

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JÚLIA RANIERI MENDES DE LIMA

**A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**JABOTICATUBAS
2014**

JÚLIA RANIERI MENDES DE LIMA

**A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação
Lato Sensu em Formação Pedagógica para
Profissionais da Saúde da Universidade Federal de
Minas Gerais, como parte das exigências para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Isabel Yovana Quispe Mendoza

**JABOTICATUBAS
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

LIMA, Júlia Ranieri Mendes de

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. [manuscrito] / Júlia Ranieri Mendes de LIMA. - 2014.

39 f.

Orientadora: Isabel Yovana Quispe MENDOZA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde.

1.Enfermagem. 2.Educação em Saúde. 3.Programa Saúde da Família. I.MENDOZA, Isabel Yovana Quispe . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Júlia Ranieri Mendes de Lima

**A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM ATRAVÉS DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Isabel Iovanna Quispe Mendoza (Orientadora)



Profa. Kátia Ferreira Costa Campos

Data de aprovação: 15/02/2014

"A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria".

Paulo Freire.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos e principalmente a meu marido, meus pais, irmão e familiares, que me acompanharam nessa caminhada, compreenderam minha falta, para que fosse possível realizar mais um aprendizado, mais uma conquista. Obrigada às colegas Josy, Júnia, Luciana, Elisana, Eliene, Viviane e Raniella pelo companheirismo, ajuda e apoio de sempre.

RESUMO

Ao longo dos anos, está em processo de construção no país um serviço de saúde democrático que se realiza a partir da formulação de políticas públicas voltadas para saúde, e, essencialmente, no cotidiano do serviço de saúde. Esse processo teve início a partir da criação do Sistema Único de Saúde, consolidado com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Embora a educação em saúde esteja prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem as equipes do PSF, alguns destes profissionais se destacam, tais quais os profissionais de enfermagem. O objetivo do presente estudo foi buscar evidências científicas relacionadas à contribuição da enfermagem, especificamente do enfermeiro, na educação em saúde no PSF. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, em que foram consultadas as bases de dados LILACS, SciELO e Periódicos CAPES, através dos descritores Enfermagem; Educação em Saúde e Programa Saúde da Família. Foi estabelecido o recorte de tempo de 2004 a 2013. A análise crítica dos dados obtidos revela que a prática de educação em saúde requer do profissional de enfermagem, por sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador. Portanto, saúde e educação não podem ser dissociadas, caminham juntas, se articulam enquanto práticas sociais.

Descritores: Enfermagem; Educação em Saúde e Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Over the years, is in the process of construction in the country a democratic health service that takes place from the formulation of public policies related to health, and, essentially, in the everyday life of the health service. This process began from the creation of the Unified Health System, consolidated with the implementation of the Family Health Program (FHP). Although health education is provided for and assigned to all professionals who comprise teams of the FHP, some of these professionals stand out, such as the nursing professionals. The objective of the present study was to seek scientific evidence related to the contribution of nursing, specifically nurses, on health education in the FHP is an integrative review of literature, in which were found the databases LILACS, SciELO and CAPES Journals, through Nursing descriptors; Health education and family health Program. Was established 2004 time clipping to 2013. The critical analysis of the data obtained shows that the practice of health education requires nursing professionals, due to its proximity with this practice, a critical analysis of its performance, as well as a reflection of his role as an educator. Therefore, health and education cannot be dissociated, go together, articulate while social practices.

Key Words: Nursing; Health Education and Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1. Brasil, SUS e PSF	13
3.2 A Enfermagem e o Cuidar/Educar	15
3.3. Educação e Saúde.....	18
4 PERCURSO METODOLÓGICO	20
4.1 Tipo de Pesquisa.....	20
4.2 População e amostra	21
4.3 Variáveis do estudo	21
4.4 Instrumentos.....	22
4.5 Procedimentos	22
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	333
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	355
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	366
APÊNDICE A	40

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, está em processo de construção no país um serviço de saúde democrático que se realiza a partir da formulação de políticas públicas voltadas para saúde, e, essencialmente, no cotidiano do serviço de saúde. Esse processo teve início a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – 1986, consolidado desde a década de 90 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) centralizando em sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

Segundo Vasconcelos (2001) dos diversos espaços dos serviços de saúde, destacam-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde devido à particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Além disso, os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde.

De acordo com Alves:

Pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF. (ALVES, 2005, p. 39-52)

Além disso, o PSF tem como objetivos, entre outros: a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997). Assim, o PSF deve oferecer, prioritariamente, assistência promocional e preventiva, sem descuidar da atenção curativa e reabilitadora.

Dessa forma, considerando a importância da atenção preventiva e de promoção em saúde para evitar complicações e morbi-mortalidade por causas evitáveis, o PSF remete-se à educação em saúde enfatizando o auto-cuidado dos indivíduos e das comunidades.

Vale ressaltar que a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. (COSTA & LÓPEZ, 1996) Surge como um “recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no

campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde”. (ALVES, 2005)

Assim, a educação em saúde deve ser vista como um processo de ensino-aprendizagem e o profissional que atua como mediador deve estar preparado para propor estratégias, oferecendo possibilidades e caminhos às pessoas para que desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente em que vivem.

Embora a educação em saúde esteja prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem as equipes do PSF, alguns destes profissionais se destacam, tais quais os profissionais de enfermagem, que, por seu papel exercido em relação ao cuidado, permite “exercer suas funções com criatividade e multiplicidade de alternativas, não generalizando suas ações para uma coletividade comum, mas mantendo as peculiaridades inerentes a cada ser” (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007) o que o torna um dos pilares da educação em saúde.

Portanto, a enfermagem hoje, é uma área do conhecimento que abrange atividades do cuidar, do gerenciar e do educar realizadas nos diferentes cenários em que exerce a sua prática profissional (LEOPARDI et al, 2001) e não restrita somente a sujeitos em situação de doença. Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Como exposto, estes profissionais, por sua formação, tendem a serem verdadeiros promotores da saúde da população, se tornam mais próximos e integrados com os valores culturais de famílias e comunidade, buscando, assim, “outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhece que as ações necessárias para a adesão a tratamentos e cuidados a longo prazo estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida das pessoas.” (BOEHS et al, 2007)

Diante do exposto surge a seguinte pergunta: qual a contribuição da enfermagem na educação em saúde no PSF?

2 OBJETIVO

O presente trabalho ter por objetivo:

- Buscar evidências científicas relacionadas à contribuição da enfermagem, especificamente do enfermeiro, na educação em saúde no PSF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, a política de saúde, teve sua origem influenciada pelos processos vivenciados pelos países capitalistas, com o advento da industrialização e as doenças decorrentes. Segundo Silva Junior (1998) os modelos de saúde pública constituídos no Brasil foram:

- O modelo de saúde pública: surgido no início do século XX, em duas vertentes: Campanhista, articulado aos interesses econômicos agroexportadores, desenvolveu-se combatendo epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias e o Vertical permanente que, baseava-se na proposta de centro de saúde, difundida pela fundação Rockefeller, que originou a criação da FSESP (Fundação Serviços de Saúde Pública) a partir da década de 30.
- O modelo de assistência médica previdenciária: surgido na década de 20, sob a influência da medicina liberal, ligava-se às necessidades de saúde dos trabalhadores urbanos e industriais. Expandiu-se na década de 40 com a criação dos Institutos de Assistência e Previdência. Este modelo também foi instituído nas redes hospitalares estaduais, em alguns municípios e hospitais ligados às universidades, como movimento de ordenação das ações.

