

# PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

## Scientific production of the nurses about health education

Leila Schmidt Bechtluft<sup>1</sup>, Sonia Acioli<sup>2</sup>

### RESUMO

Revisão bibliográfica com os objetivos de conhecer a produção científica sobre o tema “educação em saúde”, por enfermeiros, nos contextos da saúde pública brasileira, e analisar os cenários e os enfoques estudados pelos mesmos. Foi realizada por meio eletrônico, no período de maio a junho de 2007. São analisados 12 estudos, separados nas seguintes categorias: práticas de educação em saúde (10 artigos), educação em saúde relacionada ao princípio da integralidade (1 artigo), tendências em educação em saúde (1 artigo). A análise mostra que os cenários estudados são diversificados, incluindo unidades de saúde, domicílios e escolas. A maioria dos estudos é de trabalhos de campo que levantam, entre outras questões, a falta de preparo dos profissionais para a prática educativa. Dois dos estudos se relacionam à abordagem teórica do tema e dois são de revisão. A corrente tradicional de educação em saúde é predominante, porém as conclusões apontam para a inadequação desse tipo de enfoque diante da proposta de reorientação dos serviços de saúde no Brasil. Uma abordagem dialógica, já nas Universidades, poderá influir na conduta do futuro profissional, no sentido da superação da verticalidade frequentemente verificada no planejamento de atividades educativas e na valorização do saber e das experiências dos indivíduos assistidos. Quanto aos profissionais em exercício, a educação permanente pode e deve proporcionar espaços de reflexão e capacitação técnica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde. Enfermagem. Saúde Pública. Programa Saúde da Família. Publicações Científicas e Técnicas.

### ABSTRACT

Bibliographic revision with the objectives to know the scientific production on “health education” by nurses, in the context of Brazilian public health and analyze the scenarios and approaches studied by the researchers. It was conducted by electronic means, in the period from May to June 2007. They analyzed 12 studies, split in the following categories: practice of health education (10 articles), health education related to the principle of integrality (1 article), trends in health education (1 article). The analysis shows that the scenarios studied are diverse, including healthcare units, schools and homes. Most studies is the field that raises, among other issues, the lack of preparation of professionals for educational practice. Two of the studies are related to the theoretical approach and the two are subject to revision. The current traditional health education is predominant, but the findings point to the inadequacy of such an approach ahead of the proposed reorientation of health services in Brazil. A dialogical approach, already at the universities, could influence the future conduct of the occupation, towards overcoming the verticality often found in planning educational activities and the enhancement of knowledge and experiences of individuals assisted. As for professionals in office, the continuing education can and should provide space for reflection and technical training.

**KEY WORDS:** Health Education. Nursing. Public Health. Family Health Program. Scientific and Technical Publications.

<sup>1</sup> Leila Schmidt Bechtluft, especialista em PSF. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ, Fundação Municipal de Saúde de Petrópolis. E-mail: leila.s.b@hotmail.com

<sup>2</sup> Sonia Acioli, doutora em Saúde Coletiva. Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

## INTRODUÇÃO:

Esta revisão bibliográfica tem como objetivos conhecer a produção científica dos enfermeiros sobre o tema educação em saúde nos contextos da Saúde Pública brasileira e analisar os cenários e enfoques estudados pelos mesmos.

A escolha do tema se deu considerando a educação em saúde como prática presente nas ações cotidianas dos enfermeiros e pelo destaque que vem sendo dado às ações educativas desde o surgimento da discussão sobre a promoção da saúde, especialmente com a aprovação da Carta de Otawa (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

A educação em saúde sofreu variações em suas práticas e concepções conforme o momento histórico e político. Sob a influência das experiências européias dos séculos XVIII e XIX, ela surge, no Brasil, como prática normatizadora, sendo imposta através da coerção e da força. A polícia sanitária exercia seu poder com base em ações compulsórias. A ideia dominante era a de que era necessário entender como as condições de vida influenciavam o dia-a-dia das pessoas para, assim, intervir sobre elas e efetuar mudanças no comportamento individual (SMEKE; OLIVEIRA, 2001). Exerciam suas atividades nas escolas e nos Centros de Saúde.

