

## REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>1</sup>

*Tatiana da Silva Melo Malaquias<sup>2</sup>*

*Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas<sup>3</sup>*

**Resumo:** Este trabalho aborda as práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros do Programa Saúde da Família. Pesquisa bibliográfica qualitativa que teve como objetivo averiguar o que os autores dizem sobre o assunto e divulgar os resultados para enriquecimento de outros pesquisadores. Abordou-se o ensino da enfermagem e a educação em saúde, apontando as atuais mudanças no currículo de graduação. Apresentaram-se algumas experiências das práticas educativas dos enfermeiros no Programa Saúde da Família em cidades brasileiras. Os resultados desta pesquisa demonstram que os enfermeiros não estão preparados para desenvolverem ações de educação em saúde na prática profissional; desenvolvem ações voltadas para o modelo curativo de saúde, não valorizando o saber popular e os determinantes sociais.

**Palavras chave:** educação em saúde; enfermeiro e o PSF; práticas educativas do enfermeiro.

### Introdução

O Sistema de Saúde Brasileiro passou por algumas reformulações nas últimas décadas, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e continua até os dias atuais. O Ministério da Saúde, com o intuito de reformular a assistência de saúde brasileira, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), que traz como proposta um atendimento de saúde centrado no usuário e no meio social em que está inserido, buscando a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Diante desses novos paradigmas da saúde, o enfermeiro do PSF que exerce um papel preponderante, desde o planejamento das ações até a assistência e

---

<sup>1</sup> Derivado da Monografia de Especialização em Saúde Pública UBC- 2009

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente de Enfermagem da Faculdade Guairacá, Guarapuava/PR. Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. Email: [tatieangel@yahoo.com.br](mailto:tatieangel@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Professor Adjunto da UFRJ. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. <http://eean.ufj.br>

também sendo um dos responsáveis pelos processos educativos de formação, capacitação profissional e educação popular, deve rever suas práticas educativas e metodologia de trabalho, fazendo uma reflexão sobre sua atuação no papel de educador, identificando as necessidades da população que estão sob sua responsabilidade, além de intervir no processo saúde/doença dos indivíduos e da sociedade.

O PSF é um ambiente favorável para o desenvolvimento da educação em saúde, principalmente porque envolve a participação comunitária. Com a experiência profissional adquirida, pode-se observar como a atuação de uma equipe comprometida com a qualidade de vida das pessoas pode fazer a diferença e produzir mudança de hábitos.

Com estas inquietações, durante podemos refletir sobre algumas questões no desenvolvimento deste trabalho:

- Como estão sendo desenvolvidas as práticas educativas no PSF pelos enfermeiros?
- Será que os enfermeiros estão capacitados para desenvolverem as práticas educativas adequadas às reais necessidades da população abrangida pelo PSF?

Este trabalho tem como objetivos levantar artigos, livros, revistas, teses e outros materiais bibliográficos que discutam sobre a prática educativa do enfermeiro no PSF, selecionando dentre este material os que são de maior relevância sobre o tema abordado, averiguando o que os autores dizem sobre a temática e divulgar os resultados da pesquisa através de artigos e congressos científicos para enriquecimento de outros pesquisadores, além de proporcionar a sensibilização dos enfermeiros para uma reflexão sobre suas ações educativas perante o novo contexto de saúde brasileiro.

É importante rever e refletir sobre as práticas educativas do enfermeiro, permitindo propor melhorias tanto na metodologia educativa, na formação profissional e nas políticas governamentais, favorecendo a mudança do modelo assistencial e das condições de vida da população.

## Metodologia

O trabalho foi desenvolvido dentro de uma abordagem qualitativa através de pesquisa bibliográfica. A pesquisa qualitativa bibliográfica se tornou mais adequada para a elaboração deste estudo, pois desejávamos conhecer as diferentes contribuições científicas disponível sobre o tema escolhido deste trabalho. Fez-se necessário a busca de livros, artigos, teses, monografias, documentos e bases de dados eletrônicas, usando como palavras chaves: educação em saúde, educação em saúde e PSF, práticas educativas do enfermeiro no PSF. O período de consultada foi entre os meses de maio de 2008 a abril de 2009, delimitando o espaço de tempo

para a pesquisa o ano de 1979 a 2008. Dentre o material encontrado, foram selecionados os que tinham maior relevância sobre a temática escolhida. Com a realização de leitura e interpretação dos textos, através de resumos e fichamentos foi possível obter uma fundamentação teórica para este trabalho.

A pesquisa bibliográfica é realizada a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, utilizando dados já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados (SEVERINO, 2007).

Sobre a pesquisa qualitativa Minayo et al. (2002, p.21) descreve que:

[...] a pesquisa qualitativa responde a questões particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Na maioria das vezes, os estudos qualitativos são feitos no local de origem dos dados; não impedem o pesquisador de empregar a lógica do empirismo científico, adequada para fenômenos claramente definidos (NEVES, 1996). A pesquisa qualitativa torna-se importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, ainda para entender as relações entre atores sociais e movimentos sociais e para a avaliação das políticas públicas sociais, tanto na formulação quanto na aplicabilidade. A abordagem qualitativa é útil para compreender fenômenos específicos em todas as suas dimensões. Trata de objetos delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade que pelas suas dimensões quantitativas (MINAYO, 2000).

