
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Mayara de Melo Pereira¹, Thiffany Pestana da Penha², Elenice Maria Cecchetti Vaz³, Neusa Collet⁴, Altamira Pereira da Silva Reichert⁵

¹ Graduanda de Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Paraíba, Brasil. E-mail: may_melo1520@hotmail.com

² Graduanda de Enfermagem pela UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: thiffanypestana@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Universidade Federal Fluminense (UFF), cedida como Colaboração Técnica à UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: elececchetti@ig.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: neucollet@gmail.com

⁵ Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: altareichert@gmail.com

RESUMO: Pesquisa qualitativa, objetivando identificar as concepções de educação em saúde que norteiam a prática dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família junto às famílias das crianças/adolescentes com doença crônica. Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, realizada com 21 profissionais em duas Unidades Integradas de Saúde da Família de João Pessoa-PB. A análise temática evidenciou que alguns profissionais desconhecem a essência das atividades de educação em saúde e outros não desenvolvem prática educativa voltada para esse grupo, não reconhecendo crianças/adolescentes com doença crônica em sua área de abrangência. Salienta-se a necessidade de os profissionais de saúde adotarem novos modos de fazer saúde, pautados em relações dialógicas e que contemplem a educação em saúde.

DESCRIPTORIOS: Educação em saúde. Atenção primária à saúde. Doença crônica. Saúde da criança.

CONCEPTIONS AND PRACTICES OF PROFESSIONAL FAMILY HEALTH STRATEGY FOR HEALTH EDUCATION

ABSTRACT: Qualitative research in order to identify the conceptions of health education that guide the practice of professionals working in the Family Health Strategy with families of children/ adolescents with chronic disease. Data were collected from August to December 2011, through semi-structured interviews conducted with 21 professionals in two Integrated Family Health Units in João Pessoa-PB. Thematic analysis revealed that some professionals do the essence of health education activities and others do not develop targeted educational practice for this group, not recognizing children/adolescents with chronic illness in their coverage area. We emphasize the need for health professionals to adopt new ways of doing health and guided by dialogic relations that include health education.

DESCRIPTORS: Health education. Primary health care. Chronic disease. Child health.

CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA SOBRE EDUCACIÓN EN SALUD

RESUMEN: El trabajo se dio por medio de una investigación cualitativa que buscó identificar las concepciones de educación en salud que conducen la práctica de los profesionales que trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia con el apoyo de las familias de los niños-adolescentes con enfermedad crónica. Los datos recolectados del mes de agosto a diciembre de 2011 se realizó a través de encuestas semiestructuradas, que contó con la participación de 21 profesionales de dos Unidades Integradas de Salud de la Familia de João Pessoa-PB. El análisis temático mostró que algunos profesionales desconocen la esencia de las actividades de educación en salud y otros no desarrollan práctica educativa que involucre ese grupo, y llega a desconocer niños-adolescentes con enfermedad crónica en el área en la cual abarca. Se observa que los profesionales de salud deben adoptar nuevos modelos de hacer salud, teniendo en cuenta la relaciones dialógicas que contemplem la educación en salud.

DESCRIPTORIOS: Educación en salud. Atención primaria a la salud. Enfermedad crónica. Salud de los niños.

INTRODUÇÃO

As condições crônicas merecem especial atenção dos profissionais de saúde pelo potencial que têm de causar estresse e desestruturação no indivíduo doente e na sua família, especialmente se este for uma criança ou adolescente. Na infância, a condição crônica é definida como aquela que interfere no funcionamento do organismo da criança em longo prazo, com repercussões no seu processo de crescimento e desenvolvimento, limita suas atividades diárias, afetando o cotidiano de todos os membros da família,¹ sendo necessárias, portanto, ações de educação em saúde para o enfrentamento dessa condição e melhoria da sua qualidade de vida.

A educação em saúde deve permear todas as práticas do cuidado infantil e envolver os familiares no processo educativo, de modo que as ações educativas partam da realidade vivida pela família, em uma relação dialógica^{2,3} com o profissional, em que este se apresenta com um autêntico interesse em ouvir o outro.