A Enfermagem profissional no Brasil surge com a abertura da Escola de Enfermagem Anna Nery em 1923, no Rio de Janeiro, justificada pela necessidade de um profissional que ficasse encarregado da educação sanitária da população. Foi antecedida pela vinda de enfermeiras americanas, com o objetivo de trabalharem em Saúde Pública, já que, na época, o controle de doenças era importante para o desenvolvimento econômico do país. A formação de enfermeiras tinha como uma das propostas a educação em saúde, visando diminuir a proliferação de doenças comuns como a tuberculose e a febre amarela (SABÓIA, 2003). Portanto, nas suas origens, a profissão de enfermeiro foi marcada pelo fato desse profissional ser o responsável pela educação de indivíduos e grupos, tradição que ainda permeia suas atividades cotidianas.

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, pelos americanos, que tinham interesses na exploração da borracha e minérios, o modelo de saúde pública americano é reforçado no Brasil. São introduzidas novas técnicas e tecnologias: educação em grupos, recursos áudio-visuais e o desenvolvimento e organização de comunidades (DOC). O SESP também influencia na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, no sentido da incorporação dos fatores sociais, econômicos e

culturais na explicação do processo saúde/doença. Esses fatores são considerados barreiras a serem removidas pela educação para o alcance do estado de saúde. (CARDO-SO DE MELO, 1987). Cabia aos educadores sanitários o convencimento da população no sentido da mudança de hábitos prejudiciais à sua saúde. A responsabilização individual ainda era o enfoque dominante.

Durante o regime militar, a educação sanitária perde espaço, ficando restrita a ações de planejamento familiar. Crescem, neste período, questionamentos sobre o papel da educação em saúde, diante da situação social e política vivida pelo país. Nesse período, a estrutura do sistema sanitário brasileiro enfatizava a assistência médica. O acesso à rede pública se dava mediante a contribuição previdenciária e uma grande parcela da população ficava à margem do sistema. Somando a isso o baixo investimento em saúde pública, o resultado foi a deteriorização das condições de saúde da população. A crise política, em meados da década de 70, fortaleceu o movimento sanitário, que reivindicava mudanças no sistema de saúde do país, no sentido do acesso universal aos serviços de saúde, da superação da dicotomia preventivo-curativo, da descentralização da gestão e da participação popular e controle social nas ações de saúde (BAPTISTA, 2007).

Já com a redemocratização do país, tais reivindicações foram discutidas e aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e posteriormente incorporadas ao texto da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que garante a saúde como “direito de todos e dever do estado”.

Com o avanço da discussão sobre a reorganização da saúde, tem início, nos primeiros anos da década de 90, a implantação, no Nordeste do Brasil, do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sua viabilidade abriu o caminho, em 1994, para o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como finalidade a reorientação das práticas assistenciais, a partir da atenção básica, tendo como foco a família e o local onde vivem os grupos humanos. “A estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade”. (BRASIL, 2001b, p. 5). Além da assistência clínica, práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças devem ser incorporadas ao trabalho da equipe, buscando intervir, por meio de processos educativos, em hábitos, costumes e condições ambientais desfavoráveis à saúde. (BRASIL, 2000a). Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2007, estavam implantadas 27324 equipes de saúde da família, em 5125 municípios, com uma cobertura de 46,6% da população brasileira. (BRASIL, 2008).

A nova configuração do sistema de saúde brasileiro, incorporando a promoção da saúde, propicia o avanço nas discussões a respeito da educação em saúde. Em termos metodológicos, algumas críticas são feitas no sentido de superar a ênfase biológica, acompanhando as discussões sobre o processo saúde-doença que incorpora à saúde seus determinantes socioeconômicos, considerando-a como processo histórico e cultural. A prática da educação em saúde teria então a incumbência de transformar a realidade, através de soluções coletivas para os problemas de saúde, segundo Rocha (1989) citado por Assis (1998), “[...] deixando de ser um processo de persuasão ou de transferência de informações, ela passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da sociedade.”

Aprofundando a distinção entre esses dois modelos, destacamos a tipologia de Tones (1987), na qual os enfoques filosóficos das práticas educativas são o educativo, o preventivo, o radical e o de desenvolvimento pessoal.

O enfoque educativo está baseado no princípio de que o usuário, a partir da compreensão das informações fornecidas pelos serviços de saúde, faça livremente as suas escolhas. Ao educador cabe informar, examinar e esclarecer as crenças e valores dos usuários. Na avaliação da efetividade do enfoque educativo, é considerado o grau de entendimento que o usuário tem da situação e não a mudança de comportamento.