## 1. RELAÇÃO EDUCAÇÃO, SAÚDE E ENFERMAGEM

### 1.1 O QUE É EDUCAÇÃO

A educação é um tema que sempre preocupou os homens e as sociedades, por isso assumiu várias definições. Podemos observar que a educação acontece em vários lugares, não sendo praticada necessariamente na escola. Não existe apenas uma “educação”, pois há diversas maneiras de aprender as coisas e saberes. Cada povo tem sua cultura e forma de aprendizado, sendo assim, a educação transmitida na escola não é o único modo de aprender.

Desde o surgimento da humanidade, a educação representa a sobrevivência dos grupos e é a atividade central no desenvolvimento da cultura dos povos. Através da imitação o homem primitivo ensinava e aprendia sobre as armas, caça,

colheita, uso da linguagem, cultura aos mortos, etc. Ao longo dos anos, porém, passou-se a valorizar mais a linguagem oral e escrita e, então, necessitou de um local específico para esta prática de saber, dando início à idéia de escola (CUNHA, 2002).

Para atender as exigências da atualidade, a pedagogia é hoje um saber em transformação atravessando desafios e novas tarefas. Existem muitos desafios a serem vencidos e um deles é conviver com as incertezas do futuro, além de ensinar a compreensão, aprendendo junto com o outro, ou seja, vai além da explicação, o saber torna-se recíproco.

## 1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos, estes devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde é entendida a partir do conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é vista como responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai além de um estilo de vida saudável, em direção a um bem-estar global (BRASIL, 2001).

No Brasil a educação em saúde, demonstrada no início do século XIX, estava voltada para a medicalização dos indivíduos e domínio do Estado sobre as classes menos favorecidas, para manter a hegemonia da classe dominante. As descobertas bacteriológicas reforçaram a idéia de que a doença era causada por agentes estritamente biológicos, desconsiderando a questão social (MOHR; SCHALL, 1992).

No final do século XIX, o Brasil vivencia um crescimento populacional com concentração nos centros urbanos, onde havia um grande número de habitações coletivas com condições precárias de higiene e saneamento. Neste contexto, a saúde passa a ser vista como uma questão de bons hábitos, sendo as doenças resultado de uma população sem higiene (HENRIGER et al., 2007).

O Estado passou a intervir de forma autoritária, não respeitando os direitos da população, utilizando discursos normativos com objetivo de implantar hábitos higiênicos e saudáveis através da educação e saúde.

Conforme relata Mano (2004), no final do segundo reinado (1889) o Brasil tinha a fama de ser um dos países mais insalubres do mundo. A adoção do regime republicano continuou mantendo a política de desigualdade dos grupos sociais, condenando a maioria da população a condições precárias de vida. As doenças infecto-contagiosas continuaram dizimando milhares de pessoas. Neste contexto surge o movimento do Sanitarismo Campanhista que desenvolvem fiscalizações, as

hospitalizações compulsórias de vítimas de doença contagiosa e dos doentes mentais.

Dentre essas medidas de saneamento e higienização merece destaque a polícia sanitária, liderada por Osvaldo Cruz, que empregou recursos como à vacinação compulsória e vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças (ALVES, 2005).

Nesta época, já se buscava uma ação social que saneasse a zona rural, visando educar o homem do campo para garantir o aumento da produção pelas novas técnicas e máquinas agrícolas (MOHR; SCHALL, 1992).

A partir da década de 1940, ocorreram algumas transformações no campo da educação em saúde. As pessoas começam a ser envolvidas nos processos educativos, principalmente após 1960, com o surgimento da Medicina Comunitária, onde se verifica um apelo à participação da comunidade para a resolução dos problemas de saúde. Porém, esse apelo parece mascarar o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade. As práticas de educação em saúde eram empregadas no sentido de que a comunidade era responsável pela resolução de seus próprios problemas de saúde, porém os determinantes sociais desses problemas não eram levados em consideração (ALVES, 2005).

Os primeiros movimentos de educação em saúde surgiram através de cartazes e panfletos educativos, porém grande parte da população era analfabeta. Assim os programas de rádio se encarregavam de informações sobre higiene e prevenção de doenças. Porém o investimento no setor da saúde era pequeno e a expectativa de vida baixa (MANO, 2004).

Para Mohr e Schall (1992) a pedagogia da saúde, de cunho modernizador, tinha por meta remover obstáculos (culturais e psicossociais) às inovações tecnológicas de controle às doenças. A perspectiva de participação da comunidade nos processos de educação em saúde, visava mobilizá-los a cooperarem com os agentes e serviços de saúde inaugurados na zona rural e periferias urbanas. Entretanto, a centralização administrativa da política nacional de saúde ainda era dominante.