No processo do cuidar da criança/adolescente com doença crônica a educação em saúde é importante para o alcance de independência, autonomia, aceitação e manejo cotidiano da sua condição de saúde, pois assim será mais fácil prevenir recidivas e evitar hospitalizações futuras.⁴

O modelo de atenção à saúde dos indivíduos com doenças crônicas, centrado na dimensão biomédica e com olhar dirigido apenas para a doença, ainda é uma prática utilizada, porém, pouco eficiente e nada acolhedora das demandas existentes. Para maior efetividade de suas ações, torna-se fundamental que a prática clínica assuma uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora.⁵

O indivíduo deve ser reconhecido em seu contexto social e não a sua doença, objetivando não somente a remissão dos sintomas, mas a promoção dos cuidados que vão além da saúde física. Assim, a educação em saúde deve ser valorizada como uma abordagem cuja emancipação social seja inerente ao processo de melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.⁶

No tocante à condição crônica na infância, a família não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as ações determinadas pelos profissionais de saúde, mas como sujeito ativo no processo de construção e significação do autocuidado, valorizando o diálogo e os conhecimentos que detêm a respeito da doença da criança, a fim de promover responsabilidade e participação

ativa na implementação de cuidados e melhorias da saúde.⁶⁻⁷

Portanto, além de capacitar as famílias para um cuidado efetivo, é necessário que este seja balizado na integralidade, no respeito à vida e à cidadania, e que os profissionais conheçam as especificidades das famílias, a fim de organizarem seu processo de trabalho a partir da realidade vivida por cada criança e sua família. Também é premente que o profissional aproxime as famílias dos serviços de saúde, gerando novas relações e possibilidades para o enfrentamento de agravos, como é a situação de doença crônica na infância.⁸

Diante dessas reflexões, justifica-se o estudo pela necessidade de investigar a temática educação em saúde para famílias de crianças e adolescentes com doença crônica na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta é considerada o primeiro contato para a rede de cuidados em saúde, devendo atuar como um serviço efetivo e concreto, que prioriza ações de prevenção e promoção da saúde de todos os indivíduos, especialmente na infância e juventude. Nesse modelo de atenção à saúde, o profissional deve ter uma visão ampliada do cuidado, valorizar a presença familiar e pensar a educação em saúde na perspectiva de prevenção de recidivas.

Além do impacto direto nas funções biológicas da criança/adolescente, a doença crônica afeta sua dimensão existencial, sendo necessário, portanto, que os profissionais que atuam na ESF ampliem suas ações, de modo a promover apoio necessário para as crianças/adolescentes e suas famílias que vivenciam a condição crônica, no sentido de reorganização frente à situação, produção de cuidados qualificados, identificação de redes sociais e apoio social, e construção de intervenções ampliadas quanto ao processo diagnóstico e terapêutico, abordando as singularidades desse grupo.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar as concepções de educação em saúde que norteiam a prática educativa dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família junto à família da criança/adolescente com doença crônica.

METODOLOGIA

Delineou-se um estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado junto a profissionais que atuam na atenção primária à saúde.

A pesquisa de campo foi realizada no período entre agosto e dezembro de 2011, em duas Unidades Integradas de Saúde da Família. Cada

uma das unidades continha quatro equipes, pertencentes a um dos Distritos Sanitários de uma cidade da Paraíba. Tal escolha deveu-se ao fato do referido Distrito estar localizado na área de abrangência da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), favorecendo o acesso ao campo de pesquisa por ser este campo de prática dos cursos de graduação daquela instituição.

Optou-se pela unidade integrada devido à facilidade de acesso aos profissionais que lá trabalham, tendo em vista que essa unidade possui quatro equipes completas de Saúde da Família em um único espaço físico, correspondendo a um total de 24 profissionais de nível superior, que ocupam ambientes distintos, mas também utilizam algumas das salas em comum, como farmácia, sala de vacinas, sala de curativos, recepção, sala de observação, coleta de exames, nebulização, sala de citológico e sala de esterilização de materiais.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde de nível superior que atendiam as famílias de crianças/adolescentes cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USFs), eleitas para o estudo. Foi utilizado como critério de inclusão: ser médico, enfermeiro e odontólogo que atendiam crianças ou adolescentes cadastrados na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família, atuar nas USFs por um período mínimo de seis meses e, como critério de exclusão: médicos, enfermeiros e odontólogos que estivessem de férias ou licenciados no período da coleta de dados.