A crítica a este enfoque reside no fato de que nem todas as pessoas estão em posição de fazer escolhas informadas, devido a sua inserção social e cultural, não sendo ética, portanto, a intervenção feita a partir dele.

O enfoque preventivo, hegemônico, tem como meta a substituição de comportamentos tidos como nocivos à saúde por comportamentos saudáveis, através da oferta de informações. Está baseado nos pressupostos de que a prevenção é melhor do que a cura, de que a medicina curativa não consegue dar conta dos problemas de saúde comunitários e de que o comportamento individual está incluído na etiologia das doenças. Assim, a educação em saúde teria como objetivo a prescrição de normas para mudar os comportamentos que causam as doenças. Este enfoque não considera os fatores psicológicos e sociais que influenciam a conduta frente à doença e culpa o indivíduo pela sua enfermidade, utilizando práticas impositivas.

Já o enfoque radical busca as raízes dos problemas de saúde nos fatores sociais, econômicos e políticos. Seu objetivo é o de gerar consciência pública sobre interesses, principalmente de ordem econômica, que interferem nas condições de saúde da população. Como exemplo, Tones

cita a contradição entre a necessidade da prevenção das doenças causadas pelo tabaco, o custo com o seu tratamento e o interesse dos governos na arrecadação de impostos com a venda de cigarros. Assim como no enfoque preventivo, utiliza-se a persuasão com a finalidade de ativar as ações comunitárias, sendo esta a crítica a esse enfoque.

Como enfoque alternativo aos três anteriores, o de desenvolvimento pessoal tem a finalidade de facilitar a escolha informada. Para atingir tal finalidade, são utilizadas diversas estratégias. Uma delas seria a promoção de crenças e atitudes que favoreçam a diferenciação de recompensas imediatas como, por exemplo, o prazer que advém da ingestão de certos alimentos hipercalóricos, por um prazer futuro de uma vida mais longa e saudável. Outra estratégia seria a de aumentar o *locus interno de controle*, ou seja, a negação da crença de que as doenças são controladas pelo destino e pelos poderosos. Esta última se complementaria com o esforço para a valorização do indivíduo através do aumento do seu amor próprio e do desenvolvimento de destrezas pessoais. Pressupõe que o desenvolvimento de certas destrezas permite ao indivíduo desafiar o seu meio, ao mesmo tempo que aumenta a sua crença na sua capacidade para controlar a sua vida.

Stotz, citado em Brasil (2007b, p.55), acrescenta, ainda, o enfoque da educação popular e saúde como uma síntese entre os enfoques de desenvolvimento pessoal e o radical. Ressalta o método como seu traço fundamental, ou seja, “o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares”. Tal ponto de partida aproxima usuários e técnicos permitindo a superação de preconceitos e de opiniões divergentes. Permite ainda a inclusão dos saberes das pessoas ao conjunto de conhecimentos sobre a saúde, necessária devido a sua complexidade. Segundo o autor, a comunidade científica da área da saúde precisa incorporar formalmente os usuários, as associações de portadores de deficiências, representantes dos usuários nos conselhos de saúde e de movimentos que militam na área da saúde.

A educação popular em saúde teve sua origem nas experiências de educação popular, desenvolvidas entre as décadas de 50 e 60 do século passado, que relacionavam a educação com a justiça social e a democracia. Paulo Freire foi o seu principal sistematizador. Em sua concepção, a educação serve de instrumento à conscientização e à libertação. Seu método parte de uma situação problema, incentiva a sua análise crítica e a atuação do educando para a resolução do problema. Em oposição à educação “bancária”, a pedagogia do oprimido, libertadora, faz-se através do diálogo e tem como finalidade o desenvolvimento crítico do educando.

No diálogo, educadores e educandos tornam-se sujeitos do processo educativo, educando-se mutuamente (FREIRE, 2006). A partir de meados da década de 70, profissionais insatisfeitos com as práticas dos serviços de saúde adotaram esse método, iniciando, assim, as experiências de educação popular em saúde.

Pode haver a predominância de um ou de outro modelo em cada prática educativa, mas esses enfoques não são mutuamente excludentes, coexistindo satisfatoriamente. Para Assis (1998, p.22), as dimensões individual e coletiva “devem ser pensadas de forma interativa e complementar”, não podendo ser esquecidas as preocupações sobre a forma como acontecem as relações nas ações educativas.