Durante o Regime Militar, o campo da educação em saúde permaneceu inexpressivo. Neste período observou-se um crescimento dos serviços privados de saúde, focando a medicina curativa e a hospitalização, deixando de lado as ações de prevenção à saúde. Ocorre uma alta especialização da saúde, principalmente dos equipamentos e materiais, levando os profissionais a uma corrida em busca de aperfeiçoamento no sentido de lidar com as novas tecnologias.

Até a década de 70, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, portanto subordinada a seus próprios interesses, e a partir de então começaram a surgir movimentos sociais emergentes desenvolvendo experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, em que profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos

populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas a dinâmica social local, representando uma ruptura com a tradição autoritária e normalizadora da educação em saúde, buscando a construção de um sistema de saúde que proporcionasse a população um atendimento integral, humanitário e que promovesse melhora da qualidade de vida (FILIZOLA, 2005).

Neste contexto Paulo Freire, um educador e filósofo de destaque da época, junto com outros intelectuais e profissionais de saúde, propôs um novo modelo de ensino voltado ao respeito pelo próximo, visando o indivíduo inserido dentro de sua realidade. Esses profissionais revisaram suas práticas por um novo projeto de saúde. Surge assim a organização de movimentos sociais que reuniam intelectuais e a comunidade buscando romper com o autoritarismo da relação entre os serviços de saúde e a população, destacando-se o Movimento de Educação Popular em Saúde.

Esse movimento aproximou os profissionais das classes populares, favorecendo a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, levando os profissionais a buscarem a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados (ALVES, 2005).

Em 1978 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu representantes de 144 países, por ocasião da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata na antiga União Soviética (MERHY et al., 2004). A Declaração saída da Conferência abre com o reconhecimento da enorme desigualdade social existente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento (OMS, 1986).

A luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, num primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do nosso país (MACHADO et al., 2007). No Brasil o Movimento da Reforma Sanitária, no final da década de 70, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo relatório embasou o texto da Constituição de 1988, propõe que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem.

O movimento da Reforma Sanitária deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), que traz como princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada e descentralização. A assistência à saúde deve abranger tanto ações curativas quanto preventivas, sendo de fundamental importância a ações educativas para a promoção de saúde.

Conforme relatam Albuquerque e Stotz (2004), a reorganização os serviços de saúde é uma das estratégias para alcançar a promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral.

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir

para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia traz no centro de sua principal proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (ALVES, 2005).

O PSF foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, embora já existissem alguns municípios que já tinham unidades piloto da Estratégia Saúde da Família, como Niterói (RJ) em 1991 e Itacarambi (MG) em 1993. A partir de então, o governo federal, estadual e municipal tem como prioridade a reorganização dos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o PSF tem o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”, “desqualificação profissional”, “iniqüidades”, além de um serviço de natureza hospitalocêntrico, voltado para ações curativas. Portanto, o PSF é a principal resposta que tem sido oferecida no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial (MERHY et al., 2004).

Dentre os princípios gerais do Programa Saúde da Família, de acordo com Ministério da Saúde (2006), destacamos alguns:

- O PSF é de caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional;
- Atua no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações voltadas aos problemas de saúde na comunidade da área de atuação;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, especialmente em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e ser um espaço de construção da cidadania.

Na Unidade Saúde da Família (USF) atua uma equipe multiprofissional, composta de pelo menos um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários, podendo outros profissionais serem incorporados conforme as necessidades da população abrangida (BRASIL, 1997). De acordo com a portaria n. 648 de março de 2006, o Ministério da Saúde define que a equipe multiprofissional da Unidade Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006).

O PSF institui uma nova dinâmica de atuação profissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. O trabalho é viabilizado de modo a realizar a assistência integral, contínua, com resolubilidade às necessidades de saúde da população adscrita, seja na unidade de saúde ou no domicílio, buscando a promoção da saúde (JESUS et al., 2008).

A Estratégia Saúde da Família adota a idéia de criar vínculo com a comunidade, caracterizando um modelo de assistência centrado no usuário,

responsabilizando os profissionais para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços.

Dentre as ações do PSF, as ações educativas são de maior relevância como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o auto-cuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (MACHADO et al., 2007).

A educação em saúde no PSF figura como prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, principalmente aos enfermeiros. Espera-se que todos estejam capacitados para a assistência integral e contínua às famílias, identificando situações de riscos à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto cuidado dos indivíduos (ALVES, 2005).

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passam a ser de facilitadores no processo de educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada de profissionais de saúde visto que uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor (MACHADO et al., 2007).

Entretanto o enfermeiro tem avançado em suas atividades tanto no Regulamento do Exercício Profissional como nas atribuições definidas pelo Ministério da Saúde. Tem conquistado maior autonomia para desenvolver suas ações. Dentre essas atribuições estão planejamento e gerenciamento das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e pelos auxiliares de enfermagem, consultas de enfermagem, solicitação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos, conforme o protocolo do município, realizar assistência integral aos indivíduos e famílias na Unidade Saúde da Família e quando necessário ou indicado, no domicílio e nos demais espaços comunitários, desenvolvendo principalmente a educação em saúde, além de contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do auxiliar de enfermagem e dos ACS.

