

# FORMANDO O ENFERMEIRO PARA O CUIDADO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE O ENSINO DE GRADUAÇÃO<sup>1</sup>

Beatriz Regina Lara dos Santos<sup>2</sup>  
Eliane Pinheiro de Moraes<sup>3</sup>  
Gema Conte Piccinini<sup>3</sup>  
Helena Victória Sagebir<sup>4</sup>  
Olga Rosária Eid<sup>5</sup>  
Regina Rigatto Witt<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, considerar a família como foco do cuidado de Enfermagem parece ser consenso, ao mesmo tempo que realizar tal cuidado tem constituído um desafio para prática profissional. Segundo *D'Espiney* (1997), pelo caráter prático da profissão, a formação profissional tem uma forte ligação com o contexto de trabalho, assim, formar enfermeiros para o cuidado ao grupo familiar, também, constitui outro desafio, que está relacionado a fatores oriundos do contexto político e social brasileiro.

Entre tais fatores, destaca-se que a Educação de Enfermagem incorporou, por muito tempo, a política vigente no país, enfatizando o ensino de especialidades oriundas do modelo biomédico, priorizando, dessa forma, os aspectos práticos centrados no hospital, na cura da doença do indivíduo, de maneira descontextualizada. As ações de promoção à saúde e de prevenção de problemas coletivos que afetam as famílias, por muitos anos, não foram valorizadas. Apenas, na última década, a Educação em Enfermagem avançou, preconizando que uma das finalidades do currículo é responder às necessidades de saúde da população, através da atenção à clientela hospitalizada e a que vive coletivamente. (*Santos et al.* 1998).

No momento atual, os currículos dos cursos de graduação, conforme *Canário*(1997), vivem mudanças importantes. Tais modificações, originam-se de uma nova visão paradigmática que enfatiza, na prestação de cuidados, a promoção da saúde articulada com contextos sociais e ambientais. Assim, no últimos anos, a literatura, os eventos e a produção científica, oriunda dos programas de pós-graduação, mostram grupos organizados e comprometidos com o desenvolvimento desta área, principalmente, após as VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde e a implantação em nível nacional do Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

*Universidade, enquanto fonte de produção de conhecimento e enquanto responsável pela formação de profissionais de alto nível, pode potencialmente afetar a qualidade e a direção do desenvolvimento em que ela se insere. Buscar aperfeiçoar as atividades-fim parece-nos compromisso inevitável daqueles que a constituem.*

*Marisa Japur*

<sup>1</sup> Artigo elaborado por docentes e pesquisadores vinculados ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NESFAC) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

<sup>2</sup> Professora adjunta, doutora em Educação.

<sup>3</sup> Professora assistente, mestre em Enfermagem.

<sup>4</sup> Professora adjunta, livre docente em Enfermagem em Saúde Comunitária.

<sup>5</sup> Professora adjunta, doutora e livre docente em Enfermagem Pediátrica.

<sup>6</sup> Professora assistente, mestre em Saúde Pública.

Paralelamente, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), por meio do Decreto que regulamenta a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, determina que o profissional enfermeiro, como integrante da equipe de saúde "(...) participe em programas e atividades e educação sanitária, visando a melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral (...)" (ABEn 1987, p.26).

Mendes (1996), ao estudar as mudanças curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, nas diversas universidades brasileiras da década de 70 a 90, aponta o pioneirismo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) ao inserir em seu currículo, no início da década de 80, uma disciplina que enfatizava a assistência à família em nível de comunidade. Destaca-se que tal iniciativa contrariava as políticas de saúde e educação vigentes na época e, conseqüentemente, enfrentou resistências de várias ordens.

Atendendo uma solicitação da ABEn, como professores da área de Enfermagem de Saúde Comunitária do curso de graduação EEUFRGS, que vivenciam, há mais de duas décadas, o processo educativo na área de cuidado à saúde da família, tentamos responder duas questões centrais desta temática: **como a EEUFRGS tem constituído o processo de formação do profissional enfermeiro para o cuidado a saúde da família?**; e, conforme nossa vivência, **quais são os aspectos relevantes que devem nortear um planejamento pedagógico para o ensino do cuidado a saúde da família?**

Para tal, em um primeiro momento, busca-se traçar uma relação entre as políticas de saúde adotadas no nosso país, no último século, e a educação de enfermagem, a fim de auxiliar o desvelamento de alguns valores e atitudes que, até hoje, dificultam o processo de formação de profissionais para o cuidado ao grupo familiar, bem como a implantação de algumas políticas públicas de saúde. Logo após, destaca-se a articulação da enfermagem na política de atenção à saúde da família. A seguir, é relatada a experiência da EEUFRGS na formação de enfermeiros para o cuidado a saúde da família, bem como são apontados alguns princípios norteadores da dinâmica da atividade pedagógica inerente ao processo relatado. Destaca-se que tais princípios são considerados essenciais, para o estabelecimento de um projeto pedagógico para o ensino da atenção a saúde do grupo familiar.

## AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

No Brasil, as primeiras políticas de saúde aparecem como preocupação do governo com a formação das cidades, a aglomeração das pessoas em precárias condições de vida e a proliferação das doenças infecto-contagiosas. Como proposta da saúde pública, o movimento sanitário, vigente nas duas primeiras décadas deste século, apresentou para a sociedade um projeto de intervenção – o camponês/policia (Mehry apud Rizzotto, 1999). Embora as intervenções propostas tivessem alguma eficiência, foram contestadas pela população, devido ao autoritarismo empregado nas ações, como, por exemplo, na vacinação obrigatória e no confinamento dos doentes.

Neste contexto, surgiu a enfermagem profissional na qual, segundo Germano (1985), o currículo adotado, na época, priorizava as disciplinas vinculadas à Saúde Pública, porém era exigido que as alunas trabalhassem em instituições hospitalares.

Concomitantemente, a intenção inicial de formar profissionais que assumissem o papel de educadores em saúde, não se concretizou por uma série de fatores. Entre eles, destaca-se a forma como a enfermagem foi inserida na sociedade brasileira, "de cima para baixo", causando estranheza a população e conseqüente rejeição do trabalho educativo, pois esse era visto como uma forma de interferência na privacidade e individualidade, que desconsiderava os limites de assimilação e alcance das orientações, além de não propor mudanças estruturais na sociedade (Rizzotto, 1999).

Ao mesmo tempo, surgiu o paradigma da medicina clínica, cujo discurso era individualista-privatista exigindo outro espaço para se desenvolver, o hospital. O currículo recomendado em 1949, para Germano (1985), privilegia a área preventiva, porém o mercado de trabalho privilegia a área hospitalar, para onde os profissionais de enfermagem foram, paulatinamente, direcionados. Neste espaço, o paciente tinha o direito de ser ouvido sobre as alternativas terapêuticas e, até mesmo, decidir sobre os procedimentos aos quais deveria se submeter, sendo responsabilizado por sua saúde, uma vez que esta seria alcançada a partir de uma mudança de comportamento do mesmo.

Na década de 40, o papel do profissional, como educador, é retomado com a criação dos

centros de saúde, nos quais a atenção era organizada em programas, sendo, a educação sanitária, a base da ação e o poder coercitivo substituído pela persuasão. Assim, origina-se a tendência contemporânea da organização no campo da saúde sob a forma de programas de atenção individual, por exemplo os Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança, da Mulher, entre outros.

Nos anos 60, com o “Milagre Brasileiro”, o entendimento da saúde como assistência médica especializada, sofisticada, fragmentada e que privilegia a internação hospitalar, favorece os negócios das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. A enfermagem caracteriza-se por valorizar a organização dos serviços de saúde, a melhoria do ensino e a organização dos princípios científicos que norteavam sua prática. Com isso, o profissional distancia-se, cada vez mais, do paciente e procura assumir cargos administrativos, relacionados à gerência das ações de enfermagem. As ações de promoção à saúde e de prevenção dos problemas, que afetam as famílias e as comunidades deixam de ser valorizadas.

Segundo *Germano* (1985), a área de enfermagem em saúde pública não era configurada no currículo proposto em 1962, como disciplina obrigatória para o currículo mínimo de graduação. Assim como a resolução n.º 04/72 do CFE de 1968, recomendava que o enfermeiro fosse formado, para dominar as técnicas avançadas de saúde e acompanhar a sua evolução científica.

O desenvolvimento de medidas terapêuticas provoca uma mudança gradativa no quadro nosológico com a diminuição das doenças transmissíveis e da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida e das doenças degenerativas.

Na década de 70, surgem os primeiros cursos de pós-graduação em enfermagem. Em meio à crise do modelo curativista-privatista, as políticas de cuidados primários à saúde estimulariam o autocuidado e a autonomia das comunidades.

As décadas de 80 e 90, caracterizam-se pela organização de trabalhadores e entidades dos setores da saúde e educação. A VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, propõem a adoção de modelos assistenciais mais condizentes com a realidade sócio-econômico-cultural de nosso país, com ações que visualizem o cliente, de forma integral, ultrapassando o modelo preventivo-curativo pelo enfoque holístico, e a participação da população na organização e na gestão do sistema de saúde (*Santos*, 1996).

O reconhecimento da saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, é incorporado à Constituição de 1988. A criação de canais de participação impõe uma real democratização das relações entre profissionais e clientela. Em 1990, a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde é definida em lei e são criados os Conselhos de Saúde.

