da unidade, era um espaço aberto[...]. Até se tem um espaço na unidade que é uma sala de aula, para algumas atividades da equipe, a gente reserva essa sala, mas como é uma sala de aula, muitas vezes está ocupada pelos residentes e professores da medicina e a gente não consegue encaixar o horário.
EP1:	Não há nada específico do hospital[...]. É na beira do leito.
ES5:	Não, é na beira do leito, a gente não tem um local apropriado para isso.
EP2:	Não, é no corredor ou na beira do leito[...]. Você não tem um espaço, você não tem um espaço para conversar com ele, é ali na enfermaria, na frente de todo mundo.
EP3:	Não tem lugar específico. Eu queria muito que isso fosse possível porque eu vejo que tem algumas conversas e perguntas que são muito constrangedoras e que tu és obrigado a fazer[...]. Ou a gente leva esse paciente/familiar para o corredor ou a gente faz na beira do leito.
ES6:	Nós não dispomos de uma sala específica para ES. Acaba sendo na beira do leito para paciente e familiar. Antes, lá na unidade, nós tínhamos grupos para familiares e acompanhantes, era feito no hall de entrada da unidade. Eram chamados familiares, acompanhantes para fazer ES, tirar dúvidas deles[...]. Foram mudadas as rotinas e foram sendo cobradas muitas coisas que a gente teve que parar de fazer essa atividade de ES[...]. Antes da pandemia, a gente discutiu a possibilidade de retomar, com esses grupos, mas acabou que para isso a gente precisa de tempo e como a gente vai conseguir fazer tudo?[...] não tem como tu começar algo e não dar sequência naquilo então acabamos postergando, depois veio a pandemia e acabamos não voltando com o grupo.
EP4:	Na beira do leito.
EP5:	Acontece na beira do leito.
EP6:	Na beira do leito e as vezes, quando há necessidade a gente conversa com o familiar no corredor, não tem um local para isso.
ER6:	Na beira do leito, não tem nenhum lugar específico.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Os dados demonstram que as ações de educação em saúde, acontecem, em grande parte, na beira do leito, alguns referem que em alguns momentos acontece nos corredores da unidade bem como mencionam que os hospitais e as unidades de internação não disponibilizam de um lugar adequado/específico para essas atividades.

Alguns participantes relataram que existe sala para realizar educação em saúde, entretanto não é utilizada e em um hospital específico existia e era realizada educação em saúde em grupos, porém era um espaço improvisado pelos profissionais e que devido a pandemia de COVID-19, essas atividades tiveram que ser suspensas.

Quadro 4.2.4: Dimensões biopsicossocial/espiritual abordadas no processo educativo do enfermeiro

Legenda Quadro 4.2.4

Biológico (Diagnóstico, Estilo de vida, Técnicas)

Psicológica

Espiritual

Equipe Multiprofissional/Outros Profissionais/Residência Multiprofissional ajudando a contemplar as necessidades educativas dos usuários/família

Social

Social

Participantes	Questão 17: Em relação as dimensões biopsicossocial/espiritual, do usuário e família, qual (quais) são abordadas ou não no seu processo educativo?
ER1:	[...]Dependendo do estágio do paciente, do diagnóstico, a orientação seria específica para aquele diagnóstico para diminuir o sofrimento do paciente em casa[...]
ER2:	Eu acho que sempre a questão psicológica vem muito de perceber as fragilidades, porque cada um tem uma abordagem[...] o paciente tem a necessidade de falar também, mas não tem muita escuta[...]A questão espiritual também eu acho importante[...] Eu falo para eles, que bom que tu tens a tua fé, essa fé vai te ajudar a ter forças para encarar as dificuldades daqui para frente, modificar teu estilo de vida.
ER3:	Eu acredito que eu consiga abordar mais o biológico[...] e quando a gente percebe, principalmente a família, tem algum aspecto psicológico afetado, a gente procura trabalhar, fazer uma avaliação psicológica[...]
ES1:	A parte espiritual, religiosa, eu não consigo abraçar isso[...] Inclusive na SAE, quando eu elaboro a SAE de cuidados a gente acaba deixando isso de fora, não que eu não ache importante, mas não me sinto preparada para trabalhar isso. Em relação a oferecer alguém para ir dar um conforto espiritual, a gente não pergunta, isso a gente peca, acho que nenhum colega pergunta isso[...] Nós temos a equipe multiprofissional e temos a residência multiprofissional[...] o paciente é atendido em vários aspectos, por exemplo o atendimento social, que atende quase todos os dias, que faz encaminhamento[...] O meu atendimento, ele foca mais no biológico, mas o paciente não fica desassistido pelos demais porque é bem forte a equipe multiprofissional e a residência multiprofissional lá no hospital.
ES2:	Acho que principalmente a social, eu pelo menos, tento ter o cuidado com aquela família, que linguagem tu vai usar, mais direcionado ao social, ao cultural, como que tu vai explicar, dar orientações[...] eu tento entender a vida daquela pessoa, como vai cuidar, quem vai cuidar e a gente vai tentando direcionar, junto com as colegas da equipe multiprofissional, ver o que é melhor para aquele paciente[...]
ER4:	Eu acho que eu abordo mais a parte psicológica e espiritual, eu acho que eu foco muito nesses quesitos[...] Eu tento ir por esse lado e também pedir apoio de outros profissionais, o apoio da psicologia, mais nesse sentido.
ER5:	Se prende mais no biológico mesmo, não foge para outros aspectos, não.
ES3:	[...] eu me proponho a falar mais sobre coisas técnicas, sobre cuidados, procedimentos, do que num sentido mais amplo[...]Tento perceber a

	vulnerabilidade social, cultural. Tu vais sentindo, se é uma pessoa que tu consegue passar mais informações, mas tem outros que são mais limitados[...]
ES4:	[...] Eu acho que mais estão contempladas as necessidades biológicas que são necessidades bem vitais, respiração, cuidados com a pele, eliminações e as sociais, mas espirituais é quase nada e psicológicas as vezes, alguns aspectos, mas muito assim, sucinto.
EP1:	Eu acho que a parte espiritual a gente acaba não abordando muito mesmo, a gente acaba ficando mais na preocupação das mudanças fisiológicas e biológicas, tentando mostrar para eles a interação que vai ter na comunidade[...] Tento mostrar como vai ser a vida lá no domicílio, falando por exemplo, sobre a cadeira de banho se eles têm, se não tem, vamos pensar lá em casa como vai ser então[...]
ES5:	Acredito que a gente acaba focando mais na parte física, no cuidado biológico da pessoa[...] A enfermagem acaba se misturando com outras áreas que a gente acaba falando no geral[...] algum cuidado psicológico, mas eu vejo que a gente acaba focando mais no fisiológico do paciente.
EP2:	[...] Eu procuro saber esse lado espiritual, pois muitos vão desacreditados achando que vão morrer e muitas vezes é o que acontece[...]
EP3:	Isso depende muito, eu tento conversar com a família para tentar entender quais são as necessidades, onde essa família tem mais vulnerabilidade[...] eu sempre pergunto diretamente, o que tu achas que precisaria para você exercer esse cuidado, ou o que tu achas que precisa para você poder ir para casa se sentindo mais seguro[...] Eu vejo que escutar um familiar um paciente é a coisa mais importante que a gente precisa exercer.
ES6:	Eu acho que acabo abordando mais a questão biológica mesmo. Déficits e consequências que a doença acaba trazendo fisicamente, a dificuldade para deambular, para falar, para se alimentar, acabo abordando mais isso[...] a parte psicológica, a gente tem a possibilidade de chamar o psicólogo e aquele paciente é acompanhado pelo psicólogo, que vem para dar um apoio[...] quanto a questão social a gente até aborda, mas bem menos[...]
EP4:	Muitas vezes, mais de 50% do biológico e muito o social também, por que aqui o hospital é 100% SUS, então a população que interna é uma população mais carente[...]
EP5:	Além da biológica, acho que a psicológica um pouco, a espiritual, não.
EP6:	Tu sabes que tu lidas com vários níveis sociais e de entendimento cultural...Eu falo cultura, por que já abrange bem o meio que ele está vivendo, seria o social[...] então eu vejo o contexto que ele vive para explicar as coisas[...] Abordo também o biológico[...] mas primeiro é o contexto social, se não tu não consegues chegar no restante.
ER6:	As biológicas, nas necessidades fisiológicas e no autocuidado.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Em relação a abordagem das dimensões biopsicossocial/espiritual do usuário e família, durante as atividades de educação em saúde nas unidades de internação, os participantes apresentaram algumas divergências em relação ao que se refere a maior ênfase nessas dimensões.

Grande parte dos participantes relataram que conseguem contemplar na maioria das vezes, a dimensão biológica, direcionando a educação em saúde no diagnóstico do usuário, em mudanças no estilo de vida, e, em técnicas e procedimentos que devem ser ensinados aos usuários e suas famílias.

As falas dos participantes demonstram que as dimensões psicológicas, social são abordadas, porém com menor frequência. Entretanto, algumas falas relatam o apoio que o enfermeiro recebe da equipe multiprofissional para ajudar a contemplar essas dimensões nas ações de educação em saúde.

No que se refere a dimensão espiritual, os dados demonstram que os participantes reconhecem a importância dessa dimensão, entretanto, não se sentem preparados para contemplá-las, assim como, outros participantes relataram que incentivam essa dimensão nos usuários e família.

Quadro 4.2.5: Autor ou referencial metodológico para realização da Educação em Saúde.

Legenda Quadro 4.2.5

Não utiliza/não lembra nenhum autor

[Amarelo]

Autoras da Enfermagem

[Verde]

Autor da Educação

[Ciano]

Realizam de forma empírica

[Rosa]

Participantes	Questão 18: O processo de educação, tem relação com algum conhecimento teórico-metodológico que você conhece ou lembra? Que autor ou autores falam sobre esse conhecimento, ou indicam essa forma de desenvolver o processo educativo?
ER1:	Não tenho um autor ou metodologia específica, me baseio mais na patologia do paciente e necessidade do paciente[...]
ER2:	[...]eu lembro é a Leininger que fala do cuidado transcultural [...]
ER3:	Não, não tem, que eu me lembre assim, não.
ES1:	Eu li muito Wanda Horta, Orem, que a gente segue para fazer a SAE, acho que mais essas duas, que a gente tem[...]
ES2:	Eu acho que o maior educador que a gente tem como base é Paulo Freire né, mas também não tenho nenhum conhecimento muito profundo assim, já li alguma coisa, mas não me baseio em autor para realizar.
ER4:	Não nenhum específico, eu faço leituras que vi durante a formação, mas uma linha em si, não.
ER5:	É mais instintivo mesmo, não tenho como base nenhum autor.
ES3:	Não, não lembro de nenhum autor e metodologia específica.
ES4:	Não, não sigo um referencial de um ou de outro.
EP1:	Eu li muito, Paulo Freire, o meu TCC[...] dar o protagonismo, ver qual é o mundo da pessoa para depois eu poder falar. Não é simplesmente eu passar informações[...] eu tenho esse cuidado de não colocar só o meu conhecimento o tempo todo, por que vai ficar só eu falando e não vai ser efetivo para ninguém, então ele me inspira e eu busco muito isso nele, a partir daí que me provoca a falar, a fazer.
ES5:	Olha me vem à mente, Wanda Horta, nos processos de enfermagem.
EP2:	Eu gosto muito de Paulo Freire, gosto muito dos ensinamentos dele, a pedagogia do oprimido, então me baseio muito nele para esse tipo de conversa com o paciente[...]

EP3:	Não, geralmente não. Eu acho que a gente tem o conhecimento inserido, a gente tem a teoria presente, não tão claro aquele autor que fez aquele trabalho, que desenvolveu aquela pesquisa, mas tu vais fazendo de forma empírica, de acordo com a demanda.
ES6:	Na verdade, não tem nenhum autor específico, eu já vi vários, mas eu sou muito assim que a ES tem que partir das necessidades que a pessoa tem e não do que o profissional acha que a pessoa precisa saber[...]
EP4:	Não, não lembro de nenhum autor e metodologia.
EP5:	Não, não tem.
EP6:	Eu vou ser sincera, não sigo referencial teórico, a gente vai partindo pela experiência, vai adaptando, vai vendo que dá certo.
	ER6: Na verdade, até pela minha outra profissão que é a docência, eu penso em Freire, procurando adaptar aquele sujeito a sua realidade[...]

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Em relação a utilização de autores e/ou metodologias para o desenvolvimento do processo educativo, os dados demonstraram a citação de três diferentes autores da enfermagem e um autor da educação.

Outros participantes relataram que não utilizam ou não lembram de nenhum autor específico e outros relataram que realizam educação em saúde de forma instintiva, empírica, a partir das experiências e anos de profissão.

Quadro 4.2.6: Passo a passo do processo educativo realizado pelos enfermeiros.

Legenda Quadro 4.2.6 7

Não tem passo a passo, realiza instintivamente, a partir dos anos de experiência.



Realiza com base nas necessidades biofisiológicas/sequelas da patologia, com foco nos procedimentos/técnicas.



Treinam o familiar na internação para os cuidados no domicílio



A partir das dúvidas de cada família/usuário



Entender o contexto família/cuidador/domicílio



Equipe Multiprofissional/outros profissionais



Não consegue fazer ES, apaga incêndio



Tentam estreitar vínculo com a Atenção Básica



Participantes	Questão 19: Descreva o passo a passo do processo educativo que você costuma desenvolver ao usuário portador de AVC e família da Clínica Médica para o cuidado no domicílio após a alta hospitalar.
ER1:	[...] Na hora que eu recebo a notícia do médico que o paciente vai ter alta, eu já sei instintivamente o que ele vai precisar em casa para continuar o tratamento dele[...]

	gente já sabe que ele teve uma pneumonia, minhas orientações seriam a partir desse diagnóstico[...] eu não tenho, vamos dizer assim, uma preparação para aquilo[...]
ER2:	Chego na unidade, eu não sei quem vai ter alta[...] a primeira coisa, pega o prontuário do paciente e lê e já sabe mais ou menos o que vai acontecer com ele, qual a história, para poder dar os encaminhamentos[...] quando o paciente vai com sonda (nasoentérica) a gente tem de estar buscando antes mesmo, um encaminhamento para que ele consiga essa dieta[...] e durante a internação já orientei como vai ser o curativo, tu vai ensinando o acompanhante durante o processo, fica mais fácil[...] paciente que teve AVC, ficou com uma hemiplegia, tu tens que ajudar ele a mudar de posição, estimular[...]
ER3:	Eu lembro muito de um paciente que tinha AVC, era completamente acamado, a família era muito participativa[...]a gente explicava como fazia (os cuidados), depois tentava deixar ela fazer, para ver se estava tudo ok[...]Pacientes que tem curativo, eu sempre oriento que se tiver alguém especializado, um enfermeiro, é melhor[...] Em relação a dieta, eu sempre oriento para ter o cuidado de não obstruir, não deslocar a sonda (de alimentação) [...]
ES1:	[...]primeiramente eu pergunto se aquele familiar vai ser o cuidador, eu parto da singularidade, da necessidade daquele paciente/família[...]a gente já ensina a passagem de sonda de alívio, cuidados com a pele, com o banho, os técnicos de enfermagem fazem isso, as orientações corretas de como dar um banho no paciente acamado, como fazer o curativo, os técnicos de enfermagem vão trocar uma fralda já chamam o familiar e diz, vamos trocar aqui, molha pra mim o paninho ali, por que depois em casa é tu que vai fazer, vai mostrando e depois já deixa eles fazer, por que só olhar é uma coisa, quando vai fazer é que surge a dúvida[...]Então eu não tenho um passo a passo assim. Vai muito dos anos de profissão, de você já ter uma coisa automática, de ir fazendo[...] Outra coisa importante que a gente vê é o cuidado ao cuidador, perguntar para ele quantas pessoas vão estar inseridas no cuidado, vai ser uma, duas, por que se não, essa pessoa não vai poder ir num mercado, porque não vai ter com quem deixar, pois o paciente acamado se torna uma criança em casa, você não pode deixar sozinho nem por 5 min. E isso são coisas difíceis da gente conseguir sanar.
ES2:	Eu chego e abordo, o que tem de dúvida, se realmente ficou entendido, mais assim, nesse passo a passo da família me dizer o que ela não entendeu, mas nada muito específico[...] Vai a partir da demanda deles, do que eles sinalizam e na alta, eu particularmente, gosto de fazer perguntas abertas, o que tu ainda não entendeste? O que tu gostaria de saber?
ER4:	Eu começo localizando o paciente onde ele está, bom dia, hoje é tal dia, me apresento...eu tento explicar por que ele está recebendo as medicações, por que ele está com acesso venoso[...]
ER5:	[...]eu vou fazer todo aquele histórico de anamnese, perguntando como ele está seguindo o passo a passo, avaliando critérios de dor, aceitação de dieta, eliminações fisiológicas e de antemão eu entro na patologia[...]conforme vai surgindo algumas dúvidas eu vou respondendo conforme eu saiba.
ES3:	Na realidade assim, quando chega o paciente que tem AVC[...] a gente vai tentar ajeitar a vida dele ali na unidade para ele poder dar alta...eu chego para a visita, avalio o paciente como um todo, vou descobrindo a história dele, o que aconteceu, vejo quais procedimentos de enfermagem que eu tenho que alinhar e eu aciono a equipe multiprofissional e a gente vai se falando sobre esse paciente todos os dias[...] Não tem uma receita, é a partir das demandas de cada paciente/família.
ES4:	[...]Eu sempre procuro me apresentar, eu questiono a família e o paciente sobre a patologia, o que eles já sabem sobre a patologia do paciente... depois disso já vou orientando o que essa patologia provocou de mudanças nesse paciente, se é necessário uma taqueostomia, por que é necessária, quais os cuidados terão, os cuidados com a pele e com a prevenção de lesões[...]mesmo que seja com óleo que a

	<p>família tenha disponível no domicílio...muitas vezes a gente precisa estar adequando bem a nossa linguagem para que eles compreendam[...] eu vou realizando um curativo, explico como eles vão fazer em casa, a gente realiza o procedimento uma, duas vezes, mostrando, explicando o procedimento e como vai ser realizado e na sequência eu questiono se a pessoa está se sentindo tranquila para realizar sob a minha supervisão, assim eles realizam uma vez, realizam duas vezes, a gente dizendo os passos[...] a gente vai supervisionando diretamente nesses casos de procedimentos[...] se a gente vai fazer alguma referência para alguma unidade de saúde quem eles devem procurar lá, já manda descrito e orienta o familiar, isso a gente manda descrito[...] sempre procurando utilizar uma linguagem que eles entendam e procurando me certificar que eles estão se sentindo seguros e independentes para realizar.</p>
EP1:	<p>Eu chego na beira do leito[...] pergunto para ele e para a família o que eles entendem que mudou com aquela internação, essa é a primeira coisa[...]eu tento ver a realidade de vida dele, onde mora, as condições financeiras e o que vai ter de cuidado depois[...]eu começo pelo mais fácil que é o se vestir, vai ter problema com higiene, alimentação[...]Tentando entender também o cuidador que está ali, se é um cuidador da família, qual é o vínculo deste cuidador[...] aqui na minha cama (do hospital), eu consigo levantar e deixar em uma posição de Fowler, em casa não tem, então vamos pensar como fazer, talvez colocar tijolos nos pés da cama. Tentando já prepara lá para frente[...] então é uma construção assim mesmo[...] Enquanto ele está na internação, pergunto se eles têm uma Unidade Básica de Saúde e peço para a família já fazer contato com essa unidade para nos dar um retorno, oriento a família que peça tudo escrito no papel bem explicado para que a equipe de Atenção Básica, tenha essa referência e se ficar com dúvida possa entrar em contato com a equipe do hospital para tentar conversar, pois não tem essa conversa. A gente já vai construindo isso junto, tentando dar o protagonismo para o acompanhante e paciente para interagir e tentar facilitar o pós alta, sempre pensando isso, tentar deixar o mais fácil para quando sair do hospital.</p>
ES5:	<p>Chego lá, me apresento para o paciente e família, pergunto quais são as dúvidas que eles têm, informo sobre o quadro clínico do paciente[...] Eu começo por aí, conversando com familiar e pacientes, tirando as dúvidas[...]orientações quanto aos cuidados que vai ser realizado em casa, banho de leito, troca de decúbito, troca de fralda, troca de curativo que em casa ou vai ser o próprio paciente que vai realizar ou vai ser um cuidador, um familiar. É interessante perguntar o que eles sabem fazer, o que eles não sabem[...]</p>
EP2:	<p>Eu acho que a ES na tua prática, no teu dia a dia de atuação, é uma última das últimas coisas que tu vais conseguir fazer na vida[...] a gente não tem tempo, a gente não consegue respirar. Enfermeiro não consegue fazer ES e nem acolhimento. A gente está muito para apagar incêndio.</p>
EP3:	<p>Eu chego, converso com a família, para pacientes que são restritos eu falo sobre a importância da mudança de decúbito, para que não se desenvolva lesões e se tem lesões, a importância da troca da fralda[...] Outro ponto é que eu sempre me preocupo com o familiar[...] eu sempre tento perguntar como esse acompanhante está, como ele está sentindo, se ele não está muito cansado, por que eu acredito que para o paciente estar sendo bem cuidado o acompanhante tem que estar bem.</p>
ES6:	<p>Muitos pacientes com AVC que acabam apresentando sequelas mais graves da doença...uma das coisas que a gente orienta bastante ali é em relação a alimentação, acabam necessitando de sonda nasoentérica [...] pergunta, tem alguma dúvida ainda? A senhora (o) entendeu? Eu peço ainda para eles explicarem o que foi falado como se fosse assim, uma confirmação para ver se a pessoa entendeu...quando eles falam que já explicaram eu pergunto, como falaram para a senhora (o)? Tento sempre usar uma linguagem que eles entendam, peço para a pessoa me explicar como ela entendeu, para ver aquela forma que ela entendeu é a forma correta[...] as pessoa tem dúvida</p>

	sobre algo, por exemplo, como eu vou tirar ele da cama? Como eu vou dar o banho? Vou molhar todo o colchão? São coisas básicas a gente orienta, mas na correria do dia a dia a gente orienta e sai, não pergunta se a pessoa entendeu, não pede para a pessoa explicar, dar aquele feedback[...]
EP4:	Quando a gente recebe o paciente, a primeira coisa é dar informações referente a rotina do hospital[...] depois eu falo um pouquinho sobre os cuidados de enfermagem[...] como ele vai dar continuidade do tratamento em casa, orientações onde podem conseguir as medicações, qual o posto de saúde mais próximo de casa, como faz para procurar[...] Aqui a gente tem o Melhor em Casa, tem o PID (Programa de Internação Domiciliar), alguns pacientes podem sair com acompanhamento. Para a internação no Melhor em Casa, mas só quando tem uma indicação [...], mas a maioria deles possuem um cuidado independente, não tem um acompanhamento por que a referência para o melhor em casa geralmente é ao contrário, é posto de saúde para Melhor em Casa, quando vem para o hospital, esse vínculo meio que desliga[...]
EP5:	Eu vou fazer a visita, vejo esse paciente céfalo-caudal, por exemplo a mudança de decúbito, a fixação da sonda, se usa fralda, se está bem posicionado no leito, se está com sonda nasoenterica, se a cabeceira está baixa ou não, pois tem que ficar mais elevada. Ao mesmo tempo que vejo essas necessidades, já vou explicando para o familiar[...]
EP6:	Essa educação com eles é quase diária, por que cada manhã que eu chego lá, a gente faz um trabalho conjunto com fisioterapeuta, fonoaudiólogo. Eu procuro esses profissionais, por que eu gosto de conversar, com o residente (de medicina) que está acompanhando. A ES se dá baseada nos cuidados. Olha agora a gente tem que manter o leito com as grades elevadas, agora vai ter que ter mais cuidado na hora da alimentação, sentar ele melhor[...]
ER6:	Eu chego, converso com o paciente, tento estimular ele que na maioria dos casos saem com sequelas do AVC, tem pacientes que saem com sequelas mínimas, pacientes que saem com sequelas bem consideráveis[...] Converso e tento passar para eles de uma forma ou de outra que o autocuidado é importante, a importância da higiene, a manutenção do lado psicológico, se ele puder procurar uma ajuda psicológica para enfrentamento das dificuldades em relação as sequelas do AVC, a forma de viver com uma dificuldade motora, como ele pode adaptar a rotina dele[...]

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

No que se refere ao passo a passo do processo educativo, realizado para os usuário e família na preparação para a alta hospitalar os dados demonstram que esse processo é realizado instintivamente, que não é seguido um passo a passo, acontece a partir dos anos de experiência.

Da mesma forma, os dados mostram que o processo educativo é realizado com base nas necessidades biofisiológicas de cada usuário e família, conforme as sequelas da patologia, e direcionamento às técnicas e procedimentos, assim como, alguns participantes realizam um treinamento com a família/cuidador em relação aos procedimentos que serão realizados no domicílio.

Os dados também revelam que o passo a passo do processo educativo realizado pelos enfermeiros, acontece a partir das dúvidas de cada família/usuário, outras falas revelam que

durante a educação em saúde, os enfermeiros tentam entender o contexto família/cuidador/domicílio.

Em relação a equipe multiprofissional os dados constatam que o processo educativo realizado pelos enfermeiros recebe apoio da Equipe Multiprofissional e outros profissionais. Além disso, os dados apontam que alguns enfermeiros tentam manter um vínculo com a atenção básica, a qual, receberá o usuário após a alta hospitalar e, ainda, demonstra que os enfermeiros não conseguem realizar educação em saúde, apenas “apagar incêndios”.