Concordando com Albuquerque e Stotz (2004), podemos observar nos municípios, práticas educativas em saúde, porém são iniciativas dos próprios profissionais que são conduzidas muitas vezes de acordo com o interesse individual dos profissionais ou com o programa da ocasião, sem a preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade de ações junto à comunidade que trabalhe sua autonomia e conscientização.

O enfermeiro não pode ficar à margem do processo educativo da população, pois a ação educativa é uma das atribuições mais importantes da enfermagem, incentivando a prevenção de doenças. As ações educativas devem ser realizadas de maneira horizontal, valorizando o conhecimento da comunidade, sem a imposição de conhecimentos científicos adquiridos na universidade. Dessa troca de conhecimentos poderá emergir uma forma de saber eficiente e o desenvolvimento



de uma consciência crítica para a melhoria da saúde em geral (SILVA et al., 2007, p. 704).

### 1.3 ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O ensino da Enfermagem no Brasil surgiu no final do século XIX, com a promulgação do Decreto n. 791 de 27 de setembro de 1890, tendo como objetivo preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares, nos moldes da escola existente em Salpêtrière, na França. O Hospital Nacional dos Alienados havia passado para controle direto do novo Governo Republicano e diante da necessidade da capacitação de pessoal para realizar os cuidados de enfermagem, foi criada a Escola Alfredo Pinto, no mesmo ano, dirigida por médicos, que também supervisionavam o ensino (GALLEGUILLOS, 2001).

A enfermagem moderna foi introduzida no Brasil em 1923, mediante a organização do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), então dirigida por Carlos Chagas.

O programa de ensino de 1923 era centrado na formação para a saúde pública, porém as práticas exigidas das alunas eram de 8 horas diárias de trabalho hospitalar no Hospital Geral de assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública (GERMANO, 1983).

Nossa origem histórica é marcante sob o ponto de vista da obediência, subserviência, conforme assevera Raimunda Germano (1983, p. 25):

“(...) a ideologia da enfermagem desde sua origem e, em particular, a de Ana Néri, para os brasileiros, significa: abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de Enfermagem. O enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente, alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade”.

Visando dar continuidade ao processo de conhecimento, as primeiras enfermeiras diplomadas no Brasil criaram, na década de 1920, a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (ANED), que posteriormente passa a ser chamada Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED).

Em 1945 a ABED criou a Divisão de Ensino de Enfermagem, posteriormente designada Divisão de Educação, com os objetivos de organizar o ensino quanto ao currículo teórico mínimo e a duração de estágios para a formação das enfermeiras e estabelecer normas para a formação dos auxiliares de enfermagem (GEOVANNI et al. 1995).

Em 1949 a Divisão de Educação assumiu a responsabilidade de elaborar o currículo mínimo e determinar o regime escolar dos cursos previstos, tarefa desempenhada pela Subcomissão de Currículo que deu origem a Lei n. 775/49 que regulamentou o ensino da Enfermagem. O currículo de 1949 continha um grande

número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem, 28 (vinte e oito) disciplinas, nenhuma relativa à educação.

A ABED, em 21 agosto 1954, passa a se denominada Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que desde os seus primórdios tinha por finalidade a produção e divulgação do conhecimento e se coloca como um dos atores engajados no processo de luta na construção de um projeto educacional para a enfermagem no Brasil.

Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 4.024/61), em 1961, fica estabelecida a duração dos Cursos de Ensino Superior e o currículo mínimo. Esta lei cria, também, o Conselho Federal de Educação (CFE), que passa a ser responsável pelo ensino superior.

Em 1962, foi elaborado o Parecer CFE n. 271/62 que fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem. Este currículo manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo, contendo somente 8 (oito) disciplinas obrigatórias, mantendo a omissão quanto a conteúdos educativos. Nele a Saúde Pública já não aparecia como obrigatória, mas apenas como conteúdo de especialização (GALLEGUILLOS, 2001).

Cumprir observar que a história de formação superior no Brasil segue o modelo de ensino americano onde o ensino médio é de baixa qualidade e o universitário é genérico. A profissionalização se dá na pós-graduação, diverso do modelo europeu, onde o ensino médio é de alta qualidade e o ensino universitário é profissionalizante.

Em 1972, o Parecer CFE n. 163/72, reformulou o currículo mínimo, ao criar as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Obstétrica, para serem cursadas de forma optativa. Esse parecer enfatizava a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas de saúde, em razão da evolução científica, para atuar na assistência curativa. É partir desta reformulação que vemos aparecer, pela primeira vez, uma disciplina pedagógica, no rol das matérias obrigatórias, incluída na segunda parte do curso, o chamado "ciclo profissional".

Entre a década de 1980 e 1990, ocorreram várias mudanças na sociedade brasileira, fazendo com que fosse repensado o modelo de ensino superior no Brasil, conseqüentemente também, ocorreram reformulações no ensino da Enfermagem.