Os hospitais oriundos dos institutos originaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS -1966) depois reestruturado para Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando os hospitais e ambulatórios sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A rede privada contratada expandiu-se muito mais e na década de 90 contribuía com 76% dos leitos no Brasil.

- A medicina comunitária: difundida pelas universidades a partir da década de 60, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financiados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e instituições filantrópicas americanas. Esses núcleos abrigaram intelectuais que discordavam do modelo político brasileiro, depois do golpe militar e utilizaram o espaço da medicina comunitária para a politização da saúde, reflexão de problemas e laboratório de alternativas de solução.

O fruto das reflexões vivenciadas nesses núcleos originou um movimento, clamando por mudanças na política de saúde, que mobilizou a sociedade em todos os níveis local, estadual, regional e nacional, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a criação do SUS, que se encontra na busca de sua consolidação.

3.1 Brasil, SUS e PSF

Como citado anteriormente, a 8ª CNS foi um marco na história do SUS. Ela foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária, que nasceu no meio acadêmico no início da década de 1970 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, muito em função do relatório final da Conferência ter servido como base para os debates na Assembleia Constituinte, visto que representavam demandas do movimento popular.

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas, o mais importante, foi ter formado as bases para a seção Da Saúde (artigo 196 até o artigo 200) da Constituição de 1988.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado", garantido mediante política pública, social e econômica que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos, além de acesso universal e igualitário às ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação e estabelece uma rede regionalizada e hierarquizada organizada pelas diretrizes da descentralização e atendimento integral (posteriormente, regulamentadas pela Lei nº 8080, setembro de 1990 - Lei Orgânica do SUS) e participação popular (detalhada, posteriormente pela Lei 8142, dezembro de 1990).

Vale ressaltar que o SUS foi criado em 1988 e implantado em 1990, com a regulamentação das leis orgânicas (8080 e 8142), e vem se solidificando e se fortalecendo cada dia mais.

Como citado em Brasil (2009) a saúde não está unicamente relacionada à ausência de doença. Ela é determinada pelo modo como vive, pelo acesso a bens de consumo, à informação, à educação, ao saneamento, pelo estilo de vida, hábitos e escolhas. Sendo assim, saúde é um determinante social.

Considerando o conceito de saúde, citado anteriormente, e a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, que atendesse aos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) o MS, na tentativa de operacionalizar um modelo assistencial pautado no SUS propôs, em 1994, o PSF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de reorganização da produção de cuidados de saúde, objetivando a reorientação da prática assistencial, anteriormente focado na doença e no cuidado médico individualizado, curativo, hospitalocêntrico, de baixa resolutividade e alto custo, em direção a uma assistência focada na família, compreendida a partir de seu ambiente físico e social, pautada na priorização da promoção, prevenção e manutenção da saúde.

Minas Gerais, 2013 esclarece que:

O programa busca reorientar as práticas de oferta de serviço de saúde para ações com foco na promoção à saúde, na prevenção de agravos e nas ações curativas, objetivando a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades dos indivíduos de viverem de modo saudável. O atendimento da população deve seguir estratégias estabelecidas no sistema público de saúde brasileiro, orientadas pelos princípios da universalidade, da equidade, da hierarquização e da integralidade da atenção.

Como exposto anteriormente, o PSF apresenta como principais diretrizes operacionais a substituição das práticas convencionais de assistência por um trabalho centrado na prevenção e promoção à saúde das famílias e, também, na integralidade e na hierarquização das ações no serviço de saúde; na territorialização da área de abrangência com a finalidade de conhecer a totalidade da população escrita; e, por fim, no trabalho desenvolvido por uma equipe mínima, formada por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Após a implantação da ESF, os profissionais de saúde passaram a atuar de modo a contemplar não só o indivíduo e sua doença, mas a prestar um cuidado que visa promover à saúde de toda a família e comunidade, principalmente por meio da prevenção de doenças. Nesse novo contexto, dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais nas equipes de ESF, a educação em saúde ganha imenso destaque. Salienta-se que as ações educativas estão inseridas no trabalho dos profissionais da saúde, principalmente do enfermeiro, cuja essência é o cuidado, o qual envolve um conjunto de ações, onde a educação na saúde é um dos elementos essenciais. (COSTA; SILVA, 2004).

3.2 A Enfermagem e o Cuidar/Educar

A profissão de enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionistas e teológicas, mas, como o domínio dos meios de cura passaram a significar poder. O homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele. (TURKIEWIC, 1995)

Quanto à Enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes.

As práticas de saúde pós monásticas evidenciaram a evolução das ações de saúde e, em especial, do exercício da Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante (século XIII e século XVI). A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem. Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos.

Em 1820, nasce, em Florença, Florence Nightingale, que com seu trabalho lançou as bases dos modernos serviços de enfermagem, ganhando fama, portanto, como fundadora da profissão de enfermeira e como reformadora do sistema de saúde. É conhecida na história pelo apelido de "A dama da lamparina", pelo fato de servir-se deste instrumento para realizar a iluminação ao auxiliar os feridos durante a noite. Sua contribuição na Enfermagem, sendo pioneira na utilização do modelo biomédico, baseando-se na medicina praticada pelos médicos.

Após se formar por uma instituição protestante de Kaiserswerth, Alemanha, transferiu-se para Londres, onde passou a trabalhar como superintendente de um hospital de caridade. Sempre interessada pela enfermagem, durante a guerra da Criméia (1854 - 1856), integrou o corpo de enfermagem britânico como enfermeira-chefe do exército, em Scutari, Turquia.

Durante a guerra constatou que a falta de higiene e as doenças matavam grande número de soldados hospitalizados por ferimentos. Assim desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infra-estrutura hospitalar que a tornou conhecida em toda a frente de batalha, consagrando a assistência aos enfermos em hospitais de campanha. Suas reformas reduziram a taxa de mortalidade em seu hospital militar de 42,7% para 2,2% e voltou famosa da guerra e logo passou a batalhar, com considerável sucesso, pela reforma do sistema militar de saúde. Depois da guerra fundou uma escola de enfermagem no Hospital de St. Thomas, em Londres, a primeira escola de enfermagem do mundo (1860). (GEOVANINI, 1995).

