



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAMILA CRISTIANE FORMAGGI SALES

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CUIDADO À INTOXICAÇÃO INFANTIL NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA**

**MARINGÁ
2017**

CAMILA CRISTIANE FORMAGGI SALES

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CUIDADO À INTOXICAÇÃO INFANTIL NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Magda Lúcia Félix de Oliveira

**MARINGÁ
2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

CAMILA CRISTIANE FORMAGGI SALES

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CUIDADO À INTOXICAÇÃO INFANTIL NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA**

Aprovada em: 06/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Magda Lúcia Félix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^ª. Dr^ª. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Estadual de Maringá – UEM

DEDICO

A Deus, por sempre estar comigo.

Aos meus pais, Sérgio Oliveira Sales e Márcia Aparecida Formaggi Sales, minha razão de viver e meu exemplo de integralidade, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

As minhas irmãs, Carla Caroline Formaggi Sales e Carine Crisciele Formaggi Sales, pelo amor incondicional e por sempre acreditarem em mim.

Ao meu namorado, Bruno Ribeiro de Lima, pelo incentivo, amor, cumplicidade e companheirismo.

As minhas avós, Nadir Dada Formaggi e Aparecida Tijolim Sales, pelas orações que tanto me abençoam, pelo apoio e incentivo e por me orientar para seguir o caminho certo.

A minha família e amigos, onde encontro auxílio, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer a Deus pelo dom da vida e por me conceder uma vida tão abençoada e generosa, me oferecendo as oportunidades que me impulsionaram até aqui.

À minha amada família, por todo carinho, atenção, apoio, e compreensão nos momentos de ausência, e por representarem a minha inspiração de vida e perseverança.

Ao meu namorado e seus pais, Hélio Ribeiro de Lima e Ires Sgarabotto de Lima por serem tão acolhedores e pelo grande incentivo nesta caminhada.

Às minhas amadas amigas Flávia Maria Derhun e Bárbara Pereira Neco da Silva por toda cumplicidade e amizade desde o início da graduação.

À minha querida orientadora, Magda Lúcia Félix de Oliveira, pela sua competência profissional, dedicação e empenho fundamental na construção desse trabalho e na minha formação profissional e pessoal. Obrigada pelas marcas que você deixou em minha vida e por todas as oportunidades que me propiciou.

Às queridas professoras Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla e Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera, por aceitarem fazer parte da banca examinadora, e pelas contribuições para enriquecimento deste trabalho.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela formação qualificada durante este caminhar.

À equipe do projeto de extensão Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado, amigos e parceiros de visitas e aos amigos “CCíticos”, com quem convivi nos últimos cinco anos, trocando experiências, angústias e, principalmente, alegrias.

Aos meus “irmãos-científicos” Laís Ferreira, Patrícia Suguyama, Alan De Lazari, Marcelo da Silva, Anaí Hungaro, Lúcia Reis, Cleiton Santana, Bruna Diana, William Meschial, Beatriz Martins e Rosângela Christophoro, por estarem sempre presentes, compartilhando conhecimentos e dividindo momentos de alegria.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de incentivo à pesquisa durante a realização deste mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, através da Assessoria de Formação e Capacitação dos Trabalhadores da Saúde, e aos profissionais participantes do estudo, agradeço a disponibilidade, sem vocês esse trabalho não seria concretizado.

“Não é possível refazer este país, democratizá-lo, humanizá-lo, torná-lo sério, com adolescentes brincando de matar gente, ofendendo a vida, destruindo o sonho, inviabilizando o amor. [...] Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda”.

Paulo Freire

SALES, C. C. F. **Práticas educativas no cuidado à intoxicação infantil na Atenção Básica: uma perspectiva dialógica.** 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2017.