Em 1994 ocorre a promulgação de um novo currículo mínimo obrigatório para os cursos de graduação em enfermagem, legalizado através do parecer no. 314 e da portaria no. 1721, de 15 de dezembro de 1994, do Ministério da Educação e Cultura (MEC), onde se observou que as disciplinas relacionadas à educação em saúde são novamente minimizadas.

Entre as várias críticas que podem ser levantadas em relação a este currículo, a total ausência de matérias e disciplinas que preparem o enfermeiro para o exercício de seu importante papel de educador, constitui-se, sem dúvida, na mais grave. Restringir as ações educativas do enfermeiro somente à educação formal e

seu preparo somente vinculado à Licenciatura, representa uma grave distorção e desconhecimento, por parte do legislador, da extrema aderência do princípio educativo a toda e qualquer prática de enfermagem (OLIVEIRA, 1996).

Um dos principais atores no campo da enfermagem é a ABEn, que se engajou na luta social pela transformação do profissional enfermeiro, como menciona Teixeira et al. (2006, p. 480):

“(...) A Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, como um dos atores engajados nesse processo de luta, desencadeia um amplo debate por meio dos Seminários Nacionais e Regionais sobre ‘Perfil e Competência de Enfermeiros’ e ‘Proposta de Currículos Mínimos de Enfermagem’, mobilizando docentes, discentes e profissionais dos serviços, objetivando a construção coletiva de um projeto educacional para a Enfermagem brasileira”.

Ademais, a ABEn, mantendo-se vigilante ao desenvolvimento do ensino de Enfermagem no País, cria, a partir de 1994, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEns) que trouxeram contribuições significativas para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, além de constituírem espaços para o aprofundamento da construção coletiva das políticas e propostas que dizem respeito à educação em Enfermagem, visando atender as novas perspectivas de necessidade de um profissional generalista, crítico, reflexivo e humanista, que irá contribuir na melhoria de qualidade de vida da população Teixeira et al. (2006).

Em 1995 foi sancionada a Lei 9131 que alterou dispositivos da antiga LDB/ Lei 4024/61 e criou as Câmaras de Educação Básicas (CEB) e de Educação Superior (CES). Esta mudança como veremos a seguir, irá contribuir para formulação das novas diretrizes curriculares.

Em 1996, implantou-se no Brasil a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - n.º. 9.394), que além de direcionar a construção de diretrizes curriculares para cada curso de graduação, propôs a eliminação de currículos mínimos. Também abriu espaços para a flexibilização dos currículos de graduação, estabeleceu duração mínima do ano letivo regular de 180-200 dias, proporcionou a expansão de cursos e vagas na Educação Superior. Estas mudanças, posteriormente, resultaram em um grande aumento de Instituições de Ensino Superior, dotadas de autonomia para formação de enfermeiros, com grade curricular mínima, descompromissadas com o profissional egresso.

No ano seguinte, com o Parecer Conselho Nacional Educação - CNE/CES 776/97 iniciou-se a discussão para a elaboração das diretrizes curriculares dos cursos de Graduação, visando contemplar as diferentes formações e habilidades para cada área do conhecimento e explicitar os objetivos e demandas existentes na sociedade. Conforme este parecer “as diretrizes curriculares têm por objetivo servir de referência para as Instituições de Ensino Superior na organização de seus programas de formação, permitindo uma flexibilização na construção dos Currículos

plenos e privilegiando a indicação de áreas de conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e carga horária definida” (BRASIL, 2006).

#### 1.4 NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA A ENFERMAGEM E TENDÊNCIAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NO BRASIL

A partir da nova LDB (dezembro/1996) ampliou-se a discussão para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF), visando reforçar a articulação da educação superior (Parecer 1133 do CNE/CES). Neste sentido, a Resolução CNE/CES nº. 3 de 2001 instituiu DCENF que tem como objetivo formar um profissional enfermeiro voltado a atender as demandas um novo modelo de assistência à saúde, conforme se pode constatar a seguir.

O artigo 3º da Resolução 1133 do CNE/CES (2001) diz que o curso de graduação em enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

“Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/ situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes, capacitados a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem”.

Esta nova diretriz curricular requer um profissional Enfermeiro que possua competências e habilidades na área de atenção à saúde, que saiba se comunicar, tomar decisão, administrar e gerenciar, que possua liderança e atue com a educação em saúde na enfermagem.

Neste sentido, pode-se dizer que a implantação das DCENF representa um grande desafio para a enfermagem, que possui por seus determinantes históricos profissionais abnegados, obedientes, pouco críticos e com baixa inserção política, ou seja, um profissional que se submete facilmente a regimes autoritários e hierarquizados, sendo pouco permeável a críticas e reflexões. Também favorece o ensino da educação em saúde na enfermagem, abrindo espaço para a inserção de disciplinas voltadas para este tema, podendo preparar o graduando para atuar na prática profissional.

Entendemos que as DCENF representam uma proposta contra-hegemônica, pois têm por finalidade a formação de um novo profissional enfermeiro, contrapondo-se a visão biologicista, hospitalocêntrica, individualizada e verticalizada do modelo anterior.