Quadro 4.6.7: Patamar de prioridade da educação em saúde e considerar-se educador em saúde.

Legenda Quadro 4.6.7

Consideram a Educação em Saúde uma prioridade

Vislumbram a falta de Educação em Saúde como causa de reinternações

Consideram-se educadores em saúde

Consideram-se educadores, mas não o que gostariam de ser

Considera-se educador, mas nunca havia pensado sobre essa condição, não tem certeza

No hospital a prioridade é a técnica/procedimentos não é visto como espaço de Educação em Saúde.

Participante	Questão 20: No âmbito do cuidado ao portador de AVC em que patamar de prioridade você avalia o processo de educação em saúde? Por que? Você se considera um educador em saúde?
ER1:	Eu acho que a ES, tanto para o cuidador que vai cuidar em casa, tanto para o paciente de alta prioridade[...] eu acho a educação em saúde uma prioridade. A gente tem pacientes que reinternam depois de poucas semanas com um quadro bem pior porque foi para casa sem orientação e acaba voltando[...] Me considero um educador, porque eu vejo as dificuldades.
ER2:	Eu acho que tem uma prioridade fundamental é importantíssimo, para a continuação dos cuidados e das mudanças que ocorreu na vida deste paciente. Eu me vejo como educadora, não a educadora que eu gostaria de ser, não ao meu ideal de educador, porque eu acredito que todo o profissional de saúde é potencialmente educador tanto para o mal, quanto para o bem[...]
ER3:	Acho de extrema prioridade, pois isso vai definir a forma de cuidado que eles terão em casa. Se eu me considero uma educadora? Ai, não sei, eu me vejo como uma educadora sim, mas eu acho que para os meus pacientes eu não consigo ser o que eu queria ser. Por que muito pouco eu tenho esse tempo de conversar...eu acredito que quando eu consigo ter esse tempo, eu me considero uma educadora sim.
ES1:	Eu acho que a ES está na ponta, ela tem que ser vista como primordial[...]a ES é tão importante quanto a tua assistência direta ao paciente no teu dia a dia de trabalho[...] quando a gente escuta isso, a gente já pensa em professor, só que o enfermeiro não

	deixa de ser um professor[...] O enfermeiro é um educador, pois ele educa a sua equipe, você tem alunos com você, você tem familiares, você tem pacientes, então você é um educador o tempo todo.
ES2:	Tem muita prioridade, eles precisam, pois é tudo diferente nessa nova condição deles. A ES é fundamental[...] Nunca pensei nessa condição de me considerar uma educadora, acho que por estar em um hospital escola, a gente está sempre aprendendo e ensinando alguma coisa.
ER4:	Olha eu considero de grande importância, de suma importância, por que quando eu educo, não é só no sentido de dizer por que ele está lá e sim orientar para o que vai ser no pós alta[...] Eu acho que sim, espero que sim[...] Muitas vezes a gente acha que a ES só acontece na atenção primária, infelizmente ainda existe esse pensamento atrelado, quer aprender isso aí, aprende lá na ESF.
ER5:	Eu acho importante, mas vejo que fica muitas vezes em segundo plano[...] Teria que ter uma atenção melhor voltada para isso, uma capacitação voltada para isso, apesar de ser um hospital universitário que tem vários residentes, acaba se focando mais na técnica. Sim me considero uma educadora em saúde.
ES3:	Para o paciente é uma prioridade, mas não está formalizado. Ah, eu me considero uma educadora em saúde.
ES4:	Se eu fosse dar uma nota de uma a 10, sendo 10 o mais importante, seria nota 10, principalmente para aquele paciente que vai ter alta para o domicílio com cuidados prolongados que a família vai ter que se responsabilizar[...] ela é extremamente necessária. Se esse processo acaba não sendo bem realizado e a gente percebe isso no dia a dia, na prática, se aquela família saiu e não foi bem instrumentalizada para os cuidados, é um paciente que vai reinternar em uma semana, em dez dias. Eu me considero uma educadora em saúde, mas eu poderia aproveitar bem mais o tempo para educar do que é realizado.
EP1:	Muito importante. É uma mudança total na vida do paciente e família[...] Passando aquele momento do susto inicial, da surpresa inicial, muitas vezes o alívio de ter a pessoa viva, a família e paciente não dimensionam as dificuldades no pós alta. Me vejo como um educador, com muito orgulho.
ES5:	É extremamente importante por que vai fazer parte do cuidado do paciente tanto na internação quanto na alta, em casa. A ES que esse paciente e familiar está recebendo ali é muito importante, principalmente para o cuidado em casa. Eu me considero sim uma educadora em saúde. No contato com o outro a gente tá sempre ensinando e aprendendo. Tu vais conversar com aquele familiar, a partir do momento que tu tá explicando o que tu está fazendo, já é uma ES[...] Eu acredito que a todo momento estamos fazendo ES.
EP2:	É primordial, que se tu não fizeres ES com ele, tu vais estar afetando com todo o sistema psicológico dele, físico, porque ele tem que saber quais são as limitações que adquiriu durante esse processo que ele passou. Ah, eu me considero[...]
EP3:	Eu acho que a ES é uma prioridade em tudo. É extremamente importante, paciente com AVC é paciente que tu vais levar para casa com prováveis sequelas importantes talvez são pacientes que vão ter outros retornos ao hospital, por que não vão saber alimentar aquele paciente e ele vai aspirar. É extremamente importante[...] eu me considero, talvez uma iniciante em ES, eu tento fazer isso o tempo todo, mas acho que tenho muito a evoluir.
ES6:	Eu acho que sim[...] eu acho que é muito importante. Lá no meu setor, eu me considero uma educadora em saúde. Eu vejo que a mínima orientação que a gente dá, a gente tá educando, a gente tá tentando educar em saúde.
EP4:	Com certeza é primeiro patamar de prioridade[...] Eu me considero uma educadora em saúde, em partes, por que eu acho que aqui a gente não consegue fazer o que seria o melhor, a gente faz o básico.
EP5:	Eu acho muito importante[...] Em relação a ser uma educadora em saúde, eu acho que posso melhorar muito, eu acho que pela falta de tempo. Eu acho que eu sou bem

	comprometida com o meu trabalho, mas acho que a gente sempre pode estar estudando e melhorando.
EP6:	Ela é tão importante quanto o tratamento medicamentoso[...] Eu me considero uma educadora em saúde, não sei se boa, mas me considero.
ER6:	E acho que é de suma importância, eu acho que é primordial para dali em diante ele conseguir manter uma qualidade de vida mais próxima da que ele tinha anterior ao AVC, anterior a internação[...] mesmo apagando incêndio, aquele momento da ES se faz muito necessário para a preparação desse paciente, desse familiar, as adaptações que ele precisa[...] Sim me vejo como educadora.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

A maioria dos enfermeiros vislumbram a educação em saúde uma dimensão do cuidado de extrema prioridade e alguns salientam que a fragilidade desse processo resulta em reinternações dos usuários que poderiam ser evitadas com uma educação em saúde eficaz.

Em relação a se considerarem educadores em saúde, os dados demonstram que alguns participantes se consideram educadores, outros enfatizam que não são os educadores que gostariam de ser, outros relatam que não tem certeza, pois nunca haviam pensado nessa condição e ainda os dados apontam que o a educação em saúde é considerada em segundo plano no ambiente hospitalar, onde se priorizam as técnicas, procedimentos e o hospital não é caracterizado como espaço para tal.

Quadro 4.6.8: Facilidades para o desenvolvimento do processo educativo.

Legenda Quadro 4.6.8

Instituição/hospital universitário/Escola



Equipe multiprofissional



Interação com usuário e família



Equipe de Enfermagem



Participantes	Questão 21: Quais são as facilidades que você encontra para desenvolver o processo educativo ao usuário portador de AVC da Clínica Médica, no período de internação hospitalar? Em relação a Instituição hospitalar; Em relação à Unidade de Internação; Equipe de Enfermagem; Equipe multiprofissional; Usuário e família? Explique a sua opinião
ER1:	Como facilidade, eu vejo a boa vontade que a instituição tem disso acontecer, a gente tem nossos protocolos a seguir de acordo com a patologia, e o apoio que a gente tem da instituição em si[...] Nós temos reuniões com a equipe todo mês e uma das pautas que temos não deixamos de ter é sobre ES com o paciente.
ER2:	Eu vejo por ser um hospital escola. Um hospital que tem vinculado uma universidade, porque é a universidade que justamente vai fazer essa costura desses atores que ela te dá a oportunidade de juntar esses conhecimentos tão distintos,

	ocupando o mesmo espaço[...] a participação dos residentes ali na clínica médica [...] a gente tem uma troca ótima, eles me estimulam a participar dos rounds[...]
ER3:	Em relação a unidade, é uma unidade que a gente tem outros profissionais e residentes, eles estão também nesse processo de ensino aprendizagem eles estão aprendendo, ao mesmo tempo que estão educando[...] todos estão envolvidos nessa atmosfera, de passar, de orientar, de ensinar, de aprender[...] Em relação ao hospital, é um hospital escola, então acredito que isso facilita, em outras instituições, em outras realidades, isso é meio que deixado de lado[...] Em relação a família e usuário, tem famílias que querem, que pedem, solicitam e aí é até mais fácil, quando a gente tá naquela muvuca e vem aquele familiar com outro olhar, querendo aprender, ah, como vou fazer? Como é isso? Como é aquilo? O que nos resgata, daí temos que parar explicar.
ES1:	O apoio da equipe multiprofissional é fundamental por que a enfermagem sozinha não consegue nada[...] A equipe multiprofissional é uma das coisas mais ricas que tem ali para conseguir desenvolver as atividades. A equipe de enfermagem que eu trabalho é uma equipe muito boa[...]
ES2:	[...] Acho que a facilidade é isso, essa facilidade que a gente tem de acessar outros profissionais, essa facilidade que a gente tem de conversar com outros profissionais, desde dentista, psicólogo, pra mim isso é fundamental, pois a gente sempre precisa desse aporte.
ER4:	Facilidade é justamente em relação a equipe multiprofissional, se o médico fizer uma solicitação ao psicólogo, eu rapidamente terei acesso ao psicólogo no máximo 24h, terá o psicólogo dando apoio e existe a residência multiprofissional[...] eles são um ponto muito positivo lá, pois dão uma grande ajuda.
ER5:	Em relação a facilidades, eu vejo a interação que o familiar e o paciente têm em procurar saber, interagir, com o enfermeiro, é grande[...] o pessoal é carente de informação, então quando tu para conversar realmente eles cooperam contigo, interagem bastante. Isso eu vejo como um fator positivo.
ES3:	O que eu vejo é que o paciente e familiar, são sempre bem receptivos, independentemente do tipo de conduta que tu via tomar, se é uma orientação ou com folder, enfim, sempre tem uma boa receptividade[...] A equipe multiprofissional funciona bem.
ES4:	Facilidade relacionada ao hospital [...] Como é um hospital escola. Digamos, se eu preciso alguma orientação para aquele paciente e família, da fono, da odonto, da nutrição, da TO, eu acho que isso é uma facilidade que a gente tem. O interesse a abertura da família, comprometimento eu acabo vendo como uma facilidade que nos estimula a orientar outras coisas, nos incentiva a orientar mais. Outra facilidade ligada a equipe, ao enfermeiro, é que se eu me organizar eu tenho tempo sim[...]
EP1:	A grande facilidade que eu encontro é por estar em um hospital escola. Mesmo com todas as críticas que a gente tem em relação ao ambiente de trabalho, eu considero o hospital universitário um local rico que me possibilita muitas alternativas[...]
ES5:	Ali no hospital a gente tem uma equipe multiprofissional fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, a gente tem enfermeiro, técnico de enfermagem, a gente tem médico, residente, então todas essas pessoas que estão ali, podem estar fazendo ES com o paciente e familiar. Acredito que isso facilite. A instituição facilita neste sentido. Em relação a paciente e família, no geral a ES é bem aceita por eles. A gente consegue fazer isso, é só questão de se organizar e querer fazer.
EP2:	Eu vejo facilidade na equipe de enfermagem, é uma equipe muito disposta, eles ajudam[...] Em relação aos pacientes e família, eles têm sede de aprender, eles querem ser motivados, ensinados, eles como educandos aceitam, digamos que 99% deles, aceitam com muita atenção, com muita disposição.
EP3:	Em relação a família, eu vejo essa facilidade, eles estão tão vulneráveis, eles ficam felizes quanto vai lá, te recebem tão bem[...] Eles estão extremamente abertos a conversa, eles querem te ouvir, querem aprender.

ES6:	Eu vejo facilidades na equipe multiprofissional, a gente dispõe dos residentes da equipe multi que ajudam bastante, cada um na sua área de conhecimento, educando. Em relação aos familiares e pacientes, tem facilidades, pois muitos são bem receptivos, bem abertos. Em relação, principalmente os enfermeiros do setor, acho que tem mais facilidade, por que a gente acaba dando mais continuidade, algum procedimento, alguma coisa que tem de ir orientando, os que estão de manhã, orientam, quando chega equipe da tarde também e os da noite também[...] Em relação a instituição, vejo mais facilidades.
EP4:	Em relação ao hospital eu não colocaria como dificuldade por que eles são abertos a sugestões. Eu até já sugeri algumas coisas que facilitaria nosso trabalho, em relação a identificação do paciente[...]
EP5:	Em relação a equipe e a ao familiar vejo facilidades[...] Em relação a equipe multiprofissional eu acho que são facilitadores para a ES.
EP6:	Em relação a equipe multiprofissional eu acho que é uma facilidade, pois eu tenho uma relação bem bom coma fisioterapia, com a fonoaudiologia. Em relação aos usuários e a família, eu vejo que eles têm mais interesse.
ER6:	Eu vejo facilidade, em ter um suporte da instituição. A família é um facilitador, pois tem pacientes que ficam um tempo bem considerável, e a família sempre como coadjuvante desse processo[...] a família é muito mais um ponto positivo, participativos, questionadores, interessados.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Sobre as facilidades encontradas para a realização da educação em saúde, os dados apontam a instituição por ser um Hospital Universitário/Escola, como um grande facilitador desse processo. Além disso, os participantes relataram que a equipe multiprofissional e a equipe de enfermagem também são consideradas facilitadores para que aconteça a educação em saúde.

Em relação aos usuários e família, os dados mostram que estes são considerados facilitadores para a realização do processo educativo, pois na maioria das vezes estão interessados e dispostos a aprender sobre determinado procedimento/cuidado ou evolução do paciente.

Quadro 4.2.9: Dificuldades para o desenvolvimento do processo educativo.

Legenda Quadro 4.6.9

Falta de materiais didáticos e espaço específico adequado

Falta de tempo/sobrecarga/burocracia/superlotação/Recursos Humanos

Falta Apoio da instituição

Comunicação ineficaz

Família desinteressada

Equipes de enfermagem

Falta de integração com a equipe multiprofissional

Participantes	Questão 22: Na sua opinião que dificuldades você encontra para desenvolver o processo educativo ao usuário portador de AVC da Clínica Médica, no período de internação hospitalar? Em relação a Instituição hospitalar; Em relação à Unidade de Internação; Equipe de Enfermagem; Equipe multiprofissional; Usuário e família? Explique a sua opinião
ER1:	As dificuldades que eu vejo, a gente não tem nenhum tipo de material didático para fazer ES[...] Como dificuldade eu vejo a falta de tempo, a sobrecarga, a falta de um local adequado para fazer isso[...]
ER2:	Acho que uma falta de apoio, organização da instituição[...] Quando eu cheguei ali (na clínica médica), eu percebi que faltava até algumas orientações para nós direcionar. Porque eu não sou daqui, então as vezes tu precisas falar para a pessoa, tal unidade de saúde tem esse acesso[...] Parece uma coisa boba, mas é tu esclareceres essas informações[...] Isso é importante para que é de fora (da cidade), porque tem muita gente de fora, assim como eu, outros colegas que são de outros estados[...] se tivesse essas informações mais organizadas, facilitaria, porque já não se tem tempo, tu corres contra o tempo[...]
ER3:	Em relação a unidade, acho que é o dimensionamento de enfermeiros, é uma unidade que tem muitos pacientes, superlotação[...] a falta de comunicação, a comunicação não é efetiva com a equipe multiprofissional, que eu acredito que é o maior problema, protocolos que existem, mas que não seguem, sempre os mesmos problemas que não vai para frente. Isso dificulta um pouco[...] Em relação a família a paciente, quando eles não são colaborativos, não querem aprender, ou quando não estão interessados em relação aquele aprendizado que a gente tá tentando passar e mostrar. A gente tenta, ah, pode me ajudar aqui, porque em casa, você vai ter que fazer. Não é nem para tirar o nosso trabalho, é por que eles vão ter que fazer uma hora ou outra né.
ES1:	Tem uma diferença gritante entre equipe(enfermagem) dia e equipe noite, não te digo assim, que a equipe noite é melhor por que tem mais experiência[...] A equipe do dia é uma equipe mais nova e tem um pouco mais de dificuldade de entender esses processos e articular e realmente fazê-los, mas também vejo que a equipe da noite por ser um turno om um pouco menos de rotina, tem um pouco mais de tempo para fazer isso...então uma das principais dificuldades é a equipe estar engajada e saber seu real papel ali dentro.
ES2:	A dificuldade é a falha na comunicação, um não fala para o outro o que fez, ou não faz as anotações, nas evoluções. Ou eu falo alguma coisa e o outro profissional fala outra, acho que essa falta de coesão nas informações, isso dificulta[...] Então acho que a dificuldade maior é essa falta de roud, reuniões com a equipe multidisciplinar, eu sinto falta disso, entender o que todo mundo tá querendo dizer e fazer o melhor para aquele paciente. Discussões de caso, são muito importantes[...]
ER4:	Como dificuldade, eu acho que é justamente o fato de não haver essa participação da enfermagem, de ter esses momentos, de se permitir que a gente consiga ir até lá[...]então talvez isso seja uma das maiores complexidades para conseguir realizar uma boa ES.
ER5:	Em relação a instituição, eu vejo o dimensionamento da equipe, pois quando sobrecarrega o profissional já o deixa inapto para fazer algumas coisas e no caso a ES é uma delas.
ES3:	Dificuldades é a questão da burocracia. As vezes o que peca é que na clínica médica é um residente por mês, não e um residente o ano inteiro, cada mês é um R1 e R2 diferente[...] Daí a gente entra naquele impasse que a medicina tem um problema sério de comunicação ainda mais os residentes. Eu sinto nisso uma dificuldade, pois

	o residente não consegue ver amplamente[...] acho que isso seria uma dificuldade no sentido do residente não ser fixo. Tem muita rotatividade.
ES4:	Em relação ao hospital, talvez se nós tivéssemos na unidade, uma sala de aula, se fosse uma salinha pequena, até para nós orientar alguns cuidados...ao invés de falar tudo na frente do paciente[...] então uma dificuldade é a falta de um espaço para isso[...] Muitas vezes acontece também que a gente não tem a responsabilização da família[...] eu acho que ligado a família é isso, a falta de definição de quem vai cuidar.
EP1:	A dificuldade está no fato de ter muito profissionais e acabam não se conversando. Seria interessante um round com o residente da enfermagem para depois irmos para os rounds com a medicina, mas não acontece, o residente de enfermagem é incorporado nas equipes como mão de obra e ai se perde um pouco. Mas é uma dinâmica do hospital que está posta[...]Então essa falta de comunicação geral que acontece entre os profissionais é uma grande dificuldade[...] Então se tem essa incoerência, por que ao mesmo tempo que é um hospital escola existe o convívio entre várias pessoas, ao mesmo tempo essas pessoas não conversam. Outra dificuldade é muita parte burocrática, não é que não precise, precisa, mas pode ser otimizado. Existe muita parte burocrática para o enfermeiro que ele acaba se desligando um pouco da assistência, não que não seja importante, mas poderia ser otimizada[...]esse excesso de burocracia tu acaba perdendo o vínculo com o paciente e com a família, tu não tens tempo de sentar lá e conversar um pouco com esse paciente e família ou a conversa com a própria equipe[...] Para resumir, era necessário ter uma melhor comunicação entre as equipes, entre as chefias, grupos de estudo, ai sim nós conseguiríamos otimizar o tempo e melhorar essa qualidade da assistência. O grande desafio que a gente tem hoje com a equipe de enfermagem hoje, é eles entender que tu educar o paciente e familiar para algum procedimento, não te desobriga da função de estar ali junto, essa é uma preocupação que eu tenho muito com as equipes.
ES5:	Em relação aos usuários, depende, a gente tem pacientes que não tem acompanhante, que não tem familiar, que não tem cuidador. Como dificuldade eu retomo a questão do tempo. Muitas vezes a gente queria estar dando uma atenção maior para aquele paciente e familiar, mas a gente tem muitas outras demandas para resolver e acaba que não consegue ficar muito tempo atendendo aquele paciente, conversando, levantando as necessidades que ele tem[...]Então a questão do tempo é um dos grandes fatores que dificultam[...] A cada cuidado que o técnico vai realizar um banho de leito, uma troca de fralda, um curativo ele tem que estar conversando com o familiar e realizando uma orientação. Toda conversa acaba que deveria virar uma orientação[...] Não é mais uma tarefa para fazer, faz parte do teu trabalho diário, não é algo separado. Ah a gora eu vou lá e vou fazer só ES, tudo que tu vais prestar ao paciente a ES vem junto[...]
EP2:	O problema que eu vejo que a instituição não sabe captar o profissional que tem essa destreza, que tem essa facilidade em conversar, saber falar de uma maneira, com uma comunicação acessível ao paciente e o profissional que esteja disposto[...] Em relação a instituição, existe espaço físico, tem como você fazer isso, basta ter boa vontade, então isso se torna uma dificuldade. Espaço existe o que falta é aquele start, aquele momento de integração, com aquele momento de ES para paciente e acompanhante[...] Em relação a equipe multiprofissional eu vejo que falta integração. Não existe interação, é cada um agindo por si, e assim dessa maneira não tem como a coisa fluir, essa é uma grande dificuldade é tudo fragmentado.
EP3:	Embora eu esteja em um hospital escola, que tem uma equipe multiprofissional, que tem esse objetivo, eu acho que as pessoas são muito limitadas. O ideal é que pudéssemos ter acesso (uns aos outros), e eu vejo que ainda temos uma grande divisão entre as profissões[...] Falta muita integração da equipe, falta essa visão que é uma equipe multiprofissional[...] Nós temos um perfil de técnicos que tem um

	grande dificuldade e resistência de aceitar mudanças, de implementação de cuidados, dificuldade em procedimentos básicos, em entender que o paciente precisa ter banho de leito, cuidados mínimos aí imagina ES. Em relação a unidade e a instituição eu vejo mais dificuldades, pela estrutura física, pela organização, pela sobrecarga diária.
ES6:	Tem muitos familiares e usuários que ainda não passaram pela fase de aceitação e acabam sendo mais resistentes o que se torna uma dificuldade para desenvolver ES, pois como eles não aceitaram a situação, eles acham que de um dia para o outro a pessoa vai ter uma melhora[...] Em relação a equipe, tem muitos colegas técnicos de enfermagem que não ajudam.
EP4:	Tem dificuldades em relação a equipe de enfermagem, por que aqui a gente é muito robotizado, a chegar, administrar o remédio, fazer suas coisas e conversar pouco, as vezes a gente não destina um tempo maior para fazer ES[...] Em relação a equipe multi, acho que tem dificuldades[...] Os residentes da medicina aqui são mais fechados, tem poucas discussões, a psicologia eu quase não vejo, o serviço social também não, CCIH, também não vem, então por falta desse contato, eu acho que isso dificulta.
EP5:	Eu acho que a dificuldade maior está pela falta de tempo, a equipe é pouca para muitos pacientes.
EP6:	Eu vejo uma dificuldade bem grande com a equipe técnica de enfermagem, a equipe ali é muito robotizada, é muito difícil, é só o básico e deu, eles não querem se inserir neste processo. A ponto de as vezes tu ter que pedir, para auxiliar no banho[...] Em relação a instituição, eu acho mais dificuldades, não tem nenhum protocolo.
ER6:	Eu vejo dificuldades na equipe multiprofissional que é muito mais do enfermeiro e dos técnicos em enfermagem essa preocupação com a ES, no preparo do paciente para a alta, e não é muito comum a gente ver os outros profissionais trabalharem especificamente ES nas suas áreas, então é praticamente a enfermagem que trabalha ES, no âmbito geral[...] temos educador físico, nós temos fisioterapeuta, nutricionista, todos esses profissionais, porém na ES a atuação principal é da enfermagem. Eu não vejo integração entre esses profissionais[...] Vejo dificuldade de alguns de profissionais nas equipes de enfermagem que parece que vão ali para cumprir um horário. Não vestem a camisa daquela unidade, não fazem o melhor, tanto enfermeiro quanto técnico.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Com relação as dificuldades relatadas pelos enfermeiros para a realização do processo educativo, os dados apontam a falta de materiais didáticos e espaço adequado e específico para essas atividades, além de falta de apoio da instituição em algumas circunstâncias.

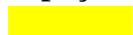
Outras dificuldades trazidas pelos participantes se referem à falta de tempo relacionada à sobrecarga de trabalho, excesso de burocracia a ser realizada nas unidades, superlotação da unidade e déficit em recursos humanos.