Nesta mesma década, a portaria nº 1721 de 15 de dezembro de 1994, estabelece o Currículo Mínimo de Enfermagem, cujos pressupostos foram: a conjuntura e o contexto de saúde do país; a relação do processo de formação com o processo de trabalho da enfermagem e do enfermeiro, com a finalidade de responder às necessidades de saúde da população; a consonância da formação e da prática profissional com os princípios oriundos da Atenção Primária à Saúde; a Lei do Exercício Profissional; e a abordagem dos problemas individuais e coletivos de saúde, através do método clínico e epidemiológico. Como estratégia de desenvolvimento curricular, preconiza a teoria emanando da prática, inclui atividades educativas, além das terapêuticas e administrativas e destaca que a atenção de Enfermagem deve ser destinada à clientela hospitalizada, bem como a que vive coletivamente, supondo-se que nesta, esteja incluída a família (*Santos*, 1996).

Frente ao desafio de construir referenciais que orientem a formação do enfermeiro para a saúde da família, deve-se considerar as diversidades impressas pela política e prática de saúde na sociedade brasileira. Entre as quais destacam-se:

- os padrões de comportamento da população, quando questiona o trabalho do enfermeiro junto à família, principalmente, no espaço domiciliar, quanto por parte do profissional que continua a reproduzir posturas moralizantes e normatizadoras, herdadas do projeto campanhista/policial (*Kaloustian*, 1994);
- as políticas de fracionar os segmentos portadores de direitos, por exemplo a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, também fracionaram a família e, em certas situações, o próprio indivíduo, nas suas diversas fases do desenvolvimento e crescimento, acabando por embaçar as demandas de justiça e proteção do grupo familiar;

- a crise econômica do setor saúde, que gera dificuldades de acesso e qualidade dos serviços públicos, impulsionando a venda de planos privados, inacessíveis para a maior parte da população;
- o crescente distanciamento da família, imposta ao enfermeiro pelas políticas de saúde que valorizaram a organização dos serviços de saúde, colocando-os em cargos administrativos relacionados a gerência das ações de enfermagem;
- a dicotomia entre teoria e prática, na origem da formação do enfermeiro.

Este quadro apresenta o desafio de propor estratégias de formação de enfermeiros para atuarem junto às famílias. Na atualidade, algumas estratégias são propostas pelo PSF.

## O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E A ENFERMAGEM

Diante da necessidade de agilizar a reforma do sistema de saúde, o Ministério da Saúde concebeu, no final de 1993, o PSF, elegendo o núcleo familiar como foco de suas ações. Tal iniciativa justifica-se à medida que este grupo primário, origem de todos os outros, está presente, mesmo que de forma indireta, em todas as instituições e na sociedade, condicionando e sendo por ela condicionado. A família é, neste sistema, um sub-sistema decisório, consumidor, parceiro.

Esta proposta, constituiu-se em uma alternativa para enfrentar os problemas na implantação do SUS. As características deste sistema, proposto na constituição de 1988 e consolidado na Lei Orgânica da Saúde de 1990, exige a organização de serviços descentralizados, ágeis, democráticos em sua gestão, com novos tipos de ações, capazes de atender as demandas da rápida transformação da estrutura etária da população, a complexa evolução dos problemas de saúde e as características regionais.

O Programa Saúde da Família, colocado como uma estratégia importante para reorganização da atenção básica do SUS, tem o aspecto marcante de agilizar, de forma efetiva, a descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população, que se manifestam como prioridades e refletem problemas concretos.

É no cotidiano, no concreto do espaço da família, que os profissionais do sistema, em interação com estas, buscam a construção da saúde, priorizando proteção, a promoção do auto-cuidado, a troca solidária, buscando, dessa maneira, sair do modelo biomédico, dependente, centrado na doença. Vê-se, assim, que a filosofia que perpassa é mais do que uma simples extensão de serviços, pois enseja uma prática que oportunize crítica, mudanças, construção de saber.

*Garrido e Levcovitz* (1998, p.3) concebem as unidades do PSF como uma “**porta de entrada do sistema**”, uma “**reforma substitutiva**” para reestruturar o modelo assistencial.

As diretrizes operacionais, para implantação das unidades do PSF, determinam que tenham uma clientela adstrita de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 pessoas e recomenda que cada unidade conte com uma equipe composta de, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 1994).

A reorientação do modelo, proposta no PSF, indica que a prestação de serviços deve privilegiar a atenção primária, a integralização das ações, num território definido, no espaço familiar, constituindo um verdadeiro desafio para todos os profissionais de saúde.

No documento ministerial do PSF, estão definidas as atribuições da equipe e de cada uma das categorias que a compõe (BRASIL, 1998). A análise do documento permite afirmar que a proposta é de atenção à comunidade, uma vez que se propõe a assistir a “todos os homens” e ao “homem total”. Não o divide em curativo e preventivo. A ênfase é a prevenção, por meio de ações educativas e a democratização do saber.