Espera-se que este novo enfermeiro formado segundo as DCENF tenha potência social transformadora, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS e utilize adequadamente seus recursos e conhecimentos para tal.

## 2. PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS ENFERMEIROS NO PSF

As atividades preventivas é uma das prioridades do PSF, incluindo principalmente a educação em saúde. Observa-se que as ações educativas são desempenhadas principalmente pelos enfermeiros. No entanto não existe necessariamente um espaço restrito para o desenvolvimento dessas ações, mas sim momentos oportunos para a educação em saúde.

A participação comunitária é de grande relevância para o sucesso das ações. E esse novo enfoque é que diferencia o novo modelo de Atenção Básica, que possibilita ao usuário o envolvimento no processo saúde-doença levando o indivíduo a ser ator social produzindo uma consciência crítica, confiança e autonomia.

O PSF propõe uma maior aproximação do profissional com a população e seu cotidiano, fazendo com que se vivencie a realidade da família e comunidade em que o indivíduo está inserido, para que sejam desenvolvidas atuações mais fidedignas alcançando a resolução dos problemas. Isso requer habilidades específicas do profissional, levando-o a planejar e buscar conhecimentos que favoreçam a participação comunitária, a resolubilidade, a autonomia e a melhoria do auto cuidado. Essa aproximação fortalece o vínculo entre o usuário e o profissional, abrindo espaço para que aconteça a educação em saúde.

Neste aspecto, o enfermeiro tem o papel de facilitador, adquirindo espaço para desempenhar seu papel de profissional e educador no PSF. Entretanto, veremos mais adiante que as práticas educativas ainda são falhas e na maioria das vezes encontra-se pautada no modelo hospitalocêntrico curativo ou biomédico, ou seja, priorizam as ações curativas e a medicalização do indivíduo, minimizando as ações preventivas. Percebe-se que os profissionais envolvidos muitas vezes são desacreditados e falta infra-estrutura e materiais.

Concordando com Albuquerque e Stotz (2004), onde relatam que muitas vezes as atividades de educação em saúde são conduzidas de acordo com o programa ou campanha da ocasião, como por exemplo, as campanhas de vacinação ou epidemia da dengue, deixando de lado a integralidade do processo educativo junto à comunidade. Essas mesmas autoras ainda analisam outro aspecto da prática em saúde que é secundarizado: o de que toda ação de saúde é uma ação educativa. Referem que todo o processo saúde-doença é também um processo pedagógico, onde tanto profissionais quanto usuários aprendem e ensinam, transformando os pacientes em cidadãos, participantes da construção da saúde.

Em 1991, antes mesmo de o PSF ser implantado oficialmente no Brasil, a autora Maria Inês Monteiro Cocco, em sua tese de mestrado, fez algumas considerações sobre a prática educativa do enfermeiro na Saúde Coletiva (SC), dizendo que as atividades de educação eram vista por estes profissionais como atividades institucionais e faziam parte de suas funções dentro da instituição. Além disso, essas práticas na maioria das vezes eram empíricas e não produziam o desenvolvimento da consciência sanitária, tanto da clientela quanto dos profissionais.

Continuando neste mesmo raciocínio, a mesma autora Cocco (1991), relatou que era necessário repensar a questão da educação como uma prática realmente democrática e conscientizadora nas relações entre comunidade e profissionais. Acreditava ser necessária a revisão dos currículos de graduação, para levar o aluno a ter uma visão mais crítica e reflexiva para o desenvolvimento de intervenções significativas.

Analisando as práticas educativas dos enfermeiros no PSF de Juiz de Fora, Minas Gerais, Jesus et al. (2007) apontam que as ações de educação seguem o modelo curativo, onde os profissionais não assumem o papel de facilitadores no processo educativo, fazendo com que a participação comunitária seja mínima. Ainda neste estudo referem que os enfermeiros dizem enfrentar algumas dificuldades como falta de materiais, recursos humanos, estrutura física, para que o ensino da saúde seja eficaz e, além disso, ocorre uma grande demanda de serviços e elevada quantidade de atividades burocráticas. Outros enfermeiros relataram que a formação recebida durante a graduação não foi suficiente à realização da educação em saúde.

Outro estudo realizado em Baturité, Ceará, pelas autoras Moura e Souza (2002), demonstra o emprego do modelo curativo nas ações de educação em saúde. Observam que os profissionais sentem-se pouco preparados para desempenhar a educação em saúde, relatando falta de material de apoio e motivação. As autoras percebem que falta um maior envolvimento dos profissionais com a comunidade, pois a prática educativa exige o conhecimento da realidade, além de uma visão crítica daqueles que se propõe desenvolver a temática.

Na pesquisa realizada por Marcon e Oliveira (2007) em Maringá, Paraná, observam que os enfermeiros das USFs, apesar de estarem inseridos no PSF, produzem uma assistência marcada pela atenção individual e curativa, demonstrando um despreparo para realizar as atuações de saúde, como visita domiciliar, acolhimento e educação. Para as autoras a prática do trabalho com famílias realizadas pelos enfermeiros do PSF tem muito que avançar no que se refere ao conhecimento dos profissionais acerca da família, saúde da família e na estruturação do programa propriamente dito.