A educação em saúde vem sendo ampliada desde os seus primeiros passos no início do século XX, incorporando novos objetivos. Estes dizem respeito à renovação teórico- metodológica, à mudança de percepção do processo saúde- doença, ao entendimento de que as ações educativas estão presentes no dia a dia dos profissionais de saúde e à “construção da autonomia dos sujeitos” (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

As atividades educativas são recomendadas em muitos dos manuais técnicos do Ministério da Saúde utilizados na atenção básica, entre os quais o Manual de Procedimentos sobre vacinação (BRASIL, 2001a), Manual Técnico de Assistência Pré-natal (BRASIL, 2000b) e Manual de Assistência em Planejamento Familiar (BRASIL, 2002a).

## METODOLOGIA:

Para a realização desta revisão bibliográfica, foi efetuada a escolha do tema, a partir de reflexões das autoras sobre a sua prática diária. A seguir, foi estabelecido o recorte temporal e formulados os objetivos a serem alcançados.

Sendo o enfermeiro um profissional integrante da equipe de saúde da família e tradicionalmente incumbido das ações educativas, poder-se-ia deduzir a existência de um número expressivo de estudos relacionados ao tema. Embora tenha sido encontrado um número considerável de artigos quando os bancos de dados são acessados através da utilização do termo “educação em saúde” - 9495 referências no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais de Saúde) e 1425 no BDENF (Banco de dados da enfermagem) -, o refinamento da pesquisa, adicionando-se os termos “Programa saúde da família” ou “PSF” e “enfermagem”, fez com que não fossem encontradas referências. O termo “saúde pública” foi então utilizado em substituição à “Programa Saúde da Família”, por se tratar da área na qual está inserido o PSF.

Ainda assim, o número de artigos encontrados foi inferior ao esperado.

A revisão foi realizada no período compreendido entre maio e junho de 2007, por meio eletrônico, nos bancos de dados LILACS e BDENF. Foram utilizadas as palavras-chave “educação em saúde”, “enfermagem” e “saúde pública” para o acesso ao banco de dados.

Os resumos obtidos foram então analisados e selecionados aqueles que apresentavam pertinência aos objetivos da presente revisão, ou seja, com menos de cinco anos de publicação, realizados no Brasil, com um ou mais autores enfermeiros. Portanto, foram identificados 12 resumos.

Os textos completos foram obtidos por meio eletrônico ou através de consulta aos periódicos impressos disponíveis em bibliotecas.

Para a análise, os textos foram separados em duas categorias: prática da educação em saúde, com 10 artigos e reflexões teóricas em educação em saúde, com 2 artigos .

## ANÁLISE DOS MANUSCRITOS:

Os estudos sobre a prática da educação em saúde investigam diversos contextos onde se dá a atuação do enfermeiro e dos demais membros da equipe de saúde.

O trabalho com grupos aparece como uma alternativa na realização de atividades educativas e tem sido utilizado por enfermeiros e pela equipe de saúde, principalmente na atenção básica. Segundo Silva *et al.* (2006a), no Programa Saúde da Família (PSF), o trabalho em grupo “pode se constituir como tecnologia assistencial e de empoderamento de pacientes e da comunidade para o exercício da cidadania” (SILVA *et al.*, 2006, p. 143). Nesse estudo, foi investigado de que maneira o enfermeiro está aproveitando esse espaço. Os resultados mostram que os enfermeiros organizam os grupos seguindo os recortes programáticos do Ministério da Saúde - por gênero, idade ou patologia. Os tipos de grupos desenvolvidos por esses profissionais podem ser classificados como terapêuticos, de convivência, focais ou comunitários. Os três primeiros são tipos voltados para as doenças ou condições crônicas dos pacientes. No estudo, a maioria dos grupos é organizada sob tal orientação. Os grupos comunitários, que “visam despertar o sentimento de cidadania entre os participantes e têm uma vinculação com uma determinada comunidade” (SILVA *et al.*, 2006, p. 147), que, na opinião das autoras, estariam mais próximos da estratégia do PSF, foram citados por somente um dos enfermeiros entrevistados. Esses achados demonstram que os enfermeiros utilizam o grupo como estratégia assistencial, não aproveitando todo o seu potencial. Como dificuldade

para a realização dos grupos, foi apontada, entre outras, a falta de domínio da tecnologia, decorrente da formação profissional estar privilegiando a clínica individual. As autoras identificam o modelo dialógico de educação em saúde como o mais adequado às práticas educativas no PSF.