O enfermeiro é um profissional, obrigatoriamente, integrante da equipe de trabalho do PSF, tem explicitadas atribuições em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade, prestando, permanentemente, cuidados e promovendo aspectos de educação (BRASIL, 1998). Isto exige que esse profissional, disponha de um repertório que lhe permita assumir múltiplos papéis: de educador, prestador de cuidados, consultor, uma vez que está sujeito a constantes solicitações e transformações da sua prática, inserida nas constantes mudanças que ocorrem no seu espaço de trabalho.

Em 1998, o Ministério da Saúde solicitou às Universidades que incluíssem em seus currículos

de graduação a proposta e os princípios do PSF. Tal solicitação foi uma tentativa de sensibilizar as instituições de ensino superior para a capacitação de profissionais, principalmente, médicos e enfermeiros, para atuarem nesta proposta de reorganização do sistema de saúde.

Para tornar tal sistema resolutivo, segundo *Souza (1999)*, é imprescindível que os currículos de graduação enfatizem: o trabalho em equipe; a competência técnica; o reconhecimento da responsabilidade pelo território de atuação, valorizando a cultura, os valores dos atores sociais e as situações de risco; a capacitação para o processo de gerenciamento em saúde, observando a concepção de Saúde Coletiva, subsidiado na análise do cotidiano como suporte para a ação profissional que contribui para a melhoria da qualidade de vida da população.

A busca de um modelo de cuidado, que enfatiza a relação entre profissional e a família, como estratégia para garantir uma cobertura eficiente da comunidade, tem sido, há várias décadas, o norteador da educação em enfermagem comunitária da EEUFRGS.

## PIONERISMO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao longo da trajetória da EEUFRGS, inúmeros fatos fizeram com que esta instituição se transformasse num marco para a formação de enfermeiros na área de saúde da família.

Em pesquisa realizada por *Santos (1996, p.197)*<sup>7</sup>, vários professores de enfermagem, dessa Escola, quando questionados sobre suas vivências no ensino de práticas profissionais com famílias, declaram que *“a preocupação com a área da saúde da família era um aspecto presente desde o início da EEUFRGS...seguramente, na área da saúde, no nosso meio, a nossa escola foi uma das primeiras instituições de ensino superior que valorizou a família como unidade merecedora de atenção e, também, teve a preocupação de preparar a enfermeira para uma prática capaz de atender as características ao longo de seu ciclo de vida.”*

Tal depoimento, vai ao encontro do estabelecido como filosofia pela EEUFRGS, em 1971, *“formar enfermeiros capazes de auto dirigir-se e ...proporcionar cuidados integrais aos indivíduos, famílias e grupos”*.

Esta perspectiva filosófica tem determinado as trajetórias das atividades de ensino, pesquisa e extensão, culminando com a organização do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC), nesta instituição.

As produções desse núcleo têm sido objeto de divulgação em eventos científicos e periódicos, subsidiando a construção teórico-prática das propostas pedagógicas adotadas nas disciplinas da área de Enfermagem em Saúde Comunitária.

## O PROCESSO EDUCATIVO VIVENCIADO NO ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

Da pesquisa inicialmente referida, trazemos à reflexão a experiência dos professores que desenvolvem o processo educativo de cuidado à família no Curso de Graduação de Enfermagem. Seguindo a orientação de *André (1995)*, este processo contempla as dimensões pedagógica, institucional e a sócio-político-cultural, acrescidas da dimensão pessoal e profissional do professor.

As experiências próprias do professor, enquanto aluno e profissional, e a gênese de ser professor e suas motivações para a área de prática profissional com famílias, inserem-se no referido por *Mosquera (1984)*, sobre o que é ser docente. Esse renomado educador, afirma ser este, uma pessoa que possui uma trajetória histórica determinada por suas experiências, ações e comportamentos. E considera que cada professor imprime um significado próprio a sua profissão e que, tal significado, está ligado ao seu processo de individualização, à sua trajetória enquanto pessoa e profissional e à sua interação com a sociedade e cultura.

As concepções dos professores ouvidos, enquanto pessoas e profissionais, acerca do significado da família, o significado da família para o cuidado e o cuidado à família são traduzidas por uns, de

---

<sup>7</sup> A descrição dos depoimentos obtidos na coleta de dados dessa Tese de Doutorado subsidiaram o conteúdo deste artigo.

acordo com *Boyd* (1990), como um sistema de membros que interatuam, ou seja, um sistema humano que está sempre aberto a trocas e as mudanças, ao mesmo tempo que significa muito mais que a soma das características e condições de cada um de seus membros.

Alguns professores, consideram a família como uma unidade biopsicossocial, conforme o enfatizado por *Akerman* (1982). Entre os vários relatos discorridos, um refere que: "... entendo que a família é a base, é o centro da referência, o primeiro núcleo psicossocial que as pessoas têm para conviver, para poder a partir daí conviver na sua comunidade, no seu emprego, na sua escola ...". Outros, enfatizam que a família é um sistema aberto que se apresenta na sua organização moderna, ou seja, nuclear, muitas vezes, monoparentais ou extensas e salientam que a família "...enquanto grupo tem funções que determinam os papéis assumidos pelos diversos elementos..." Vários docentes consideram que família é "...basicamente sentimento...cada grupo tem sua própria percepção sobre família."