No Rio de Janeiro, Henriger e outros colaboradores (2007) realizaram uma pesquisa sobre as práticas educativas dos enfermeiros do PSF no Complexo do Alemão. As autoras identificaram que as ações educativas continuam voltadas para

o modelo curativo, e os enfermeiros não buscam observar o conhecimento na população assistida. Consideram que os ambientes de formação profissional em saúde deve se preocupar em preparar o enfermeiro para o campo da saúde coletiva de forma que possa construir suas práticas incorporando o modelo de atenção à saúde não centrada apenas na doença.

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, no estudo realizado por Torres e Monteiro (2006), averigou-se que os enfermeiros e profissionais do PSF sentem-se pouco preparados para desempenhar a educação em saúde, associando esta deficiência a mudança de paradigma da saúde, onde a prática atual exige o conhecimento da realidade, promovendo troca de saberes entre os profissionais e a comunidade.

No estudo realizado sobre as ações educativas dos profissionais do PSF no município de São Sebastião no estado de Alagoas, pelos autores Melo et al. em 2005, observou-se que ainda há uma escassez das ações educativas voltadas para a promoção e proteção de saúde, assim como a produção de materiais educativos voltados para a informação da população em geral, priorizando os aspectos preventivos da saúde bem como a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Ainda neste mesmo estudo constatou-se que a maioria dos profissionais entrevistados enfatiza a idéia de prevenção como fator independente na educação em saúde, levando os autores a acreditar que as discussões teórico-metodológicas sobre uma educação transformadora e até hegemônica, nos sistemas de saúde e sociedade, estão longe do cotidiano desses profissionais. Esses mesmos profissionais também se queixaram da falta de espaço e materiais para realizarem palestras, sobrecarga de atividades burocráticas e dificuldade da população em absorver as informações devido o alto índice de analfabetismo da região.

Podemos observar que apesar de todas as mudanças que ocorrem nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem e do novo modelo de saúde brasileiro, que reforça a assistência centrada no usuário, os profissionais enfermeiros atuantes nas USFs ainda não se sentem devidamente preparados para a prática profissional no desenvolvimento da educação em saúde.

Pelos estudos apresentados os profissionais ainda aplicam um modelo de educação voltado às ações de caráter curativo, pautadas na transmissão de conhecimentos e orientações, não envolvendo a comunidade no processo saúde-doença, e não favorecendo a compreensão da realidade e a busca da autonomia dos indivíduos. Há certa dificuldade dos profissionais em acreditarem nos seres humanos como seres dotados de conhecimento, em sua capacidade de aprender e administrar seus próprios conflitos. Por isso, o aprendizado ainda é verticalizado, onde o profissional de saúde é detentor do saber e não leva em consideração o saber do outro e os determinantes sociais em que o indivíduo está inserido.

Nas atividades educativas predominam as palestras de grupos, com temas voltados a campanhas dos programas de saúde ou surtos epidêmicos do momento, desfavorecendo a abertura de espaço para discussão de temas mais significativos e relevantes junto à população.

Os profissionais alegaram despreparo nos cursos de graduação para a educação em saúde, com ênfase na problematização e a descontextualização das atividades educativas no dia-a-dia, divergindo a teoria aprendida da prática profissional.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos observar com os estudos levantados neste trabalho que as ações educativas dos enfermeiros do Programa Saúde da Família são falhas. Encontramos ações pautadas no modelo curativo de saúde, na qual predomina uma visão biologicista do processo saúde-doença, interferindo na promoção de saúde e participação popular.

Os profissionais sentem-se poucos preparados para desenvolver a educação em saúde, devido à mudança de paradigma educativo, pois hoje, a prática exige o conhecimento da realidade e o envolvimento com a comunidade, promovendo a troca de saberes, realizando um aprendizado horizontal. Ainda alegam falta de recursos, materiais, espaço físico, recursos humanos e treinamento.

Os fatores mencionados expressam a falha na relação profissional e usuário, dificultando a criação de vínculos que estimulem a participação da população e a valorização das práticas educativas para melhorar as condições de saúde e de vida dos indivíduos e da comunidade.

Vemos a importância de se investir em treinamentos para os profissionais já inseridos no mercado de trabalhos, promovendo discussão dos problemas encontrados e procurar soluções coerentes com a realidade de cada um. Ressaltamos o apoio das políticas públicas aos processos educativos nas unidades de saúde, sejam municipais, estaduais ou federais.

A construção do conhecimento é um processo constante, seja na comunidade, na família, na unidade de saúde, nas consultas, nas visitas domiciliares, e outros. Em todos os momentos estamos sempre aprendendo e ensinando algo.

O enfermeiro, sendo um dos principais responsáveis pela educação em saúde no PSF, deve ser capaz de desenvolver os processos educativos de maneira a atingir as reais necessidades da população, incentivando o desenvolvimento da autonomia do cuidado. Devem repensar suas práticas educativas e incorporar a avaliação em seu cotidiano.