Silva *et al.* (2003) apresentam o resultado de estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde - UBS, com diversos profissionais de saúde que coordenam grupos, confirmam o estudo anterior e analisam que os mesmos possuem “pouco preparo específico para a coordenação de grupos” (SILVA, 2003, p.20). Também atentam para o fato de a estratégia utilizada na maioria das vezes, ou seja, a palestra, não favorecer a interação entre o coordenador do grupo e os usuários e tão pouco o enriquecimento das vivências dos grupos, tendo os mesmos, basicamente, caráter informativo.

Moura e Souza (2002), investigando as causas da baixa oferta de atividades educativas em grupo sobre saúde reprodutiva, em PSF, observaram a falta de estímulo para que os usuários formulassem perguntas durante as atividades em grupo. Também concluem que “os profissionais sentem-se pouco preparados para a realização dessas atividades” (MOURA; SOUZA, 2002, p.1811). Isso acontece, segundo as autoras, devido à mudança do paradigma educativo, que atualmente exige uma postura crítica e conhecimento da realidade do usuário, diferente daquela centrada no modelo biomédico, em que os profissionais detêm todo saber em saúde. Outra causa apontada é a ausência de local apropriado para o desenvolvimento desse tipo de atividade. Esse achado aponta para a possibilidade de que as atividades educativas em grupo, apesar de recomendadas nos diversos documentos técnicos do Ministério da Saúde, não são valorizadas pelos gestores, pois quando da estruturação física das unidades, não é considerada a necessidade de espaço para elas. Nem mesmo a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, pela portaria 648/GM de 28 de março de 2006, garante tal espaço, já que não é considerado como item necessário à realização das ações de Atenção Básica nos municípios (BRASIL, 2006). As autoras acreditam que o PSF propicia o desenvolvimento de atividades educativas em grupo e sugerem a utilização da metodologia da educação popular em saúde.

Os três estudos demonstram que tecnologia de trabalho com grupos vem sendo subutilizada pelos enfermeiros e também por outros membros da equipe de saúde e que o processo educativo poderia ser mais rico, caso os profissionais fossem preparados tecnicamente para tais atividades. Dois dos estudos têm como cenários Unidades de Saúde da Família (USF) e o trabalho com grupos está previsto na

reorganização dos métodos e da rotina de trabalho quando da implantação do PSF (BRASIL, 2000a). Sendo assim, ao optar por trabalhar nessas unidades, o profissional está optando também por uma rotina de trabalho diferenciada que inclui atividades em grupos, e que pressupõe seu interesse em preparar-se para as mesmas. A educação permanente que, de acordo com o anexo II da port. GM/MS, 1996 de 20/08/07, “é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2007a), também pode fornecer subsídios a essa prática. Os autores reconhecem as limitações dos métodos tradicionais de educação em saúde, sugerindo então a utilização de métodos críticos e dialógicos.

Em termos de educação em saúde realizada em atendimentos individuais, Guimarães e Takayanaqui (2002), analisando as orientações recebidas por pacientes diabéticos tipo 2 no momento do diagnóstico, em uma Unidade Básica e Distrital de Saúde, observaram que estas estão centradas, na maioria das vezes, na utilização dos medicamentos. Raramente são enfocadas informações sobre a dieta e atividade física. Quase a totalidade dos pesquisados apontaram o médico como responsável por essas orientações. Diante disso, as autoras questionam “quando os demais integrantes das equipes de saúde, como o enfermeiro e o nutricionista, por exemplo, têm assumido o posto de membro efetivo e constante nos grupos de assistência ao portador de diabetes?” (GUIMARÃES; TAKAYANAQUI, 2002, p. 43)

O estudo demonstra que, também no espaço da consulta individual, a prática educativa tem se dado de forma parcial, considerando o paciente como portador de uma patologia e não como uma pessoa que tem uma história e condições sociais peculiares. De acordo com o Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2002b), são atribuições do enfermeiro: “realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico quando necessário” e “desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos”.