RESUMO

Considerando que as intoxicações na infância se destacam como motivo de atendimentos em serviços de saúde e são consideradas eventos de saúde-doença evitáveis, a questão da presente pesquisa foi: Como se configuram as práticas educativas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no cuidado às intoxicações infantis? Objetivou-se analisar a prática educativa de profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto das intoxicações infantis, por meio de pesquisa descritiva e exploratória, de natureza qualitativa, tendo como referenciais a concepção educativa sociocultural de Paulo Freire e a Política Nacional de Promoção da Saúde. Foi realizada no município de Maringá - Paraná, na Rede de Atenção Primária à Saúde, com integrantes de nove equipes da Estratégia Saúde da Família, selecionadas por meio de sorteio de unidades de saúde nas áreas de abrangência dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Participaram nove enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem e 34 agentes comunitários de saúde (ACS), entrevistados individualmente por meio de um roteiro semiestruturado para entrevista, composto pelos itens: Caracterização dos profissionais; Descrição de atividades preventivas de intoxicação infantil desenvolvida por profissionais da Estratégia Saúde da Família e Análise de práticas educativas para empoderamento das famílias. As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho, em um único encontro, com duração aproximada de 30 minutos e gravadas na íntegra em mídia digital por áudio. Os dados de caracterização dos profissionais foram analisados descritivamente e as respostas às questões disparadoras sobre as atividades preventivas de intoxicação infantil e as práticas educativas para empoderamento das famílias foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Dos entrevistados, 92% eram mulheres, com média etária de 42,6. Três auxiliares de enfermagem possuíam ensino superior completo ou em fase de conclusão e a maioria dos ACS (70,6%) havia completado o ensino médio. Os profissionais informaram experiência profissional média de 10,5 anos na área da saúde, e de 9,2 anos em equipes de saúde da família. As percepções dos participantes desse estudo sobre educação em saúde e sua relação com a promoção à saúde indicaram uma fase transicional ao apontarem elementos que compõem uma prática ainda centrada em difundir informações sobre saúde e doença. Porém, mencionaram que realizam práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar das pessoas. Emergiram diferenças no desenvolvimento de práticas de educação em saúde nas diferentes categorias profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família, e que as práticas de educação em saúde são, em geral, desenvolvidas de forma reprodutiva, ou seja, representam apenas uma continuidade de ações que já são conduzidas rotineiramente na Atenção Primária à Saúde, não considerando a importância da participação dos usuários nas decisões e em todas as fases da educação em saúde, principalmente, no diagnóstico, planejamento e avaliação desta. Em relação às intoxicações infantis, as práticas não eram fundamentadas em concepções pedagógicas socioeducativas e ações educativas dialógicas e de empoderamento das famílias para o autocuidado, porém as atividades em grupo foram percebidas como aquelas que mais aproximam o profissional de saúde do usuário, através do diálogo. Os

profissionais de modo geral não possuíam capacitações relacionada a temática intoxicação infantil e desconheciam a ocorrências desses acidentes em sua área de abrangência. O estudo aponta a necessidade de maior envolvimento da comunidade nas ações educativas das equipes de Saúde da Família nos cenários estudados.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Enfermagem em Saúde Comunitária. Saúde da Criança. Enfermagem Pediátrica. Envenenamento.

SALES, C. C. F. **Educational practices in the care of child intoxication in the Basic Attention: a dialogic perspective.** 139 p. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2017.