Nesse segmento, os dados revelam que entre as dificuldades que os enfermeiros encontram para realização de educação em saúde, está a falta de colaboração da equipe de enfermagem, uma integração ineficaz com a equipe multiprofissional, comunicação ineficaz entre as equipes e ainda, algumas vezes família desinteressada para o cuidado e educação em saúde.

Quadro 4.2.10: Sugestões para a elaboração de um ensaio teórico relacionado à educação em saúde.

Legenda Quadro 4.2.10

Espaço físico



Materiais didáticos



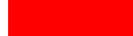
Orientações para trabalhar os cuidados/técnicas tipo checklist



Equipe Específica para educação em Saúde



Educação em Saúde adequada ao ambiente domiciliar/realidade dos pacientes



Capacitação da equipe



Comunicação mais eficaz com usuário/família



Comunicação escrita/verbal entre as equipes



Contemplar o biopsicossocial/espiritual



Contato com equipe de referencia



Rounds/Integração das equipes



Feedback do usuário em relação a ES



Participantes	Questão 23: Pretende-se elaborar um ensaio teórico, algo semelhante a um protocolo, que visa a educação em saúde para o usuário portador de AVC que possa auxiliar os enfermeiros a desenvolver o processo educativo a esse usuário e contribuir na prática do cuidado domiciliar e, assim, melhorar a sua saúde e dos familiares. Que contribuições você pode fornecer para auxiliar na elaboração desse ensaio teórico? Como você acha que o processo educativo/orientação para a alta hospitalar do portador de AVC deveria ser?
ER1:	[...] Uma das prioridades seria um espaço físico adequado, materiais didáticos. Uma equipe específica que acompanhe o quadro do paciente para fazer a ES, diariamente[...]
ER2:	Algo que não pode faltar é essa questão de como trabalhar com as lesões de pele, de higiene, autocuidado, parece simples, mas eu acho que precisa ser muito enfatizado, entendendo os recursos que essa pessoa tem, de onde ela vem, onde ela mora, qual a cultura[...] Uma das prioridades seria um espaço físico adequado, materiais didáticos. Uma equipe específica que acompanhe o quadro do paciente para fazer a ES, diariamente[...]
ER3:	[...] seria se tivesse algum instrumento, algum checklist. Assim passei na minha visita, e meu paciente sofreu o AVC, ou tem histórico de AVC, vou verificar isso, vou verificar aquilo, então eu acho que um checklist seria mais tranquilo[...] dizendo assim, a importância do enfermeiro e do técnico ir orientando continuamente aquele paciente que sofreu, aquela família que tem o paciente nessas condições para o cuidado pós alta. E o que é mais importante, após esse protocolo

	ficar pronto é a capacitação é loco é muito importante para conhecimento[...] A importância da capacitação assim em loco, chamando a equipe mesmo. Fica marcado quando alguém vai lá e mostra, sempre tem aqueles que fala, vamos abraçar, para tentar melhorar.
ES1:	[...] acho que os cuidados com a pele, acho que isso é muito importante[...] inclusive com algumas equipes de não ver isso como prioridade o prevenir lesões de pele e também alguns dispositivos que eles usam em casa, de alguns dispositivos que eles vão para casa e que causam lesões, assaduras, muitos vão com fralda, então cuidados gerais com a pele, acho que é importante e não pode faltar. E o que eles vão poder usar em casa, por que eles não vão ter em casa o que eu tenho no hospital, ou o que seja mais barato na farmácia, por que as famílias não tem dinheiro para comprar, tem que ser adequado as condições de paciente SUS.
ES2:	Eu acho que entender a condição social do paciente para mim é o primordial, por que as vezes dão as orientações assim: tem que ter fisioterapia, três vezes por semana e a pessoa não tem nem o que comer em casa, essa parte social é sempre muito latente para mim, entender como aquela pessoa vive e como vai ser a condição dela em casa. Entender o contexto do domicílio, por que não adianta a gente dar bastante orientação e o paciente não vai ter acesso aquilo ali, ou se a pessoa realmente entendeu aquilo[...] ver quem é o cuidador, quem tem condições de entender todo aquele cuidado, não só jogar informações. Outra coisa que seria interessante é ter essa parte mais didática, ter bonecos, essa coisa mais visual, de como fazer, não adianta só tu falar: ah, tem que fazer assim, assim, tem que mostrar, pedir para a pessoa fazer, para ela chegar em casa e fazer do jeito correto[...] as vezes a pessoa não entende e tem vergonha de perguntar, então essa abordagem com um vínculo é importante, por que as vezes é um problema bem pequeno e acarreta para nós mais demanda e mais cronicidade para o paciente.
ER4:	Eu acho que orientações para o profissional não deixar de orientar sobre questões nutricionais, utilizando uma linguagem clara, questões sobre retorno de consulta, onde o paciente tem que se dirigir para o retorno, isso é muito válido, pois eles ficam perdido e agora? Pacientes que usam sonda vesical em casa é uma coisa que me preocupa, quais os cuidados que ele terá com essa sonda e também com a nasoenteral, os pacientes que precisam receber aspiração. Outra coisa importante que pode ter é anotar, descrever no prontuário que o paciente/família recebeu a orientação que é uma forma de resguardar a equipe.
ER5:	[...] Agente deve foca bem sobre o que está acontecendo com o indivíduo ali, naquele momento. Tem que estar bem informado da situação do paciente.
ES3:	[...] o que eu te dou de sugestão, uma mídia educativa para o paciente, com uma linguagem acessível, porque assim, eu tenho pavor de folder, eu acho que folder já era, por que os nossos pacientes as vezes não sabem ler[...] mas eu penso assim, celular, todo mundo tem, então assim uma mídia educativa, numa linguagem bem informal, voltada para o paciente, com os cuidados gerais quem sabe, sobre os cuidados diários[...] as vezes eu gravo e mando pelo whatsapp para eles, e digo, quando o senhor tiver dúvidas, o senhor escuta isso aqui. Eu vejo assim, a nutrição, senta com o familiar e mostra vídeos de como usar o equipo, fazer a dieta, enfim isso já é bem melhor que uma nutricionista fica só no blá, blá, blá[...] Então eu te dou de sugestão uma mídia educativa.
ES4:	[...] a abordagem para atender as necessidades desse usuário e família de acordo com o entendimento deles é primordial. Mesmo que se tenha um protocolo, a minha abordagem, a minha comunicação, com cada paciente, com cada família vai ser diferente, mesmo que se tenha um protocolo, eu tenho que adaptar os meus recursos para educar aquele paciente e aquela família. Eu acho que um aspecto bem importante que tem que ficar bem claro é contemplar todas as dimensões do indivíduo. Eu por exemplo, não contemplo o espiritual e a gente sabe o quanto essa dimensão espiritual é importante, principalmente no enfrentamento de uma doença

	crônica que exige cuidado prolongado. Então eu acho que o biopsicossocial/espiritual é fundamental[...] essas dimensões que muitas vezes passam despercebido, foca muito no biológico, naquela necessidade básica e acaba esquecendo das demais.
EP1:	Eu acho que teria que ter o cuidado para não ser mais um instrumento teórico[...] Que a equipe pudesse identificar algumas fragilidades que o paciente teria no pós alta. Talvez um checklist e a partir daí criasse um plano de cuidado[...] Algum instrumento para alta...contendo essas possíveis orientações e contribuições lá no pós alta[...] averiguar se tem equipe de referência e já ir fazendo contato com essa equipe para tentar fazer esse link e fazer algo juntos. Ao menos tentar sensibilizar as equipes para entender o pós alta e ver que o cuidado não acaba quando o paciente sai do leito.
ES5:	Eu acho que cuidados gerais para um paciente pós AVC, que ficou com sequelas. Por exemplo, ficou com sequelas, vai ficar acamado, eu penso que tem que ter algumas orientações gerais sobre esses cuidados, para o familiar que vai levar esse paciente para casa não ter dúvidas quanto a como vou trocar uma fralda, como vai ser o banho de leito, como vai ser a alternância de decúbito, a alimentação. Então cuidados básicos, cuidados com o biológico, com o fisiológico não pode faltar.
EP2:	Dentro do protocolo eu preciso ter instrumentos que garanta que eu capacitei, não adianta eu criar um protocolo se eu não tiver absoluta certeza que eu capacitei aquele acompanhante, aquele paciente. Então eu vejo que o que não pode faltar nesse protocolo, é ter a certeza que o objetivo foi alcançado, no sentido que eu consegui fazer o processo de ES[...] Tem que ter o feedback do educando[...] Eu não sei como criar, mas eu sei que precisa ter um feedback que aquele instrumento é válido, é viável[...] se tiver um espaço, boa vontade e interação, durante o horário de trabalho[...]
EP3:	Eu acho que a interação entre as equipes, precisa melhorar muito, essa troca. Por exemplo, os rounds dos médicos são só dos médicos[...]os residentes por exemplo eles chegam querendo mudar o mundo, mas não estão cientes da realidade, eles acham que estão sozinhos ali, que não é uma equipe multiprofissional, eles não conseguem perceber a importância da integração entre as equipes. Deveria ter um momento que todas as equipes se reunissem e conversassem, talvez essa percepção mudasse e tivesse inclusive a interação dos técnicos.
ES6:	Pela minha vivência, acho que no protocolo, tem que ter essa confirmação, esse feedback de quem está recebendo a ES. Para ver se essa pessoa, realmente entendeu o que foi passado. Isso teria que ter.
EP4:	Eu acho que quando o paciente chega no hospital, a gente poderia entregar para ele, um panfleto, uma folha de ofício com orientações básicas, de funcionamento sobre o que é permitido trazer para o hospital[...] Em relação ao paciente que vai para o domicílio, eu acho que deveria ter uma melhor comunicação entre os profissionais, estar ciente de uma provável alta[...]
EP5:	Eu acho que primeiro teria que ter mais tempo, para estar com o paciente, mais engajamento da equipe multiprofissional e tal. Eu acho que deveria ter um protocolo de cuidados para essa alta, porque eu acho muito importante.
EP6:	Eu acho que deveria ter um processo de Educação com os profissionais em relação a isso. Eu, independente se o técnico não faz ou meus colegas, não façam, eu acabo fazendo, mas tem outras pessoas que necessitam dessa lembrança, tem conhecimento e capacidade de fazer, mas não faz[...]
ER6:	Uma coisa que eu acho necessário, ah, tal paciente vai ter alta seria fazer um round sobre aquele paciente e aí cada um daria a contribuição sobre sua área, instrumentalizando esse paciente. Um round entre a equipe multidisciplinar, cada um na sua especificidade, ofertar essa promoção para o autocuidado para o paciente. Uma integração através de rounds.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Paula e Siqueira (2021).

Os dados apontam as sugestões dos enfermeiros de possíveis melhorias que possam auxiliá-los na realização do processo educativo, aos usuários portadores de AVC e família para a continuidade do cuidado no domicílio, entre essas, foi sugerido, espaço físico adequado e materiais didáticos. Protocolos que contenham orientações do que deve ser contemplado no processo educativo num modelo *checklist*, formas de obter um feedback dos usuários e família para validar a compreensão do que foi ensinado, rounds que possibilitem maior integração entre as equipes, melhorar a comunicação escrita e verbal entre as equipes, foram aspectos que os participantes elencaram.

Além disso, os participantes também apresentam a capacitação das equipes como fundamental para as melhorias nas atividades de ES, a possibilidade de equipe específica para trabalhar essa atividade, formas de trabalhar ES que considere outras dimensões dos usuários e família, e, que possa considerar a realidade domiciliar do usuário e família e ainda contato com a equipe de referência na atenção básica.

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

*“...os homens se educam em comunhão,
mediatizados pelo mundo...”*

Paulo Freire

A análise e a interpretação dos dados resultantes das 18 entrevistas foram realizadas com base na Análise de Conteúdo seguindo os passos de Bardin (2011). Parte dos resultados serão apresentados e discutidos em três artigos, os quais estão sintetizados no quadro 5.1.

Quadro 5.1: Apresentação dos títulos dos 03 artigos e objetivos específicos da Tese:

Artigo	Título	Objetivo específico da Tese
Artigo 1	Educação em saúde do enfermeiro ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no contexto hospitalar: abordagem ecossistêmica	Avaliar as bases teórico-metodológicas utilizadas por enfermeiros no processo educativo hospitalar ao usuário com acidente vascular cerebral e a família, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico.
Artigo 2	Processo educativo em saúde no hospital: facilidades e dificuldades relatadas pelos enfermeiros	Analisar as facilidades e dificuldades assinaladas pelos enfermeiros na prática do processo educativo em saúde à família e usuário com acidente vascular cerebral no período de internação hospitalar.
Artigo 3	Educação em saúde hospitalar: possibilidades de um caminho na óptica do Pensamento Ecossistêmico	Apresentar a proposta desse ensaio teórico reflexivo de educação em saúde, com base no Pensamento Ecossistêmico, que auxilie os enfermeiros a desenvolver o processo educativo, capaz de contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da saúde de usuário e familiares.

Fonte: dados da pesquisa, organizado pelos pesquisadores Paula; Siqueira (2021).

O primeiro artigo será submetido à publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP-REUSP, com indexação A2 no Qualis de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O segundo artigo será submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem com indexação A2 no Qualis de Periódicos da CAPES, e o terceiro artigo para a Revista Texto e Contexto Enfermagem com indexação A2 no Qualis

de Periódicos da CAPES. As produções científicas serão apresentadas, conforme as normas de publicação definidas pelos periódicos científicos.

5.1 Artigo 1

Educação em saúde do enfermeiro ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no contexto hospitalar: abordagem ecossistêmica¹

Resumo

Objetivo: avaliar as bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro no processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico. **Método:** Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2021 por entrevista semiestruturada com 18 enfermeiros, atuantes em unidades de clínica médica de três hospitais universitários ao Sul do Brasil, recrutados por meio da técnica *Snowball*. Na análise e interpretação dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Emergiram cinco categorias, das quais, duas foram utilizadas para a construção deste artigo, quais sejam: Início e desenvolvimento do processo educativo para a alta hospitalar; Bases Teórico-metodológicas utilizadas pelos enfermeiros no processo educativo. **Conclusões:** Constatou-se que os enfermeiros não seguem metodologias específicas para a realização da Educação em Saúde, entretanto, as ações educativas são influenciadas por algumas bases teóricas de educação, como a teoria tradicional, tecnicista e libertadora. Igualmente, sinaliza-se direcionamentos dos enfermeiros, ao fazerem aproximações do referencial teórico-filosófico ecossistêmico com novas abordagens da dimensão educativa realizada no ambiente hospitalar para o cuidado pós alta.

Descritores: Educação; Educação em Saúde; Enfermagem; Hospital; Acidente Vascular Cerebral; Ecossistema.

INTRODUÇÃO

A escolha da abordagem ecossistêmica, como fundamento teórico-filosófico da Educação em Saúde (ES) ao usuário com acidente vascular cerebral (AVC) e sua família, envolve uma inovação em relação à compreensão dos agravos que investem contra a saúde do

¹Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico.

ser humano. Esta proposta não considera a análise do objeto em si, utilizada pelo paradigma cartesiano, fragmentado e linear, mas realiza a avaliação das relações e inter-relações que se processam na totalidade dos componentes que participam do fenômeno, suas conexões e o contexto no qual se desenvolve.

O ecossistema como pensamento teórico-filosófico (PE), deriva de um vocábulo grego *eco* que significa espaço/ambiente e do sufixo *system* que constitui um conjunto de elementos e princípios que se interligam e formam a realidade em estudo, aqui a ES hospitalar. A origem do termo deve-se ao ecólogo Tansley que, em 1935, o conceituou como a unidade funcional da ecologia. Contextualizando tais conceitos para dentro do ambiente hospitalar percebe-se que há íntima comparação com a ecologia, estudo das relações, da natureza, da ambiência, do ambiente, cujos organismos formadores se inter-relacionam e se influenciam mutuamente, criando ou produzindo diferentes possibilidades a partir de instabilidades e flutuações que vivenciam de forma contínua por meio de suas relações e que levam o sistema/ecossistema a auto-organizar-se ⁽¹⁾.

Essa proposta epistemológica, ao ousar aplicá-la no estudo das interações que se processam entre os sistemas que constituem a complexa rede hospitalar, da qual, a ES faz parte, compõe a totalidade dos elementos/organismos que constituem esses sistemas: o usuário com AVC, a família, comunidade, o enfermeiro, a equipe multiprofissional, entre outros que possuem vida e fazem parte desse contexto. Sob o mesmo ângulo, e conforme o Pensamento Ecosistêmico (PE) é considerado como elementos abióticos integrantes do sistema, o método teórico-metodológico utilizado pelo enfermeiro e demais elementos abióticos, tais como, o arcabouço arquitetônico que forma o hospital, mobiliário, equipamentos tecnológicos e insumos, protocolos instituídos, que compõem o conjunto de elementos que de modo interligado influenciam e são influenciados no processo educativo oferecido ao usuário e a família durante a internação hospitalar ⁽¹⁻⁴⁾.

A partir das desordens, que podem acometer os usuários após um AVC, é imprescindível compreendê-las a partir do PE, ou seja, na sua totalidade/integralidade. Uma patologia, considerada ecossistemicamente não pode ser avaliada/analísada por sí só, mas no contexto, a partir das relações e conexões que envolvem o usuário. Para o paradigma ecossistêmico, o AVC é provocado pelas instabilidades e flutuações que influenciam no ecossistema do usuário na sua totalidade. A partir daí, emergem novas possibilidades, capazes de reestabelecer a saúde nas diferentes dimensões do ser humano, pois na óptica ecossistêmica todos os elementos/organismos formadores do espaço do usuário são influenciadas pela desordem instalada porque se encontram interdependentes e mutuamente

influenciáveis. Nesse sentido, o restabelecimento do sistema deve associar-se aos caminhos, percepções, possibilidades e escolhas dos usuários, família e sua rede de relações em busca dessa nova ordem ^(1-2,5).

Com base nessa fundamentação, evidencia-se a necessidade da ES no contexto hospitalar, direcionada aos usuários portadores de AVC e seus familiares, para a continuidade do cuidado no domicílio pós-alta. Esse cuidado, se torna uma necessidade, pois essa patologia é considerada um problema de saúde pública no mundo e se destaca entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por ser, dentre essas, a segunda maior causa de morte no mundo ⁽⁶⁾. Assim, durante a internação hospitalar o usuário portador de AVC e a família devem ser devidamente orientados, preparados e habilitados para o cuidado no domicílio, após a alta hospitalar.

Nesse contexto, a ES realizada pelo enfermeiro faz parte do conjunto de ações desenvolvidas no exercício do cuidado laboral. Esse profissional deve efetivar o cuidado de enfermagem de forma integrativa envolvendo ações administrativas/gerenciais, assistenciais, investigativas, educativas que se entrelaçam, qualificam e aperfeiçoam o cuidado, essência da profissão ⁽⁷⁾.

A palavra educação, apoia-se em diferentes teorias de ensino-aprendizagem e, assim, possui distintas definições que possibilitam o emergir de diferentes interpretações e diversas facetas que, por sua vez originam tendências pedagógicas e metodológicas do processo ensino/aprendizagem ou educativo ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Outrossim, cabe salientar que os educadores contemporâneos em seus estudos e formulações, abordam novas reorganizações, especialmente das teorias críticas e não-críticas, dentre esses destaca-se Freire^(8,11), Libâneo⁽⁹⁾, Saviani⁽¹⁰⁾, além de outros, que contribuem para o embasamento teórico do presente trabalho, pois compreende-se que as concepções teóricas e metodológicas da ES são inerentes às Teorias de Educação. Ainda, cabe destacar que existem relações entre essas concepções teóricas e metodológicas, assim para a sua compreensão, o referencial teórico-filosófico ecossistêmico, emerge como sustentáculo desta pesquisa, dada, a necessidade de discorrer sobre a totalidade dos elementos que abrange os métodos e teorias educativas e demais elementos que se somam a esses aspectos e auxiliam e intervêm na educação em enfermagem e saúde.

A ES, vista nessa perspectiva, pode ser considerada um sistema composto por um conjunto de elementos interdependentes que de modo inter-relacionado, integrado e articulado busca desenvolver a aprendizagem para um viver melhor do usuário com AVC. Portanto, a abordagem ecossistêmica é contextual, ou seja, leva em consideração todos os elementos que

compõem a realidade/espço e pondera as relações/interações e não a linearidade entre os elementos que integram o sistema ^(1,5). Logo, esse constructo se mostra adequado para o estudo das relações que se estabelecem entre os aspectos que fazem parte do espaço de inserção do usuário com AVC, porque permite verificar os que apresentam benefícios e os que devem ser descartados ou substituídos por causarem danos/agravos ao usuário.

Nesta linha de pensamento, as ações de ES devem ser pautadas nas relações que se situam entre todos os elementos pertencentes ao ecossistema hospitalar e, especialmente, domiciliar e, assim, incentivar uma educação emancipadora, participativa, dialógica, criativa, com possibilidades de desenvolver a autonomia do usuário ^(1,11). Desta maneira, a ES, sob o prisma do PE, apropria-se e desenvolve princípios ecossistêmicos como a interdependência, cooperação, influência mútua e inter-relações dos elementos constituintes do espaço/ambiente hospitalar e domiciliar que, na dinâmica de suas relações/interações produzem e trocam energia, matéria e informações entre si, capazes de provocar mudanças e transformações contínuas no sistema/ecossistema ^(2,4,12).

Objetiva-se, avaliar as bases teórico-metodológicas utilizadas por enfermeiros no processo educativo hospitalar ao usuário com acidente vascular cerebral e a família, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico.

MÉTODODO

Desenho do estudo

Estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório, com base em Bardin ⁽¹³⁾, que permitiu contemplar os objetivos da pesquisa.

População

A população foi 18 enfermeiros que exercem função assistencial em unidades de clínica médica dos três Hospitais Universitários (HU) do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, e que possuem contrato vigente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Crítérios de seleção

Como critério de inclusão, estabeleceu-se estar exercendo, há pelo menos seis meses, a profissão de enfermeiro assistencial nas unidades de Clínica Médica selecionadas e como critérios de exclusão, estar em férias e/ou afastamento das atividades assistenciais.

Definição da amostra

Para o recrutamento dos partícipes adotou-se a técnica de amostragem não probabilística denominada *Snowball* (“Bola de Neve”), que utiliza uma rede de referências ⁽¹⁴⁾. Sua aplicação é indicada quando se pretende realizar pesquisas sociais, com participantes de comunidades, por vezes, desconhecidas, ocultas e ou de difícil acesso ⁽¹⁵⁾.

Foi feito contato telefônico na unidade de clínica médica com o enfermeiro que estava de plantão. Nesse telefonema foi realizado o convite para participar da pesquisa. Assim, os primeiros enfermeiros das unidades de clínica médica de cada hospital, que concordaram participar, foram considerados as sementes da pesquisa. Após a realização da entrevista com o participante semente, solicitou-se a indicação de outro enfermeiro como possível participante, sendo estes, considerados frutos da pesquisa. Ao primeiro fruto de cada hospital, após a entrevista, foi solicitada a indicação de outro participante, os quais, foram contatados via telefone, cujo contato foi fornecido pelos entrevistados.

Conforme Minayo (2014), na pesquisa qualitativa a definição da amostragem não se baseia em critério numérico. Trata-se de quais indivíduos tem vinculação mais significativa com o problema de investigação. Dessa forma, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão e seguindo-se a técnica *Snowball*, totalizou-se uma semente e cinco frutos de cada hospital, ou seja, seis enfermeiros de cada unidade hospitalar.

Coleta de dados

Devido ao atual cenário mundial de restrições impostas pela pandemia do Coronavírus, a etapa de coleta de dados foi desenvolvida de forma virtual, nos meses de janeiro e fevereiro de 2021. Agendou-se as entrevistas, conforme disponibilidade de cada participante via chamada de vídeo. Dos 18 participantes, apenas um optou por realizar a entrevista por meio da plataforma *Google Meet* enquanto os demais preferiram a chamada de vídeo pelo aplicativo *WhatsApp*.

Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro, construído especificamente para esta pesquisa, contendo questões fechadas relacionadas aos dados sociodemográficos e funcionais e questões abertas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas.

Análise e tratamento dos dados

Após a transcrição dos dados, a análise e interpretação foram realizadas utilizando o método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin ⁽¹³⁾, que compreende três fases. A pré-

análise, onde se buscou tornar o processo operacional e sistematizado às ideias iniciais, por meio da leitura flutuante, a escolha dos documentos, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação dos pressupostos e dos objetivos. A exploração do material possibilitou a codificação dos dados, por meio de funções de regras previamente formuladas. E, o tratamento dos resultados, oportunizou a transformação dos dados brutos em dados expressivos e apropriados à análise. Nesta fase, realizou-se a codificação, onde os dados brutos foram transformados em unidades, as quais permitiram uma descrição exata dos conteúdos pertinentes.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande, sob o número CAAE: 39733320.6.0000.5324 e obteve a liberação das Gerências de Ensino e Pesquisa dos hospitais selecionados. As Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e seus preceitos, quanto à ética na pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado de forma *online*, enviado por e-mail aos participantes, garantindo a participação voluntária, sigilo, anonimato, e possibilidade de desistência a qualquer momento da investigação. Para garantir a confidencialidade, os partícipes foram identificados pela letra “E” de enfermeiro, seguida pela inicial da cidade onde está localizado o HU (S para Santa Maria; P para Pelotas e R para Rio Grande), acompanhadas de números cardinais, conforme a ordem de cada entrevista, por ex. (EP1; ES3; ER2...).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 18 enfermeiros com idade média de 45 anos. Destes 15 (83,33%) eram do sexo feminino; 12 (66,66%) possuíam menos de três anos de atuação em unidade de clínica médica. Quanto ao tempo grau de formação, 11 (61,11%) tinham entre nove e 15 anos de graduação e oito (44,44%) participantes haviam cursado algum tipo de especialização *Latu Sensu*.