Optou-se por essas categorias profissionais por fazerem parte da equipe mínima de nível superior da ESF nas unidades selecionadas. Vale salientar que participaram do estudo 21 profissionais, porque dois se recusaram a participar e uma das equipes não tinha médico. Para assegurarmos o anonimato, identificamos os sujeitos da pesquisa com a letra inicial correspondente à categoria profissional da qual pertencem, seguido do número da sequência da entrevista.

A coleta de dados empíricos foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, que foi gravada e transcrita na íntegra, para posterior análise. O instrumento para coleta de dados baseou-se em um roteiro composto pelas seguintes questões norteadoras: o que você entende por educação em saúde? Quais as práticas educativas que você desenvolve junto às famílias das crianças/adolescentes com doença crônica? Como você realiza essas atividades?

As entrevistas foram previamente agendadas conforme conveniência dos participantes,

com exceção daqueles que preferiram realizá-la logo no momento do primeiro contato, nas próprias unidades de saúde. Destaca-se que uma entrevista foi realizada no domicílio do profissional, pois o mesmo se encontrava de licença médica. Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital, após anuência dos entrevistados, a fim de captar informações indispensáveis à realização do estudo.

A interpretação dos dados seguiu os passos da análise temática:⁹ organização dos dados, englobando o conjunto do material coletado, com transcrição das entrevistas gravadas, a fim de realizar uma primeira organização dos relatos em determinada ordem, já iniciando uma classificação. Após, traçou-se o mapa horizontal do material e, posteriormente, à luz dos objetivos deste estudo, foram realizadas sucessivas leituras dos textos, fazendo uma relação interrogativa com eles para apreender as estruturas de relevância. Esse procedimento permitiu elaborar uma classificação por meio da leitura transversal. Em seguida, a partir das estruturas de relevância, processou-se o reagrupamento dos temas mais relevantes para a análise final.

Atendendo à Resolução n. 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto dessa pesquisa foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, cujo parecer foi favorável (Protocolo n. 83/11). Para todos os sujeitos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha o objetivo da pesquisa e sua forma de realização, para que pudessem acenar com sua anuência, caso quisessem participar desta investigação, bem como desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato e confidencialidade de informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 21 profissionais participantes deste estudo eram do sexo feminino. O tempo de formação variou de 15 a 30 anos entre as enfermeiras, um a 40 anos entre as médicas e três a 21 entre as dentistas. Das entrevistadas, nove possuíam especialização em Saúde da Família, seis em Saúde Pública, quatro em Pediatria, e apenas dois profissionais não possuíam especialização.

A partir da interpretação dos dados, foram construídas duas categorias empíricas: Concepções

dos profissionais acerca de educação em saúde; e Práticas educativas realizadas pelos profissionais junto às famílias de crianças/adolescentes com doença crônica.

Concepções dos profissionais acerca de educação em saúde

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e com a criação da ESF, as diretrizes voltadas para a saúde da população e a forma como esta deveria ser repassada, passaram a apresentar outro enfoque, deixando de lado a visão biologicista, para uma visão ampliada do indivíduo. No entanto, ainda é comum deparar-se com profissionais cujas ações continuam centradas no modelo biológico, sendo que suas atividades de educação em saúde giram em torno de explicações voltadas apenas para o controle da doença. [...] *é... a pessoa esclarecer o tipo da doença e educar a paciente a lutar contra o tipo de doença, esclarecer tudo o que a pessoa [...] esclarecer a doença, educar a [...] alimentação, medicamento, tudo o que se procede com aquele tipo da doença (E3); Então, educação em saúde é fazer com que as pessoas na comunidade, os usuários que a gente chama, fazendo eles [...] ter a ideia de evitar, na medida que elas tenham, tanto doenças como também as complicações das doenças, porque são as prevenções secundárias também (M5); A educação a gente desenvolve assim orientando o paciente, orientando como fazer, dando dicas de como [...] a prevenção de doenças é uma educação em saúde muito importante, o controle das doenças quando essas doenças já estão instaladas, o controle delas, a importância é de seguir a orientação médica, como tomar os remédios, tomar os remédios corretamente (M6).*