ABSTRACT

Considering that childhood intoxications stand out as a reason for attendance in health services and are considered avoidable health-disease events, this research question was: how are the educational practices of Family Health Strategy professionals in the care of Children's intoxications. The objective was to analyze the educational practice of professionals of the Family Health Strategy in the context of child intoxication through descriptive and exploratory research, with a qualitative nature having as reference the sociocultural educational conception of Paulo Freire and the National Policy of Health Promotion. It was carried out in the city of Maringá - Paraná, in the Network of Primary Health Care, with members of nine Family Health Strategy teams, selected through sortation of the health units in the areas covered by the Family Health Support Centers. The participants were nine nurses, seven nursing assistants and 34 community health agents (ACS), individually interviewed through a semi-structured script for interview, composed of the items: Characterization of professionals; Description of preventive activities of children intoxication performed by professionals of the Family Health Strategy and Analysis of educational practices for the empowerment of families. The interviews were conducted in the work environment, in a single meeting, lasting approximately 30 minutes and recorded in full in digital audio media. The characterization data of the professionals were analyzed descriptively and the answers to the triggering questions about the preventive activities of child intoxication and the educational practices for the empowerment of the families were analyzed through the analysis of thematic content. The respondents were 92% women, with an average age of 42.6. Three nursing assistants had completed higher education or were about to complete it and the majority of the ACS (70.6%) had completed high school. The professionals reported average professional experience of 10.5 years in the health area, and 9.2 years in family health teams. The participants' perceptions of this study on health education and its relationship with health promotion indicated a transitional phase, pointing out elements that make up a practice still focused on disseminating information on health and disease. Although they mentioned that they carry out collective practices aimed at empowerment of people's autonomy and well-being. Differences have emerged in the development of health education practices in the different professional categories that make up the Family Health Strategy teams, and that health education practices are generally reproductively developed, that is, they represent only a continuity of Actions that are already routinely conducted in Primary Health Care not considering the importance of the participation of users in decisions and in all phases of health education, mainly in its diagnosis, planning and evaluation. In relation to children's intoxications, practices were not based on socio-educational, pedagogical conceptions and dialogical educational actions of empowerment of families for self-care, but group activities were perceived as those that most closely approximate the health professional of the user, through dialogue. Professionals in general did not have training related to children's intoxication and were unaware of the occurrence of these accidents in

their area of coverage. The study points out the need for greater community involvement in the educational actions of the Family Health teams in the studied scenarios.

Keywords: Health Education. Health Promotion. Community Health Nursing. Child Health. Pediatric Nursing. Poisoning.

SALES, C. C. F. **Prácticas educativas para prevenir el envenenamiento infantil en Atención Básica: una perspectiva dialógica.** 139 hojas. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá. Líder: Magda Lucía Félix de Oliveira. Maringá, 2017.

RESUMEN

Levando en cuenta que las intoxicaciones en la infancia se destacan como una razón para la atención en salud, considerando los eventos de salud-enfermedad prevenibles, desarrolló se la pregunta para esta investigación: ¿Los profesionales de Salud de la Familia reconocen la intoxicación como siendo un problema respectivo a los niños y entienden la necesidad de capacitar a las familias para prevenir el envenenamiento infantil? Este estudio tuvo como objetivo analizar la práctica educativa de los profesionales de salud de la familia en el contexto de la promoción de la salud y la prevención del envenenamiento infantil. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria, de naturaleza cualitativa, teniendo como referencia el concepto de educación sociocultural de Paulo Freire y la Política Nacional de Promoción de la Salud. La misma realizó se en Maringá – Estado de Paraná, en la Atención Primaria de la Red de Salud con los miembros de nueve equipos de la Estrategia Salud de la Familia seleccionados por gran cantidad de centros de salud en las áreas cubiertas por los Centros de Apoyo a la Salud de la Familia. Los participantes fueron nueve enfermeras, siete auxiliares de enfermería y 34 trabajadores de la salud de la comunidad (ACS), los cuales fueron entrevistados individualmente bajo el guión semi-estructurado que consiste en los siguientes artículos: Caracterización de los profesionales; Descripción de las actividades preventivas acerca del envenenamiento infantil hecha por los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia; Análisis y prácticas educativas para la potenciación de las familias. Las entrevistas fueron realizadas en el entorno de trabajo en un único encuentro, con duración aproximada de 30 minutos y grabadas en su totalidad en medios digitales para el audio. Se analizaron los datos de caracterización profesional descriptiva y respuestas a las preguntas impactantes acerca de las actividades de prevención del envenenamiento infantil y las prácticas educativas para el empoderamiento de las familias se analizaron mediante el análisis de contenido temático. Los entrevistados fueron 92% mujeres, con una edad media de 42,6 años. Tres auxiliares de enfermería habían completado la educación superior, a punto de concluir, y la mayoría de ACS (70,6%) habían completado la escuela secundaria. Los profesionales informaron experiencia profesional media de 10,5 años en el área de la salud, y 9,2 años en equipos de salud familiar. Las percepciones de los participantes en este estudio acerca de la educación para la salud y su relación con la promoción de la salud indican una fase de transición, para indicar elementos que componen una práctica que, todavía, se centró en la difusión de la información acerca de la salud y la enfermedad, sin embargo, mencionan en paralelo para llevar a cabo las prácticas colectivas dirigidas para el mejoramiento de la autonomía y el bienestar de las personas. Surgido diferencias en el desarrollo de las prácticas de educación sanitaria en las diferentes categorías profesionales que integran los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, y las prácticas de educación para la salud en general se desarrollan de forma reproductiva, es decir, sólo representan una continuidad de acciones realizadas de forma rutinaria en la atención primaria de salud, no teniendo en cuenta la importancia de la participación de los usuarios en la toma de decisiones y en todas las etapas de la educación para la salud, especialmente en el diagnóstico, la planificación y la evaluación de este. En