Enfocando outro contexto, Souza *et al.* (2007) realizaram um estudo com o objetivo de “identificar as necessidades de educação em saúde de cuidadores leigos de idosos a nível domiciliar” em um Centro de Saúde com PSF. (SOUZA *et al.*, 2007, p. 57) Os resultados mostram que, apesar de os sujeitos do estudo afirmarem que gostariam de receber orientações quanto aos cuidados a serem prestados no domicílio, a maioria relata não ter recebido nenhuma

orientação por parte da equipe de Saúde da Família. As autoras consideram que “cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes do profissional enfermeiro [...] (SOUZA *et al.*, 2007, p. 61). Observam que é importante estimular a participação do enfermeiro nas questões relativas ao processo de educação em saúde. Tal observação é pertinente, considerando a assistência integral na USF, no domicílio ou em outros espaços comunitários, como atribuição do enfermeiro, e a prática do cuidado familiar ampliado como característica do trabalho da saúde da família (BRASIL, 2006).

Cervo e Ramos (2006) afirmam que a enfermagem, diante dos problemas de falta de saneamento básico de expressiva parcela da população brasileira, tem o papel de “fornecer condições para que uma população, mesmo sem acesso a saneamento básico, possa, com medidas alternativas, viver de forma saudável” (CERVO; RAMOS, 2006, p.15). Ao investigar o conhecimento dos enfermeiros sobre ações de saneamento básico, em locais onde esses serviços são oferecidos de maneira insuficiente, encontraram, como resultado, que todos os pesquisados exercem a prática de educação em saúde, voltada para tal tema. Alguns afirmam, entretanto, não se sentirem seguros e não terem conhecimentos suficientes a respeito do assunto para atuarem em tal área. Novamente, a constatação da falta de preparo, nesse caso, de domínio sobre o tema, reforça a necessidade de treinamentos em serviço, voltados para as necessidades específicas de cada seguimento populacional.

Partindo do pressuposto de que a integração/articulação entre as atividades do PSF junto às escolas da comunidade constitui-se fator significativo para a ampliação do alcance de suas ações na comunidade, Silva *et al.* (2006b), investigando tal integração, concluíram que esta não se efetiva no plano da prática profissional. Encontraram, no cenário investigado, um descompasso entre o processo de trabalho da equipe estudada, que se mantém atrelado aos moldes tradicionais, e os objetivos da estratégia, que preveem a adoção de novas atitudes e práticas diferenciadas. As equipes devem ser capacitadas para o trabalho no PSF através do curso introdutório, que deve ser realizado em até 3 meses após a implantação da equipe e através da educação permanente (BRASIL, 2006).

Esses últimos estudos mostram que há diversos contextos nos quais a educação em saúde poderia contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável e participante nas discussões sobre saúde e cidadania.

Ainda a respeito da prática da educação em saúde, foi selecionado um estudo que tem como sujeitos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O estudo de Trapé e Soares

(2007), ao analisar as concepções de educação em saúde que norteiam as práticas educativas dos ACS em um PSF, conclui que a concepção utilizada é, predominantemente, aquela pautada na transmissão de informações, “caracterizando uma atividade prescritiva e normativa” (TRAPÉ; SOARES, 2007, p.145). A atividade prática desses profissionais oscilou entre a práxis criativa e a reiterativa, predominando esta última, coerente com a concepção percebida. A práxis reiterativa é aquela que acontece de acordo com uma lei previamente traçada, gerando produtos com características análogas, enquanto a práxis criativa gera um produto único e novo. As autoras concluem que há necessidade de qualificar os ACS e que esta qualificação deve passar pelo aperfeiçoamento dos responsáveis pelo aprimoramento desses profissionais. Segundo a Portaria no 648, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, uma das atribuições específicas do Enfermeiro é “supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem” (BRASIL, 2006). Assim, o enfermeiro é o profissional que deve responsabilizar-se pela qualificação referida.

Marchionatti *et al.* (2003), realizando revisão bibliográfica sobre a produção científica dos enfermeiros sobre imunizações, recomendam que esses profissionais priorizem as ações de tal programa no seu cotidiano, não somente quanto às questões técnicas, mas também quanto às questões de educação em saúde, que consideram importantes na atividade de vacinação. Consideram, também, que o enfermeiro vem se ocupando com atividades gerenciais, deixando a vacinação ao encargo dos auxiliares de enfermagem, deixando inclusive de realizar a supervisão desse profissional. De acordo com a lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional, os auxiliares de enfermagem “exercem atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão [...]”. Essa supervisão, de acordo com a mesma lei, fica a cargo do enfermeiro.