Em estudo realizado¹⁰ com o objetivo de analisar as concepções de educação em saúde de profissionais da Saúde da Família, constatou-se também que o modelo biológico do adoecimento estava fortemente presente nas ações educativas desenvolvidas por esses profissionais. Pesquisa¹¹ revelou que, quando o foco de atenção se torna a patologia do indivíduo, o profissional não o considera como sujeito ativo no seu processo saúde-doença.

Percebe-se nos discursos que alguns profissionais ainda veem a educação em saúde de forma verticalizada, não considerando os conhecimentos advindos do saber popular. *As pessoas, de uma maneira geral, elas não têm assim uma educação sobre a saúde, [...] às vezes as pessoas são meio ríspidas porque querem resolver tudo como eles querem [...], eles querem*

saber mais do que o profissional (M3); É a capacidade que a gente tem de transmitir os conhecimentos para uma pessoa para que ela transforme a sua vida, consiga fazer essa transformação, consiga bem-estar [...] (E2).

Os discursos acima evidenciam a posição autoritária do profissional diante do indivíduo, deixando clara a sua visão de ser o detentor do saber, portanto, do poder, enquanto que ao usuário cabe acatar suas orientações e mudar de comportamento, independente dos seus conhecimentos sobre a melhor forma de se cuidar ou mesmo as condições existentes para seu autocuidado.

Essa postura é contrária ao que é preconizado para a abordagem aos indivíduos e coletividade em uma perspectiva ampliada de cuidado. Por ser uma prática social, a educação em saúde deverá se pautar na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades.¹²

Apesar do reconhecimento da educação como sendo prática transformadora da vida do indivíduo, o profissional ainda mantém uma concepção de transmissão de conteúdos, colocando-se numa postura como sendo o único responsável pelas escolhas mais saudáveis do indivíduo. Ao contrário disso, a educação em saúde deve ser desenvolvida a partir da troca de conhecimentos, pois favorece espaço para reflexão, com a apreensão de novos conhecimentos que impliquem a mudança de atitude.¹³

Entretanto, diferentemente da compreensão de educação em saúde como apenas transmissão de conhecimentos, preconizada durante décadas passadas, esta nova concepção orienta-se pela ideia de que as ações educativas em saúde objetivam promover a autonomia dos sujeitos a partir de suas próprias escolhas, de forma desvinculada da regulação e supervisão dos profissionais da saúde.¹⁴

Com a mudança no modelo de atenção, o conceito de educação em saúde surgiu como ferramenta de grande importância na promoção da saúde, fazendo com que o cuidado, tanto individual quanto coletivo, seja integral e humanizado, conforme depoimentos a seguir: *nosso trabalho é, entre outras coisas, promover saúde, e como a gente promove saúde? Ajudando as pessoas conhecerem melhor os problemas de saúde que elas têm, ajudando elas a estarem se prevenindo de um monte de coisa, um monte de problemas, ou quando elas têm um problema estarem lidando com aquilo da melhor forma possível. E para que as pessoas, assim, consigam fazer opção de estarem melhores, né? De se cuidarem e estarem melhores (E5); olha, educação em saúde a gente trabalha permanente-*

mente a promoção e prevenção da doença. Então, a gente não visa a pessoa como uma pessoa doente, e sim, uma pessoa capaz de mudar os hábitos de vida, enfim, de rotina, a fim de ter uma vida, qualidade de vida melhor, sem precisar estar vindo ao posto constantemente, sem precisar estar sendo encaminhado para algum centro especializado (O4).

Esses depoimentos estão condizentes com a literatura,¹⁵ uma vez que o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, pois ambos os conceitos necessitam da participação da população, de suas necessidades, de seu estilo de vida, crenças, valores, desejos, opções e vivências. Essa participação exige envolvimento, compromisso e solidariedade, enquanto construção cotidiana de decisões em conjunto, estabelecidas com todos os que participam do processo educativo e que mantêm o compromisso de trocar experiências e conhecimentos.