Os dados e resultados obtidos junto à amostra de estudo são apresentados em duas categorias: Início e desenvolvimento do processo educativo para a alta hospitalar; Bases Teórico-metodológicas utilizadas pelos enfermeiros no processo educativo.

Início e desenvolvimento do processo educativo para a alta hospitalar

Em relação ao início e desenvolvimento do processo educativo do enfermeiro para o usuário e a família, os dados apresentam heterogeneidade quanto ao começo da preparação para a alta hospitalar. Grande parte dos entrevistados narraram que realizam ES desde a chegada do usuário e família na unidade de internação, ou em qualquer contato ou visita ao usuário, ou seja, concretizam esse processo educativo preparando o usuário e família para a alta hospitalar durante todo o período de internação hospitalar do usuário, conforme relatos.

Desde a chegada dele. (...) Já na chegada dele a gente já começa a conversar alguma coisa, porque o dia da alta é um dia de angústia para eles, eles não vão aprender nada no dia da alta, isso a gente tem bem claro, a maioria dos nossos pacientes são acamados, então a gente sabe da importância de preparar para a alta (...) (ES1).

No primeiro contato que eu tenho com esse paciente e família (...). Então, essa Educação em Saúde, é na chegada do paciente no hospital (...) (EP1).

Durante toda a internação a gente já procura fazer na unidade, orientações de cuidado, não só naquele momento pré alta, mas durante toda a internação, procura fazer essas orientações de cuidado preparando para a alta (...) (ES5).

Na verdade, começa desde momento que tu tens o primeiro contato com o paciente. Eu procuro sempre no contato com o paciente já orientar o que eu acho importante (...) (ER2).

Entretanto, alguns respondentes relataram abordar esse processo no dia ou na previsão de alta dos usuários, enquanto outros enfermeiros referiram que a ES não acontece de forma processual e sim, em momentos/situações pontuais.

Isso é complicado, às vezes, a gente fica sabendo da alta do paciente, pelo próprio paciente. Que o médico foi lá, informou, foi lá fazer a alta, e pronto (...). Então, é nesse momento, no momento imediato da saída do paciente (...) (EP4.).

(...) é no momento da alta, o médico chega e diz que vai dar alta para tal paciente, até porque não tem essa preparação programada para alta (...) (ER6).

O meu processo de educação é pontual. Não acontece uma continuidade (...) (ER4).

Bases Teórico-metodológicas utilizadas pelos enfermeiros no processo educativo

Quanto às bases teórico-metodológicas utilizadas, os dados evidenciam que o processo educativo é realizado com base nas necessidades biofisiológicas de cada usuário e família, conforme as sequelas da patologia, e direcionado às técnicas e procedimentos específicos. Assim, alguns participantes realizam uma orientação na beira do leito com a família/cuidador em relação aos procedimentos que devem ser realizados no domicílio, sem especificar teorias-metodológicas básicas.

(...) orientações quanto aos cuidados, que vai ser realizado em casa, banho de leito, troca de decúbito, troca de fralda, troca de curativo que em casa ou vai ser o próprio paciente que vai realizar ou vai ser um cuidador, um familiar (ES5).

Eu começo localizando o paciente onde ele está, bom dia, hoje é tal dia, me apresento (...) eu tento explicar por que ele está recebendo as medicações, por que ele está com acesso venoso (...) (ER4).

(...) a gente explicava como fazia (os cuidados), depois tentava deixar ela (a familiar) fazer, para ver se estava tudo ok (...) (ER3).

(...) os técnicos de enfermagem vão trocar uma fralda já chamam o familiar e diz, vamos trocar aqui, molha pra mim o paninho ali, porque depois em casa é tu que vai fazer, vai mostrando e depois já deixa eles fazer, porque só olhar é uma coisa, quando vai fazer é que surge a dúvida (...) (ES1).

(...) é a partir das necessidades de cada paciente/família (ES3).

Outro grupo de participantes revela, pelas suas falas, preocupação com a necessidade de conhecimento individual, o contexto do usuário e família e continuidade dos cuidados pós alta hospitalar, mas não menciona o uso de nenhuma teoria ou metodologia de embasamento científico no desenvolvimento do processo educativo.

Tento sempre usar uma linguagem que eles entendam, peço para a pessoa me explicar como ela entendeu, para ver aquela forma que ela entendeu é a forma correta (...) (ES6).

(...) eu tento ver a realidade de vida dele, onde mora, as condições financeiras e o que vai ter de cuidado depois (...) (EP1).

(...) como ele vai dar continuidade do tratamento em casa, orientações onde podem conseguir as medicações, qual o posto de saúde mais próximo de casa, como faz para procurar (...) (EP4).

(...) se a gente vai fazer alguma referência para alguma unidade de saúde quem eles devem procurar lá, já manda descrito e orienta o familiar, isso a gente manda descrito (...) (ES4).

DISCUSSÃO

A atuação profissional do enfermeiro é fundamentada no cuidado, considerado a sua essência, alicerçado no “conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais, na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar”⁽¹⁶⁾. Logo, o cuidado relaciona-se a valores que priorizam a paz, a

liberdade, o amor, o respeito ético e cinge a dinâmica das relações estabelecidas pelos elementos do ecossistema de cuidado ^(1,17).

Compreende-se que, ao cuidar do usuário com de AVC, o enfermeiro utiliza-se do seu arcabouço científico, teórico e metodológico para desenvolver ações assistenciais que se interconectam com ações educativas, psicossociais e espirituais. Nesse segmento, o cuidado do enfermeiro abarca a ES, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 Art.08 ⁽¹⁸⁾.

Os participantes ao serem questionados sobre como é desenvolvido o processo educativo do usuário e família para o cuidado no domicílio, alguns apontaram que essa intervenção acontece no dia da alta ou na previsão dessa, enquanto, outros assinalaram que acontece em momentos pontuais, sem planejamento de continuidade. Dados semelhantes são apresentados em estudo realizado no sul do Brasil, com enfermeiros que atuam em unidades de clínicas médicas, onde a ES no ecossistema hospitalar também não se caracterizou como um processo, e sim, intervenções pontuais, a partir de orientações prescritivas ⁽¹⁹⁾.

Nessa vertente, pesquisa realizada na China corrobora com os dois grupos de dados dos participantes, da presente pesquisa. O estudo analisou dois grupos de cuidadores, onde um grupo foi submetido a um programa intensivo de educação para cuidadores permeando desde a internação hospitalar até a alta do usuário com AVC, e outro grupo de cuidadores com atividades pontuais de ES durante o período de internação. O estudo concluiu que o grupo que recebeu ES de forma pontual apresentou usuários com maiores *déficits* na recuperação funcional e cognitiva, e maiores níveis de incertezas e ansiedades nos cuidadores para a realização do cuidado ⁽²⁰⁾. Em contrapartida, o grupo que recebeu a ES, de forma processual, evidenciou-se usuários com maior índice de recuperação cognitiva e funcional, além de cuidadores mais confiantes para a efetivação do cuidado no domicílio ⁽²⁰⁾. Neste sentido, percebe-se que existe maior possibilidade de benefícios ao paciente quando a ES é desenvolvida ao longo do período de interação, abarcando um processo educativo para a alta hospitalar.

Outro grupo de participantes relatou que os processos educativos se dão desde o momento da internação, ao primeiro contato com o usuário/família, com vistas a preparar usuários e família para a alta hospitalar. Assim, vislumbra-se a importância de a ES ser desenvolvida processualmente, durante toda a internação hospitalar, conforme explícito em uma das falas, (ES1), onde a participante compreende as significativas mudanças que ocorrem na vida dos usuários e família após o acometimento do AVC e que o dia da alta é um dia de angústia, que tanto os usuários, quanto os familiares não conseguem aprender. Em consonância, resultados de uma investigação norueguesa, com usuários acometidos por AVC,

apontaram que a ES realizada apenas no dia da alta hospitalar está relacionada a um significativo número de pacientes que necessitam de reinternações, pois compromete as orientações de cuidado que devem acontecer durante todo o período de internação hospitalar ⁽²¹⁾.

Com relação ao contexto dos usuários/família, os participantes mencionaram que durante a efetivação do processo educativo consideram o contexto domiciliar e as necessidades singulares de cada usuário/família. Achados similares foram obtidos em estudo ao sul do Brasil com cuidadores de pacientes com mobilidade parcial ou total, restritos ao leito. Os pesquisadores identificaram que os cuidadores encontraram dificuldades em realizar o cuidado no domicílio, relacionadas ao contexto domiciliar e a rede de relações familiares ⁽²²⁾. A pesquisa concluiu que é primordial que o enfermeiro ao realizar a ES deve possuir a sensibilidade de contextualizá-la a partir das necessidades singulares de cada usuário/família, inclusive considerando o seu contexto domiciliar ⁽²²⁾.

No que se refere as bases Teórico-metodológicas utilizadas pelos enfermeiros no desenvolvimento do processo educativo no ecossistema hospitalar, estudo realizado em um Hospital-Escola ao Sul do Brasil, o qual objetivou descrever as matrizes das concepções da ES dos enfermeiros atuantes em unidades de internação hospitalar, concluiu que os enfermeiros consideram a ES uma prática inerente do cuidado, entretanto, essa não acontece de forma processual, mas fragmentada, pontual, com repasse de informações, com foco em práticas biologicistas e são influenciadas pelo modelo tradicional de educação ⁽²⁵⁾. Esses dados corroboram com os achados de alguns participantes da presente pesquisa, na qual o enfoque do processo educativo dos enfermeiros recaiu sobre as necessidades biofisiológicas dos usuários, sem seguir métodos específicos.

A partir da discussão dos dados, foi possível entender o uso de caminhos com bases teórico metodológicas utilizadas pelos enfermeiros, bem como contextualizá-las a partir do referencial teórico-filosófico ecossistêmico que sustenta esta pesquisa, mesmo sem explicitá-las como tais. Vislumbra-se que os métodos utilizados na ES de alguns participantes abarcam diferentes correntes pedagógicas. A Teoria Tradicional de educação, também chamada de Educação Bancária, expressa a transmissão de conhecimentos de forma pontual e prescritiva, sendo revelada nas falas de alguns participantes ao referirem seu processo educativo de forma pontual no dia da alta sem continuidade, configurando-se como um depósito de informações, o que vai ao encontro dessa teoria ⁽¹⁰⁾.

A Teoria Tecnicista, que valoriza as técnicas em detrimento dos conteúdos, busca relegar para um plano secundário o profissional enfermeiro, a equipe, a família e os usuários

em detrimento ao processo de aprendizagem, já que cada agente envolvido deve seguir minuciosamente suas tarefas determinadas por instruções prescritivas ⁽¹⁰⁾. Essa abordagem foi constatada no discurso de alguns participantes, ao revelar que realizam com os familiares um treinamento prático na beira do leito, ensinando os procedimentos e oportunizando-os realizarem sob sua supervisão, para posteriormente desenvolverem o cuidado no domicílio após a alta hospitalar.

A utilização dessa base teórico-metodológica, não necessariamente, deve ser descartada no processo educativo a usuários e familiares. Entretanto, a realização técnica dos cuidados deve entrelaçar-se ao aprendizado necessário a esses. Assim sendo, não pode ser um método exclusivo de ensino, pois não permite considerar a realidade do contexto domiciliar. Os materiais e insumos usados no ecossistema hospitalar, na maioria das vezes, não são os mesmos disponíveis no ambiente domiciliar. Neste contexto, essa abordagem pedagógica pode ser associada à outra que contemple essas lacunas e faça relação com a ambiência domiciliar.

Nesse segmento, grande parte dos participantes relatou que a realização do processo educativo acontece desde a chegada do usuário/família no ambiente hospitalar, ou sempre que oportunamente ao contato com esses. Da mesma maneira, a maioria relatou que seu processo educativo se baseia nas necessidades sinalizadas pelos usuários e família e ainda leva em consideração o contexto cultural, econômico, a rede de apoio domiciliar e inserção da equipe multiprofissional no processo educativo. Esse processo educativo utilizado pelos enfermeiros correlaciona-se com a tendência pedagógica classificada por Saviani ⁽¹⁰⁾ como Educação Libertadora. Corrobora a esta, a abordagem teórico-metodológica, criada por Freire ⁽¹¹⁾, que adota uma educação problematizadora, onde a relação educador-educando/enfermeiro-usuário/família, deve ser baseada na dialogicidade, na problematização da realidade discutindo, questionando, criando situações facilitadoras para a compreensão do tema gerador.

Num sentido inovador, a partir do PE para uma visão de mundo integrado e interdependente, a abordagem metodológica da ES tradicional e tecnicista não contempla as reais necessidades dos usuários e sua família, pois se trata-se de intervenções pontuais e prescritivas, que não consideram a totalidade dos elementos que envolvem o processo educativo ^(1,3,5). Entretanto, o processo educativo por meio da educação libertadora corrobora com o PE, visto que essa teoria educativa se propõe a construção de uma educação que crie horizontes alternativos com base nos contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e humanos ⁽⁸⁾.

Assim, denota-se os princípios e características do PE, como possibilidades que se expressam pelas relações, interconexões, conforme asseverado nas falas de alguns participantes que desenvolvem o processo educativo, considerando a cultura, a rede de apoio, o contexto domiciliar e financeiro, reconhecendo assim, os acontecimentos instáveis que ocorrem com elementos que constituem o ecossistema, no qual o ser humano vive, trabalha e se desenvolve. A forma dinâmica e interligada do PE sinaliza romper com o processo educativo tradicional e fragmentado, e busca a introdução de uma dinâmica relacional para a integralidade das necessidades multidimensionais humanas. Deste modo, o PE instiga a mudança do paradigma cartesiano, horizontal, fragmentado e linear pelas relações dinâmicas entre os elementos que constituem a totalidade/unidade integrada, interdependente e inter-relacionada do contexto, produzindo múltiplas possibilidades com capacidade de inovação e superação vida e saúde da humanidade ^(1,12).

CONCLUSÃO

A pesquisa contemplou o objetivo proposto, pois por meio das entrevistas foi possível asseverar que os enfermeiros não seguem metodologias específicas para a realização da ES, entretanto, são influenciados por algumas bases teóricas de educação ao desenvolverem ações educativas. Foi possível perceber que, nas ações educativas realizadas pelos enfermeiros, existem sinalizações de aproximações do referencial teórico-filosófico ecossistêmico indicando novas abordagens da dimensão educativa realizada nos ambientes de internação hospitalar, tanto durante a internação, como para o cuidado pós alta.

Os dados e resultados, as reflexões e o uso da nova fundamentação teórica-filosófica do PE assegura um caminho de possibilidades para a auto-organização do usuário com AVC. Assim, facilita encontrar uma nova ordem na escolha de um caminho ecossistêmico, favorável à recuperação de sua saúde, conforme orientação do enfermeiro durante a internação hospitalar

Limitações

A pesquisa, apresenta limitações referentes ao método, uma vez que, restringe os achados à população pesquisada, não permitindo estabelecer generalizações. Contudo, apesar dos resultados se limitarem a determinadas realidades, esses são fundamentais para a indicação de caminhos que sinalizam possíveis estratégias na condução da ES nos ambientes hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira HCH, Thurow MRB, Paula SF, Zamberlan C, Medeiros AC, Cecagno D, et al. A saúde do ser humano na perspectiva ecossistêmica. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(2):559-64.
2. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):816-822.
3. Paula SF, Siqueira HCH, Scarton J, Medeiros AC, Gehlen MH, Rodrigues ST. Relações entre crise econômica e ações de educação em saúde no ambiente hospitalar: perspectiva ecossistêmica. *Research, Society and Development*. 2020; 9(2):1-18.
4. Rangel RF, Medeiros AC, Oliveira ACC, Rodrigues ST, Scarton J, Siqueira HCH. Efeitos do toque terapêutico no cuidado integral ao ser humano à luz do Pensamento Ecossistêmico. *Research, Society and Development*. 2020; 9(4):1-19.
5. Zamberlan C, Paula SF, Siqueira HCH, Backes DS, Ventura J. Orientações para filhos de pai/mãe cardiopatas: possibilidades e abordagens. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e28057.
6. Martins SCO, Sacks C, Hacke W, Brainin M, Figueiredo FA, Pontes-Neto OM, et al. Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries. *The Lancet Neurology*. 2019;18(7):615-708.
7. Siqueira HCH. O enfermeiro e sua prática assistencial integrativa: construção de um processo educativo. Bagé: Ediurcamp, 1998.
8. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50. ed. São Paulo: Paz Terra, 2011.
9. Libâneo JC. *Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos*. 23 ed. São Paulo: Loyola, 2009.

10. Saviani D. Escola e Democracia. Polêmicas do nosso tempo. 43ª ed. São Paulo: Autores Associados, 2018.
11. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
12. Siqueira HCH, Nunes MHB, Pedroso VSM, Sampaio AD, Medeiros AC, Thrurow MRB, et al. Redes de apoio ao usuário com doença renal crônica na perspectiva ecossistêmica. Rev Min Enferm. 2019; 23: e-1169.
13. Badrin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Goodman L. SnowballSampling. In: Annals of Mathematical Statistics. 1961;32:148-170.
15. Albuquerque EM. Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-drivenSampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz. Dissertação de Mestrado. 2009.
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o Código de ética de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
17. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
18. Brasil. Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 de junho de 1987. Seção 1.
19. Figueira AB, Amestoy SC, Cecagno D, Tristão FS, Trindade LL, Correa VA. Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. Cogitare Enferm. 2013;18(2):310-6.

20. Zhang L, Zhang T, Sun Y. A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. *Brazilian Journal of Medical and Biological. Research.* 2019;52(9):1-13.
21. Rohweder G, Salvesen O, Ellekjar H; Indredavik B. Hospital readmission within 10 years post stroke: frequency, type and timing. *BMC Neurol.* 2017; 17(116).
22. Paula SF, Gehlen MH, Ventura J, Zamberlan C, Rangel RF, Siqueira HCH. Caregiver's perception about learning for home care. *Acta Scientiarum Health Sciences Maringá.* 2017;39(2):149-156.
23. Cadilha DA, Andrew NE, Salama ES; Hill K, Middleton S, Horton E, et al. Improving discharge care: the potential of a new organisational intervention to improve discharge after hospitalisation for acute stroke, a controlled before– after pilot study. *BMJ Open.* 2017;7:e016010.
24. Paula SF, Siqueira HCH, Medeiros AC, Rangel RF, Rodrigues ST, Pedroso VSM. Educação em saúde provida pelo enfermeiro ao cuidador à luz do pensamento ecossistêmico. *Research, Society and Development.* 2020;9(4):1-17.
25. Rigon AG, Neves ET. As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros no contexto hospitalar. *Rev Enferm UERJ.* 2012;20(esp.1):631-6.

5.2 Artigo 2

Processo educativo em saúde no hospital: facilidades e dificuldades relatadas pelos enfermeiros²

Resumo:

Objetivo: analisar as facilidades e dificuldades assinaladas pelos enfermeiros na prática do processo educativo em saúde à família e usuário com acidente vascular cerebral no período de internação hospitalar.

Métodos: Pesquisa do tipo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Como técnica de coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada com 18 enfermeiros atuantes em unidades de clínica médica de três Hospitais Universitários ao Sul do Brasil, recrutados por método não probabilístico denominado *Snowball*. Na análise e interpretação dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: Da análise emergiram duas categorias denominadas: Facilidades para o desenvolvimento do processo educativo; Dificuldades para o desenvolvimento do processo educativo.

Conclusões: Foi possível identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros acerca da realização da educação em saúde no contexto de internação hospitalar, considerando suas atividades laborais em unidades de clínica médica. Mesmo atuando em Hospitais Universitários diferentes, as dificuldades e facilidades para a realização da Educação em Saúde se assemelham.

Descritores: Educação; Educação em Saúde; Enfermagem; Hospital; Acidente Vascular Cerebral.

Introdução

Os avanços da rede hospitalar, durante longo período estiveram exclusivamente ligados ao moderno pensamento científico, o método analítico reducionista, fragmentado, linear proposto por Descartes em 1619 cujo delineamento - concebe a subdivisão de qualquer problema em níveis mínimos, acreditando que ao conhecer um fragmento se conhece o fenômeno. Esse pensamento, chamado de método cartesiano influenciou fortemente a ciência médica, resultando no conhecido modelo biomédico.⁽¹⁾

Constata-se, também, a predominância do modelo biomédico assistencial do enfermeiro, presente nesses espaços onde as práticas hospitalares, bem como, o cuidado desenvolvido nesses espaços, têm sua gênese na valorização da patologia, ou seja, na doença e desconsidera a multidimensionalidade do ser humano. Além da prática biologicista, agrega-se o conjunto de aparatos tecnológicos, burocratizações, formas de organização que caracterizam

² Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico.

esses locais como espaço para tratamento e cura de doenças, em detrimento de ações promotoras de saúde.⁽²⁻⁴⁾

Nesse sentido, a prática educativa do enfermeiro nos espaços hospitalares, torna-se um desafio, pois este espaço não é vislumbrado como um local de prevenção da doença e promoção da saúde, como a atenção primária, onde os estudos de educação em saúde são majoritariamente associados. Ademais, os hospitais em grande parte, continuam com organizações rígidas, relações históricas de poder hierárquico, linear, atendimentos tecnicistas sustentados pela influência do modelo biomédico que ainda prevalece fortemente nestes locais, com foco no curativismo em detrimento de ações educativas.⁽⁵⁾

Desta maneira, a Educação em saúde (ES) desenvolvida pelo enfermeiro, proposta ao usuário e família para o enfrentamento das possíveis limitações impostas pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC), deve iniciar desde a admissão do usuário na unidade hospitalar, com intuito de prepará-lo para o cuidado no domicílio, e assim permitir, além de conhecimentos específicos relacionados à doença, autonomia e confiança, fundamentais para todas as nuances deste cuidado.⁽⁶⁾

Em contrapartida, a atuação da equipe multiprofissional na rede hospitalar é considerada um avanço nas relações de cuidado desenvolvidas nestes espaços. Pesquisa realizada com enfermeiros de um Hospital universitário no Sul do Brasil, apontou que o trabalho desenvolvido junto a equipe multiprofissional traz, em diferentes aspectos, benefícios a assistência prestada no âmbito hospitalar.⁽⁷⁾

Partindo desses pressupostos, objetivou-se descrever e analisar as facilidades e dificuldades assinaladas pelos enfermeiros na prática do processo educativo em saúde a família e usuário com acidente vascular cerebral do período de internação hospitalar.

Métodos

Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória que seguiu os passos de Bardin,⁽⁸⁾ realizada com 18 enfermeiros assistenciais de unidades de Clínica Médica de três Hospitais Universitários do Rio Grande do Sul. Para o recrutamento dos participantes adotou-se a técnica *Snowball*, uma forma de amostragem não probabilística utilizada em pesquisas sociais, em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam outros participantes e, assim, sucessivamente até completar o número de componentes previstos.⁽⁹⁾

O convite aos participantes da pesquisa foi realizado por meio de contato telefônico, com o enfermeiro que estava de plantão na clínica médica de cada hospital, nos dias e

horários das ligações. Os primeiros enfermeiros das unidades de Clínica Médica de cada Hospital, que concordaram participar da pesquisa, após contato telefônico, foram considerados as sementes do estudo. Posteriormente, esses indicaram os próximos participantes que foram chamados de frutos. Assim, foram consideradas uma semente e cinco frutos de cada hospital, ou seja, seis enfermeiros de cada Hospital, totalizando dezoito participantes na pesquisa.

Estabeleceu-se como critério de inclusão estar exercendo, há pelo menos seis meses, a profissão de enfermeiro assistencial nas referidas unidades e como critério de exclusão, elencou-se estar em férias e/ou afastamento das atividades assistenciais.

Devido ao atual cenário mundial de restrições impostas pela pandemia do Coronavírus, optou-se por desenvolver a etapa da coleta de dados de forma virtual. Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, foi agendado entrevista, conforme disponibilidade de cada participante, via chamada de vídeo. Dos dezoito participantes, apenas um optou por realizar a entrevista por meio da plataforma *Google Meet* e os demais preferiram a chamada de vídeo do aplicativo *WhatsApp*.

A coleta de dados aconteceu no primeiro semestre de 2021, após liberação das Gerências de Ensino e Pesquisa (GEPs) dos hospitais selecionados e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande, sob o número CAAE: 39733320.6.0000.5324. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro, construído especificamente para este estudo, contendo questões fechadas relacionadas a dados sociodemográficos e funcionais e questões abertas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas.

Após a transcrição dos dados, a análise e interpretação foi realizada utilizando o método de Análise de Conteúdo de Bardin,⁽⁸⁾ que compreende três fases. A pré-análise, onde se buscou tornar o processo operacional e sistematizado às ideias iniciais, por meio da leitura flutuante, a escolha dos documentos, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação dos pressupostos e dos objetivos. A exploração do material, possibilitou a codificação dos dados, por meio de funções de regras previamente estabelecidas. E, o tratamento dos resultados, oportunizou a transformação dos dados brutos em dados expressivos e apropriados à análise. Nesta fase, realizou-se a codificação, onde os dados brutos foram transformados em unidades, as quais permitiram uma descrição exata dos conteúdos pertinentes.