O tema “educação para a saúde” surge em estudo de Souza *et al.* (2002) como uma das estratégias de intervenção na desnutrição infantil na comunidade, juntamente com método de intervenção na comunidade, diagnóstico e avaliação da desnutrição, visita domiciliar e alguns cuidados com a alimentação. As autoras chamam a atenção para a importância de uma prática educativa que considere a realidade na qual a pessoa está inserida, que parta da cultura dos usuários e que os ajude a descobrir seus meios para a resolução dos problemas. Esse tipo de abordagem vem ao encontro do método da educação popular e saúde, que toma como ponto de partida o saber já existente entre a população assistida. (BRASIL, 2007).

Na categoria de reflexões teóricas, Machado *et al.* (2007) relacionam a educação em saúde ao princípio da integralidade. Apontam para a necessidade de uma prática educativa crítica e dialógica que contribuirá para a assistência integral, agregando os saberes da população e favorecendo a participação social.

No último artigo, Oliveira (2005) faz uma revisão sobre os modelos de educação em saúde que permeiam as práticas educativas na atualidade. Afirma que, apesar da “nova” saúde pública exigir novas práticas educativas, que, além de prevenir doenças, preparem “o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável” (OLIVEIRA, 2005, p. 425), coexistem diferentes propostas, que têm como extremos o modelo tradicional e o radical de educação em saúde.

Esses dois últimos artigos propõem reflexões a respeito dos enfoques utilizados nas práticas educativas na atualidade, afirmando a importância da superação das práticas hegemônicas baseadas na verticalidade e desconsideração das experiências dos usuários. Autores como Gazzinelli *et al.* (2005) observam que, durante as últimas décadas, detecta-se um desenvolvimento surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas no campo da educação em saúde, sem que as mesmas, no entanto, sejam traduzidas em intervenções educativas concretas, por essas não se desenvolverem no mesmo ritmo e continuarem utilizando métodos e estratégias dos modelos teóricos da psicologia comportamental, acarretando profundo hiato entre a teoria e a prática. Esta última se baseia ainda em que a informação fornecida aos clientes, de maneira vertical, será absorvida e utilizada por eles na sua vida cotidiana e trocará hábitos “errados” por hábitos “certos”, impondo assim regras de condutas de acordo com o saber do profissional e desconsiderando as histórias de vida, crenças e valores individuais. Entre tais reflexões teóricas, destaca-se a pedagogia do oprimido, de Paulo Freire, que critica a educação “bancária”, na qual o educador é o que sabe, o que pensa e o que disciplina e os educandos são os que não sabem, são os pensados e os que são disciplinados. (FREIRE, 2006)

## CONCLUSÃO:

A produção científica a respeito da educação em saúde por enfermeiros, na área da saúde pública, não é muito extensa. As pesquisas estudadas utilizam a abordagem qualitativa, confirmando a tendência dos estudos de enfermagem relacionados a fenômenos sociais.

A maioria dos estudos são trabalhos de campo, que investigam o cotidiano dos serviços. Observamos, segundo os resultados encontrados, que as atividades de educação

em saúde estão presentes na prática diária, embora executadas muitas vezes de forma vertical e acrítica. A maioria dos estudos que investigam as práticas em educação em saúde tem como sujeitos profissionais de saúde. Tal fato indica a priorização do estudo da visão do profissional em detrimento da visão do usuário. Nesta revisão, somente um dos estudos se preocupou em analisar as necessidades de um grupo de usuários.

Aspectos do atendimento dentro de unidades de saúde são contemplados em estudos sobre atendimento em grupos e individual. As atividades educativas junto à comunidade, em outros espaços como domicílios e escolas, também foram alvos de estudos, mostrando possibilidades para o processo educativo que, por vezes, não são aproveitados.

Foram encontrados dois estudos que abordam teoricamente o tema e nenhum que proponha técnicas para a realização de atividades educativas. Tal fato aponta um caminho promissor em termos de pesquisa, já que para a superação das práticas atuais são necessários estudos que deem suporte prático ao cotidiano profissional.

Um fato preocupante detectado nesta análise é a constatação, por grande parte dos autores, da falta de preparo dos profissionais enfermeiros para a prática educativa. A formação profissional deve considerar, além da formação clínica, a capacitação para a educação em saúde, dirigida aos indivíduos e aos grupos populacionais assistidos. Outra constatação preocupante é o fato de haver profissionais que ainda não inseriram as práticas educativas no seu cotidiano, demonstrando pouca valorização dessas atividades.