Como era solteira, trabalhava fora de casa e agia de acordo com as suas ideias, serviu de exemplo a outras mulheres e contribuiu para impor respeito pelo papel da mulher na sociedade, e só parou de trabalhar quando ficou completamente cega (1901), morrendo em Londres, aos noventa anos de idade. Ela considerava a estatística essencial para entender qualquer problema social e procurou introduzir o estudo deste ramo da matemática para justificar suas conclusões. Ela se utilizou em seus esforços dos dados que tinha, tornando-se pioneira na utilização de gráficos, para apresentar dados em uma forma clara para que todos, inclusive os generais e membros do parlamento, pudessem compreender. Seus gráficos criativos constituíram-se em um marco no crescimento da nova ciência da estatística. (GEOVANINI, 1995).

No Brasil a organização da Enfermagem começa no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal.

Assim como Florence, Ana Nery (1814 a 1880) se destacou ao romper com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar. Não resistindo à separação da família (dois de seus filhos convocados para a guerra) escreveu ao Presidente da Província da Bahia, colocando-se à disposição de sua Pátria, durante a Guerra do Paraguai (1864 - 1870). Partiu para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisou hospitais e não media esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Palácio Municipal. O governo imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. A primeira Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome.

Como visto anteriormente, a Enfermagem é a ciência e a arte do cuidar, respeitando a vida, a dignidade, a crença e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. Segundo COREN-MG (2007):

Atualmente, aprofunda-se em aspectos científicos, tecnológicos e humanistas, tendo como centro de suas atividades o "cuidar do ser humano" fundamentado em conhecimentos e práticas. Abrange também o binômio saúde e doença, com base em atitudes pessoais, profissionais, científicas, éticas e políticas.

A enfermagem vem ganhando espaço com o advento da pesquisa e uso das teorias, passando a ser vista como uma disciplina importante na área de saúde, enquanto desempenha importante papel na promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

A partir da criação da ESF, como estratégia do SUS, o trabalho do enfermeiro foi incorporado a um conjunto de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. Além de produzir modificações relevantes na organização e operacionalização dos serviços de acordo com a política vigente do país, o perfil do profissional teve que se adequar às mudanças do momento histórico, fazendo com que este adquirisse competência técnica e científica na assistência de enfermagem à população, com ênfase nas ações de educação em saúde ao sujeito no contexto familiar e social, visando especialmente à promoção da saúde. (BUDÓ; SAUPE, 2004).

O profissional de enfermagem vem desempenhado um papel importante na questão da educação e saúde. Como formação esse profissional carrega em sua bagagem a educação em saúde como instrumento utilizado num contexto abrangente, seja no processo de trabalho individual ou coletivo. O Enfermeiro com formação superior é visto como um “professor” para os membros da equipe e pacientes, tendo como premissa o interesse em ajudar os pacientes e seus familiares a aprender como manter e/ou restaurar a saúde e (re) adaptar-se às novas condições de seu estado.

Os cuidados de enfermagem sempre são dirigidos à promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção de doenças; assistência às pessoas no sentido de se adaptarem aos efeitos residuais da doença. Espera-se que todo contato que o Enfermeiro tenha com o usuário do serviço de saúde, estando à pessoa doente ou não, deve ser considerado uma oportunidade de ensino de saúde. O enfermeiro, como educador para a saúde, atua no intuito de preparar o indivíduo para o auto-cuidado e não para a dependência, sendo, portanto, um facilitador nas tomadas de decisões.

A enfermagem atual vem destacando-se nos mais diversos segmentos como pesquisa, ensino, assistência, consultoria, entre outros, e ainda, pode avançar neste processo de inter-relação entre o cuidado e a educação, uma vez que independente da área de atuação, a imagem da(o) enfermeira(o) como cuidadora(o) é indissociável. Uma vez que, a(o) enfermeira(o) ao cuidar está educando e também está sendo educada(o), ela(o) compartilha saberes com os sujeitos-cidadãos do cuidado e seus familiares (FERRAZ *et al*, 2005).

3.3 Educação e Saúde

Com a evolução dos conceitos de saúde e educação e tendo certeza da necessidade em investir em promoção, prevenção e em saúde pública, a formação dos profissionais, anteriormente ligada ao método médico-curativista, teve que ser alterada.

Hoje o bom profissional é o que consegue observar a realidade do local onde está inserido. É o que traz sua bagagem acadêmica e prática para ser utilizada junto à sua população de abrangência, conseguindo a confiança daqueles aos quais são seu foco de atuação.

A educação é o aliado do profissional neste processo, principalmente na Atenção Primária a Saúde, onde a prevenção e a promoção estão presentes fortemente e o profissional está diretamente envolvido com sua população adstrita, dentro de suas casas, dentro de suas rotinas. Quando um sujeito adoecer, interfere em toda a sociedade. Envolve familiares, seu meio de trabalho, altera seu cotidiano. Profissional empenhado no educar, em repassar seu conhecimento de forma clara, garantindo o acesso, a resolução de problemas e a retirada de dúvidas dessa população, consegue a confiança e a abertura para executar de forma coerente suas ações que serão sempre de interesse da comunidade.

Educação e saúde se completam uma vez que saúde só é garantida com o bem estar completo do paciente. Informação garante o conhecimento e a interpretação do que se sente, do que é necessário. Educação gera questionamentos e esclarecimentos. O incentivo para que isso seja possível dentro do processo de saúde passa pelo interesse do profissional em repassar conhecimento, em adaptar-se a realidade apresentada conseguindo, assim, desenvolver suas funções de forma muito mais prazerosa e com o apoio da população a ser atingida, fazendo com que a abordagem seja facilitada e que a reciprocidade seja à base de todo o trabalho, gerando, assim, conhecimento mútuo do profissional e da população.

Com a implementação da Lei 8080, fica claro que a educação, é um direito humano, é um dos determinantes e condicionantes de saúde, sendo o meio pelo qual o profissional de

saúde repassa o conhecimento científico à população, atingindo o dia a dia dos usuário, subsidiando sua qualidade de vida,

Segundo Shall e Struchiner (1999) Educação em Saúde se sobrepõe ao de promoção da saúde, uma vez que a educação sanitária é dada de forma mais ampla que abrange toda a população e, não somente aquelas que possuem algum quadro patológico, baseando-se em um conceito de saúde ampliado.

A promoção da saúde é um processo, onde se procura capacitar a comunidade e os próprios indivíduos em busca de melhores condições de vida e de saúde, deixando o ambiente da Unidade de Saúde e migrando para as comunidades, escolas e vários outros ambientes, desenvolvendo nas pessoas habilidades para o bem comunitário.

A educação em saúde é definida pelo MS como o 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 de um 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).