A Resolução nº 466/12 e 510/16 do CONEP/MS e seus preceitos quanto à ética na pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados.^(10,11) Os participantes receberam e assinaram de forma virtual o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi

entregue em duas vias, condicionando a sua participação voluntária e o sigilo das informações. Para garantir a confidencialidade dos participantes, os mesmos foram identificados por pseudônimos elencados pela letra E de enfermeiro, seguido pela inicial de cada cidade onde está localizado o HU (S para Santa Maria; P para Pelotas e R para Rio Grande), seguidos de números cardinais, conforme a ordem de cada entrevista, por ex. (EP1; ES3; ER2...).

Resultados

Os dados analisados, possibilitaram a construção de duas categorias, descritas a seguir:

Facilidades para o desenvolvimento do processo educativo

No que se refere às facilidades encontradas para a realização da educação em saúde, os dados apontam a equipe multiprofissional e a equipe de enfermagem como facilitadores para que aconteça a educação em saúde.

O apoio da equipe multiprofissional é fundamental porque a enfermagem sozinha não consegue nada[...] A equipe multiprofissional é uma das coisas mais ricas que tem ali para conseguir desenvolver as atividades (ES1)

Facilidade é justamente em relação a equipe multiprofissional, se o médico fizer uma solicitação ao psicólogo, eu rapidamente terei acesso ao psicólogo[...]existe a residência multiprofissional[...] eles são um ponto muito positivo lá, pois dão uma grande ajuda. (ER4)

[...] a gente tem outros profissionais e residentes, eles estão também nesse processo de ensino aprendizagem eles estão aprendendo, ao mesmo tempo que estão educando[...] todos estão envolvidos nessa atmosfera, de passar, de orientar, de ensinar, de aprender[...]. (ER3)

Eu vejo facilidade na equipe de enfermagem, é uma equipe muito disposta, eles ajudam[...]. (EP2)

Em relação aos usuários e família, os dados mostram da mesma maneira, que estes são considerados facilitadores para a realização do processo educativo, pois na maioria das vezes, estão interessados e dispostos a aprender sobre determinado procedimento/cuidado ou a respeito da evolução do estado de saúde do paciente.

Em relação às facilidades, eu vejo a interação que o familiar e o paciente têm em procurar saber, interagir, com o enfermeiro, é grande[...] o pessoal é carente de informação, então quando tu para conversar realmente com eles cooperam contigo, interação bastante. Isso eu vejo como um fator positivo. (ER5)

A família é um facilitador, pois tem pacientes que ficam um tempo bem considerável, e a família sempre como coadjuvante desse processo[...] a família é muito mais um ponto positivo, participativos, questionadores, interessados. (ER6)

Dificuldades para o desenvolvimento do processo educativo

Ao mesmo tempo em que os participantes apontam a equipe multiprofissional e de enfermagem como facilitadores do processo educativo, similarmente outros ponderam a falta de integração e comunicação com a equipe multiprofissional como uma dificuldade para a realização do processo educativo e similarmente, alguns assinalam a forma de atuação robotizada da enfermagem como dificuldade para realizar educação em saúde.

Em relação á equipe multiprofissional eu vejo que falta integração. Não existe interação, é cada um agindo por si [...] essa é uma grande dificuldade é tudo fragmentado. (EP2)

[...] a falta de comunicação, a comunicação não é efetiva com a equipe multiprofissional, que eu acredito que é o maior problema [...] (ER3)

A dificuldade é a falha na comunicação, um não fala para o outro o que fez, ou não faz as anotações, nas evoluções. Ou eu falo alguma coisa e o outro profissional fala outra, acho que essa falta de coesão nas informações, isso dificulta[...] (ES2)

Tem dificuldades em relação a equipe de enfermagem, por que aqui a gente é muito robotizado, a chegar, administrar o remédio, fazer suas coisas e conversar pouco, as vezes a gente não destina um tempo maior para fazer ES[...] (EP4)

Eu vejo uma dificuldade bem grande com a equipe técnica de enfermagem, a equipe ali é muito robotizada, é muito difícil, é só o básico e deu, eles não querem se inserir neste processo [...] (EP6)

Outro fator apontado pelos enfermeiros, que interfere negativamente para a realização da educação em saúde do âmbito hospitalar, está na família desinteressada para o cuidado e educação em saúde.

Tem muitos familiares e usuários que ainda não passaram pela fase de aceitação e acabam sendo mais resistentes o que se torna uma dificuldade para desenvolver educação em saúde [...] (ES6)

Muitas vezes acontece também que a gente não tem a responsabilização da família[...]. (ES4)

Além disso, os enfermeiros apontam como dificuldades para a realização do processo educativo, a falta de materiais didáticos e espaço adequado e específico para essas atividades.

As dificuldades que eu vejo, a gente não tem nenhum tipo de material didático para fazer ES[...] a falta de um local adequado para fazer isso[...] (ER1)

[...] talvez se nós tivéssemos na unidade, uma sala de aula, se fosse uma salinha pequena, até para nós orientar alguns cuidados...ao invés de falar tudo na frente do paciente[...] então uma dificuldade é a falta de um espaço para isso[...] (ES1)

Outras dificuldades trazidas pelos participantes se referem á falta de tempo relacionada à sobrecarga de trabalho, excesso de burocracia a ser realizada nas unidades, superlotação da unidade, e *déficit* em recursos humanos.

Como dificuldade eu vejo a falta de tempo, a sobrecarga (ER1)

[...] o dimensionamento de enfermeiros é uma dificuldade, é uma unidade que tem muitos pacientes, superlotação[...] (ER3)

[...] quando sobrecarrega o profissional já o deixa inapto para fazer algumas coisas e no caso a ES é uma delas. (ER5)

Outra dificuldade é muita parte burocrática, não é que não precise, precisa, mas pode ser otimizado [...] (EP1)

Discussão

A equipe multiprofissional é considerada, pela maioria dos participantes, um elo fundamental na assistência em saúde. No âmbito hospitalar sua atuação, quando bem estruturada, é capaz de proporcionar um entendimento singular do usuário e família, asseverando uma assistência humanizada, baseada em relações horizontais e conexões efetivas que auxiliam na recuperação e promoção da saúde.⁽¹²⁾

A equipe multiprofissional foi considerada pelos participantes da pesquisa como um facilitador para a realização da educação em saúde no ambiente hospitalar. Pesquisa qualitativa, realizada no Paraná, com profissionais da equipe multiprofissional, apontou resultados semelhantes aos obtidos na presente pesquisa. Os mesmos, também, assinalaram a atuação positiva destes profissionais ao considerar que favorecem o processo de recuperação dos pacientes e contribui em todos os âmbitos da assistência, inclusive nas ações educativas em saúde.⁽¹³⁾

No que se refere á literatura internacional, estudo realizado na China, na ilha de Taiwan, avaliou a qualidade de vida de usuários com AVC e seus cuidadores e referiu á importância do trabalho da equipe multidisciplinar no restabelecimento e enfrentamento da nova condição de saúde destes pacientes. Essas conclusões se aproximam dos dados encontrados nesta pesquisa, pois os enfermeiros referiram que a equipe multiprofissional é fundamental no trabalho desenvolvido por eles.⁽¹⁴⁾

Nessa perspectiva, outro estudo realizado no Reino Unido com o objetivo de descrever uma intervenção de enfermagem desenvolvida para otimizar a reabilitação hospitalar de pacientes com AVC, utilizando diferentes tipos de fontes de dados, apontou que a colaboração da equipe multidisciplinar nas intervenções assistenciais. Outro aspecto elencado foi a melhora da saúde dos usuários, também contribui para o entrelaçamento de habilidades,

conhecimentos e fortalecimento do vínculo entre os profissionais atuantes neste cenário.⁽¹⁵⁾ Similarmente, os participantes da pesquisa, referiram que o apoio da equipe multiprofissional se configura, igualmente, em trocas de conhecimentos entre os profissionais.

Conforme relatado pelos participantes da presente pesquisa, apesar do trabalho da equipe multidisciplinar, geralmente, agregar positivamente na assistência prestada pelo enfermeiro, alguns, também referiam lacunas que dificultam o seu trabalho com a equipe multidisciplinar. Nessa perspectiva, pesquisas nacionais vão ao encontro dos dados apontados pelos participantes, pois referem que muitas relações da equipe multidisciplinar são fragmentadas por serem sustentadas pela hierarquização dos saberes levando a prevalência da assistência biomédica, verticalizada, hegemônica, além de práticas de trabalho competitivas, que prejudicam as relações entre os profissionais e conseqüentemente interferem na qualidade da assistência prestada ao usuário e família.^(16,17)

Estudo realizado na Bahia com enfermeiras atuantes em clínica médica, demonstrou que a falha na comunicação, sejam elas verbais ou escritas, entre a equipe multiprofissional é um potencial agravante nas práticas assistenciais, pois podem trazer conseqüências desastrosas para a saúde dos usuários, que vão desde uma informação incorreta até acarretar algum evento adverso mais grave.⁽¹⁸⁾ Esses achados, corroboram com os relatos dos participantes da presente pesquisa, os quais apontam as falhas de comunicação escrita e verbal entre a equipe multiprofissional como um dos pontos de dificuldade para o desenvolver a educação em saúde.

No que se refere á equipe de enfermagem, em relação ás práticas de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro, os participantes da pesquisa apresentaram contrapontos, pois enquanto alguns referiram que a equipe é um facilitador do processo de ES, outros relataram que a equipe dificulta a efetivação desta. Neste prisma, pesquisa realizada no Brasil com 21 profissionais de enfermagem, apontou como facilidades para o enfermeiro realizar a ES, a interação entre esses profissionais, entretanto, por outro lado, um dificultador é a robotização do cuidado ainda como fator predominante na assistência prestada. Esse fator voltado para os procedimentos técnicos da equipe de técnicos de enfermagem prejudica outras ações assistenciais, como a ES.⁽¹⁹⁾ Esses dados corroboram com os relatos desta pesquisa que aponta o trabalho robotizado dos técnicos de enfermagem como dificultador nas atividades de ES.

Quanto á presença do familiar no contexto hospitalar do paciente com AVC, os participantes dessa pesquisa, salientaram a importância da sua presença e a considera como facilitador para o desenvolver do processo de ES pois, nas suas percepções, se mostram

questionadores e interessados durante o procedimento. Pesquisas internacionais legitimam os dados obtidos, ao apontarem resultados semelhantes com as investigações realizadas na China com familiares de usuários acometidos por AVC e pesquisa realizada na Tailândia sobre ES para familiares cuidadores, ao demonstrarem que a família se apresenta interessada e participativa, no que se refere ao aprendizado para o cuidado de seus familiares após a alta hospitalar.^(20,21)

Com base na literatura nacional, a presença da família no contexto hospitalar é fundamental para o cuidado do usuário, visto que, podem proporcionar apoio físico e emocional ao seu familiar, além de ser um elo importante para a equipe de enfermagem, visando a recuperação e promoção da saúde do usuário em regime de internação hospitalar.^(22,23)

Em contrapartida, pesquisa realizada no norte do Brasil, com cuidadores de pacientes idosos, constatou que esses, ao se depararem com situações advindas do cuidado podem apresentar sentimentos conflituosos como culpa, comoção, negação relacionada à nova condição do usuário que necessitará de cuidados.⁽²⁴⁾ Esses dados reafirmam os dados encontrados na presente pesquisa, onde, alguns enfermeiros relataram que a falta de interesse dos familiares no que se refere a educação em saúde para desenvolver os cuidados é apontado como um fator de dificuldade para a efetivação do processo educativo e esse fator pode estar relacionado a negação advinda da nova condição de saúde do usuário.

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro envolvendo escassez de recursos humanos, excesso de burocratização, extensa jornada de trabalho, tem sido descrita na literatura nacional como fatores que diminuem o tempo dedicado para a realização da ES.⁽²⁵⁻²⁷⁾ Essas referências, vão ao encontro dos dados da presente pesquisa, em que, os enfermeiros consideram a sobrecarga de trabalho associada ao excesso de burocratização, a falta de recursos humanos como dificuldades para a realização da educação em saúde no contexto hospitalar. Pesquisa internacional realizada com enfermeiros em Barcelona,⁽²⁸⁾ pontuou o excesso de trabalho como um dos fatores da sobrecarga dos enfermeiros, ocasionando falta de tempo para desenvolver as atividades de maneira efetiva. Um dos participantes da presente pesquisa, menciona que a educação em saúde fica em segundo plano devido à falta de tempo no ambiente de trabalho.

A infraestrutura hospitalar, também foi mencionada como fator dificultador para a realização da ES. Corroborando, pesquisa realizada com enfermeiros de um hospital público de São Paulo, referiu que a precariedade na infraestrutura hospitalar, bem como, a escassez de recursos físicos, dificulta/atrapalha o trabalho do enfermeiro.⁽²⁹⁾ Estudo multicêntrico que

comparou Hospitais Universitários da Argélia, Brasil e França concluiu que os hospitais brasileiros pesquisados e o hospital da Argélia partilham da mesma problemática de escassez de materiais e infraestrutura inadequada o que repercute no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, indo ao encontro dos dados já referenciados. Entretanto a mesma pesquisa, demonstrou que na França a falta de infraestrutura e escassez de materiais não se configura como problema na prática da assistência.⁽²⁵⁾

Conclusão

Foi possível descrever e analisar as facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros acerca da realização da educação em saúde no contexto de internação hospitalar, considerando suas atividades laborais em unidades de Clínica Médica e discuti-las em âmbito nacional e internacional com autores que alcançaram resultados semelhantes e ou diversos. Mesmo atuando em Hospitais Universitários diferentes, as dificuldades e facilidades para a realização da Educação em Saúde, se assemelham.

Considera-se que o objetivo da presente pesquisa foi contemplado pois, foi possível desvelar os entraves para a realização do processo educativo e, assim, procurar formas de direcioná-lo e facilitá-lo.

Como limitações, a não possibilidade de generalização dos dados, devido ao número limitado de participantes. Entretanto, ao trabalhar o tema, considera-se escassas as publicações nacionais e internacionais em relação à educação em saúde no contexto hospitalar. Espera-se que o presente trabalho possa contribuir para repensar a importância da prática educativa neste contexto.

Referências

1. Pereira QLC, Siqueira HCH. Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde. In: Cuidado humano plural. Rio Grande: Editora da FURG; 2008. 240 p.
2. Capra F, Luisi PL. A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. São Paulo: Cultrix; 2014. 616 p.
3. Arruda C. Modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
4. Siqueira HCH, Thurow MRB, Paula SF, Zamberlan C, Medeiros AC, Cecagno D, et al. [Human health from the ecosystem perspective]. Rev. enferm. UFPE on line. 2018; 12(2): 559-64. Portuguese.
5. Figueira AB, Amestoy SC, Cecagno D, Tristão FS, Trindade LL, Correa VA. [The vision of the nurses in the face of the practice of health Education in the hospital environment]. Cogitare enferm. 2013; 18(2): 310-6. Portuguese.
6. Silva RCA, Monteiro GL, Santos AG. [The nurse in the education of caregivers of patients with sequelae of stroke]. Rev. de Atenção à Saúde. 2015; 13(45): 114-120. Portuguese.

7. Gracioli JC, Lima SBS, Fonseca DF, Fonseca GGP, Rabello Sk, Eberhardt TD. [Strategies used by nurses in the functional readjustment of nursing workers]. *REME rev. min. enferm.* 2017; 21: e-1030. Portuguese.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Ed. rev. e atual. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Goodman L. Snowball Sampling. In: *Annals of Mathematical Statistics*, v. 32, 1961; p.148-170.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016: normas aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília (DF): MS; 2016.
12. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. [Work relationships among interdisciplinary teams: contributions for new methods of organization in health work]. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(6): 863-9. Portuguese.
13. Suguyama P, Buzzo LS, Oliveira MLF. [The experience of the multi-professional team in the care of a schizophrenic patient]. *Saude e pesqui.* 2016; 9(1): 65-71. Portuguese.
14. Tsai YH, Lou MF, Feng TSH, et al. Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. *BMC Neurology.* 2018; 18(50): 1-9.
15. Loft MI, Martinsen B, Esbensen BA, Mathiesen LLHKI, Poulsen I, et al. Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2017;12(sup2):1392218.
16. Wanderbroocke ACNS, Baasch C, Antunes MC, Menezes M. [The meaning of community in a multiprofessional hospital team: hierarchy, individualism, conflict]. *Trab. educ. saúde.* 2018; 16(3): 1.157-1.176. Portuguese.
17. Carvalho MC, Rocha FLR, Marziale MHP, Gabriel CS, Bernardes A. Work values and practices which characterize the organizational culture of a public hospital. *Texto & contexto enferm.* 2013; 22(3): 746-753.
18. Gomes RM, Moreira AS, Santana GJ, Vieira SNS, Santos AT, Alves ICLD, et al. [Limits and challenges of effective communication for patient safety: a collective discourse]. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2018; 10(1): 2006-2012. Portuguese.
19. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2016;50(4):640-647.
20. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, et al. A community based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. *Asian Nurs Res.* 2017; 11(2):150-157.
21. Zhang L, Zhang T, Sun Y. A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. *Braz. j. med. biol. res.* 2019; 52(9): e8533.
22. Paula SF, Gehlen MH, Ventura J, Zamberlan C, Rangel RF, Siqueira HCH. Caregiver's perception about learning for home care. *Acta sci., Health sci.* 2017;39(2): 149-156.
23. Paula SF, Siqueira HCH, Medeiros AC, Rangel RF, Teixeira S, Pedroso VSM. [Health education provided by the nurse to the career in the light of ecosystem thinking]. *Res., Soc. Dev.* 2020;9(4):63942854. Portuguese.
24. Mendes CFM, Santos ALS. [The care in Alzheimer's disease: social representations of family caregivers]. *Saúde Soc. São Paulo.* 2016; 25(1): 121-132. Portuguese.
25. Scherer MDA, Conill EM, Jean R, Taleb A, Gelbcke FL, Pires DEP, et al. [Challenges for work in healthcare: comparative study on University Hospitals in Algeria, Brazil and France]. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(7):2265-2276. Portuguese.
26. Costa CS, Normann KAS, Tanaka AKSR, Cicolella DA. [The influence of nursery's overload of work in the quality of assistance]. *Rev. UNINGÁ.* 2018; 55(4): 110-120. Portuguese.
27. Bonfada MS, Pinno C, Camponogara S. Potentialities and limits of nursing autonomy in a hospital environment. *J Nurs UFPE online.* 2018; 12(8): 2235-46.
28. Granero A, Blanch JM, Ochoa P. Labor conditions and the meanings of nursing work in Barcelona. *Rev. latinoam. enferm.* 2018; 26:e2947.

29. Silva NM, Mininel VA, Henriques SH, Limongelli AMA, Pereira AP, Chaves LDP. [Facilitating and hindering aspects of nurses' work in hospital managerial positions]. *Rev. Enferm. enferm. UFSM*. 2020; 10(e8): 1-19. Portuguese. Rev.

5.3 Artigo 3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE HOSPITALAR: POSSIBILIDADES DE UM CAMINHO NA OPTICA DO PENSAMENTO ECOSISTÊMICO³

RESUMO:

Objetivo: propor um ensaio teórico-reflexivo de educação em saúde, com base no Pensamento Ecosistêmico, que auxilie os enfermeiros a desenvolverem um processo educativo, capaz de contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da saúde do usuário e familiares. **Método:** estudo teórico-reflexivo, ancorado em dois componentes essenciais: Influências paradigmáticas nas concepções teóricas e metodológicas da educação em saúde sob o prisma ecosistêmico; O enfermeiro e a educação em saúde no contexto hospitalar com aplicabilidade do pensamento ecosistêmico: possibilidades de mudanças. **Resultados:** O enfermeiro representa uma vertente importante do processo educativo, podendo construir uma simbiose com o usuário e familiar durante o período de internação na busca do conhecimento necessário ao cuidado domiciliar, pós alta hospitalar. **Considerações finais:** Refletir sobre a educação em saúde suas teorias e métodos que a fundamentam e influenciam e ao ancorar-se no Pensamento Ecosistêmico possibilita alcançar avanços, transformações e contribuições no processo educativo realizado durante a internação hospitalar para a continuidade do cuidado domiciliar.

DESCRITORES: Educação; Educação em Saúde; Enfermagem; Hospital; Ecosistema

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde (ES) no Brasil acompanha a diversidade de acontecimentos políticos, ambientais, socioculturais, econômicos que ocasionam mudanças nos diferentes aspectos do viver humano. A ES foi concebida concomitante à saúde pública brasileira, onde os seus primeiros conceitos, surgiram no período higienista, denominada Educação Sanitária, caracterizada por práticas coercitivas e puramente curativistas, baseadas no modelo biomédico de assistência à saúde⁽¹⁻²⁾.

Nesse aspecto, estudo de reflexão, aponta a vertente histórica da primazia da educação tradicional na saúde, fortemente presente nas práticas da chamada Educação Sanitária, a qual, teve sua ascensão na década de 20. Com um discurso normativo de caráter autoritário e uma

³ Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecosistêmico.

abordagem culpabilizante, métodos persuasivos fomentavam a discriminação social, pois as doenças eram associadas à pobreza, preguiça e marginalidade. Ademais, o indivíduo era considerado como principal fator causal das doenças.

Esse modelo de ES, de certa forma, funcionou no combate a grandes epidemias, mas em contrapartida, ficou aquém de tantas outras necessidades presentes em contextos globais que envolvem a saúde do ser humano, a influenciam, interferem e nela intervém positiva e ou negativamente. A abordagem educativa que não considera os elementos que interferem na saúde do ser humano, não contempla a autonomia do indivíduo tampouco se preocupa com mudanças de comportamentos conscientes, a partir de uma abordagem crítica da realidade em que se está inserido⁽³⁾.

Sob esse prisma, o conceito de ES não está determinado, estabelecido, delineado, mas é construído com influência dos elementos que constituem a realidade. Ele vem sendo reformulado e ressignificado ao longo do tempo, influenciado pelos diferentes campos da ciência, em especial da educação, uma vez que a gênese da ES é indissociável das Teorias de Educação. Segundo a *World Health Organization (WHO)*, “Educação em saúde inclui a comunicação de informações relativas às condições sociais, econômicas e ambientais que afetam a saúde, bem como fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de cuidados de saúde”⁽⁴⁾.

Nesta conjuntura, inserem-se as concepções teórico-metodológicas em educação. Assim, concepções teóricas podem ser definidas como percepções, compreensões a partir de uma Teoria, de uma experiência, entre outras. Concepções metodológicas são descritas como um conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade, ou seja, a metodologia descreve o passo a passo, como se processa o trabalho realizado, aqui da educação em saúde⁽⁵⁾.

No Brasil, Concepções teóricas metodológicas da educação são discutidas, estudadas e interpretadas por diferentes estudiosos desta área do conhecimento. Entre estes, destaca-se o filósofo e educador Saviani (2018), o qual, classificou-as em Teorias não-Críticas e Teorias Críticas e que formam o conjunto de ideias para discorrer a respeito da influência das Teorias e Metodologias educativas na ES, no presente texto sob a perspectiva do referencial Teórico-Filosófico Ecológico.

O Pensamento Ecológico (PE), definido como um conjunto de elementos bióticos (com vida) e abióticos (sem vida) constituintes de uma determinada realidade, em espaço e tempo assinalado, formando uma totalidade/unidade em constante interação e mudanças. Esses elementos são interdependentes, influenciam-se mutuamente, trocam energia entre si e

fazem parte do mesmo ambiente/espaco no qual estão inseridos, formando uma rede relacional⁽²⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁾. Deste modo, ao considerar o contexto hospitalar como o ecossistema em estudo onde é empreendida a ES realizada pelo enfermeiro é possível vislumbrar o intercâmbio de energias, informações que alimentam esse sistema e que se processam na realização desta ação.

A realização da ES, no ambiente hospitalar, sob o prisma do PE, é primordial definir os elementos, as características e os princípios que fazem parte desse ambiente. O usuário e família, o enfermeiro, a equipe multiprofissional e demais trabalhadores da instituição são os elementos bióticos dessa rede, onde esses, estabelecem relações com outros serviços ou sistemas, ações neles desenvolvidos, também formando redes que influenciam e são influenciados neste processo educativo. Entretanto, para que se efetive, esse processo carece de elementos abióticos, indispensáveis para a concretização da ES, quais sejam, área física adequada para todos os serviços institucionais, especialmente área de internação, equipamentos com qualidade e quantidade adequados e suficientes, desde os mais simples aos mais complexos, medicamentos, protocolos, regulamentos, regimentos, pareceres, normas, conhecimento do próprio ambiente domiciliar para o qual o usuário retornará, além das Bases Teóricas e Metodológicas utilizadas pelo enfermeiro para a realização da Educação em Saúde⁽²⁻⁶⁾.

Ao discorrer sobre as concepções teóricas e metodológicas que influenciam a ES desenvolvida pelo enfermeiro no âmbito hospitalar, apoiadas nas características e princípios do PE, esse pode direcionar novos caminhos para a compreensão e desenvolvimento da atividade prática educativa nos ambientes de internação hospitalar.

Partindo desse pressuposto, objetivou-se apresentar a proposta desse ensaio teórico reflexivo de educação em saúde, com base no Pensamento Ecológico, que auxilie os enfermeiros a desenvolver um processo educativo, capaz de contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da saúde de usuário e familiares.