É importante investir na formação desses profissionais para os serviços e novos desafios relevantes que encontramos no mercado de trabalho em relação ao modelo de saúde brasileiro. Faz-se necessário enfatizar as disciplinas de educação em saúde na graduação, tendo em vista não apenas o crescimento e desenvolvimento científico, mas também assegurar ao indivíduo e a sociedade



condições, para entender melhor o processo saúde-doença, bem como viver com mais qualidade.

Acreditamos que devem ser criados espaços para discussão na graduação sobre as práticas educativas, levando o graduando a ter experiências reais na comunidade em relação à educação em saúde.

O PSF é um ambiente favorável para os processos educativos e para o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro. Um dos principais avanços e é a consulta de enfermagem, onde temos oportunidade ímpar de educar e estabelecer vínculo com a comunidade. Existem muitas maneiras de promover a educação dentro deste Programa, como palestras educativas com a participação da população, teatros sobre temas educativos, caminhadas com idosos favorecendo a prática de exercícios físicos, e outros.

Vemos que é possível envolver a comunidade nos processos educativos, adaptando cada processo a realidade local. Para desenvolver a educação não necessitamos de recursos sofisticados. Não existem fórmulas e sim alternativas de transpor as dificuldades, que se tornarão cada vez mais possíveis, quanto mais houver encontros, momentos de troca de saberes e práticas, acolhimento e construção coletiva da saúde.

Espera-se que este estudo possa contribuir com reflexões que levem os profissionais enfermeiros do Programa Saúde da Família a avaliar suas ações educativas, incorporando as reais propostas da Estratégia, cooperando para o bem-estar individual e coletivo e para a ampliação de pesquisas relacionadas com a educação em saúde, considerando que a educação é essencial para a evolução da humanidade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica: em busca da integralidade. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v.8, n.15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é educação*. 12ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3 de 7 de novembro de 2001. Institui as

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

**REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>**

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 03 de outubro de 2001. Seção 1E, p. 37

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. *Manual de Enfermagem*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Edição n. 61 de 29 de março 2006.

COCCO, Maria Inês Monteiro. *A Ideologia do Enfermeiro: Prática Educativa em Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

CUNHA, Ana Zoe Schilling da. Na educação em enfermagem e seu compromisso social. *Revista do Centro de Educação da UFSM*, Rio Grande do Sul, v. 27, n.01, 2002.

FILIZOLA, Liciano Gilmar Nunes. *A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família de Sobral: realidades e desafios*. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2005.

FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M.A.C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S.; MACHADO, W.C.A. *História da enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p.22-32.

GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983.

HENRIGER, A.; FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S.; BARROS, A. L. S. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 542-548, dez 2007.

JESUS, M.C.P.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; COSTA, D.M.N.; AGUILAR, K.S.M. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev. APS UJJF*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

## REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>1</sup>

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANO, Maria Amélia. A educação em saúde e o PSF: resgate histórico, esperança eterna. *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

MARCON, S. S.; OLIVEIRA, R. G. Trabalhar com Famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-75, 2007.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio-jun., 2005.

MERHY, E. E.; JÚNIOR H. M. M.; Rimoli, J.; Franco, T. B.; Bueno, S.W. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004, 296 pp.

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun. 1993.

MINAYO, M.C. S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002, 80 pp.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MOHR, A.; SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e a sua relação com a educação ambiental. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.199-203, abr./jun. 1992.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1809-1811, nov./dez. 2002.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisa em Administração*, São Paulo, v. 1, n.3, jul, 1996.

OLIVEIRA, Francisca Valda Silva de. Currículo Mínimo: graduação em enfermagem. In: *Seminário Nacional de Diretrizes para a educação em enfermagem no Brasil. Documento Final*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

## REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>1</sup>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Carta de Ottawa. In: Promoção da saúde e saúde pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz; 1986. p. 158-162.

SILVA, S.E.D.; MARTINI, J.G.; VASCONCELOS, E. V.; BACKES, V.M.S.; PADILHA, M.I.C.S. A educação em saúde como estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 699-705, dez. 2007.

TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R.P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte - MG. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 10, n.4, p. 402-406, out./dez 2006.

*Tatiana da Silva Melo Malaquias*

*Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas*

**REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>1</sup>**

REFLECTING ON THE PRACTICE OF NURSES IN THE EDUCATIONAL  
PROGRAM OF FAMILY HEALTH

**Abstract:** This paper addresses the educational practices developed by nurses from the Family Health Program. Qualitative research literature that aimed to discover what the authors say about the issue and disseminate the results of other researchers for enrichment. It approaches the teaching of nursing and health education, pointing to current changes in the undergraduate curriculum. Had a few experiences of educational practices of nurses in the Family Health Program in Brazilian cities. These results demonstrate that nurses are not prepared to develop health education actions in professional practice, develop actions for the curative model of health, not valuing popular knowledge and social determinants.

**Key words:** health education, nursing and PSF; educational practices of nurses.

Recebido em 16 de abril de 2010; aprovado em 25 de junho de 2010.