A educação em saúde coloca-se como tema relevante, quando discutido com a população, e pode ser entendido como uma estratégia para criação e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário. Além disso, propicia possibilidades de motivação para o autoconhecimento do indivíduo como ator social e possibilita neste o desenvolvimento de uma consciência crítica (JESUS, *et al*, 2008).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Pesquisa

Neste estudo será adotada, como estratégia metodológica, a revisão integrativa da literatura. Este método permite a inclusão de estudos de diferentes delineamentos e é desenvolvida, segundo Whitemore e Knaft (2005), por meio das seguintes etapas:

- 1) Identificação do problema de estudo – caracterizada pela identificação do problema. São selecionadas as variáveis de interesse, a população alvo e a estrutura de amostragem estabelecendo critérios de inclusão que serão elegíveis para a revisão integrativa;
- 2) Levantamento da Literatura – segundo as autoras, o ideal é que toda a literatura pertinente faça parte da amostra. A disponibilidade de bancos de dados *online* facilite a identificação dos estudos;
- 3) Avaliação crítica dos estudos – é análise crítica dos estudos elegíveis para a revisão integrativa;
- 4) Análise dos dados – inicia-se com a ordenação, codificação e categorização, resumo dos dados coletados e conclusão unificada sobre o problema de pesquisa. A análise dos dados de estudo de diferentes delineamentos requer a conversão dos dados extraídos em categorias, identificação, identificando padrões, temas, variações e relações;
- 5) Redução de dados – envolve um sistema de classificação dos dados envolvendo um sistema de subgrupos, de acordo com as diversas metodologias e seus níveis de evidência; cronologia; características da amostra; ou uma classificação conceitual pré-determinada;
- 6) Apresentação dos dados – pode ser feita por gráficos, quadros, redes de fluxo, possibilitando uma melhor visualização de padrões e relações entre os dados dos diferentes estudos, facilitando a interpretação das informações;
- 7) Comparação dos dados – nessa fase devem ser identificados padrões, relações podendo ser construído um mapa conceitual, uma ordem temporal, buscando contrastes e concordância e

- 8) Elaboração das conclusões – são identificadas evidências convergentes e contraditórias. Devem ser explicitados os limites da revisão realizada sob o ponto de vista metodológico.

4.2 População e amostra

A coleta de dados foi realizada utilizando bases de dados como *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para a pesquisa nas bases de dados, foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (DECS), sendo definidos para essa pesquisa os descritores: "Enfermagem" e "Educação em Saúde" e "Programa Saúde da Família", além de critérios como idioma do texto em português, disponibilidade do mesmo na íntegra, com livre acesso *on-line*, e que foram escritos nos últimos dez anos (2004 a 2013). Foram excluídas teses, dissertações e trabalhos que não corresponderam à variável de interesse: ações, estratégias e desafios para a contribuição da enfermagem para a educação em saúde na atenção primária e duplicidades encontradas. A estratégia de busca utilizada está descrita no Quadro 1, que apresenta também, a população e amostra selecionada para o estudo.

QUADRO 1 - Apresentação da fonte, estratégia de busca, população e amostra dos estudos identificados na revisão integrativa de literatura, no período de 2004 a 2013.

Fonte	Estratégia de Busca	População	Amostra
LILACS	enfermagem and "educação em saúde" and "programa saúde da família"	18	03
Periódicos CAPES	enfermagem and "educação em saúde" and "programa saúde da família"	101	00
SciELO	enfermagem and "educação em saúde" and "programa saúde da família"	13	02

4.3 Variáveis do Estudo

Para a análise das publicações que fizeram parte deste estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis: características da autoria quanto à profissão e qualificação; às características das publicações: título do periódico, tipo de publicação e ano de publicação e quanto à variável interesse: ações, estratégias e resultados para a contribuição da enfermagem para a educação em saúde na atenção primária.

4.4 Instrumentos

Foi elaborado um instrumento para coletar as seguintes informações: título do periódico, tipo de publicação e ano de publicação e quanto à variável interesse: ações, estratégias e resultados (apêndice A).

4.5 Procedimentos

Após busca *on-line* dos artigos a serem analisados, estes foram cadastrados no instrumento de coleta. A seleção foi realizada considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pelo pesquisador.

Após leitura dos artigos foi possível analisar os estudos que compuseram a amostra.

5 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por cinco artigos indexados nas fontes de dados LILACS, SciELO e Periódicos CAPES, disponíveis na íntegra online.

Os resultados encontrados estão apresentados nos quadros a seguir.

QUADRO 2 – Características dos autores das publicações identificadas na revisão integrativa, no período de 2004 a 2013

Nome do Autor	Ano	Profissão	Qualificação
Roecker; Marcon.	2011	02 Enfermeiras	01 Mestre e 01 Doutora
Rodrigues; Santos.	2010	Não Mencionado	Não Mencionado
Jesus; <i>et al.</i>	2008	05 Enfermeiras	04 Doutoradas e 01 Graduada
Figueira; Leite; Silva.	2012	Não Mencionado	Não Mencionado
Fernandes; Backes.	2010	Não Mencionado	Não Mencionado

O Quadro 2 reúne informações sobre a formação profissional e qualificação acadêmica dos autores das publicações. Após análise pôde-se observar que dos 05 textos analisados (100%), contendo 14 autores envolvidos, apenas 02 (40%) traziam as informações acima descritas. Destes 07 autores (100%) são Enfermeiros e destes 05 (71,43%) são doutores; 01 (14,28%) mestre; 01 (14,28%) é graduado.

Desta forma, evidencia-se a necessidade de uma melhor especificação dos artigos quanto à formação e qualificação dos profissionais que contribuem para a pesquisa científica nacional. Além disso, fica claro como os temas Educação em Saúde e Programa Estratégia Saúde da Família estão arraigados à profissão de enfermagem uma vez que 100% dos autores identificados são Enfermeiros de formação.

Outro ponto importante é o alto índice de formação dos profissionais (71,43% doutores) o que possibilita avanços nas discussões e novas produções científicas quanto aos temas envolvidos nessa RI.

QUADRO 3 – Características das publicações , segundo ano, título do periódico e tipo de publicação identificadas na revisão integrativa, no período de 2004 a 2013.

Nome do Autor	Ano	Tipo de Periódico	Tipo de Referência
Roecker; Marcon.	2011	Invest Educ Enferm.	Artigo
Rodrigues; Santos	2010	J Health Sci Inst.	Artigo
Jesus; <i>et al.</i>	2008	Rev. APS	Artigo
Figueira; Leite; Silva.	2012	Rev Bras Enferm	Artigo
Fernandes; Backes.	2010	Rev Bras Enferm	Artigo

Todas as publicações (100%) utilizadas na amostragem deste estudo se caracterizam como artigos científicos. Quanto ao periódico de publicação: 02 (40%) foram localizados na Revista Brasileira de Enfermagem; 01 (20%) na Revista de Atenção Primária à Saúde; 01 (20%) na *Investigación y Educación en Enfermería*; 01 (20%) no *Journal of the Health Sciences Institute*.

No Quadro 04 são apresentadas informações referentes ao delineamento e nível de evidência dos estudos. Vale ressaltar que, segundo Soares (2005), “os níveis de evidência e graus de recomendação são elementos que conferem maior confiabilidade e validade do resultado do estudo”, possibilitando o aprimoramento da Prática Baseada em Evidências (PBE) para o cuidado clínico e para o ensino, fundamenta-se no conhecimento e qualidade da evidência (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Steller (1998), define esse método como uma abordagem que utiliza resultados de pesquisas, consenso entre especialistas conhecidos e a experiência clínica ao invés de experiências isoladas e não sistemáticas, rituais e opiniões sem fundamentação.