Influências paradigmáticas ecossistêmicas nas concepções teórico-metodológicas da educação em saúde hospitalar

Vive-se, na era atual da ciência que abarca o conhecimento, a tecnologia e informação, incluindo a digital que influencia na rapidez de acesso às mudanças e transformações, cada vez mais aceleradas. Essa aceleração e a transição enfrentada entre o pensar e fazer da humanidade, até chegar nesse período, conforme os postulados dos mais renomados filósofos, ao longo dos tempos, vêm acontecendo há longos anos.

Os paradigmas são descritos como arcabouços que envolvem conceitos, valores, técnicas, metodologias, influenciados por aspectos políticos, econômicos, sociais, espirituais, culturais e ambientais, conduzindo um padrão a ser seguido⁽⁹⁾. Sob esse aspecto, a Era “Organísmica” compreende o *cosmos* como um sistema vivo, onde os filósofos gregos acreditavam que o funcionamento do todo só era possível por meio da relação harmoniosa entre todas as partes que formavam esse todo e que as propriedades gerais influenciavam igualmente, da mesma forma, em cada uma das partes⁽²⁾.

Após esse período, ganha espaço a Teoria Cartesiana ou Mecanicista de René Descartes (1596-1650). Ocorrem transformações de uma visão de mundo orgânico para mecanicista. O estudo da matéria passou a negar as dimensões sociais e naturais que formam os fenômenos, separou mente e corpo e aprofundaram-se os estudos das quantidades, dos números, da mecânica, das divisões do todo, onde os sistemas vivos eram vistos como uma máquina, passível de análise a partir das suas partes menores, o que, atualmente, ainda, impede e influencia cientificamente na compreensão de propriedades essenciais da vida⁽²⁻⁶⁾.

Helmut Smuts (1870-1950) em 1926, em oposição a fragmentação mecanicista, propôs o paradigma holístico levando a compreensão da vida e do mundo como uma totalidade, cuja concepção precedeu ao paradigma do pensamento sistêmico promulgado em 1950 por Bertalanffy. O sistema compreende um conjunto de elementos interligados que se influenciam mutuamente, cooperam entre si e formam uma totalidade/unicidade e constituem o contexto. Esse paradigma ao referir-se a um espaço/ambiente e tempo determinado, constitui o Ecosistema, conceituado pelo ecólogo Tanley, em 1935 como a unidade funcional da ecologia. Esse vocábulo é a junção do prefixo grego *eco* que significa ambiente/espaço e *system*, sufixo que indica conjunto de elementos e princípios que se interligam e formam uma determinada realidade, aqui a educação em saúde hospitalar, espaço em estudo. Assim, o pensamento ecossistêmico procura compreender o contexto, portanto, é o espaço/ambiente no qual o fenômeno está acontecendo, já que a totalidade dos elementos da realidade em estudo interferem, cooperam e influenciam no alcance do conhecimento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A educação, não passou ilesa ao influxo dos paradigmas que influenciaram e influenciam o viver humano. O modelo cartesiano, hegemônico, determinístico que predominou durante séculos o pensamento humano e ainda predomina nas diferentes áreas das ciências é perceptível na corrente pedagógica tradicional, caracterizada pela transmissão de conhecimentos, como método de ensino prescritivo, a qual tem sua gênese no Empirismo de Bacon (1561-1626) que por sua vez, abriu caminho para o Positivismo, onde a ideia

central destas correntes filosóficas, é a fragmentação, decomposição do todo em partes cada vez menores para a compreensão dos fenômenos da natureza⁽²⁻¹²⁾.

Percebe-se, analogamente, a tendência pedagógica da fragmentação do saber na enfermagem, em que o enfermeiro como o detentor absoluto das verdades e conhecimentos em saúde, assume uma postura hierárquica e autoritária em relação aos educandos, no caso, os usuários e família, os quais, destinam-se a receber passivamente as condutas prescritivas de educação em saúde. Nesse contexto, não são consideradas as vivências, conhecimentos, ambiente/espço onde vive e nem as relações dos usuários/família e sociedade. Conforme o PE, nessa abordagem metodológica de educação em saúde não é possível uma contemplação das reais necessidades dos usuários/família, pois estes não são considerados na sua totalidade levando a fragmentação do aprendizado e conseqüentemente dos cuidados para a melhoria, recuperação e promoção da saúde⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

Denota-se assim, as conseqüências do paradigma cartesiano e da pedagogia tradicional na educação em saúde. O método normativo, não possibilita a contemplação de outras análises causais do processo saúde doença, além do indivíduo e seu comportamento ser o foco principal das alterações orgânicas. Essas premissas vão de encontro com o PE, pois ao negar as dimensões do ser humano, bem como os elementos que fazem parte do ecossistema onde esse vive e se desenvolve, torna-se inconcebível desenvolver práticas educativas capazes de transformar atitudes e comportamentos. Conforme o PE, é necessário a compreensão das instabilidades, flutuações e desordens que ocorrem constantemente no ecossistema para que se possa ter clareza das bifurcações e a partir dessas, determinar escolhas conscientes para o restabelecimento do equilíbrio dinâmico do sistema⁽²⁻⁶⁾.

No que diz respeito à Teoria de educação Tecnicista, esta é caracterizada por valorizar as técnicas em detrimento dos conteúdos. Ao correlacionar essa teoria pedagógica com a educação em saúde, pode-se afirmar que, juntamente com a pedagogia tradicional, foram, e talvez ainda sejam, as teorias de predominância nos processos educativos em saúde⁽¹²⁾. Essa abordagem remete não só ao enfermeiro como educador, mas também como executor, tanto que, a fragmentação da assistência em saúde se refletiu nas superespecializações nos cenários de cuidado, mecanização da assistência em saúde, uma vez que, a humanização nas relações entre profissionais, usuários, ambiente se tornou algo escasso e ocasional⁽¹³⁾.

No setor saúde, em especial, no ambiente hospitalar, o avanço das tecnologias aliado à tendência pedagógica tecnicista, fortaleceu o modelo biomédico de assistência. As práticas de saúde que já tinham foco no biológico, passaram a incrementar técnicas mais objetivas e operacionais para a cura das doenças, depreciando as subjetividades e o cuidado humanizado

e integral⁽¹³⁾. Conseqüentemente, a ES desenvolvida nesses cenários segue os mesmos intuitos da assistência fragmentada, desconectada e insuficiente para contemplar a multidimensionalidade do ser humano⁽¹⁴⁾.

A pedagogia tecnicista, assim como a pedagogia tradicional, contrapõe-se aos princípios e características do PE. O cerne do cuidado, utilizada nessas formas de educar encontra-se direcionado a técnica, não considera as subjetividades e a totalidade das relações entre os elementos do sistema. De forma contrária, os usuários, no método ecossistêmico apresentam autonomia e interação com todos os elementos do contexto hospitalar, o que, possibilita conhecer no viver e viver no conhecimento. Nessa perspectiva o conhecimento se configura como uma possibilidade na construção de ações, comportamentos, atitudes, assim, a necessidade do processo educativo ao considerar as interconexões dos elementos do sistema hospitalar proporciona e avalia uma educação em saúde com bases sistêmicas⁽²⁾.

A Tendência Pedagógica, denominada de Pedagogia Libertadora é inspirada na concepção humanista e foi proposta pelo educador, pensador e filósofo Paulo Freire (1921-1997) e sua epistemologia inovadora de educação ficou conhecida mundialmente. Em suma, o autor afirma que a busca pela consciência crítica se dá por meio de uma educação problematizadora que só é possível ser desenvolvida por meio da dialogicidade entre educador e educando, na busca por romper a verticalização das relações da educação tradicional. Trata-se de uma concepção que vai além de promover o acesso ao conhecimento humano, sobretudo, visa a libertação da consciência humana, da emancipação do sujeito capaz de manter sua permanente construção e humanização⁽¹⁵⁾.

No contexto da ES, ao se apropriar da Teoria Freiriana, o enfermeiro é visto como o educador e os usuários/família como os educandos. Diversos estudos que abordam a educação em saúde, principalmente na saúde coletiva, utilizam deste referencial teórico como base norteadora, principalmente, após a ascensão da Educação Popular em Saúde que teve sua ênfase no Brasil, na década de 70⁽¹⁶⁾.

As ideias de Freire corroboram com o PE, pois nessa teoria educativa, propõem-se a construção de uma educação que crie horizontes alternativos, com base nos contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e humanos⁽¹⁵⁾. Assim, denota-se os princípios e características do PE, os quais se expressam nas relações, interconexões, flutuações, instabilidades que acontecem em determinado sistema e na diversidade de elementos que dele fazem parte, da mesma forma, que a teoria libertadora busca romper a verticalização, fragmentação no processo educativo, o PE similarmente busca essa mudança de paradigma e a essência das relações e suas possibilidades⁽²⁻⁶⁾.

O enfermeiro e a educação em saúde no contexto hospitalar com aplicabilidade do Pensamento Ecológico: possibilidades de mudanças

Entre os diferentes profissionais que integram a equipe de trabalho do contexto hospitalar, responsável por desenvolver o processo educativo em saúde, destaca-se o enfermeiro que tem o cuidado como essência da sua profissão. O cuidado relaciona-se com a construção de valores que se configuram nas práticas sociais, considerando a estrutura econômica, política e social do país, bem como a assistência de saúde, as lutas, as transformações dos profissionais no processo de trabalho⁽¹⁸⁾.

A saúde vislumbrada na perspectiva ecológica é percebida sob uma multiplicidade de dimensões, decorrentes da complexa interação entre os fatores biológicos, psicológicos, físicos, espirituais, sociais, culturais e ambientais, entre outros, que compõem a natureza humana e seu espaço no qual vive, trabalha, se desenvolve. Assim, cuidar é considerado um fenômeno universal que se modifica conforme o contexto onde se dão as relações⁽¹⁸⁾. Além disso, o cuidado do enfermeiro, no ecossistema hospitalar, abarca ações gerenciais/administrativas, assistenciais, investigativa e educativas que se processam, se desenvolvem, de forma entrelaçada formando uma totalidade/unidade⁽¹⁹⁾.

Entretanto, estudos apontam que, as práticas de ES, muitas vezes, são compreendidas erroneamente pelos profissionais da saúde, os quais, consideram-nas atividades, ligadas a atenção básica, enquanto que, no contexto hospitalar, acontecem de forma pontual, descontextualizadas e fragmentadas, influenciadas pelo modelo biomédico de assistência, predominante nesse espaço⁽²⁰⁾.

Constata-se, também, a predominância do modelo biomédico assistencial do enfermeiro, presente nesses locais onde as práticas hospitalares, bem como, a ES desenvolvida nesses cenários, têm sua gênese na valorização da patologia, ou seja, na doença e são desconsideradas as necessidades inerentes a multidimensionalidade do ser humano. Neste aspecto, além da prática biologicista como grande alvo, agrega-se o conjunto de aparatos tecnológicos, burocratizações, formas de organização que caracterizam esses locais como espaço para tratamento e cura de doenças, em detrimento de ações promotoras de saúde⁽²⁻⁶⁾.

Em contrapartida ao modelo biomédico de assistência, ao trabalhar em sua dissertação, a construção de um processo educativo com profissionais da atenção hospitalar, a autora⁽¹⁹⁾, faz uma importante relação entre cuidado e ações de saúde, assistenciais, gerenciais, investigativas e educativas realizadas pelo enfermeiro, de forma inter-relacionada que a autora denomina, de prática assistencial integrativa. Assim, cabe demonstrar, por meio do Referencial Teórico e Filosófico Ecológico que sustenta este estudo, que a presença de

Salienta-se que a proposta foi organizada em ciclos distintos para uma melhor compreensão, entretanto, conforme os princípios do PE, existem fluxos de inter-relação, interdependência, interconexão entre eles, uma vez que a busca do equilíbrio dinâmico, compreendido como, o reestabelecimento da saúde, a auto-organização e a adequação às novas limitações impostas pela desordem, nesse caso, o adoecimento, se dão por meio de instabilidades, flutuações que podem levar, durante o processo educativo, revisitar e inter-relacionar os ciclos propostos considerados a totalidade/unidade do processo de ES hospitalar⁽²⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻²¹⁾.

Ciclo Inicial

O processo educativo deve iniciar na admissão do usuário na unidade de internação e como processo deve ser mantido durante toda a internação hospitalar. Neste primeiro contato com o usuário, ao realizar o acolhimento, o enfermeiro principia o processo do cuidado por meio das ações investigativas em relação ao usuário e familiares e seu ambiente vivencial. A ação do acolhimento do enfermeiro deve expressar amabilidade, confiança e segurança como ato que possibilita despertar no usuário e familiar disponibilidade participativa. Para realizar esses pontos protocolares, o enfermeiro deve possuir disponível uma sala com equipamentos necessários para efetuar a primeira consulta hospitalar, balança antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, materiais de insumo, diferentes escalas instituídas, formulários, entre outros, roteiros/planos contendo checklist para direcionar a consulta de enfermagem e formulários para os respectivos registros.

Ao principiar a consulta o enfermeiro investiga os dados sociodemográficos, realiza um levantamento inicial das possibilidades de aprendizagem do usuário/família, abrangendo o contexto familiar, social, ambiental e contextual da família, as redes de apoio na atenção básica e sociais, investiga as instabilidades, flutuações em torno da sua saúde e principais angústias e dificuldades. Segue a investigação realizando um exame físico céfalo-caudal para levantar possíveis danos físicos.

Essa forma de acolhimento do usuário, conforme as características do PE, é fundamental para entender o ser humano usuário e família como uma totalidade/unidade que integra o viver de cada família. Bem como, torna necessário conhecer as influências das relações familiares e sociais para o desenvolvimento dos cuidados e as necessidades de aprendizagem durante a internação, para posteriormente dar continuidade do cuidado domiciliar⁽²⁻⁶⁻⁸⁾.

Ciclo Adaptativo e de Aprofundamento

Este momento se dá em continuidade ao ciclo inicial e envolve diferentes tipos de direcionamentos, pois as necessidades de cada usuário/família dependem da singularidade levantada na consulta de enfermagem, seu conhecimento, sua participação, suas instabilidades, flutuações pessoais e sua evolução, ou seja, possibilidades de auto-organização⁽²⁻⁶⁻⁸⁾. No contexto ecossistêmico os conhecimentos prévios de cada usuário/família devem ser respeitados, assim como, a utilização de uma abordagem dialógica, problematizadora, participativa em busca da consciência crítica. Essa posição encontra acolhimento em autor da educação⁽¹⁵⁾, ao afirmar “O respeito á autonomia e á dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”.

Na continuidade da ES os aspectos biológicos e técnicos não devem ser negados e podem ser contemplados e reforçados de maneira inter-relacionada aos conhecimentos assistenciais dos enfermeiros. É importante assinalar que a abordagem de cuidados inerentes ás limitações podem envolver o *défict* de autocuidado, uso de dispositivos (sondas, estomas, catéteres, entre outros), mobilidades restritas. Entretanto, os aspectos psicológicos, espirituais não podem ser negligenciados, bem como possíveis sugestões de adaptações no contexto domiciliar para o desenvolvimento dos cuidados. Essa forma de abordagem educativa, precisa considerar as presumir instabilidades e flutuações que se manifestam no período de internação hospitalar, bem como, as possíveis influências que podem manifestar-se entre o cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar. Na abordagem desses aspectos durante o ciclo Adaptativo e de Aprofundamento das orientações da ES, esse permite alertar sobre sintomas, que necessitam intervenções adequadas para evitar reinternações e agravos á saúde. Esse fenômeno é entendido pelo PE como cuidado da totalidade integrada pelos elementos constituintes do contexto que podem influenciar na dinâmica da estabilidade, recuperação, restabelecimento da saúde do ser humano e levar a auto-organização⁽²⁻⁶⁻⁸⁾.

Este ciclo é processual e deve ser mantido durante toda a internação hospitalar, que nesse ciclo Adaptativo e de Aprofundamento pode receber importante aporte pela equipe multiprofissional. A inter-relação destes elementos bióticos são fundamentais para o desenvolvimento da ES, pois o enfermeiro, por si só, não pode depreender a complexidade da multidimensionalidade do usuário/família. A integração entre os profissionais pode acontecer por meio de *rounds*, melhorias na comunicação, diálogo horizontal, ruptura da fragmentação imposta pelo modelo biomédico de atenção, ainda, fortemente presente no ecossistema hospitalar atual⁽²⁻⁶⁻⁸⁻¹⁵⁾.

Outrossim, o enfermeiro é vislumbrado como referência nesse processo e por meio das suas ações gerenciais, pode sugerir e adequar elementos abióticos como espaços específicos e

materiais didáticos para que o processo educativo se construa efetivamente e de maneira integrada com a equipe multiprofissional de saúde, em ambientes apropriados e de respeito a privacidade do usuário/família. Essa possibilidade vai ao encontro do contexto, característica do PE, pois determinados assuntos e situações, muitas vezes, são delicadas para serem abordadas em enfermarias, onde o posicionamento de outros usuários/famílias pode interferir, além do fluxo de trabalho tirar a atenção da intervenção educativa. Ademais, processos de *feedback* devem ser aplicados continuamente, para que o enfermeiro possa identificar as fragilidades do processo educativo e realizar o reforço necessário para o usuário/família⁽²⁻⁶⁾.

Ciclo de Confirmação

Recomenda-se o início deste ciclo, no momento da previsão de alta. Nesse ciclo devem ser retomadas as principais dúvidas apresentadas durante o período de internação, esclarecidos os encaminhamentos para retorno de consultas, o direcionamento para a busca de materiais, dietas, entre outros, devem ser lembradas nesse ciclo de confirmação. Neste momento, carece especial atenção em relação aos direcionamentos de continuidade do cuidado a ser exercido pela UBS de referência do usuário/família. Deve ser realizado o devido encaminhamento do usuário/família, referenciando, por escrito, a comunicação do retorno para a respectiva unidade básica, relatando os principais pontos em relação aos cuidados recebidos no período de internação hospitalar. Além desses aspectos a serem considerados nesse ciclo, é preciso lembrar ao usuário a continuidade dos cuidados que foram alvo de sua internação hospitalar como o tratamento medicamentoso, dieta, cuidados necessários a serem observados em relação ao ambiente domiciliar, consultas e exames a serem realizadas, atenção a possíveis alertas em relação a enfermidade e, especialmente, os cuidados quanto a promoção e prevenção, evitando reinternações.

Sugere-se a adoção/criação de folhetos explicativos com esses locais de referência, bem como dos cuidados trabalhados no processo educativo para eventuais dúvidas que possam surgir. Essa interconexão entre os serviços de saúde de atenção secundária e terciária é fundamental para o cuidado domiciliar, além de contemplar o princípio da integralidade preconizado no Sistema único de Saúde (SUS) e também no PE.

Observa-se que a metodologia educativa aqui proposta por meio do PE, não nega a influência das tendências pedagógicas na ES. A Teoria Tecnicista é utilizada nos conhecimentos técnicos que devem ser apreendidos pelos usuários/família, contudo deve estar atrelada à teoria educativa libertadora que se aproxima das premissas do PE. Ela propõe a construção de uma educação com criação de horizontes alternativos, com base nos contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e humanos e ambientais. Até mesmo a pedagogia

tradicional estará presente, em algum ciclo do processo, seja em informações pontuais necessárias para a busca de outros serviços ou mesmo em momentos em que são exigidos dados exatos e pontuais⁽²⁻⁶⁻⁸⁻¹²⁻¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre o processo educativo hospitalar sob o prisma do PE, tem o potencial de oxigenar o ecossistema hospitalar já desvitalizado pelas rupturas, quer políticas, quer econômicas e ou paradigmáticas, as quais travam ações constantes em prol da homeostase entre os fatores bióticos a abióticos deste sistema. O enfermeiro representa um elemento importante deste processo, podendo construir uma simbiose com o usuário e familiar durante o período de internação na busca do conhecimento. Entretanto, é necessário construir dentro do espaço hospitalar um nicho em ES, capaz de favorecer um cuidado que extrapole o ecossistema hospitalar e possa ter uma relação harmônica com as redes de apoio que circundam a realidade dos usuários e familiares em seu domicílio. Esse processo à procura da produção do conhecimento é indispensável para dar continuidade do cuidado no ambiente domiciliar, após a alta.

Compreende-se a ES, bem como as teorias e métodos que a fundamentam e influenciam, ao ancorarem-se, no PE possibilitam alcançar avanços e transformações no processo educativo realizado durante a internação hospitalar para a continuidade do cuidado domiciliar. Essas conjecturas permitem mudanças na forma de pensar, falar e agir e ousar romper com o paradigma defendido e sustentado pelo modelo biomédico hierárquico, linear e optar a alicerçar a ES no pensamento ecossistêmico que leva a compreender o ser humano nas suas necessidades multidimensionais na busca da integralidade da sua saúde.

REFERENCIAS

1. Paulino LF, Fernandes WR, Siqueira VH F. Educação, saúde e velhice: articulações prevalentes em periódicos. Rempec: Ensino, Saúde e Ambiente. 2010; 3(2): 87-97.
2. Capra F, Luisi PL. A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. São Paulo: Cultrix; 2014. 616 p.
3. Feio A, Oliveira CC. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. Saúde Soc. 2015; 24(2): 703-715.
4. World health organization. Organization Health Education. CH: World Health Organization, Geneva, 2013.

5. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
6. Siqueira HCH, Thurow MRB, Paula SF, Zamberlan C, Medeiros AC, Cecagno D, et al. [Human health from the ecosystem perspective]. Rev. enferm. UFPE on line. 2018; 12(2): 559-64. Portuguese.
7. Zamberlan C, Paula SF, Siqueira HCH, Backes DS, Ventura J. Orientações para filhos de pai/mãe cardiopatas: possibilidades e abordagens. Rev Enferm UERJ. 2018;26:e28057.
8. Paula SF, Siqueira HCH, Medeiros AC, Rangel RF, Teixeira S, Pedroso VSM. [Health education provided by the nurse to the career in the light of ecosystem thinking]. Res., Soc. Dev. 2020;9(4):63942854. Portuguese.
9. Kuhn, T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1970.
10. Tansley AG. The use and abuse of vegetational concepts and terms. 1935. Ecology; 16(3): 284-307.
11. Odum EP. Fundamentos de Ecologia. 6ª ed. São Paulo: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
12. Saviani D. Escola e Democracia. Polêmicas do nosso tempo. 43ª ed. São Paulo: Autores Associados, 2018.
13. Donato AF. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação em saúde. Formação dos trabalhadores para os SUS. BIS Bol. Inst. Saúde. 2009.
14. Barbosa LBA, Motta ALC, Resck, ZMR. Os paradigmas da modernidade e pós-modernidade e o processo de cuidar na enfermagem. Enfermería Global. 2015; 37: 342-349.
15. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
16. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva. 2014; 19(3): 847-852.
17. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(3): 1-8.
18. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
19. Siqueira HCH. O enfermeiro e sua prática assistencial integrativa: construção de um processo educativo. Bagé: Ediurcamp, 1998.
20. Rigon AG, Neves ET. As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros no contexto hospitalar. Rev Enferm UERJ. 2012;20(esp.1):631-6.
21. Prigogine I. Ciência, razão e paixão. São Paulo: Física, 2009.

6. BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NO ECOSISTEMA HOSPITALAR: SÍNTESE REFLEXIVA

“Vamos viver nossos sonhos, temos tão pouco tempo ...”

Autor desconhecido

Apresenta-se, no capítulo a seguir, uma síntese reflexiva acerca da pesquisa sobre Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico. O ponto norteador dessa pesquisa foi o referencial Teórico-Filosófico do Pensamento Ecossistêmico que elencou o hospital como ecossistema do presente estudo, integrado por múltiplos sistemas que compartilham entre si a consecução dos objetivos elencados.

Como ponto inicial cumpre assinalar que o ser humano, usuário e família, alvo final desta pesquisa, agrega-se aos demais elementos/organismos constituintes do ecossistema hospitalar e constitui parte integrante desse contexto, visto ecossistemicamente, como complexo, único, formado de múltiplas dimensões que compõe uma totalidade/unidade que deve ser considerada na sua integralidade. Assim sendo, a compreensão da complexidade da vida humana não pode ser analisada em termos determinísticos e reducionistas. O ser humano faz parte de um todo maior, um sistema, onde todos os elementos bióticos e abióticos que dele fazem parte e são considerados uma totalidade integrada formando uma rede de relações que se processam a partir das instabilidades, flutuações do contexto em que estão inseridos. Esses elementos possuem entre si constante interconexão, se inter-relacionam, se influenciam mutuamente e são interdependentes e a partir das desordens e flutuações que ocorrem neste sistema, buscam possibilidades para estabelecer um equilíbrio dinâmico (PRIGOGINE, 2009; CAPRA; LUISI 2014, SIQUEIRA, et al, 2018).

Em relação ao estudo dos sistemas Bertalanfy (2013), argumenta que é imprescindível que os processos e os componentes do sistema sejam estudados como uma totalidade/unidade. Neste sentido, é necessário que se resolvam os problemas de organização e de ordem que os associam e que acontecem pela interação dinâmica dos elementos/organismos desse espaço. Nesse sentido, justifica-se a escolha do ecossistema hospitalar para análise da ES em unidades de internação hospitalar, que envolve a complexidade da dinâmica que se estabelece entre todos os elementos, tanto bióticos (os que tem vida) e abióticos (os que não possuem vida), que integram esse ambiente/espaço. Entretanto, ressalta-se que o tema ES, já foi pesquisado

pelo doutorando em outros ambientes e tempos diferentes, que incitaram dar continuidade aos aspectos considerados pertinentes de aprofundamento desse conhecimento, visando benefícios para a população, especialmente, os acometidos de AVC.