relación con los envenenamientos infantiles, las prácticas no estaban basadas en conceptos pedagógicos y socioeducativos-dialógicos y el empoderamiento de las familias para el cuidado personal, pero los grupos de actividades fueron percibidos como los mayores de cerca de profesional de la salud del usuario a través del diálogo. Los profesionales en general no tienen habilidades con temas relacionados con la intoxicación infantil y no eran conscientes de las ocurrencias de estos accidentes en su área de cobertura. El estudio sugiere la necesidad de una mayor participación de la comunidad en las actividades educativas de los equipos de salud familiar en los escenarios estudiados.

Palabras clave: Educación en Salud; Promoción de la Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Salud del Niño; Enfermería Pediátrica; Envenenamiento.

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com o tema educação em saúde iniciou no Ensino Médio, no Curso para Formação de Docentes Integrado, que tem como objetivo preparar professores para atuar nas séries iniciais do ensino fundamental. No último ano do curso percebi que, além da prática educativa, crescia a vontade pelo cuidar, e optei em realizar a Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Durante a Graduação, ingressei em projeto de iniciação científica no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), e integrei a equipe de estagiários do Centro, onde observei a grande demanda de casos de intoxicação infantil. Foram três anos de aprendizados na área de pesquisa, de extensão e de assistência toxicológica.

Como local para realizar o estágio curricular na última série do Curso de Graduação em Enfermagem, optei pela Unidade Pediátrica do HUM e, como trabalho de conclusão de curso, realizei investigação sobre intoxicação infantil, cujo objetivo foi estabelecer padrões mínimos de assistência de enfermagem para crianças intoxicadas por agentes tóxicos de maior ocorrência em um centro de informação e assistência toxicológica.

Nos últimos cinco anos, participei de pesquisas vinculadas ao Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicações, e atividades de extensão universitária no âmbito das intoxicações infantis (BARBOZA, 2013; GUEDES, 2015; SALES et al., 2015; TAVARES, 2011).

Na atuação como aluna de pós-graduação, pude ampliar minha vivência na assistência a crianças intoxicadas, na vigilância epidemiológica desses acidentes, e participar da equipe visitadora do Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado, com a imagem-objetivo de avaliar a evolução clínica dos sujeitos que sofreram intoxicação, diminuir reincidências de intoxicações, difundir comportamentos preventivos às famílias, em seu contexto sociocultural, e estabelecer o vínculo serviço de saúde – família na organização do Ambulatório de Toxicologia Infantil.

Decidi, então, continuar a desenvolver investigações com a temática intoxicação infantil, com enfoque na prevenção desse acidente. Após breve revisão de literatura, e pautada na vivência no CCI/HUM, interessou-me o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção das intoxicações, especificamente a importância dos profissionais da

equipe da Estratégia Saúde Família (ESF) como educadores, que será discutida na presente dissertação.

A dissertação tem formato aprovado pelo Conselho Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM, e inclui como elementos obrigatórios: a **introdução**, que descreve o problema em estudo, a justificativa para a realização da pesquisa e as evidências científicas relacionadas ao objeto em estudo; o **referencial teórico metodológico**, que apresenta o referencial adotado para a investigação; os **objetivos** geral e específicos, para responder ao problema da pesquisa e **material e o método**, que contém o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa.