Para classificação dos artigos selecionados nessa RI foi utilizada a classificação adaptada proposta por Stetler *et al.* (1998), conforme descrição a seguir:

- **Nível I:** Metanálise de múltiplos estudos controlados;
- **Nível II:** Estudo experimental individual;

- **Nível III:** Estudo experimental com grupo único, não randomizado, controlado, com pré e pós- teste ou estudos tipo caso controle;
- **Nível IV:** Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso;
- **Nível V:** Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
- **Nível VI:** Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.

QUADRO 4 – Apresentação do delineamento e nível de evidência dos estudos identificados na revisão integrativa, no período de 2004 a 2013.

Amostra	Delineamento	Nível de Evidência
Roecker; Marcon.	Estudo Descritivo-Exploratório com abordagem qualitativa	Nível IV
Rodrigues; Santos.	Estudo Descritivo-Exploratório com abordagem qualitativa	Nível IV
Jesus; <i>et al.</i>	Estudo Descritivo-Exploratório com abordagem qualitativa	Nível IV
Figueira; Leite; Silva.	Estudo Descritivo com abordagem qualitativa	Nível IV
Fernandes; Backes.	Estudo de Investigação com abordagem qualitativo	Nível IV

No Quadro 4 pode-se observar que 100% dos artigos foram classificados como nível de evidência IV. Destes, 03 (60%) apresentaram estudos descritivos-exploratórios; 01 (20%) estudo descritivo e 01 (20%) estudo de investigação. Todos os artigos (100%) apresentaram abordagem qualitativa em sua trajetória metodologia.

Assim, conclui-se que, diante dos dados apresentados, os estudos possuem baixo nível de evidência científica.

O Quadro 5 apresenta as ações, estratégias e desafios para a contribuição da enfermagem para a educação em saúde na atenção primária, sendo esta a variável de interesse desta RI.

QUADRO 5 – Variável de Interesse: ações, estratégias e resultados dos estudos identificados na revisão integrativa, no período de 2004 a 2013.

Amostra	Ações e Estratégias Desenvolvidas no Cenário do Estudo	Resultados
Roecker; Marcon. (2011)	<p>- Realização de entrevistas, guiado por um roteiro semiestruturado constituído de três partes, para relato de experiências vivenciadas pelos enfermeiros. O foco da investigação foi o trabalho educativo na saúde desenvolvido pelos enfermeiros atuantes na ESF em municípios da 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná. Utilizou-se técnica de análise do discurso.</p>	<p>- A maior parte das atividades que são realizadas provém das normativas estabelecidas pelo MS, que são normalmente exigidas pela RS e Secretaria Municipal de Saúde, em que se identifica o quão pouco se faz baseado nas reais necessidades da população, as quais são passíveis de observação constante na ESF pela proximidade que os profissionais da equipe têm com a população, em virtude da política desse modelo assistencial.</p> <p>- Enfermeiros se programam sem a participação efetiva da comunidade, ou dos seus representantes legais.</p> <p>- As práticas de educação na saúde desenvolvidas na ESF ainda são baseadas no modelo tradicional hegemônico, o qual preconiza que as prevenções de doenças primas pela mudança de atitudes e comportamentos individuais e nas estratégias desta prática se incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.</p> <p>- Modelo de cuidado à saúde baseado no modelo assistencial biologicista e curativista.</p>
Rodrigues; Santos. (2010)	<p>- Revisão de literatura, de artigos nacionais, com o foco em “Educação em Saúde” no contexto da ESF, com o enfoque na atuação da enfermagem.</p>	<p>- Na prática cotidiana os profissionais ainda desenvolvem suas ações, na sua maioria, tomando como base o modelo</p>

		<p>tradicional (hegemônico).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principal entrave para o desenvolvimento do modelo dialógico/problematizador é a falta de formação dos profissionais da equipe de enfermagem voltada para uma mudança de paradigma profissional para a prática da Educação em Saúde.
<p>Jesus; <i>et al.</i> (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizada técnica de análise de discurso, utilizando um roteiro de questões abertas e preenchimento de instrumento de coleta de dados, com o objetivo para caracterizar o discurso do enfermeiro do PSF em Juiz de Fora sobre a educação em saúde, discutindo os fatores que interferem no desenvolvimento desta prática, tendo como referência as características principais dos modelos de atenção à saúde nos vários momentos da história da saúde pública no Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resquícios do enfoque da educação em saúde pautada no modelo sanitário brasileiro prescritivo com ênfase no controle das doenças e capaz de intervir no comportamento da população; - Alguns enfermeiros se mostraram bastante preocupados com a participação da população como agente ativo no processo saúde-doença. - As ações são realizadas predominantemente em momentos específicos destinados a essa atividade e nem sempre utilizando metodologias participativas que possibilitariam participação ativa dos usuários dos serviços. - Falta de investimentos financeiros em material, em recursos humanos e na estrutura física da Unidade de Saúde, grande demanda ao serviço e elevada atividade burocrática no PSF como dificuldades para realizar práticas de educação em saúde. - Outro aspecto identificado refere-se ao modo de atuação dos profissionais de saúde. Profissionais esquecem de respeitar as dimensões subjetivas e culturais da comunidade, o que dificulta a relação

		<p>profissional/usuário, gerando falta de motivação e interesse das pessoas pelas práticas educativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A comunidade contribui para que permaneça a prática tradicional, na medida em que ainda predomina a cultura do modelo biomédico de assistência. - Não reconhecimento do valor das práticas educativas no contexto da equipe. - Formação recebida durante a graduação não foi suficiente. - Falta de investimento em materiais, recursos humanos, estrutura física, grande demanda ao serviço e elevada quantidade de atividades burocráticas. - Modo tradicional de realizar a práxis da educação em saúde no cenário de prática. - Enfermeiros não assumem o papel de facilitadores do processo educativo. - A falta de investimento na capacitação dos profissionais.
<p>Figueira; Leite; Silva. (2012)</p>	<p>- Realizada entrevistas semiestruturadas com enfermeiras com mais de um ano de trabalho e observação das práticas educativas em Santarém/Pará.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A compreensão das enfermeiras sobre educação em saúde apresenta algumas características do modelo hegemônico, pautado no modelo sanitário prescritivo, com ênfase no controle das doenças e enfoque na intervenção e controle do comportamento das pessoas. - Preocupação com a participação da população como agente ativa no processo saúde-doença. Veem