O interesse pela ES, surgiu de desordens manifestas na vida pessoal e se fortaleceram na graduação, a partir de conexões estabelecidas com uma professora em especial, orientadora do Trabalho Final de Graduação (TCC), com o qual foi possível maior aproximação com o tema, e que levou a conhecer as obras de Paulo Freire e, nessa perspectiva, trabalhar ES para cuidadores domiciliares. A possibilidade de aproximação com a Teoria do Pensamento Ecológico, deu-se como membro do grupo estudo e Pesquisa “Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde” (GEES), leituras, disciplinas e trabalhos de pesquisa, artigos elaborados e publicados como Mestrando acadêmico em Enfermagem e Durando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande-FURG.

Durante esse tempo, a partir de instabilidades, flutuações ocorridas, surgiram bifurcações que conduziram a novas e criativas escolhas, que possibilitaram maior conhecimento e aprofundamento da Teoria-filosófica ecológica. Na presente Tese, optou-se por dar continuidade ao tema, porque na dissertação intitulada; Ações educativas do enfermeiro na ótica do cuidador de usuário com doença crônica não transmissível: perspectiva ecológica, foram detectadas a partir dos dados e resultados lacunas na ES desenvolvida pelos enfermeiros. Nesse sentido, a busca por investigar e aprofundar sobre as Bases Teórico- Metodológicas da ES, desenvolvidas pelo enfermeiro no ecossistema hospitalar, motivaram o aprofundamento da ES na perspectiva do Pensamento Ecológico.

A relevância desta Tese está em colaborar na construção e aprofundamento do conhecimento por meio da busca de possibilidades capazes de novas reflexões e caminhos para que os enfermeiros consigam realizar a ES nos ambientes hospitalares, os quais, são historicamente, influenciados pelo modelo biomédico de assistência. Nesse sentido, a inserção do Pensamento Ecológico no desenvolvimento da ES hospitalar, além de sinalizar processos educativos com base na multidimensionalidade dos usuários e família, igualmente, aponta direcionamentos para a importância da ruptura do modelo mecanicista de assistência, atualmente, ainda presente nesses espaços, enquanto a própria ES, é influenciada em Teorias de Educação de bases reducionistas (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018; SIQUEIRA et al, 2019; PAULA et al, 2020b).

Atualmente, vive-se uma transição na ciência, que abarca todas as áreas do conhecimento, exige novas ‘roupagens’, quebra de paradigmas, inclusão e compreensão sobre espaço/ambiente, tempo, incertezas, instabilidades, flutuações, mudanças, as quais, geram

possibilidades de transformações em todos as dimensões do viver humano (PRIGOGINE, 2009). Igualmente, torna-se necessário, ponderar as flutuações que se formam no cuidado desenvolvido pelos enfermeiros, o qual abarca a ES. Essa deve ser pensada numa óptica mais abrangente, multidimensional, integral que englobe todos os elementos que constituem o contexto onde a ES hospitalar acontece.

Nesse sentido, ao longo da pesquisa buscou-se comprovar a **Tese**: As ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, conforme suas concepções teórico-metodológicas ao usuário com de Acidente Vascular Cerebral e família no período de internação hospitalar, à luz do Pensamento Ecológico, possibilitam transformar o conhecimento, comportamentos e atitudes dos usuários e familiares e contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde; e responder ao **objetivo geral**: Analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico.

No decorrer da busca da concretização da proposta da pesquisa o objetivo geral, a questão norteadora e a Tese foram contempladas com resultados positivos e, assim, considera-se que o caminho traçado correspondeu à expectativa da pesquisa. O percurso metodológico traçado auxiliou a subsidiar o estudo e mostrou-se satisfatório, mesmo com as dificuldades de acesso aos participantes, devido às restrições de isolamento social, impostos pela pandemia de COVID-19. Entretanto, mesmo realizando a pesquisa de maneira *online*, por chamadas de vídeos dos aplicativos *WhatsApp* e *Google Meet* estas foram satisfatórias para os participantes responderem as questões do formulário traçado para coletar os dados por meio de entrevistas semiestruturadas.

A utilização do método da Análise de Conteúdo de Bardin (2011) para a analisar os dados permitiu contemplar a questão norteadora da pesquisa, os objetivos e, por conseguinte a Tese. Este método, associado ao referencial teórico-filosófico, possibilitou avaliar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico o que resultou em aspectos importantes, agrupados em cinco categorias, abordadas a seguir:

A primeira categoria, **Perfil sociodemográfico e funcional dos enfermeiros**, foi construída com dados obtidos a partir de questões fechadas que possibilitaram traçar um perfil dos participantes da pesquisa. Nessa categoria foram avaliados; faixa etária, sexo, turno de

trabalho, formação, tempo de profissão e de atuação nas unidades de clínica médica, a média de profissionais que atuam nessas unidades, número de usuários com AVC atendidos durante a prática profissional e durante o ano de 2020, ainda, foi pesquisado sobre a distribuição de funcionários nestas unidades, a suficiência para as necessidades dos usuários e qual era a maior dificuldade para a realização do processo educativo nesse ecossistema.

A segunda categoria, **“Início e desenvolvimento do processo educativo para a alta hospitalar”** com as subcategorias “Processo educativo pontual e sem continuidade; “Processo educativo processual”. Os dados demonstram que o processo educativo de forma processual e contínuo a usuários e familiares durante o período de internação hospitalar pode trazer benefícios para que estes consigam desenvolver o cuidado domiciliar após a alta hospitalar. Nesse sentido, percebe-se que existe maior possibilidade de benefícios aos usuários e família quando a educação em saúde é desenvolvida ao longo do período de internação hospitalar para a realização do cuidado pós alta hospitalar. A partir do PE, compreende-se que a ES, realizada de forma processual é possível que sejam contemplados os elementos que fazem parte da multidimensionalidade dos usuários e família, e assim, proporcionar possibilidades positivas para o cuidado e a qualidade de vida, na busca de um restabelecimento do equilíbrio dinâmico (PRIGOGINE, 2009; CAPRA; LUISI 2014, SIQUEIRA, et al, 2018).

A terceira categoria **“Bases Teórico-metodológicas utilizadas pelos enfermeiros no processo educativo”** com as subcategorias “Foco no Biológico”; “Contemplação de técnicas”; “Autores da Enfermagem”; “Autores da Educação”; “Formas Empíricas”; “Base no contexto dos usuários família”; “Equipe multiprofissional”; demonstraram que as formas de desenvolver o processo educativo são diversas, e com objetivos distintos, influenciadas por diferentes Teorias Educativas, além de terem conhecimento a respeito de alguns autores, mas que não são seguidos para o desenvolver do processo educativo. Nesse aspecto, o PE é vislumbrado nas possibilidades expressas nas relações, interconexões que se estabelecem no ecossistema hospitalar para um processo educativo dinâmico. Neste aspecto é preciso reconhecer as instabilidades, flutuações e desordens impostas a partir do adoecimento, bem como a cultura, às redes de apoio, o contexto domiciliar e financeiro, assim buscando romper a fragmentação dos processos de trabalho que se formam entre os diferentes profissionais que fazem parte do ecossistema hospitalar. Além desses aspectos é preciso incluir os demais elementos, bióticos e abióticos do ecossistema hospitalar e domiciliar do usuário e família para direcionar o processo educativo com base no contexto, para alcançar múltiplas possibilidades de inovação e melhorias ao usuário e família (PRIGOGINE, 2009; CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 20018; SIQUEIRA et al, 2019; SIQUEIRA et al, 2020).

A quarta categoria, “**Dificuldades para o desenvolvimento do processo educativo**”, foram atribuídas as seguintes subcategorias “falhas de comunicação e integração profissional”; “Trabalho mecanizado”; “Família”; “Sobrecarga de Trabalho”; “Burocracia”; “Espaço físico”. Essa categoria e subcategorias, demonstraram as dificuldades elencadas pelos enfermeiros para a realização do processo educativo, entre elas, assinala-se, falta de integração e comunicação com a equipe multiprofissional, família desinteressada para o cuidado e educação em saúde, falta de materiais didáticos e espaço adequado e específico para a realização da ES, falta de tempo relacionada a sobrecarga de trabalho, excesso de burocracia a ser realizada nas unidades, superlotação da unidade, e *déficit* em recursos humanos. Para alcançar resultados mais positivos os elementos bióticos e abióticos constituintes do ecossistema hospitalar, devem ser conjecturados na sua totalidade e consideradas as inter-relações, as influências mútuas entre eles na busca de caminhos que possam minimizar as dificuldades abordadas e que, conforme os dados se processam na realização do processo educativo (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA, et al, 2018).

A quinta categoria “**Facilidades para o desenvolvimento do processo educativo**” e as subcategorias, “Equipe multiprofissional”; “Família”; “Instituição”. Os dados ao demonstrar as facilidades elencadas pelos participantes na realização do processo educativo nas unidades de internação hospitalar, evidenciaram as contribuições da equipe multiprofissional, o interesse de aprender da família e pelo apoio institucional. Quanto ao PE, considera-se que a interdependência entre os elementos constituintes de dado sistema, elementos bióticos ou abióticos influenciam-se mutuamente e conferem ao sistema a característica de totalidade/unidade. Em situação semelhante, na percepção do processo educativo esse deve também ser exercido como um processo a ser concretizado desde o início, dia de internação hospitalar do usuário. Prosseguir e estender-se ao longo do período da internação, para detectar novas necessidades a ser instituídas e consolidadas conforme as necessidades que surgem. Finalmente, ao aproximar-se a previsão de alta deve ser realizado o *feedback* para avaliar os principais pontos que precisam ser incentivados, verificar as principais dificuldades do usuário em relação aos cuidados a serem observados e, também, reforçar os cuidados a cumpridos no domicílio. Essa forma de trabalhar a ES hospitalar possibilita compreendê-lo como um processo educativo (CAPRA; LUISI, 2014; CAPRA, 2006).

Ao finalizar esta Tese, conclui-se, com base no estudo da arte, realizado para esta pesquisa, que os estudos sobre bases teóricas e metodológicas de ES e que abordam a ES no ecossistema hospitalar são escassos. Em relação ao ecossistema de estudo, percebe-se que

apesar de Movimentos e reformulações como a Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro publicada pelo Ministério da Saúde (2004) que propõe superar as características tecnoassistencial, medicalocêntrica e hospitalocêntrica destes espaços, os mesmos, ainda seguem influenciados pelo modelo biomédico de assistência, de bases cartesianas, conservando o modelo de assistência curativista, onde ações de promoção à saúde ficam secundárias. Nesse interim, assevera-se a influência deste ecossistema nas ações de cuidado, em especial na ES.

Denota-se a importância de uma ES, capaz de superar o paradigma cartesiano, modificações do pensamento fragmentado e verticalizado para um pensamento ecossistêmico. A aceitação de um novo paradigma requer não apenas mudanças conceituais nas ciências da saúde, mas uma reeducação da população, e dos profissionais de forma geral. Nesse sentido, a prática educativa do enfermeiro, sob a luz do PE envolve além da mudança paradigmática, repensar o cuidado, a própria prática educativa, bem como as concepções teóricas e metodológicas que sustentam essa prática (CAPRA E LUISI, 2014; SIQUEIRA et al, 2018).

Como processo metodológico, para a realização da ES nos ambientes de internação hospitalar, indica-se três ciclos fundamentais; Ciclo inicial, Ciclo Adaptativo e de aprofundamento e Ciclo de Confirmação. Desta forma, a ES desenvolvida pelo enfermeiro destinada a usuários e família para o enfrentamento das possíveis limitações impostas pelo AVC, deve iniciar desde a admissão/acolhimento do usuário na unidade hospitalar, sendo desenvolvida processualmente durante todo o período de internação, com intuito de preparar usuário/família para o cuidado no domicílio.

Assim, pontua-se que as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, conforme suas concepções teórico-metodológicas ao usuário com Acidente Vascular Cerebral e família no período de internação hospitalar, à luz do Pensamento Ecossistêmico, possibilitam transformar o conhecimento, comportamentos e atitudes dos usuários e familiares e contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde, confirmando a Tese em estudo.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K; ZOCHE, D. A. A; VENDRUSCOLO, C; et al. **Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, n. e1615, p. 1-9, 2018.

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ARAUJO, K. M; LETA, J. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1261-1281, 2014.

ARENAS, P. H; ORTEGA, L.B., ROMÁN, V. L. **Significado que profesionales de enfermería otorgan a educacion en salud en un hospital público, Valparaíso – Chile.** Pública, v. 26, n. 2, p. 148-162, 2017.

ARRUDA, C. Modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas. 2016. Tese. (Doutorado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

BAKAS, T; AUSTIN, J. K; HABERMANN, B; et al. **Telephone Assessment and Skill-Building Kit for Stroke Caregivers a Randomized Controlled Clinical Trial.** ahajournals.org. v. 21, p. 3478-3487, 2020.

BARBOSA, L. B. A; MOTTA, A. L. C; RESCK, Z. M. R. **Os paradigmas da modernidade e pós-modernidade e o processo de cuidar na enfermagem.** Enfermería Global, n. 37, p. 342-349, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Ed. rev. e atual. São Paulo: Edições 70; 2011.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações.** 8 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

BIERHALS, C. C. B. K; DAY, C. B; MOCELLIN, D; et al. **Use of health services by elderly people post-stroke: a randomized controlled trial.** Rev Gaúcha Enferm. v. 41, n. (esp):e 20190138, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

_____. Decreto 94.406/87 de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 de Junho de 1987. Seção 1.

_____. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: MS, 2004.

_____. Decreto 7.082/10 de 27 de janeiro de 2010. **Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 27 de Jan 2010.

_____. Ministério da saúde – **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011a.

_____. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. **Dispões sobre a Autorização do Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH**; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de dezembro de 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2013.

_____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da saúde. **Cadernos Humaniza SUS-Interação Hospitalar**. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: MS, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Brasília, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**: normas aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília (DF): MS; 2016.

_____. Ministério da saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília, 2018.

_____. Ministério da saúde. Informações de saúde TABNET- **Estatísticas vitais**. Datasus. [internet]. [Citado em 2020 mar 16]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

BRAGA NETO, F. C; BARBOSA, P. R; SANTOS, I. S. **Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências** in GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

CADILHAC, D; ANDREW, N. E; SALAMA, E. S; et al. **Improving discharge care: the potential of a new organisational intervention to improve discharge after hospitalisation for acute stroke, a controlled before– after pilot study**. *BMJ Open*. v. 7, n. e016010, p. 1-10, 2017.

CAPRA F. **As conexões ocultas**. São Paulo: Cultrix; 2002.

_____. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 2006

CAPRA, F; LUISI, P.L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CARVALHO, V. P; RIBEIRO, H. L. S; ROCHA, B. V. E. **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular cerebral**. *Revista Saúde e Desenvolvimento* v. 13, n.15, p. 50-61, 2019.

CECAGNO D. **Formação acadêmica do enfermeiro na perspectiva ecossistêmica**. 2015. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

CONCEPÇÃO. In: **Significados**, 2017. Disponível em: <https://www.significados.com.br/concepcao/>. Acesso em: 06 mar 2020.

COOMBES, J. A; ROWETT, D; WHITTY, J; COTTRELL, W. N. **Use of a patient-centred educational exchange (PCEE) to improve patient’s self-management of medicines after a stroke: a randomised controlled trial study protocol**. *BMJ Open*. v. 8, n. e022225, 2018.

DAY, C. B; BIERHALS, C. C. B. K; SANTOS, N. O; et al. **Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial**. *Trials*. v. 19, n. 96, p. 2-9, 2018.

DONATO, A. F. **Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação em saúde**. *Formação dos trabalhadores para os SUS. BIS Bol. Inst. Saúde*, n. 48, 2009.

DUTRA, M. O. M. et al. **Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.20, n.1, p. 124-35, 2017.

EBSERH. Universidade Federal de Santa Maria. **Hospital Universitário de Santa Maria**. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>. Acesso em: 22 jul 2020a.

_____. Universidade Federal de Pelotas. **Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas**. Disponível em: <http://novo.heufpel.com.br/>. Acesso em: 22 jul 2020b.

_____. Universidade Federal do Rio Grande. **Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.** Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-furg>. Acesso em: 22 jul 2020c.

FARIAS, P. A. M; MARTINI, A. L. A. R; CRISTO, C. S. **Aprendizagem ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações.** Revista Brasileira de educação médica, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015.

FALKENBERG, M. B; MENDES, T. P. L; MORAES, E. P; SOUZA, E. M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FEIO, A; OLIVEIRA, C. C. **Confluências e divergências conceituais em educação em saúde.** Saúde Soc, v. 24, n. 2, p.703-715, 2015.

FHON, J. S; CORDOVA, R; VILLANUEVA, V; FHONC, P. RODRIGUES, P. **Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público.** Enfermería Universitaria p. 80-87, 2015.

FIGUEIRA, A. B. et al. **Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar.** Cogitare; v. 18, n. 2, p. 310-6, 2013.

FOUCAULT, M. **O Nascimento do Hospital in Microfísica do Poder.** 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FRANCO, R. **Pobreza e caridade leiga- as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa.** Tese. (Doutorado em História). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FREIRE, P. **A alfabetização de adultos: crítica de sua visão ingênua; compreensão de sua visão crítica.** In: Ação Cultural para a Liberdade: e outros escritos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 50. ed. São Paulo: Paz Terra, 2011b.

FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M; RAMOS, M. (Orgs.). **Ensino Médio Integrado: concepção e contradições.** São Paulo: Cortez, 2005.

GOODMAN, L. **Snowball Sampling.** In: Annals of Mathematical Statistics, v. 32, p.148-170, 1961.

GOMES, L. R. **Teoria crítica da educação: experiências atuais de pesquisa no Brasil e na Alemanha.** Comunicações, v. 22, n. 3, p. 145-154, 2015.

GIL, A. C. **Amostragem na pesquisa social. Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GREENWOOD, N; HOLLEY, J; ELLMERS, T; MEIN, G; CLOUD, G. **Qualitative focus group study investigating experiences of accessing and engaging with social care services: perspectives of carers from diverse ethnic groups caring for stroke survivors.** *BMJ Open*. v. 6, n. e009498, p. 1-7, 2016.

GRUBBA, L. S. **Método empírico-indutivo: de bacon aos trabalhos científicos em direito.** *RIDB*, n. 10, p. 6095-6128, 2012.

HAIR, J. R; JOSEPH F. et al. **Fundamentos de Pesquisa de Marketing-3.** AMGH Editora, 2014.

HEKMATPOU, D; BAGHBAN, E. M; DEHKORDI, L. M. **The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients.** *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. v. 12, p. 211-217, 2019.

INCHAUSPE, J. A. F; SIQUEIRA, H. C. H; MOURA, G. M. S. S; et al. **Estudo das teorias administrativas na perspectiva do pensamento sistêmico: uma reflexão teórico-filosófica.** *Revista de Administração Dom Alberto*, v. 2, n. 1, 2015.

IREWALL, A. L; ÖGREN, J; BERGSTRÖM, L; et al. **Nurse-led, telephone-based secondary preventive follow-up benefits stroke/TIA patients with low education: a randomized controlled trial sub-study.** *Trials*. v. 20, n. 52, p. 1-10, 2019.

JENKINS, C; AARULOGUN, O. S; SINGH, A; et al. **Stroke Investigative Research and Education Network: Community Engagement and Outreach Within Phenomics Core.** *Health Educ Behavior*. v. 13, n. 11- e0206548, 2018.

KUENZER, A. Z. **Ensino médio e profissional: as políticas do estado neoliberal.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

KOIFMAN, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense.** *História, Ciências, Saúde*, v. 3, n. 1, p. 48-70, 2001.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1970.

LABEGALINI, C. M. G; BALDISSERA, V. D. A; SABÓIA, V. M; HIGARASHI, I. H. **A evolução histórica das práticas educativas em saúde: um caminho para superar saberes e práticas.** *Rev. Enferm UFPE on line*, v.9, n.6, p. 8747-50, 2015.

LAPREGA, M. R. **Os Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual.** Tese. (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos.** 23 ed. São Paulo: Loyola, 2009.

LIS, A. T; AFONSO, M. L. M. **Formação e atuação do enfermeiro como educador na promoção da saúde no contexto hospitalar.** *Revista do Centro de Educação e Letras*. v. 16, n. 1, p. 62-80, 2014.

LOFT, M. I; MARTINSEN, B; ESBENSEN, B. A; MATHIESEN, L. L. H. K. I; POULSEN I; et al. **Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke**

rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. v.12, p. 1-15, 2017.

LUVISOTTO, M. M; VASCONCELOS, A.C; SCIARPA, L. C; CARVALHO, R. **Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica.** *Einstein*, v. 8, n.2, p. 209-14, 2010.

MANIVA, S. J. C. F; CARVALHO, Z. M. F; GOMES, R. K. G; CARVALHO, R. E. F. L; XIMENES, L. B; FREITAS, C. H. A. **Educational technologies for health education on stroke: an integrative review.** *Rev Bras Enferm.* v. 71 n. 4 (suppl), p. 1724-31, 2018.

MARTINS, S. C. O. et al. **Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries.** *The Lancet Neurology*, v. 18, n.7, p. 615-708, 2019.

MATURANA, H. R; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana.** São Paulo: Palas Athenas, 2011.

MEDEIROS, A. C; SIQUEIRA, H. C. H; ZAMBERLAN, C; CECAGNO, D; NUNES, S. S; THUROW, M. R.B. **Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016.

MEDEIROS, A. C. **Gestão do cuidado de enfermagem na uti: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas.** 2013. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização pan-Americana da saúde, 2011.

MENDES, F. R. P; ZANGÃO, M. O. B; GEMITO, M. L. G. P; SERRA, I. C. C. **Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária.** *Rev Bras Enferm.* v. 69, n. 2, p. 343-350, 2016.

MENDYK, A. M; DUHAMEL, A; BEJOT, Y; et al. **Controlled Education of patients after Stroke (CEOPS)- nurse-led multimodal and long-term interventional program involving a patient's caregiver to optimize secondary prevention of stroke: study protocol for a randomized controlled trial.** *Trials*, v. 19, n. 137, p. 1-8, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOURAO, A. M; VICENTE, L. C. C; CHAVES, T. S; et al. **Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de minas gerais credenciado na linha de cuidados.** *Rev Bras Neurol.* v.53, n.4, p. 12-16, 2017.

OCCELLI P, T. S. et al. **Impact of a transition nurse care program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial.** *BMC Geriatr.*, v.16, n. 57, p. 1-9, 2016.

ODUM, E. P. **Fundamentos de Ecologia**. 6ª ed. São Paulo: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

OLAI, L; BORGQUIST, L; SVÄRDSUDD, K. **Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study**. Upsala Journal of Medical Sciences. v. 120, p. 290-298, 2015.

PAULA, S. F. et al. **Relações entre crise econômica e ações de educação em saúde no ambiente hospitalar: perspectiva ecossistêmica**. Research, Society and Development, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2020a.

PAULA S. F; SIQUEIRA H. C. H; MEDEIROS, A. C. RANGEL, R. F; TEIXEIRA S; PEDROSO, V.S. M. **Educação em saúde provida pelo enfermeiro ao cuidador à luz do pensamento ecossistêmico**. Research, Society and Development, v. 9, n. 4, p. 1-17, 2020b.

PAULINO, L. F; FERNANDES, W. R; SIQUEIRA, V. H. F. **Educação, saúde e velhice: articulações prevalentes em periódicos**. Rempec: Ensino, Saúde e Ambiente, v. 3, n. 2, p. 87-97, 2010.

PEDROSO, V. S. M; MEDEIROS, A. C; RODRIGUES, S. T. et al. **Modo de viver do usuário transplantado na perspectiva ecossistêmica: dificuldades e respostas adaptativas**. Research, Society and Development, v. 9, n. 3, 2020.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. **Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde**. In: Cuidado Humano Plural. Rio Grande: Editora da FURG, 2008.

PITTHAYAPONG, S; THIANGTAM, W; POWWATTANA, A; et al. **A community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand**. Asian Nursing Research. v. 11, p. 150-157, 2017.

POLIGNANO, M.V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em:<http://internatoruralmedicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em 29 de fev. 2020.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: EDUNESP, 2011.

_____. **Ciência, razão e paixão**. São Paulo: Física, 2009.

PRVU, B. J; MCCOY, L; SMITH, E. E; FONAROW, G. C; SCHWAMM, L. H; PETERSON, E. D, et al. **Contemporary trends and predictors of post acute service use and routine discharge home after stroke**. J Am Heart Assoc, v. 4, n. 2, 2015.

RANGEL, R. F; MEDEIROS, A. C; OLIVEIRA, A. C. C; et al. **Efeitos do toque terapêutico no cuidado integral ao ser humano à luz do Pensamento Ecossistêmico**. Research, Society and Development. v. 9, n. 4, p. 1-19, 2020.

RICHARDSON, J; DEPAUL, V; OFFICER, A. S.W; LETTS, L; BOSCH, J; WISHART, L. **Development and Evaluation of Self-Management and Task-Oriented Approach to Rehabilitation Training (START) in the Home: Case Report.** Physical Therapy. v.95, n. 6, p. 934-943, 2015.

REGO, A. M. X. **Educação: concepções e modalidades.** Scientia cum Industria, v. 6, n. 1, p. 38-47, 2018.