Para promover educação em saúde, é preciso conhecer a si mesmo, para poder compreender o outro, ter empatia, trocar conhecimento. Educar é um processo contínuo, em que se ensina e aprende a cada dia, respeitando o saber do outro e aprendendo com ele. Assim, ensinar não é transferir conhecimentos, é sim, criar possibilidades para sua construção e produção.¹⁶

Práticas educativas realizadas pelos profissionais junto às famílias de crianças/adolescentes com doença crônica

A Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica, representa a porta de entrada do sistema e ponto de contato preferencial para o acesso aos serviços de saúde.¹⁷ Neste nível de atenção são abordados os problemas mais comuns da comunidade e oferecidos serviços de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, referenciando os casos de maior complexidade para os demais níveis de assistência, incorporando e reafirmando os princípios do SUS.¹⁸ Sendo assim, os profissionais que nela atuam também devem levar em consideração indivíduos com doenças já instaladas, principalmente no que concerne às doenças crônicas, com ações que visem minimizar o sofrimento e evitar complicações da doença.

A doença crônica em crianças/adolescentes caracteriza-se por provocar repercussões que atingem não somente o paciente, mas todo o universo familiar, podendo trazer problemas complexos e

implicações em longo prazo, que irão se traduzir em prejuízo na qualidade de vida de todo o grupo. Assim, a doença crônica impõe modificações na vida da criança/adolescente e sua família, que, em meio ao caos, buscam formas de adaptação. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, da fase em que ela se encontra e das estruturas disponíveis para satisfazerem as necessidades e readquirir o equilíbrio.¹⁹

A partir desse foco, alguns profissionais revelam não desenvolver uma atividade educativa específica para esse grupo, mas afirmam fornecer subsídios às famílias e às crianças/adolescentes que enfrentam essa condição com conversas de caráter educativo: *olha, uma prática feita não tem não, tem orientações durante as consultas domiciliares de mudança de decúbito, de higienização, é mais orientações gerais mesmo, mas educativas assim não tem não (M4); na verdade, a gente não tem alguma coisa específica [...], mas a gente acompanha sempre que pode, a gente faz visita domiciliar, faz algumas orientações em relação à família, para família saber porque a doença, o que é a doença, e não apenas a gente tentar tratar da doença, mas a família precisa conhecer a doença [...]* (M5).

Os integrantes da equipe de saúde devem conhecer as doenças para orientar e sensibilizar o binômio criança/adolescente-família. Nesse sentido, é fundamental que o profissional valorize a escuta qualificada, ampliando o processo de saúde, pois esta habilidade desperta confiança, estabelece relacionamento entre a equipe multiprofissional/pacientes e familiares, permitindo, assim, sentimentos de segurança e satisfação neste processo dialógico.²⁰

O desenvolvimento das atividades educativas referidas pelos profissionais durante o estudo consistiu em ações individualizadas, que ocorreram durante as visitas domiciliares e em consultas de puericultura: *bom, isso é sempre realizado em visitas domiciliares, e nessas visitas domiciliares é... geralmente tem pacientes com doenças crônicas, pacientes acamados, e aí a gente faz uma educação naquela casa, naquela família (O4); assim como está há pouco tempo da minha permanência aqui, que eu tenha identificada, é apenas uma criança, que é o H, que ele tem um problema muito sério em relação ao rim, e aí a gente tem uma atividade bem constante com ele. Não seria assim uma educação em saúde coletiva, obviamente, porque não tem mais casos, pelo menos eu desconheço, mas, assim, uma educação de apoio, de ir na casa dela, de ela vir aqui tirar dúvida, ela participar [...]* (E7); *assim direcionado não, mas a gente tem*

criança que tem anemia falciforme. Tenho uma criança com doença celíaca e tem uma diabética. Então, assim, não é aquela coisa moldada para isso, mas durante a consulta de enfermagem a gente busca o maior número de informações (E2); não. A gente conversa assim é, isolado, tá entendendo? Individual, quando a gente faz a puericultura, porque a dificuldade é grande quando a gente convida. Já tentamos também formar um grupo, o que eles avisam que assim é melhor [...] (E5).