No entanto, a experiência de um outro professor traz que "(...) a família, nem sempre é um lugar, um núcleo que recebe bem, que aconchega, que supre necessidades." Acrescenta que às vezes entrevista uma aluna e esta diz "... não querer ninguém, querer ficar sozinha, morar sozinha (...) parece que não existe pai e nem mãe."

A criação desses espaços, para os alunos e professores olharem para as suas trajetórias de vida e resgatarem o seu próprio processo vivenciado de família, facilita a abertura necessária para entender o processo no outro.

Através do cotidiano, onde os professores experenciam o ensinar e cuidar, vem a importância constatada de que valorizam e acreditam no cuidado à família, mas reconhecem as dificuldades em executar tal cuidado. Consideram, também, a família como cliente da enfermagem, porém salientam que prestar assistência à saúde da família tem constituído um desafio para a formação e prática profissional. Destacam que precisam aprender mais e recomendam a necessidade de estabelecer estratégias para desenvolver o cuidado à família que extrapolem a instituição hospitalar.

Para *Elsen* (1994, p. 69), a família constitui uma unidade de saúde para seus componentes, apesar dos estudos que abordam as funções da família não incluírem, "(...) de forma explícita, o cuidado à saúde de seus membros." Entretanto, destaca que essa unidade nem sempre é eficiente no desempenho desse papel e, apenas, é considerada saudável quando cuida da saúde de seus componentes de forma adequada.

Ainda em referência a concepção do professor sobre o cuidado à família, os docentes têm observado a necessidade e importância de atenção e orientação aos membros do grupo familiar, à medida que, frequentemente, no âmbito do domicílio, estes são os cuidadores naturais. Assumindo a responsabilidade do processo de cuidado, na percepção dos professores, os cuidadores também podem desenvolver problemas de saúde, principalmente, por estresse e desemprego, este último ocasionado pela necessidade de permanecerem constantemente no domicílio. Assim, configura-se um problema para a enfermagem intervir junto com suportes adicionais interdisciplinares e da comunidade.

Segundo *Elsen* (1994, p.72), sendo a família a unidade básica de saúde para seus membros, instala-se para a Enfermagem o desafio de "**cuidar de quem cuida.**" Tal desafio, gera novas perspectivas tais como cuidar da família no local que essa se encontra, seja ele ambulatório ou no próprio domicílio. Conforme um professor desse estudo manifestou: "(...) cada membro da família devia encontrar no profissional de saúde, na equipe de saúde, um espaço que ele possa depositar suas angústias, aflições, problemas relacionadas com a doença familiar, que mexe com a família toda."

A dimensão pedagógica está diretamente relacionada com a atividade de ensino que o professor desenvolve, tanto em atividades teóricas como, também, em teórico-práticas, que ocorrem em nível de comunidade. Sua organização abrange o estabelecimento de: marcos norteadores, objetivos e conteúdos programáticos com as experiências teórico práticas e o processo avaliativo.

A importância de contextualizar a família no ambiente humano, físico, político, social e econômico que esta vive é enfatizada pelos professores: "(...) primeiro eu acho importante que eles tenham uma visão de quem é a comunidade, onde eles moram, se é pobre, rica, quem é que mora. Assim, os alunos vão ter mais elementos para conhecer e cuidar da família, já conhecerão a comunidade".

Como princípio norteador do processo educativo, foi destacado a atitude do aluno e professor compartilharem decisões com a família, portanto, realizando a prática com a família e não para ou na família. O processo educativo deve ser de forma participativa, derrubando o método de processo ensino verticalizado, que não atende a necessidade de ensino dos alunos com as famílias e a comunidade. Uma professora refere que “o nosso trabalho é muito mais com o enfoque dentro, em conjunto, em comum acordo com a comunidade, dentro da família. Participando com ela na identificação das necessidades, valorizando ao máximo seus próprios recursos, ajudando na busca e utilização de recursos institucionais.”

A relevância de trabalhar em equipe é enfatizada, um professor aponta ser “... importante trabalhar em equipe... relatar casos em equipe, discutir dúvidas e condutas e solicitar apoio sempre que sentir necessidade. Geralmente, as primeiras condutas são conversar, ouvir a família e fazer a aproximação ou vínculo com esta. Não existe receita, tudo o que vai acontecer a posteriori, nós não sabemos. E, muitas vezes, nos sentimos impotentes.”

Os docentes procuram, constantemente, aprimorar as relações humanas, profissionais e institucionais que se desenvolvem no cotidiano da assistência à família nos serviços de saúde. Essa possibilidade interativa, numa perspectiva crítica, é possibilitada no convívio profissional entre os trabalhadores de saúde, usuários do serviço, professores e alunos. Visualiza-se, então, a necessidade do processo pedagógico alinhar-se ao modelo interdisciplinar.