		<p>as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos na promoção e proteção da saúde, tanto o profissional, quanto os indivíduos e a comunidade.</p> <p>- No momento da formação discussões sobre educação em saúde foram realizadas em estágios, sem articulação com aulas teóricas; o processo pedagógico, questões sociais, econômicas e culturais não foram abordadas.</p> <p>- Ações educativas baseadas na realização cotidianas de campanhas do MS. Dessa forma, a relação com a comunidade permanece utilitarista, o que ocorre quando as atividades são conduzidas no sentido de garantir mobilização dos indivíduos para as campanhas.</p>
<p>Fernandes; Backes. (2010)</p>	<p>- Processo investigativo aplicado através do itinerário de pesquisa apoiado em Freire, constituído por três etapas metodológicas, aplicada com a inserção do pesquisador dentro da rotina de trabalho da equipe, estudo de texto em grupo, utilização de dinâmica, materiais áudio visuais e confecção de material ilustrativo, para que a equipe de saúde da família, desvelar suas perspectivas sobre a educação em saúde e repensá-las dentro de seus próprios processos de trabalho.</p>	<p>- A educação em saúde é vista como repasse de informações.</p> <p>- Dificuldade da população em entender as informações que são passadas.</p> <p>- Muita dificuldade na abordagem para criar o processo educativo com a população.</p> <p>- A possibilidade dialógica, de troca de conhecimentos e da educação horizontalizada e libertadora mostraram-se como grandes desafios para as duas partes, profissionais e usuários. Os sujeitos descrevem que a</p>

		<p>crença sobre o profissional da saúde ser o detentor do saber e a população vazia de conhecimento, é um senso comum ainda arraigado na realidade local e que isso os impede de realizar atividades educativas de uma forma mais dinâmica, dialógica e problematizadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entendem educação como apenas retificação de erros. - A grande demanda de pacientes; a falta de envolvimento, compromisso e interesse dos profissionais para com a população; a falta de informação dos usuários; a falta de material de divulgação e de veículos para que as informações saiam da Unidade e se estendam à comunidade, são apresentados como justificativa pra a prática tímida de ações de educação em saúde. - A timidez ou “intimidação” dificultam a prática mais dialogada e dinâmica que instiguem maior participação popular e uma maior atuação profissional, mostraram-se como metodologias interessantes e qualificadoras do trabalho da equipe. Esse é um reflexo persistente de uma prática educacional dominadora e repressora chegou-se ao consenso, de que o diálogo deve ser iniciado na educação familiar e estimulado pela educação formal mudando a concepção cultural do processo de educar.
--	--	--

Ao serem analisados, pôde-se perceber que, os 05 (100%) artigos selecionados, demonstram que os enfermeiros reconhecem a importância da educação em saúde em sua prática profissional no interior da ESF (ROECKER; MARCON, 2011; RODRIGUES;

SANTOS, 2010; JESUS, *ET AL.*, 2008; FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012; FERNANDES; BACKES, 2010). Porém, 01 (20%) dos artigos, demonstram que os profissionais entendem educação em saúde como repasse de informação e como apenas retificação de erros (FERNANDES; BACKES, 2010). Em outro (20%) veem ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos na promoção e proteção da saúde, tanto o profissional, quanto os indivíduos e a comunidade (FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012).

Acerca das ações desenvolvidas na prática profissional cotidiana, os 05 (100%) artigos relatam como base o modelo tradicional (hegemônico) pautado no modelo sanitário prescritivo e curativista, com ênfase no controle das doenças e enfoque na intervenção e controle do comportamento das pessoas. Neste modelo a estratégia utilizada inclui informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde (ROECKER; MARCON, 2011; RODRIGUES; SANTOS, 2010; JESUS; *ET AL.*, 2008; FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012; FERNANDES; BACKES, 2010). Em 01 (20%) artigo essa visão é complementada quando relata que a comunidade contribui para que permaneça a prática tradicional, na medida em que ainda predomina a cultura do modelo biomédico de assistência (JESUS; *ET AL.*, 2008). Em um (20%) dos artigos os sujeitos da pesquisa relatam ainda que a crença sobre o profissional da saúde ser o detentor do saber e a população vazia de conhecimento é um senso comum ainda arraigado na realidade local e que isso os impede de realizar atividades educativas de uma forma mais dinâmica, dialógica e problematizadora (FERNANDES; BACKES, 2010).

Quanto à participação popular como agente ativo no processo saúde-doença em 03 (60%) artigos os profissionais demonstram preocupação. (JESUS; *ET AL.*, 2008; FIGUEIRA, LEITE, SILVA, 2012; FERNANDES, BACKES, 2010). Um destes (33,34%) relata que a população tem dificuldade em entender as informações que são passadas e na abordagem para criar o processo educativo com a população (FERNANDES; BACKES, 2010). Além disso, 01 (20%) artigo expõe que os enfermeiros se programam sem a participação efetiva da comunidade, ou dos seus representantes legais (ROECKER; MARCON, 2011), e um (20%) complementa relatando que os profissionais esquecem de respeitar as dimensões subjetivas e culturais da comunidade, o que dificulta a relação profissional/usuário, gerando falta de motivação e interesse das pessoas pelas práticas educativas (JESUS; *ET AL.*, 2008).

Em um (20%) dos artigos fica claro que as ações de educação em saúde são realizadas, predominantemente, em momentos específicos destinados a essa atividade e, nem sempre, utilizando metodologias participativas que possibilitariam participação ativa dos usuários dos

serviços (JESUS; *ET AL.*, 2008). Em 02 (40%) deles relata-se que as ações educativas são baseadas na realização cotidianas de campanhas do MS. Dessa forma, a relação com a comunidade permanece utilitarista, em que se identifica o quão pouco se faz baseado nas reais necessidades da população, as quais são passíveis de observação constante na ESF pela proximidade que os profissionais da equipe têm com a população, em virtude da política desse modelo assistencial (ROECKER; MARCON, 2011; FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012).

Como dificultador e justificativa para a prática tímida de ações de educação em saúde 01 (20%) dos artigos cita a grande demanda de pacientes; a falta de envolvimento, compromisso e interesse dos profissionais para com a população; a falta de informação dos usuários; a falta de material de divulgação e de veículos para que as informações saiam da Unidade e se estendam à comunidade. Neste mesmo artigo, ainda é colocada a timidez ou “intimidação” como dificultador da prática mais dialogada e dinâmica que instiguem maior participação popular e uma maior atuação profissional, mostraram-se como metodologias interessantes e qualificadoras do trabalho da equipe (FERNANDES; BACKES, 2010). Um (20%) artigo ainda expõe que os enfermeiros não assumem o papel de facilitadores do processo educativo, dificultando o rompimento com o modelo normatizador (JESUS; *ET AL.*, 2008).

A falta de investimentos financeiros em material, em recursos humanos e na estrutura física da Unidade de Saúde, grande demanda ao serviço e elevada atividade burocrática no PSF, o não reconhecimento do valor das práticas educativas no contexto da equipe e a falta de investimento na capacitação dos profissionais foram citados, em 01 (20%) artigo, como dificuldades para realizar práticas de educação em saúde (JESUS; *ET AL.*, 2008).

Também foram citados em 03 (60%) artigos que o principal entrave para o desenvolvimento do modelo dialógico/problematizador é a falta de formação dos profissionais da equipe de enfermagem voltada para uma mudança de paradigma profissional para a prática da Educação em Saúde. No momento da formação, discussões sobre educação em saúde, foram realizadas em estágios, sem articulação com aulas teóricas; o processo pedagógico, questões sociais, econômicas e culturais não foram abordadas (RODRIGUES; SANTOS, 2010; JESUS; *ET AL.*, 2008; FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos artigos desta revisão integrativa possibilitou reconhecer ações, estratégias e desafios que contribuem para a educação em saúde na atenção primária, na enfermagem.