Os depoimentos revelaram que alguns profissionais desconhecem o potencial que a visita domiciliar e a puericultura têm para proporcionar educação às famílias de crianças/adolescentes com doenças crônicas, considerando como atividades educativas apenas aquelas que são desenvolvidas de forma coletiva.

A visita domiciliar tem como objetivo a promoção da saúde, por meio de uma abordagem inter-relacional e educativa, desenvolvendo as potencialidades individuais e coletivas no enfrentamento da doença. Nessa estratégia, o cliente/família tem a oportunidade de ampliar a compreensão de seu problema e refletir a respeito da intervenção sobre a realidade em que vive, privilegiando a sua autonomia.²¹

Já a puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental, e também pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada.²² Portanto, tem caráter fortemente centrado na promoção da saúde por meio de ações educativas e preventivas.

É possível observar que os pressupostos teóricos da ESF e o contexto de trabalho dos integrantes da equipe de saúde favorecem a interação com a família, e que atividades como visitas domiciliares, a coleta de dados e os momentos de orientações, são situações oportunas para que possam trabalhar com a família e desenvolver atividades educativas preconizadas nesse modelo de saúde. No entanto, parece que há um certo despreparo dos profissionais de saúde para assistirem às famílias, visto que a utilização dessas atividades ainda são marcadas pelo modelo tradicional, curativo e individual da assistência.²³

Esse comportamento pode estar relacionado à formação dos profissionais participantes do estudo, visto que alguns deles têm mais de 30 anos de formados, quando na época o ensino era voltado para o modelo de saúde médico centrado e sem

foco nas atividades de educação em saúde, pois o indivíduo não era visto como protagonista do seu cuidado em saúde.

Apesar de os profissionais afirmarem desenvolver atividades educativas junto às famílias de crianças/adolescentes com doença crônica, foi possível constatar nos relatos que alguns deles não realizam nenhuma ação educativa específica para esta clientela, mais do que isso, desconhecem em sua área de abrangências crianças e adolescentes com doença crônica. *Não, aqui ainda não, não identifiquei assim doença crônica, não (O1); Não, com doença em si, nisto não (O3); Não, não; [...] mais especificamente com a família que tem criança portadora de doença crônica, a gente não tem (E1).*

Dentre as ações individuais de educação em saúde, identifica-se que uma parcela significativa das ações desenvolvidas pelos profissionais nas USFs é efetuada no momento em que as pessoas procuram o atendimento no serviço de saúde, estando a assistência baseada na demanda espontânea da população e fundamentada quase que exclusivamente no biológico,²⁴ com pouca ou nenhuma formação de vínculo com o usuário.

Um estudo²⁵ que objetivou identificar a rede social e os tipos de apoio social, avaliando os vínculos apoiadores, na perspectiva das famílias de crianças em condição crônica nas Unidades de Saúde da Família de suas áreas de abrangência, detectou a partir da construção de ecomapa que os profissionais das USFs não se mostram sensíveis para acolher as necessidades singulares dessas famílias, refletindo negativamente na rede e apoio social. Além disso, compromete a construção da linha de cuidado por não haver seguimento do atendimento dessas crianças e famílias, comprovando que, quando o filho precisa de atendimento à saúde, a família busca diretamente o serviço terciário.

Isso evidencia que ainda há muito que avançar nesse aspecto, pois, por ocasião da alta hospitalar, a criança e a família precisam ser acompanhadas pelos profissionais das USFs, que deveriam atuar concomitantemente com a assistência hospitalar para dar suporte adequado às crianças,²⁵ a fim de evitar agravamento do problema e/ou hospitalizações desnecessárias.