Na concepção de *Fourrez apud Maggi* (1999, p.21), a interdisciplinaridade “nasceu da tomada de consciência de que a abordagem do mundo por meio de uma disciplina particular é parcial, e por vezes, estreita.” Daí a compreensão que uma questão do cotidiano remeta a uma multitudine de enfoques no cuidado, para buscar a solução de um problema concreto de saúde nas famílias ou na comunidade onde vivem: violência familiar, desemprego, exclusão social, DST/SIDA, desnutrição, internação domiciliar, não aderência aos programas específicos, às necessidades próprias do ciclo vital da família e do indivíduo, entre outros relativos a situação etária, cultural, socioeconômica, mental, sanitária e ambiental.

A importância de visualizar a família, como uma unidade de cuidado, é expressada, freqüentemente, referindo que “o paciente não é sozinho, ele vem de algum lugar e se trabalha a valorização das pessoas cuidadoras de quem necessita o cuidado quer sejam as figuras parentais e/ou outros familiares.”

Ao desenvolver, no processo educativo, a atenção ao grupo familiar, o cuidado é citado pelos professores como “forte norteador desta atenção. A família, sendo núcleo de saúde, responsável pelo cuidado de seus filhos e de todos os entes, precisa ser cuidada”. A partir deste enfoque, os professores preconizam que, na atividade pedagógica, o cuidado à família seja desenvolvido a partir da vivência do aluno com este grupo social, bem como que, tal cuidado, seja sistematizado, por meio da utilização do Processo de Enfermagem, que auxiliará a compreensão do processo de viver da própria família.

Outro marco norteador da atividade pedagógica é a comunicação interpessoal. Os docentes acreditam que esta tem de ser vivenciada a cada instante e consideram que o aluno, enquanto ser com responsabilidade e interessado, “(...) tem suas propostas que devem ser ouvidas, ele é um ser com capacidade de trazer excelentes alternativas para as situações mais variadas em termos de cuidado.”

Assim, os alunos experienciando a oportunidade de sentirem-se sujeitos no próprio processo educativo, aprendem a considerar sujeitos o usuário dos serviços de saúde e os outros profissionais da equipe.

No que se refere aos objetivos das atividades pedagógicas, os docentes pretendem capacitar o aluno para a prestação do cuidado de enfermagem à família como uma unidade; demonstrar capacidade de aplicar o processo de enfermagem ao grupo familiar; compreender e reconhecer os múltiplos fatores que interatuam no processo saúde-doença deste grupo; identificar a estrutura familiar adotada pelos clientes; propor ações de enfermagem compatíveis com o grau de dependência da família; e instrumentalizar a família para o autocuidado.

A dinâmica da atividade pedagógica, vivenciada pelos docentes com os alunos, engloba vários temas que oferecem oportunidades para instrumentalizar o processo educativo no cuidado à saúde da

família. Entre estes temas, destacam-se os relacionados as características do grupo familiar, a sistematização do cuidado de enfermagem e a dinâmica das relações entre os componentes do núcleo familiar, bem como entre a equipe de saúde e a família.

Na realidade, diante de sua amplitude, esses temas são articulados e complementados no decorrer das vivências teórico-práticas dos professores e alunos. Para tal, como estratégia metodológica, os professores adotam a interdependência entre o processo educativo e os programas das instituições de saúde em que as atividades pedagógicas são desenvolvidas, o que possibilita as trocas constantes entre aqueles que ensinam, os que aprendem e os que viabilizam o cuidado no cotidiano da prática profissional.

Como procedimentos nas atividades teóricas, os professores utilizam aula expositiva dialogada, leitura, interpretação e discussão de textos, atividade de reflexão em grupo a partir de questões norteadoras e questões vivenciais dos alunos. Salientam que o procedimento que proporcionou maior interação entre o professor e o grupo, foi a atividade de reflexão. Por exemplo, uma das professoras solicitou que os alunos refletissem sobre duas questões: **“O que é família para você?”** e **“Você está feliz com a família que tem?”**

Percebe-se que, desta forma, o professor contribui para que cada aluno exerça o pensamento reflexivo em relação à sua própria construção e acerca da construção de seus colegas. Afastando, assim, a idéia de verdades e conceitos únicos e aceitando a relatividade da questão, sendo reconhecida a variedade de elementos que implicam na construção dessa conceituação.

Os momentos de diálogo e de troca de experiência, entre alunos e professores, são considerados extremamente positivos para o exercício da intersubjetividade no processo educativo. Acredita-se que a análise das situações vivenciadas por todos sujeitos envolvidos em tal processo, os auxiliarão em situações futuras, até mesmo em suas próprias famílias, principalmente, quando exercerem o papel de cuidadores.