Os **resultados** e a **discussão** dos principais achados estão apresentados na forma de um item para caracterização dos participantes da pesquisa, e dois manuscritos (Quadro1).

Quadro 1. Manuscritos a serem submetidos como resultados da pesquisa. Maringá – Paraná, 2016.

| Estudo | Título provisório | Objetivo |
|---------------|--|---|
| 1 | Práticas educativas para prevenção de intoxicação infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família | Identificar as atividades educativas realizadas pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família no contexto da intoxicação infantil. |
| 2 | Práticas educativas dialógicas e emancipatórias no contexto das intoxicações infantis na perspectiva Freireana | Analisar as práticas educativas em intoxicação infantil para empoderamento das famílias. |

Fonte: Arquivo próprio, 2016.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ABP | Aprendizagem Baseada em Problemas |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| APSUS | Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde |
| BDENF | Base de Dados de Enfermagem |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CCI/HUM | Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá |
| CECAPS | Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde |
| CidSaúde | Cidades Saudáveis |
| COPEP | Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos |
| EEPC | Embalagens especiais de proteção à criança |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| EqESF | Equipe da Estratégia Saúde da Família |
| GM/MS | Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | Literatura Internacional em Ciências da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SciELO | Scientific Electronic Library Oline |
| SINITOX | Sistema Nacional de Informações Tóxico- Farmacológicas |
| SM | Salário Mínimo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEM | Universidade Estadual de Maringá |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | Manuscritos a serem submetidos como resultados da pesquisa. Maringá – Paraná, 2016..... | 15 |
| Figura 1 | Distribuição das EqESF e das UBS segundo os NASF de referência. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 43 |
| Figura 2 | Mapeamento das UBS selecionadas para o estudo. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 44 |
| Figura 3 | Profissionais participantes da pesquisa. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 46 |

MANUSCRITO 1

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Atividades que oportunizaram a prática educativa informadas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS atuantes em equipes da Estratégia Saúde da Família. Maringá – Paraná, 2016, junho a agosto, 2016..... | 65 |
|----------|---|----|

MANUSCRITO 2

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Critérios e parâmetros para abordagem das práticas educativas referidas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS de equipes da Estratégia Saúde da Família. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 88 |
|----------|--|----|

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Aspectos sociodemográficos segundo categoria profissional da EqESF. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 53 |
| Tabela 2 | Aspectos relacionados à escolaridade, realização de curso de pós-graduação e tipo segundo categoria profissional das EqESF. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 55 |
| Tabela 3 | Aspectos relacionados ao tempo de experiência profissional na saúde, na ESF e na EqESF atual, segundo categoria profissional. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 56 |
| Tabela 4 | Distribuição de variáveis relacionadas à frequência de participação em cursos/capacitações segundo categoria profissional dos participantes da pesquisa. Maringá, julho-agosto, 2016..... | 57 |

MANUSCRITO 2

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Características socioeconômicas dos entrevistados. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016..... | 89 |
|----------|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| APRESENTAÇÃO | 14 |
| 1 INTRODUÇÃO | 20 |
| 1.1 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM | 22 |
| 2 QUADRO TEÓRICO | 24 |
| 2.1 INTOXICAÇÃO INFANTIL COMO FENÔMENO EMERGENTE EM SAÚDE..... | 24 |
| 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 27 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO | 32 |
| 3.1 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 32 |
| 3.1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde e o Empoderamento como fortalecimento grupal e/ou individual. | 33 |
| 3.1.2 Educação em Saúde e a Concepção Educativa Sociocultural de Paulo Freire. | 36 |
| 3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO..... | 39 |
| 4 OBJETIVOS | 41 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL | 41 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 41 |
| 5 MATERIAL E MÉTODOS | 42 |
| 5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA | 42 |
| 5.2 LOCAL DO ESTUDO | 43 |
| 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 45 |
| 5.4 FONTE E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 47 |
| 5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS..... | 48 |
| 5.5.1 Preparação do Trabalho de Campo | 48 |
| 5.5.2 Trabalho de Campo | 49 |
| 5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 50 |
| 5.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS..... | 50 |
| 6 RESULTADOS | 52 |
| 6.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | 52 |
| 6.2 MANUSCRITO 1 | 59 |
| 6.3 MANUSCRITO 2 | 82 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 104 |
| 8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA DA ENFERMAGEM | 106 |
| REFERÊNCIAS | 108 |
| APÊNDICES | 119 |
| ANEXOS | 134 |