Pode-se evidenciar que os membros das equipes de saúde da família e, principalmente os profissionais de enfermagem, reconhecem e aceitam seu papel como educador em saúde e entendem a prática educativa como elemento imprescindível em seu cotidiano de trabalho, usando-a como alternativa capaz de proporcionar uma vida melhor para a comunidade.

Foi possível identificar o predomínio do modelo hegemônico, uma vez que os profissionais utilizam uma pedagogia tradicional, como descrito pelo estudo de Gondim et al. (2008), o qual informa “que os profissionais de saúde da família percebem as ações educativas como estratégias de prevenção de doenças embasadas na transmissão de conhecimentos e o desenvolvimento das mesmas é inconstante, improvisado e pouco articulado com as necessidades da população”. Essa tendência é corroborada de acordo com Souza (2011) que indicando que:

embora já seja evidente uma mudança positiva na educação em saúde desenvolvida no Programa Saúde da Família no sentido de uma ação educativa voltada para o diálogo com os usuários ainda se percebe que a estratégia comumente utilizada pelos membros da equipe para discussão de temas específicos junto à clientela é a palestra e mesmo quando se trabalha com grupos não se estabelece uma ação educativa conhecidamente embasada em Freire ou outros autores da educação libertadora ou problematizadora, evidenciando a utilização de um suporte teórico tradicional.

A pedagogia libertadora de Paulo Freire citada no artigo de Fernandes; Backes, 2010, destaca que o objetivo da educação em saúde não é informar, mas transformar saberes existente, visando o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos indivíduos para o cuidado de si, ou seja, visa práticas emancipatórias. Atendendo a essa expectativa, a relação educador/educando deve estar baseada no diálogo autêntico, numa relação horizontal, em que ambos posicionam-se como sujeitos do ato de conhecer. Do mesmo modo, direcionando a proposta de Paulo Freire para as práticas educativas em saúde, destacamos como sujeitos - profissional/usuário; profissionais/profissionais e usuários/usuário, para estabelecer as ações para que do diálogo possam emergir produtos do conhecimento coletivo.

A participação popular surge como preocupação em todos os artigos selecionados. Um dos principais dificultadores para a interação profissional/usuário, sendo descrita no artigo de

Fernandes; Backes, 2010, é a crença sobre o profissional da saúde sendo o detentor do saber e a população vazia de conhecimento, impedindo a realização da atividade educativa de uma forma mais dinâmica, dialógica e problematizadora. Além disso, como citado por Jesus; *et al.* (2008) muitos profissionais de saúde esquecem de respeitar as dimensões subjetivas culturais da comunidade, gerando falta de motivação e de interesse das pessoas pelas práticas educativas. Porém, algumas mudanças vêm sendo evidências como demonstrado no artigo de Figueira; Leite; Silva, 2012, onde fica clara a procura dos profissionais em trabalhar com parceiros dos bairros/localidades para obter apoio e divulgar o processo de trabalho, sem entrar em conflito com as diversidades locais.

É unânime em todos os artigos selecionados que o papel da enfermagem é fundamental para incentivar as pessoas a se envolverem mais com a educação em saúde nas comunidade, pois a troca realizadas nas ações de educação emergem saberes, confiança, vínculo, fortalecendo relações e qualificando o processo de trabalho da saúde coletiva.

Vale ressaltar que, mesmo prevalecendo o modelo tradicional (hegemônico), a cultura curativista, sanitarista prescritiva, médico-curativista e biologicista e apesar das dificuldades apresentadas tais como citadas no artigo de Fernandes; Backes. (2010), Jesus; *et al.* (2008) e Rodrigues; Santos. (2010), esforços vem sendo realizados para uma mudança na realidade e aplicação da educação em saúde.

Como principal fonte de mudança deve ser considerado, como indicado nos artigos Rodrigues; Santos, 2010; Jesus; *Et Al.*, 2008; Figueira; Leite; Silva, 2012, a mudança na formação em saúde, isto é, incluindo no currículo escolar a educação em saúde, agregando teoria à prática.

Apesar das falhas e dificuldades em sua formação e da necessidade de alteração do currículo escolar destes profissionais, os enfermeiros vêm assumindo, recentemente, seu papel como facilitador, agregando à sua rotina de trabalho o diálogo, a troca, aceitando questionamentos e através dessa abertura de conhecimento, trazendo transformações positiva para a interação com o usuário, entre a Unidade de Saúde e a Atenção Primária.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Educação em saúde é atribuição dos profissionais integrantes das equipes de saúde da família, e se destaca no processo de trabalho da enfermagem. As próprias bases conceituais da enfermagem preconizam a função da categoria profissional, e principalmente do enfermeiro, como um educador, afinal não há cuidar sem educar e vice-versa.

Ao assumir seu papel como facilitador e ao observar as rotinas e valores da população local, realizando parcerias com as lideranças da área de abrangência, o profissional de enfermagem é capaz de utilizar as práticas educativas como elemento de trabalho, proporcionando uma vida melhor para a comunidade e contribuindo para a educação em saúde no PSF.

A mudança na formação em saúde destes profissionais, com alterações no currículo escolar, incluindo a educação em saúde e agregando teoria à prática, é um desafio para a troca de saberes, confiança e vínculo, fortalecendo relações e qualificando o processo de trabalho da saúde coletiva.

Mesmo ainda sendo prevalente a utilização do modelo tradicional (hegemônico), pode-se perceber que esforços estão sendo realizados para uma mudança na realidade e aplicação da educação em saúde. Ressalta-se ainda a necessidade de adotar a perspectiva dialógica de “Educação em Saúde”, a qual contempla o princípio da integralidade e considera os participantes como portadores de saberes, os quais contribuirão na reformulação de políticas públicas eficazes e voltadas para as reais necessidades da população. A importância do uso de uma metodologia dialógica e problematizadora emerge, sobretudo, quando se considera a clientela do PSF, enquanto crianças, jovens, adultos e idosos, com necessidade de informações em saúde.

Pelos resultados apresentados no presente estudo, é possível identificar que a saúde e educação não podem ser dissociadas, caminham juntas, se articulam enquanto práticas sociais. Educação em Saúde, então, é um processo gradativo e por isso permanente, e deve ser incorporada ao PSF de forma natural, referencial e ininterrupta. Assim, a prática de educação em saúde requer do profissional de enfermagem, por sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACEVEDO MB, BECERRA FN, OSPINA JN, PAUCAR GE, CÓRDOBA AA, CORREA FP. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. **Invest Educ Enferm**. 2009;27(1):104-11.

ALVES, V. S. 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.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, E.P.; DINIZ, W.Y. **O Papel do Enfermeiro Como Educador na Comunidade**. Ourinhos: Faculdade Integrada de Ourinhos, 2008. Disponível em: <http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/019-O%20PAPE.pdf> . Acesso em: 20 mai 2013.