Essa falta de vínculo entre a família e criança/adolescente com doença crônica e os profissionais que atuam na ESF mostra-se contrária ao que é previsto pelo Ministério da Saúde, o qual prioriza a Saúde da Família como a principal estratégia para a reorganização da atenção básica, buscando

a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados.²⁶

Merece destaque a dificuldade percebida em alguns profissionais para atuarem como facilitadores das atividades de educação em saúde, evidenciando a necessidade da educação permanente, por ser esta uma estratégia que tem o caráter de atribuir conhecimentos científicos à realidade vivenciada por cada profissional em seu cotidiano, tornando-se uma importante ferramenta que deve ser utilizada para atender às necessidades das equipes de saúde da família.²⁷

A fim de instrumentalizar os profissionais da saúde, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), através da Portaria GM n. 198/2004, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando, como referência, as necessidades de saúde das populações e a organização da gestão setorial.²⁸⁻²⁹ Atualmente, os desafios de construção do SUS refletem diretamente na necessidade de revisão dos processos de formação profissional e de organização do trabalho em saúde para se promover uma reorientação dos modelos de atenção e das práticas de gestão e cuidado.

Nesse contexto, a melhoria da saúde das crianças/adolescentes com doença crônica requer transformação de um sistema de atenção à saúde que ainda é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, para outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na criança/adolescente e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde.³⁰

CONCLUSÕES

Ao se tratar de educação em saúde, deve-se levar em consideração que seu principal objetivo consiste na prevenção de agravos e promoção da saúde, no entanto, a partir deste estudo, percebeu-se que ainda existem profissionais que atuam na ESF que não possuem essa concepção, e acabam desenvolvendo atividades que consideram como sendo de educação em saúde, porém, focadas em explicações voltadas apenas para o controle da doença.

Este trabalho possibilitou compreender que no contexto da ESF, as atividades realizadas pelos profissionais junto à família e crianças/adolescentes com doença crônica demonstram caráter educativo, para as quais utilizam como estratégia

a visita domiciliar e/ou a puericultura. Entretanto, são baseadas em orientações individualizadas e pontuais, por conseguinte, não realizam suas atividades na perspectiva da integralidade do cuidado.

Salienta-se que todo contato estabelecido com o indivíduo deveria ser concebido como um momento de promoção à saúde, portanto, pautado pela educação em saúde. Entretanto, os profissionais precisam apropriar-se dessas estratégias na prática cotidiana, principalmente junto à condição crônica na infância tendo em vista a demanda constante de cuidado dessa população. Constatou-se que há profissionais que referem não desenvolver nenhum tipo de prática educativa voltada a esse núcleo familiar, muitas vezes, chegando a desconhecer crianças/adolescentes com doença crônica em sua área de abrangência; não porque elas não existam, mas porque a fragilidade do vínculo intercepta a construção do cuidado ampliado, efetivo e contínuo a essas famílias.

Alguns profissionais associam educação em saúde apenas a ações educativas do tipo palestras, oficinas, formação de grupos e rodas de conversa, desconsiderando o encontro terapêutico dialógico como sendo uma forma efetiva de educação em saúde. No cotidiano de suas práticas, as ações voltadas para família e crianças/adolescentes em condição crônica ainda são deficientes, acarretando na elevada demanda de internações com diagnóstico e/ou recidivas de doença crônica por falta de manejo adequado na atenção primária à saúde.

Ao observar que as atividades, algumas vezes, não são realizadas como preconizado para atenção básica de saúde, deve-se levantar outros pontos que poderiam contribuir para essa situação, como condições de trabalho, no que condiz à precária infraestrutura das unidades de saúde, burocracia e excesso de atividades em seu cotidiano. Destaca-se também a influência que esses profissionais tiveram na sua formação acadêmica, com um modelo que não privilegiava as ações de educação em saúde, tornando premente a necessidade de se instituir a educação permanente como ferramenta para promover qualificação do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Espera-se que na medida em que haja a identificação de crianças/adolescentes/famílias com doença crônica nas áreas de abrangência das unidades estudadas, consideradas de hospitalização evitável, portanto, sensíveis à atenção básica e tratáveis nesse âmbito, possam ser adotadas estratégias educativas que articulem os diversos níveis de atenção à saúde, garantindo a continui-

dade do cuidado integral. Dessa forma, poder-se-á refletir e (re)organizar o processo de trabalho no atendimento à esse grupo e planejar uma assistência que atenda às suas necessidades de saúde. Ações que deem conta desse universo de atenção à saúde precisam estar vinculadas, também, a políticas que contemplem as crianças e adolescentes com doença crônica, pois atualmente essas se mostram invisíveis tanto aos profissionais como aos gestores e formuladores de políticas de saúde em todos os níveis de atenção, marcadamente na atenção primária.