RIGON, A. G; NEVES, E. T. **Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito?** Texto Contexto Enferm, v. 20, n. 4, p. 812-7, 2011.

ROMANELLI, R. C. **O vocabulário indo-europeu e o seu desenvolvimento semântico.** In: Kriterion. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia da Universidade de Minas Gerais, 1959.

ROHWEDER, G; SALVESEN, O; ELLEKJAR, H; INDREDAVIK, B. **Hospital readmission within 10 years post stroke: frequency, type and timing.** BMC Neurol., v. 17, n. 116, 2017.

ROSBERGEN, I. C. M; BRAUER, S. G; FITZHENRY, S; et al. **Qualitative investigation of the perceptions and experiences of nursing and allied health professionals involved in the implementation of an enriched environment in an Australian acute stroke unit.** BMJ Open. v. 7, n. e018226, p. 1-11, 2017.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina.** Arte e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller, 2013.

SANTOS, M. C; SIQUEIRA, H. C. H; SILVA J. R. **Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro.** Rev. Gaúcha Enferm, v. 30, n. 4, p:750-754, 2009.

SANTOS, T. B; PINTO, I. C. M. **Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal.** Saúde debate, v. 41 n. especial 3, p. 99-113, 2017.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia.** Polêmicas do nosso tempo. 43^a ed. São Paulo: Autores Associados, 2018.

SILVA, J. R. S. **Reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande: contribuições do enfermeiro.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013

SILVA, I. M; ALBUQUERQUE, P. P. **Educação na saúde em um hospital de ensino: a efetividade da mudança?** Revista saberes plurais | educação na saúde, v. 1, n. 1, 2016.

SILVA, R. C. A; MONTEIRO, G. L; SANTOS, A. G. **O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral.** Rev. de Atenção à Saúde, v. 13, n. 45, p. 114-120, 2015.

SIQUEIRA, H. C. H. **O enfermeiro e sua prática assistencial integrativa: construção de um processo educativo.** Bagé: Ediurcamp, 1998.

SIQUEIRA, H. C. H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir.** 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SIQUEIRA, H. C. H.; THUROW, M. R. B; PAULA, S. F; ZAMBERLAN C; MEDEIROS, A. C; CECAGNO, D; et al. **A saúde do ser humano na perspectiva ecossistêmica.** Rev. Enferm. UFPE online, v. 12, n. 2, p. 559-64, 2018.

SIQUEIRA, H. C. H. et al. **Redes de apoio ao usuário com doença renal crônica na perspectiva ecossistêmica.** Rev. Min. Enferm, v. 23, n. e-1169, 2019.

SPRUILL, T. M; WILLIAMS, O; TERESI, J. A; et al. **Comparative effectiveness of home blood pressure telemonitoring (HBPTM) plus nurse case management versus HBPTM alone among Black and Hispanic stroke survivors: study protocol for a randomized controlled trial.** Trials. v. 16, n. 97, p. 1-11, 2015.

SVALDI, J. S. D. **Rede Ecológica de Pesquisa em Enfermagem /Saúde no SUS: Possibilidades de Delineamento nos Hospitais Universitários Federais.** 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

SWANSON, J. O; MOGER, T. A. **Comparisons of readmissions and mortality based on post-discharge ambulatory follow-up services received by stroke patients discharged home: a register-based study.** BMC Health Services Research. v. 19, n.4, p. 1-11, 2019.

TEIXEIRA, M. T; REIS, M. F. **A organização do espaço em sala de aula e as suas implicações na aprendizagem cooperativa.** Revista Meta: Avaliação, n. 4, p. 162-187, 2012.

THUMÉ, E; FEHN A. C; ACIOLI, S; FASSA, M. E. G. **Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde.** Saúde debate, v. 42, n. especial 1, p. 275-288, 2018.

TSAI, Y. H; LOU, M. F; FENG, T. S. H; et al. **Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year.** BMC Neurology. v. 18, n. 50, p. 1-9, 2018.

WANG, S; SHEN, B; WU, M; CHEN, C; WANG, J. **Effects of socioeconomic status on risk of ischemic stroke: a case-control study in the Guangzhou population.** BMC Health Services Research. v. 19, n. 648, p. 1-7, 2019.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization/United Nations Children's Fund (WHO/UNICEF). **Primary Health care: report of the international Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, Geneva: WHO, 1978.**

_____. **The top 10 causes of death.** [Internet] Geneva; 2014. [Cited in 2020 MAR 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/em>

_____. **Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030.** [Internet]. Geneva; 2013a. [Cited in 2020 Mar 20]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/em

_____. **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.** Geneva: WHO; 2013b. [citado 2020 mar 26]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

_____. **Organization Health Education.** CH: World Health Organization, Geneva, 2013c.

_____. Health Promotion Glossary. [citado 2020 abr 23]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

ZAMBERLAN C. **Ecosistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos:** possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013

ZAMBERLAN, C; PAULA, S. F; SIQUEIRA, H. C. H; BACKES D. S; VENTURA, J. **Orientações para filhos de pai/mãe cardiopatas: possibilidades e abordagens.** Rev. Enferm. UERJ, v. 26, n. e28057, p. 1-6, 2018.

ZHANG, L; ZHANG, T; SUN, Y. **A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke.** Brazilian Journal of Medical and Biological. Research. v. 52, n. 9, p. 1-13, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA PARA ÀS GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA (GEP) DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (HUs)/ EBSEHs

Exmo. Sr(a)
Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

Sou Saul Ferraz de Paula, doutorando em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob a orientação da Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, intitulada **Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico**. A mesma tem como objetivo geral: Analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário, com acidente vascular cerebral, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico.

Descobrir essas ações produzidas em diferentes HUs/EBSEHs do RS, poderá auxiliar os hospitais com novas abordagens, metodologias e exemplos de sucesso e, assim, aprimorar a educação em saúde desenvolvida no ambiente hospitalar.

Entende-se que, as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, conforme suas concepções teórico-metodológicas ao usuário com Acidente Vascular Cerebral, no período de internação hospitalar, à luz do Pensamento Ecossistêmico, possibilitam transformar o conhecimento, comportamentos e atitudes dos usuários e familiares e contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde: hipótese de tese do meu doutorado. Para que minha pesquisa de doutorado possa ser realizada, necessito do contato de TODOS os enfermeiros que atuam na unidade de clínica médica, onde são tratados usuários acometidos por AVC, sendo esse o elemento motivador dessa solicitação.

Assim, com o intuito de evidenciar as ações educativas desenvolvidas no ambiente hospitalar dessa Instituição, venho solicitar a V.S^a, a nominata dos enfermeiros e respectivos *e-mails* que compõem a equipe de enfermagem da Unidade de Internação da Clínica Médica.

Na certeza de posicionamento favorável às informações, agradeço a V.S^a pela disponibilidade, parceria e comprometimento com a ciência.

Atenciosamente.

Rio Grande, de.....20.

Saul Ferraz de Paula
Doutorando
e-mail:saul.ferraz@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Hekler de Siqueira
Orientadora
e-mail: hedihsiqueira@gmail.com

APÊNDICE B
CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR.º MIGUEL RIET CORRÊA JR-HU-FURG

Exmo. Sr(a)

Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral à luz do pensamento ecossistêmico, a ser realizada com os enfermeiros da Unidade de Internação de Clínica Médica do Hospital Universitário Dr.º Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG) pelo doutorando Saul Ferraz de Paula, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, com entrevistas semiestruturadas a serem realizadas *online*, com o objetivo de analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico.

Para o alcance do objetivo e respectiva Tese, necessitamos, ter acesso aos dados das ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros no exercício do trabalho na Unidade de Internação de Clínica Médica do HU. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome deste hospital possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigos científicos.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos, ainda, que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e trabalhos científicos, como artigos, palestras e conferências.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

Rio Grande, de.....20.

Saul Ferraz de Paula
Doutorando
e-mail:saul.ferraz@hotmail.com

Prof.ª Dr.ª Hedi Crecencia Hekler de Siqueira
Orientadora
e-mail: hedihsiqueira@gmail.com

APÊNDICE C

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA -HUSM

Exmo. Sr(a)

Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral à luz do pensamento ecossistêmico a ser realizada com os enfermeiros da Unidade de Internação de Clínica Médica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) pelo doutorando Saul Ferraz de Paula, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, com entrevistas semiestruturadas a serem realizadas *online*, com o objetivo analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico.

Para o alcance do objetivo e respectiva Tese, necessitamos, ter acesso aos dados das ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros no exercício do trabalho na Unidade de Internação de Clínica Médica do HU. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome deste hospital possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigos científicos.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos, ainda, que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e trabalhos científicos, como artigos, palestras e conferências.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

Rio Grande, de.....20.

Saul Ferraz de Paula
Doutorando
e-mail:saul.ferraz@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Hekler de Siqueira
Orientadora
e-mail: hedihsiqueira@gmail.com

APÊNDICE D

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS-HE-UFPEL

Exmo. Sr(a)

Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral à luz do pensamento ecossistêmico a ser realizada com os enfermeiros da Unidade de Internação de Clínica Médica do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPEL) pelo doutorando Saul Ferraz de Paula, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, com entrevistas semiestruturadas a serem realizadas *online*, com o objetivo de analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico.

Para o alcance do objetivo e respectiva Tese, necessitamos, ter acesso aos dados das ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros no exercício do trabalho na Unidade de Internação de Clínica Médica do HU. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome deste hospital possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigos científicos.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos, ainda, que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e trabalhos científicos, como artigos, palestras e conferências.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

Rio Grande, de.....20..

Saul Ferraz de Paula
Doutorando
e-mail:saul.ferraz@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Hekler de Siqueira
Orientadora
e-mail: hedihsiqueira@gmail.com

APÊNDICE E
CONVITE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Enviamos essa mensagem para convidá-lo(la) a participar da pesquisa que está sendo desenvolvida no Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande-FURG pelo doutorando Saul Ferraz de Paula, sob a orientação da Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, intitulada **Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico**. A mesma tem como objetivo geral: analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecossistêmico.

Salientamos que sua participação é de extrema importância, pois permitirá conhecer essas ações produzidas em diferentes HUs/EBSERHs do RS, poderá auxiliar os hospitais com novas abordagens, metodologias e exemplos de sucesso e, assim, aprimorar a educação em saúde desenvolvida no ambiente hospitalar.

Para a concordância ou não concordância em participar você deve acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra disponível no endereço eletrônico abaixo. Caso concorde participar deve preencher o formulário com seu endereço de e-mail e telefone.

Caso concorde participar, a entrevista será realizada via online pela ferramenta que você achar mais pertinente (WhatsApp, Skype, etc.). A entrevista tem previsão de duração de no máximo 20 min e será agendada conforme sua disponibilidade.

Atenciosamente.

Rio Grande, de.....20

Saul Ferraz de Paula
Doutorando
e-mail:saul.ferraz@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Hekler de Siqueira
Orientadora
e-mail: hedihsiqueira@gmail.com

APÊNDICE F

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PROJETO: Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do Pensamento Ecológico.

Coletador de Dados: Doutorando Saul Ferraz de Paula

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa como objetivo geral: Analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico e possui como objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo;
- Investigar as bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro para desenvolver o processo educativo em saúde no contexto hospitalar, ao usuário portador de acidente vascular cerebral e familiares;
- Analisar as facilidades e dificuldades assinaladas pelos enfermeiros na prática do processo educativo em saúde ao usuário portador de acidente vascular cerebral, no período de internação hospitalar.
- Propor um ensaio teórico de educação em saúde, com base no Pensamento Ecológico, que auxilie os enfermeiros a desenvolver o processo educativo ao usuário portador de acidente vascular cerebral, capaz de contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde e dos familiares.

A pesquisa possui características exploratórias, descritivas, de abordagem qualitativa e será realizada por meio de entrevista semiestruturada via *online*. Você participará da entrevista via rede social, *Skype*, *WhatsApp*, *Google Meet*, ou outro aplicativo de sua escolha no período de janeiro a fevereiro de 2020. As entrevistas serão gravadas em um gravador de áudio e, posteriormente, digitadas (transcritas) e guardadas em caixa lacrada por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal. Ao aceitar participar da pesquisa, uma cópia desse TCLE ficará sob posse do pesquisador principal e outra cópia, lhes será disponibilizado automaticamente via e-mail.

Os dados somente serão coletados após a sua anuência, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa Área da Saúde FURG(CEP-FURG).

Comitês de Ética e Pesquisa, são colegiados interdisciplinares e interdependentes, de caráter consultivo, deliberativo e educativo. O Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) tem por finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas dentro dos padrões éticos consensualmente e legalmente preconizados, baseados nos princípios, universalmente aceitos, de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O contato com o CEP-FURG, pode ser realizado através do telefone: (53) 32373013 e/ou e-mail: cep@furg.br.

A sua participação na pesquisa será por meio de entrevista e não representará, a princípio, nenhum risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase da pesquisa. Os riscos serão os mínimos possíveis, porém, alguns sentimentos poderão ser mobilizados em você, pelo fato de que algumas discussões acerca da sua prática de cuidado surgirão. Caso isso ocorra, um

psicólogo será contratado, do setor privado para atender suas necessidades. Se for necessário, ainda, você será acompanhado pelo pesquisador principal ao serviço de saúde existente próximo de sua residência e todas as despesas referente ao atendimento serão custeadas pelo pesquisador.

Esta pesquisa poderá lhe trazer benefícios diretos, pela possibilidade de você ser autor e ator ativo em todo o processo ao refletir acerca da educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro ao portador de AVC. Dessa forma, você poderá rever conceitos e repensar novas estratégias e, portanto, novas formas de educação em saúde poderão emergir. Além do mais, a socialização (divulgação/publicação) dos resultados da presente pesquisa poderá auxiliar outros profissionais a repensarem suas práticas.

Você tem liberdade/direito de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; possui a garantia de ter suas dúvidas esclarecidas antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo; a segurança de ter privacidade individual, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização desta pesquisa; a garantia de retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo, assegurando condições de acompanhar esses processos; e também a garantia de que serão sustentados os preceitos éticos e legais, conforme as Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Em caso de dúvida sobre o estudo, você poderá contatar o Enf. Doutorando Saul Ferraz de Paula, Telefone: (53)984627882 e ou *e-mail*: **saul.ferraz@hotmail.com** e a orientadora do estudo, Prof^ª. Dr^ª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, pelo e-mail: **hedisiqueira@gmail.com**. Informo que não há despesas pessoais para você, em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro na educação em saúde ao usuário com acidente vascular cerebral e família à luz do pensamento ecossistêmico**. Eu discuti com o Doutorando Saul Ferraz de Paula sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim os objetivos da pesquisa, o método de coleta de dados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou na minha atividade profissional.

Data: / /

Nome do participante do estudo

Assinatura do participante do estudo

Saul Ferraz de Paula
Pesquisador Responsável

Prof^ª Dr^ª Hedi C.Heckler de Siqueira
Orientadora

APÊNDICE G

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. CARACTERIZAR O PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nº da entrevista..... DATA: /...../...../		CÓDIGO
<i>DADOS SOCIODEMOGRAFICOS E FUNCIONAIS</i>		
1- Idade? (1) até 30 anos; (2) 31 à 40 anos; (3) 41 à 50 anos; (4) > 50 anos		1)1-2-3-4-5
2 - Sexo? (1) M; (2) F		2)1-2
3 - Turno de trabalho? (1) Manhã; (2) Tarde; (3) Noite; (4) Misto		3) 1-2-3-4
4 - Formação? (1) graduação (2) especialização (Qual) (3) mestrado (4) doutorado (5) Pós-doutorado		4) 1-2-3-4-5
5 - Instituição? HU/FURG (1) HE/UFPEL (2) HU/HUSM (3)		5) 1-2-3-
6 – Quantos usuários portadores de AVC você tem assistido no ano de 2020 (1) até 3; (2) 4 a 6; (3) 7 a 9; (4) 10 a 13; (5) 14 a 20		6) 1-2-3-4-5
7 – Quantos usuários portadores de AVC você tem assistido, aproximadamente, durante a sua prática profissional (1) 5 a 09; (2) 10 a 14; (3) 15 a 19; (4) 20 a 24; (5) 25 ou mais		7) 1-2-3-4-5
8 - Tempo de profissão? (1) até 3 anos; (2) 4 a 8 anos; (3) 9 a 15 anos; (4) 16 a 20; (5) > 21 anos		8) 1-2-3-4-5
9 - Tempo na Clínica Médica (1) menos de 3 anos; (2) 4 a 9 anos; (3) 10 a 15 anos; (4) 16 à (5) > 21 anos		12) 1-2-3-4-5
10 – Quantos enfermeiros trabalham na Clínica Médica – Nos três turnos (1) 1 a 2; (2) 3 a 4; (3) 5 a 6; (4) 7 a 8; (5) mais de 9		13) 1-2-3-4-5
11 - A distribuição dos enfermeiros nos turnos se processa de forma igual nos três turnos? (1) Sim; (2) Não		14) 1-2
12 – Essa distribuição atende as necessidades dos usuários (1) Sim; (2) Não		14) 1-2
13 – A maior dificuldade do enfermeiro para desenvolver o processo educativo em saúde ao usuário portador de AVC da clínica medida se refere: (1) superlotação; (2) falta de tempo; (3) falta de apoio institucional; (4) falta de interesse do usuário e família; (5) falta de cooperação da equipe de enfermagem.		16) 1-2-3-4-5
QUESTÕES ABERTAS		
<i>Bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro para desenvolver o processo educativo em saúde no contexto hospitalar, ao usuário portador de acidente vascular cerebral e família</i>		

14– A preparação para Alta Hospitalar segue algum tipo de protocolo específico? Em caso positivo, em que consiste esse protocolo, em relação a ES?

15 – Sendo você o responsável para orientar a alta do usuário com AVC, para o cuidado no seu domicílio, quando você inicia o processo educativo?

16 – Em relação a essas ações de educação em Saúde, a instituição possui espaço específico? Onde acontece a ES?

17 – Em relação as dimensões biopsicossocial/espiritual, do usuário e família, qual (quais) são abordadas no seu processo educativo?

18 – O processo de educação, tem relação com algum conhecimento teórico-metodológico que você conhece ou lembra?

19 – Descreva o passo a passo do processo educativo que você costuma desenvolver ao usuário portador de AVC e família da Clínica Médica para o cuidado no domicílio para a alta hospitalar.

20 - No âmbito do cuidado ao portador de AVC em que patamar de prioridade você avalia o processo de educação em saúde? Por que? Você se considera um educador em saúde?

Avaliar as facilidades e dificuldades assinaladas pelos enfermeiros na prática do processo educativo em saúde ao usuário portador de acidente vascular cerebral, no período de internação hospitalar.

21 – Qual (ais) são as facilidades que você encontra para desenvolver o processo educativo ao usuário portador de AVC da Clínica Médica, no período de internação hospitalar? Em relação a Instituição hospitalar; Em relação à Unidade de Internação; Equipe de Enfermagem; Equipe multiprofissional; Usuário e família? Explique a sua opinião

22 – Na sua opinião que dificuldade (es) você encontra para desenvolver o processo educativo ao usuário portador d Clínica Médica, no período de internação hospitalar? Em relação a Instituição hospitalar; Em relação à Unidade de I Equipe de Enfermagem; Equipe multiprofissional; Usuário e família? Explique a sua opinião

Propor um ensaio teórico de educação em saúde, com base no Pensamento Ecossistêmico, que auxilie os enfermeiros a desenvolver o processo educativo ao usuário portador de acidente vascular cerebral, capaz de contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde e dos familiares.

23 - Pretende-se elaborar um **ensaio teórico**, algo semelhante a um protocolo, que visa a educação em saúde para o usuário portador de AVC que possa auxiliar os enfermeiros a desenvolver o processo educativo a esse usuário e contribuir na prática do cuidado domiciliar e, assim, melhorar a sua saúde e dos familiares. **Que contribuições você pode fornecer para auxiliar na elaboração desse ensaio teórico? Como você acha que o processo educativo/orientação para a alta hospitalar do portador de AVC deveria ser?**

Você gostaria de acrescentar algo mais?

Agradecemos a sua valiosa participação

Obrigado!

ANEXOS

ANEXO A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO USUÁRIO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E FAMÍLIA À LUZ DO PENSAMENTO ECOSISTÊMICO

Pesquisador: Saul Ferraz de Paula

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39733320.6.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.442.386

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "avaliação dos Riscos de Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1637376.pdf de 02/12/20) e/ou do Projeto Detalhado. O estudo tem o objetivo geral conhecer e analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário, portador de acidente vascular cerebral, no período de internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico-sistêmico. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa que será realizada com enfermeiros que exercem função assistencial nas unidades de clínica médica de três hospitais universitários do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil, que possuem contrato vigente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Para a seleção dos profissionais será utilizada a amostragem por conveniência, onde, os enfermeiros que atuam nas três unidades clínicas dos três hospitais universitários do RS, geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, serão convidados a participar da pesquisa. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e serão analisados pela técnica de Conteúdo de Bardin. O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, respeitando as Resoluções 466/12 e 510/16. Propõe-se a seguinte Tese: As ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, conforme suas concepções teórico-metodológicas ao usuário com

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 4.442.388

Acidente Vascular Cerebral e família, no período de Internação hospitalar, à luz do Pensamento Ecológico, possibilitam transformar o conhecimento, comportamentos e atitudes dos usuários e familiares e contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde e como ele desenvolve o processo educativo ao usuário com acidente vascular cerebral e família, no período de Internação hospitalar, para o cuidado domiciliar, à luz do Pensamento Ecológico.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo; Investigar as bases teórico-metodológicas utilizadas pelo enfermeiro para desenvolver o processo educativo em saúde no contexto hospitalar, ao usuário portador de acidente vascular cerebral e familiares; Analisar as facilidades e dificuldades assinaladas pelos enfermeiros na prática do processo educativo em saúde ao usuário portador de acidente vascular cerebral, no período de Internação hospitalar. Propor um ensaio teórico de educação em saúde, com base no Pensamento Ecológico, que auxilie os enfermeiros a desenvolver o processo educativo ao usuário portador de acidente vascular cerebral, capaz de contribuir para a prática do cuidado domiciliar e melhoria da sua saúde e dos familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação das pessoas será por meio de entrevista semiestruturada e não representará, a princípio, nenhum risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase da pesquisa. Os riscos serão os mínimos possíveis, porém, alguns sentimentos poderão ser mobilizados, pelo fato de que será realizada uma conversa individual e os participantes terão de refletir sobre o seu cotidiano laboral e alguns episódios relacionados à sua vivência como enfermeiro na sua rotina de trabalho e no desenvolver da educação em saúde. Aos participantes será dado o livre arbítrio de não responderem questionamentos que gerem desconforto em qualquer dimensão. Caso isso ocorra, os participantes serão acompanhados por um profissional psicólogo que será contratado pelo pesquisador principal, sem qualquer ônus para os mesmos, podendo desistir da pesquisa sem influenciar no acompanhamento.

Benefícios:

Esta pesquisa poderá acarretar benefício direto aos participantes, por refletirem acerca do ser e fazer da enfermagem enquanto profissão do cuidado, bem como sua atuação nas ações educativas

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carmois CEP: 96.203-900
UF: RS Município: RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-3013 E-mail: cep@furg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 4.442.386

no período de internação hospitalar do usuário acometido por AVC. Dessa forma, poderão rever conceitos e repensar novas estratégias e, portanto, novas formas de desenvolver o processo educativo. A socialização (divulgação/publicação) dos resultados da presente pesquisa poderá auxiliar outros profissionais que tenham interesse pela temática e a enfermagem enquanto ciência ao ser investigado sobre as concepções teórico-metodológicas do enfermeiro acerca da educação em saúde no ambiente hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, unicêntrico, de caráter acadêmico, a ser realizado para obtenção do título de doutor em enfermagem. O estudo terá 18 participantes, a coleta de dados está prevista para janeiro e fevereiro de 2021 e a conclusão do estudo está prevista para abril de 2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências!

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, Item XI.2.d. O modelo encontra-se disponível no site do CEP-FURG (<https://proresp.furg.br/pt/comites/cep-furg>) e o seu prazo final é 10/06/2021.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1637376.pdf	02/12/2020 14:52:02		Acelto
Outros	cartarespostaCEP.pdf	02/12/2020 14:49:44	Saul Ferraz de Paula	Acelto
Cronograma	cronograma.pdf	02/12/2020 14:48:47	Saul Ferraz de Paula	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	02/12/2020 14:47:58	Saul Ferraz de Paula	Acelto

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros CEP: 96.203-900
UF: RS Município: RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 E-mail: cep@furg.br

Continuação do Parecer: 4.442.386

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado.pdf	02/12/2020 14:47:30	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Outros	autorizacaoGEP.pdf	29/10/2020 14:33:17	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/10/2020 14:29:55	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Outros	cartaGeps.pdf	29/09/2020 22:29:27	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Outros	anuenciasantamarta.pdf	29/09/2020 22:28:56	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Outros	anuenciariogrande.pdf	29/09/2020 22:28:35	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Outros	anuenciapelotas.pdf	29/09/2020 22:27:59	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinstitucaoeinfraestrutura.pdf	29/09/2020 22:26:14	Saul Ferraz de Paula	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/09/2020 22:24:36	Saul Ferraz de Paula	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO GRANDE, 07 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Camila Dalane Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
 Bairro: Campus Carreiros CEP: 96.203-900
 UF: RS Município: RIO GRANDE
 Telefone: (53)3237-3013 E-mail: cep@furg.br