Embora coexistindo com outros enfoques, a corrente tradicional de educação em saúde é predominante nos estudos destacados, porém as conclusões apontam para a inadequação desse tipo de enfoque diante da proposta de reorientação dos serviços de saúde no Brasil. A abordagem pedagógica utilizada pelas Universidades pode estar refletida no modo como os enfermeiros atuam junto à população. Acreditamos que uma abordagem crítica e dialógica, durante o processo de formação, influirá na conduta profissional, no sentido da superação da verticalidade frequentemente verificada no planejamento de atividades educativas e na valorização do saber e da experiência dos indivíduos assistidos. Quanto aos profissionais em exercício, a educação permanente pode e deve proporcionar espaços de reflexão e capacitação técnica.

A sensibilização dos gestores para a importância das atividades educativas, sem dúvida, favorecerá a superação de algumas causas apontadas como dificultadoras para a sua prática, como a necessidade de capacitação profissional e a adequação de espaços nas unidades de saúde.

Os autores que desenvolveram seus estudos em USF são unânimes em identificar as práticas educativas emancipatórias e inclusivas como as mais adequadas para a Estratégia Saúde da Família. Concordamos com tal afirmação, considerando que um dos seus princípios gerais é “ser um espaço de construção de cidadania” (BRASIL, 2006. p. 22).

## REFERÊNCIAS:

- ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. p. 4-26. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 169)
- BAPTISTA, T. W. F. A história das políticas de saúde do Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 29-60.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 16 jun. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. (Cadernos de Atenção Básica)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. Brasília, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 648/GM** de 28 de março de 2006. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1966/GM** de 20 de agosto de 2007. Brasília, 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF, 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família, números e mapas. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 30 set. 2008.
- CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.
- CARDOSO DE MELO, J. A. Educação sanitária: uma visão crítica. In: PINO, I. R. (Coord.). **Educação e saúde**. São Paulo: Cortez- Cedes- Autores associados, 1987. p. 28-43. (Cadernos do Cedes -Centro de Estudos Educação e Sociedade, n. 4).
- CERVO, M. C.; RAMOS, H. A. C. Conhecimento do Enfermeiro sobre sua atuação em Saneamento Básico no Programa de Saúde da Família (PSF) em Guarapuava-PR. **Revista Espaço para a Saúde** (on line), v.7(2), p.17-23, 2006. Disponível em <[http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v7n2/Conhecimento\\_do\\_Enfermeiro.pdf](http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v7n2/Conhecimento_do_Enfermeiro.pdf)> . Acesso em: 18 jul. 2007.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. 1986, Ottawa, Canadá. **Carta de Ottawa**. Promoção da Saúde nos Países Industrializados. Canadá, 1986. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude /Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude /Dec_Ottawa.htm)>. Acesso em: 18 jul. 2007.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. 213 p.
- GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representação social e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 03 Sep. 2006.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 1, p.37-44, Jan. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-527320020001000\\_05&lng=en&nrm=iso&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-527320020001000_05&lng=en&nrm=iso&tlng=)>. Acesso em: 18 jul. 2007.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12(2), p. 335-342, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009\\_&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009_&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jul. 2007.

MARCHIONATTI, C. R. E.; DIAS, I. M. A. V.; SANTOS, R. S. A produção científica sobre vacinação na literatura brasileira de enfermagem no período de 1973 a 1999. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 57-68, 2003.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13280.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2007.

SABÓIA, V. M. **Educação em saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto, 2003.

SILVA, C. C. *et al.* A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família-PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 08, n. 1, p. 70-74, 2006a. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm)>. Acesso em: 16 jul. 2007.

<[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm)>. Acesso em: 16 jul. 2007.

SILVA, A. L. A. C. *et al.* Atividades Grupais em Saúde Coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p.18-24, 2003.

SILVA, M. A. *et al.* Enfermeiro & Grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 143-149, maio/ago. 2006b.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-136.

SOUZA, M. H. N. *et al.* Atenção à criança desnutrida na comunidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, p.125-130, 2002.

SOUZA, W. G. A. *et al.* Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto familiar. **Arquivos Catarienses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 56-63, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/>>. Acesso em: 18 jul. 2007.

TONES, B. R. Educación para la salud: prevención o subversión? **Quadern CAPS Tendencias Actuales em Educaci3n Sanit3ria**, Barcelona, n. 8, p. 27-37, 1987.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p.142-149, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 jul. 2007.

---

Submissão: dezembro de 2008

Aprovação: maio de 2009

---