BACKES, Marli Terezinha Stein; et al. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Rev. enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7.

BOEHS, Astrid Eggert, *et al.* A Interface Necessária Entre Enfermagem, Educação em Saúde e o Conceito de Cultura. **Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.

BRASIL. Ministério da Educação Sistema Universidade Aberta do Brasil/Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED). **Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPEPS) - Módulo 01: Educação e Saúde**. Belo Horizonte: UFMG Escola de Enfermagem, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, v.4. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Educação. Sistema Universidade Aberta do Brasil/Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED). **Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPEPS) - Módulo 07: Investigando Questões da Educação na Área da Saúde**. Belo Horizonte: UFMG Escola de Enfermagem, 2012.

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

BOEHS, Astrid Eggert, *et al.* A Interface Necessária Entre Enfermagem, Educação em Saúde e o Conceito de Cultura. **Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.

BUDÓ ML, SAUPE R. **Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro**. Rev Bras Enferm. 2004; 57(2):165-9.

BUENO, Giovanna Hass; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monte. **Educação em Saúde**. Botucatu: UNESP/Escola de Medicina de Botucatu, 2003. Disponível em: <<http://www.moodle.fmb.unesp.br/course/view.php?id=102>>. Acesso em: 20 mai 2013.

COREN-MG. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. COREN-MG: Belo Horizonte, 2007. 20p

_____. Normas e Diretrizes para Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras. COREN-MG: Belo Horizonte, 2007. v.01. 22p.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996. p. 25-58.

COSTA MB, SILVA MI. **Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro**. Rev Enferm UERJ 2004;12:272-9.

ERMEL RC, FRACOLLI LA. **O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP**. Rev Esc Enferm. USP 2006;40(4):533-9.

FERNADES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em Saúde: Perspectiva de uma Equipe da Estratégia Saúde da Família sob a Óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2010 jul/ago. 63(4): 567-573.

FERRAZ, Fenanda, *et al.* **Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde**. Rev Bras Enferm 2005 set-out; 58(5):607-10.

FIGUEIRA, Maura Cristiane e Silva; LEITE Tânia Maria Coelho; SILVA Maria Silva. Educação em Saúde no Trabalho de Enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2012, mai/jun; 65(3); p 414-419.

GALVÃO C. M.; SAWADA N. O.; TREVISAN N. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-56, maio/jun. 2004.

GEOVANINI, Telma;*et al.* **História da Enfermagem** : Versões e Interpretações. Rio de janeiro: Revinter, 1995.

GONDIM et al.. **Análise das práticas educativas em saúde do Programa Saúde da Família no Distrito de Sanitário II da Cidade de João Pessoa**, Paraíba. Disponível em:<http://WWW.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumos_3488.html>. Acesso em 15 nov 2013.

JESUS, Maria Cristina Pinto de; *et al.* O Discurso do Enfermeiro Sobre a Prática Educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev. APS**. v. 11, n. 1, p 54-61. jan/mar 2008.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan./abr. 2001.

MOROSINI, Márcia Valéria; *et al.* Educação em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 20 mai 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Equidade na Saúde: o Programa de Saúde da Família de Minas Gerais**; Mônica Andrade Viegas (org.). Belo Horizonte: SES-MG; UFMG; ESP-MG, 2013.

NETO, Francisco José da Silveira Lobo. **Educação: Prática Social**. In: Curso de Formação Pedagógica para Docentes do Ensino Médio na Área de Enfermagem: Módulo 1, Rio de Janeiro, 2002.

OLIVEIRA DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2005; 13(3):423-31.

OLIVEIRA, Ester de; *et al.* **Educação em Saúde: Uma Estratégia da Enfermagem para Mudanças de Comportamento. Conceitos E Reflexões**. Goiânia: UCG/CEEN, 2009. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estrategia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudancas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>>. Acesso em: 20 mai 2013.

OLIVEIRA HM, GONÇALVES MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm** 2004; 57(6): 761-3.

ROCKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação e, Saúde. Relato das Vivências de Enfermeiros com a Estratégia Saúde da Família. **Invest Educ Enferm**. 2011; 29(3). p 381-390.

RODRIGUES, Davi; SANTOS Vilmar Ezequiel dos. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Revisão Bibliográfica das Publicações Científicas no Brasil. **J Health Sci Inst**. 2010; 28(4): 321-4.

SANTOS. Florinda Goreti dos. **Educação em Saúde: O Papel do Enfermeiro como Educador**. Franca: Instituto Educacional Severínia, 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-educador/44521/>>. Acesso em: 20 mai 2013.

SCLIAR Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SCHALL, Virgínia T; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, vol. 15, supl. 2, p.S4-S6, 1999. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/>> Acesso em: 15 dez de 2013.

SILVA, Cesar Cavalcanti da; SILVA, Ana Tereza M. C. da; LOSING, Agnes. **A Integração e Articulação Entre as Ações de Saúde e de Educação no Programa de Saúde da Família – PSF**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 70 – 74, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 13 dez 2013.

SILVA JUNIOR, Aloísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. Editora Hucitec. São Paulo, 1998.

SOARES, B. G. O. Prática de enfermagem baseada em evidências. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 1, p. 4-13.

SOUZA, Dilma Fagundes de. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM: DA PALESTRA AO ENCONTRO DIALÓGICO**. 2011. 143p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011

SOUZA, L. M. de; WEGNER, W; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p.337-343, mar./abr., 2007.

STELLER, C. B. *et al.* Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **Jona**, v.8, n.7-8, p. 45-53, 1998.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization - focused integrative reviews in nursing service. **Appl. Nurs. Res.**, v. 11, n. 4, p. 195-06, Nov. 1998.

TURKIEWICZ, Maria. **História da Enfermagem**. Paraná: ETECLA, 1995.

UFMG. **Educação como Prática Social**. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

VASCONCELOS EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec; p.11-19, 2001.

WAYHS, RI. **Ressignificando o sofrimento cotidiano da família da criança e do adolescente com o diagnóstico de câncer a partir de uma prática cuidativa-educativa problematizadora** [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

WHITTEMORE, Robin; KNALF, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. Oregon, v. 52, n. , p. 546-553, 2005.

APÊNDICE A

Ficha cadastral da amostragem

INSTRUMENTO DE COLETAReferência do Artigo: _____

Autor: _____

Profissão: _____

Qualificação do Autor: _____

Ano de Publicação: _____

Fonte: () LILACS () SciELO () Periódicos CAPES

Artigo encontrado em mais de uma base de dados? () Sim () Não

Idioma: _____ Texto Completo: () Sim () Não

Lócus do estudo no “programa saúde da família”? () Sim () Não

Objetivo do Estudo:

_____Quais ações, estratégias e resultados do estudo no que se refere à minha pergunta de revisão?

Artigo Selecionado? () Sim () Não

Se Sim, Nível de Evidência: () I () II () III () IV () V () VI