A partir dessas vivências, acredita-se que as atividades pedagógicas, pautadas por um enfoque que construa o conhecimento a partir da realidade vivida pelos próprios alunos, ao mesmo tempo que desperta o interesse, contribui para a transferência do conhecimento construído para situações imprevisíveis, que serão enfrentadas, por estes, na prática profissional.

No que se refere à metodologia utilizada pelos professores nas atividades teórico-práticas, estas são sempre realizadas no âmbito da comunidade, em subgrupos de alunos e converge para a utilização do processo de Enfermagem que, conforme *George* (1993, p.25), foi desenvolvido “... como um método específico de aplicação de uma abordagem à prática de enfermagem.”

Destaca-se que a prática não deve ser pré-determinada, mas sim construída ao longo da relação profissional/cliente, no contexto desse trabalho, traduzida para professor/ aluno/ cliente. Na experiência relatada, os professores direcionam-se para o conhecimento oriundo do pensamento reflexivo, que para *Garcia* (1992), constitui um fator determinante da prática de ensino. E, para *Schön* (1992), é derivação da ação prática e, portanto, é tácito, pessoal e não sistematizado, experimental, não fixo, sujeito à mudança através da dialética entre a teoria e a prática.

Assim, na dinâmica da ação educativa, os professores procuram relacionar a fundamentação teórica, legal e metodológica do exercício profissional, englobando situações de cuidado à família em seu domicílio, unidades sanitárias, comunidades e ambulatorios. Essa aproximação com o desenvolvimento do papel profissional, inserindo o aluno no contexto sócio político sanitário e cultural em que vivem as famílias, possibilita a abertura, envolvimento e compromisso do aluno e professor para considerar a saúde da família na sua totalidade, bem como espera-se que proporcione transformações significativas, no sentido ético e bioético, que deve embasar toda a relação profissional.

Os momentos de discussão de fatos vivenciados no dia a dia, segundo os docentes, aproxima muito mais o grupo de alunos e professores. O professor contribui para o desvelamento da realidade, por parte dos alunos, à medida que acrescenta elementos de sua vivência, como profissional da área.

A inclusão de seminários, contando com relatos de profissionais que trabalham em programas de atenção à família e a visita as instituições que desenvolvem práticas com famílias, também, são destacadas pelos docentes. Esses, consideram inquestionável a repercussão da realização da visita domiciliar e consulta de enfermagem para aprendizagem dos alunos, pois nestas atividades é que

ocorre a abordagem com as famílias e, conseqüentemente, a ação educativa de como cuidar com a família.

A capacitação profissional, incluindo a pesquisa, é considerada, pelos professores, como um fator que acresce significativamente o processo educativo. Um professor referiu “ter utilizado bastante da minha vivência, por ocasião da dissertação de mestrado ... eu procuro, agora, trabalhar com este enfoque, porque todos os alunos necessitam de uma instrumentalização para conseguir vivenciar esta situação de dor e dificuldade que a possibilidade de perda da criança, como os familiares também... eu acho que muito daquilo que a gente evidencia na pesquisa qualitativa vai nos dando suporte para também trabalhar esses fenômenos junto com os alunos.”

Segundo *Moraes* (1999), quando a pesquisa em sala de aula é compreendida e assumida de forma adequada pode trazer muitas vantagens, pois permite aos participantes “... um melhor conhecimento de si mesmos e do mundo, estabelecendo relações significativas entre conhecimento que já têm e novos conhecimentos investigados.”

Entre as dificuldades sentidas por professores, encontra-se a de visualizar o cliente, indivíduo, ou família, como um todo, porque o enfoque dominante, tanto nas instituições de saúde como nas instituições formadoras de profissionais de saúde, ainda é biomédico e curativo. Assim, o distanciamento do enfoque holístico na formação, não fornece, muitas vezes, a esses alunos, a compreensão profunda dos problemas humanos.

Outra dificuldade no desenvolvimento da atividade teórico-prática, relacionada por alguns professores, é associada às condições apresentadas pelos alunos. Dois aspectos são aqui considerados. A aceitação dos alunos a esta prática apresenta particularidades, algumas delas decorrentes do próprio perfil pessoal do aluno: “...tem os que chegam ávidos para conhecer, exercitar; e tem os que chegam céticos e com os estudos descobrem o enorme campo de trabalho que oferece a prática com famílias”.

Também, a falta de motivação dos alunos refere-se ao fato de nas visitas domiciliares haver “grande dificuldade de entrar na casa das pessoas. É o ambiente, porque em uma instituição as pessoas chegam despidas do cotidiano, (...) o cotidiano tem um peso muito forte (...) que a gente sente no domicílio”.

As formas de avaliar a prática acadêmica, a fim de melhorá-la, necessitam além das já conhecidas determinações regimentais, oferecer uma ampla oportunidade de analisar o que se faz, comparando os resultados alcançados com os objetivos constituídos e como percorreu-se o caminho.