Durante a realização desta pesquisa foi possível constatar a relevância em abordar esse tema, visto que foram poucos os artigos encontrados que retrataram a temática acerca da doença crônica na infância e adolescência no âmbito da atenção básica de saúde.

Dessa forma, este estudo pode contribuir para que os profissionais de saúde e órgãos gestores revejam suas concepções e práticas educativas junto às famílias e crianças/adolescentes com doença crônica a fim de adotar novos modos de fazer saúde, bem como repensar a educação permanente em serviço, para possibilitar a construção de um olhar para a educação em saúde, pautado em relações dialógicas e na valorização do saber popular, tendo como eixo norteador o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos e o seu protagonismo. Mais do que isso, é preciso dar visibilidade aos problemas de saúde dessa população, por meio de políticas ampliadas que contemplem as necessidades singulares daqueles que precisarão dos serviços de saúde por um longo tempo, senão para o resto de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento a esta pesquisa (Processo n. 475841/2010-7) e pela bolsa de produtividade em pesquisa (Processo n. 304374/2010-5).

REFERÊNCIAS

1. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VH, Lima RAG. Crianças com câncer e suas famílias. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2005 [acesso 2011 Nov 15]; 39(4):469-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v39n4/13.pdf>
2. Góes FGB, Cava AMLA. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2009 Dez [acesso 2012 Fev 20]; 11(4):932-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a19.pdf>
3. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2009.
4. Leite SAO, Zanim LM, Granzotto PCD, Heupa S, Lamounier RN. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com Diabetes Mellitus tipo 1. *Arq Bras de Endocrinol Metab*. 2008 Mai; 52(2):233-42.
5. Favareto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009 Jan-Mar; 13(28):7-18.
6. Rodrigues D, Santos VE. 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.
7. Backs VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2008 Nov-Dez; 61(6):858-65.
8. Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2010 Mar [acesso 2011 Nov 22]; 12(1):11-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2008.
10. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2011 Jul-Out; 9(2):201-21.
11. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizador. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2009. p.19-42.
12. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Jan; 16(1):319-25.
13. Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 Mar-Abr; 14(2):635-44.
14. Colomé JS, Oliveira DLLC. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Jan-Mar; 21(1):177-84.
15. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Out-Dez; 18(4):652-60.

16. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AAC, Filho MB. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008 Mar; 24(3):675-85.
17. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 Mai-Jun; 14(3):783-94.
18. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jan-Fev; 62(1):113-8.
19. Holanda ER, Collet N. As dificuldades da escolarização da criança com doença crônica no contexto hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011 Abr [acesso 2012 Out 01]; 45(2):381-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a11.pdf>
20. Araújo YB, Collet N, Gomes IP, Amador DD. Saberes e experiências de adolescentes hospitalizados com doença crônica. *Rev Enferm UERJ*. 2011 Abr-Jun; 19(2):274-9.
21. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev Enferm UERJ*. 2011 Jan-Mar; 19(1):89-93.
22. Campos RM, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011 Jun [acesso 2012 Ago 14]; 45(3):566-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>
23. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2007 Mar [acesso 2012 Jun 18]; 41(1):65-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>
24. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. *Invest Educ Enferm*. 2011 Nov; 29(3):381-90.
25. Nóbrega VM, Collet N, Silva KL, Coutinho SED. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev Eletr Enferm*. 2010 Set [acesso 2012 Abr 30]; 12(3):431-40. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7566/7859>
26. Ministério da Saúde (BR). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília (DF): MS, Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
27. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família. *Trab Educ Saúde*. 2012 Jul-Out; 10(2):235-55.
28. Nespoli G, Ribeiro VMB. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011 [acesso 2013 Jul 03]; 15(39): 985-996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop2911.pdf>
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): MS, 2004.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.