Na percepção dos professores o processo de avaliação é participativo, inclui autoavaliação e análise do desempenho dos alunos em atividades propostas, tais como seminários e estudo de caso.

O trabalho conjunto professor/aluno/família, decorrente das atividades pedagógicas, propicia o crescimento mútuo, a valorização do processo vivencial e a humanização da ação educativa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ensinar a promoção, recuperação e manutenção da saúde na família, a fim de promover saúde para cada um de seus membros e da família como unidade, é um processo complexo e, nesse sentido, reconhece-se que os próprios estágios familiares, gerando múltiplas necessidades, demandam constante interação com diversos profissionais interdisciplinares e instituições.

Aprende-se, então, que o apoio teórico a interdisciplinariedade, o conhecimento e o confronto das situações e condições vivenciais, bem como das relações familiares habituais e em crises contextualizam e fundamentam as intervenções e atividades de enfermagem determinantes aos processos educativo e assistencial, colaboradores à aprendizagem acadêmica e a melhoria das necessidades do grupo familiar.

É portanto na prática com a disciplina de **Enfermagem na Comunidade** que a assistência à família torna-se um contínuo acadêmico-assistencial, justamente por ocorrer no espaço que a família experencia a complexidade do seu viver, que é uma resultante de sua configuração, estrutura, organização, funções papéis, estilo de vida, crenças, valores, mitos, riscos, rede de apoio intra familiar e comunitária e o grau de competência para cumprir seus compromissos.

A leitura da vivência dos professores, leva-nos a pensar que a Educação de Enfermagem na área de Prática Profissional com famílias, encontra-se em um estado de arte, que tenta não incorporar o conhecimento oriundo do modelo biomédico e da educação tradicional, pois busca, gradativamente, o entendimento da vivência dos sujeitos do processo educativo, o conhecimento proveniente da análise de situações vivenciadas na prática, assim como a humanização de suas ações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAN, Nathan W. *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
- ANDRÉ, Marli Eliza D.A. de *Etinografia da prática escolar*. Campinas: Papyrus, 1995.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *A nova lei do exercício profissional da enfermagem*. Brasília: ABEn, 1987.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: na saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- \_\_\_\_\_. Programa Saúde da Família- PSF. <http://www.saúde.gov.br/psf.htm>, 30/06/98.
- BOYD, Sheryl T. Base conceptual para la intervención de enfermería con las familias. In: HALL, Joanne E., WEAVER, Barbara Redding (Org.). *Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas*. Washington: OPAS, 1990.
- CANÁRIO, Rui. Formação e mudança no campo da saúde. In: CANÁRIO, Rui (Org.). *Formações e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.
- D'ESPINEY, Luísa. Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, Rui (Org.). *Formações e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997.
- ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, Ingrid; PENNA, Cláudia Maria de Mattos, ALTHOLFF, Coleta Rinaldi et al. (Org.) *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- GARCÍA, Carlos Marcelo. A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In: NÓVOA, António. *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 1992.
- GARRIDO, Neyde; LEVCOVITZ, Eduardo. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- GEORGE, Julia B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1985.
- MAGGI, A., NUNES; M.L.T. *Intervenção psicológica com pais de crianças portadoras de fissuras labiais e/ou palatais*. Porto Alegre, 2000. Tese Doutorado - Curso de Pós-Graduação em Psicologia - PUC/RS.
- MENDES, Maria M. R. *O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994- mudança de paradigma curricular?* Ribeirão Preto, 1996. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

- MORAES, Roque. *Compreendendo a produção e o contexto de aula como pesquisa: estudo a partir de depoimentos via correio eletrônico*. Porto Alegre, 1999. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação, PUC. p.4
- MOSQUEIRA, J.J.M.; STOBÄUS, C. *Educação para a saúde: desafio para sociedades em mudança*. 2.ed. Porto Alegre: D.C.Luzzatto, 1984.
- MORAIS, Roque. *Compreendendo a produção em um contexto de aula com pesquisa: estudo a partir de depoimentos via correio eletrônico*. Programa de Pós Graduação em Educação - PUC/RS, 2000. (mimeografado).
- RIZZOTTO, Maria Lúcia F. *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB, 1999.
- SANTOS, B.; SAGEBIN, H.; PASKULIN, L.G.; EIDT, O.; WITT, R. A formação dos profissionais para atenção primária à saúde: a participação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 19, n.1, p.5-10, jan.1998.
- SCHÖN, Donald A . *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós, 1992
- SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. *Educação Enfermagem e Prática Profissional com Família: vivências de professores de um curso de graduação*. Porto Alegre, 1996. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- SOUZA, Heloiza Machado de. A estratégia de saúde da família no Brasil. *Jovem Médico*, v.1, p.11-14, 1999.
- TAKASHIMA, Geney M. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. *Família Brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994.