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes na infância, incluindo as intoxicações, se destacam como uma das principais causas dos atendimentos em serviços de saúde e internações hospitalares. A maioria está relacionada com o ambiente domiciliar e ao comportamento da família, como estilo de vida, fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais (BIVANCO-LIMA et al., 2013; TAVARES; OLIVEIRA, 2012; UTHKARSH et al., 2012).

Sales et al. (2015), ao estudarem o local de ocorrência, presença de familiar no momento do acidente toxicológico infantil e condutas iniciais dos familiares constataram que 94,8% dos acidentes aconteceram nas residências, com 85,8% de crianças acompanhadas dos pais ou outro responsável. Imediatamente após o reconhecimento do episódio de intoxicação, 56,7% adultos presentes realizaram medidas de primeiros socorros, mas um número expressivo de condutas iniciais não eram recomendadas e não tinham evidência científica.

A prevenção dos acidentes na infância e o papel dos serviços de saúde e da família têm sido elemento de diversas investigações, partindo do pressuposto que a prevenção se dá a partir do conhecimento dos fatores e processos pelos quais os acidentes ocorrem, das características próprias de determinados acidentes, e do ambiente social em que ocorrem (BHARWANI et al., 2013; BIVANCO-LIMA et al., 2013; FERREIRA et al., 2013; SIROHI et al., 2015; SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011).

Acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais. Assume-se que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). A intoxicação na infância é considerada, então, condição sensível de ação à Atenção Primária à Saúde (APS) e passível de prevenção.

No âmbito do Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicações, estudos foram realizados com vistas a contribuir com a prática de enfermagem com famílias e com a provisão do cuidado envolvendo o processo de enfermagem à famílias e membros em situação de saúde-doença e identificar conflitos no cuidado interprofissional e intrafamiliar, considerados lacunas no conhecimento de Enfermagem e de Saúde Coletiva (BARBOZA, 2013; GUEDES, 2015; TAVARES, 2011). Estes estudos partem do

pressuposto que o conhecimento para ser consumido necessita ser traduzido na prática, em translação do conhecimento (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Barboza (2013), em estudo do tipo *follow up* (FLETCHER, FLETCHER, WAGNER, 2003), analisou o desfecho de casos de intoxicação infantil grave em um período de até nove anos após o evento e encontrou famílias que não consideravam a intoxicação como situação previsível e desconheciam o potencial de risco para este evento durante o crescimento e desenvolvimento da criança, embora todas as famílias se culpassem pelo acontecido. O comportamento da maioria das famílias mudou pouco frente à intoxicação grave de seu filho; foram pequenas mudanças ao longo do tempo, informadas pela família e verificadas em observação com participação moderada nos domicílios.

Pesquisa convergente assistencial (PIVOTO et al., 2013; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017), realizada por Guedes (2015), verificou o comportamento preventivo adotado por famílias de crianças internadas com intoxicação grave e submetidas a processo educativo no ambiente hospitalar para prevenção de intoxicações no domicílio. Considerou que a ação educativa desenvolvida junto às famílias foi eficaz parcialmente, com pouca adesão às medidas para segurança química no domicílio, após a alta hospitalar.

Esta autora inferiu que a baixa adesão estava relacionada, possivelmente, à “precocidade” e local em que os familiares foram abordados, quando a necessidade era a recuperação das crianças; as intoxicações infantis eram agudas e não resultaram em sequelas ou efeitos clínicos de longo prazo, diminuindo a prontidão das famílias para a adoção de comportamentos preventivos. Outro aspecto influente era a inserção social da maioria das famílias, com características socioeconômicas e psicossociais que implicavam em baixa motivação para a mudança de comportamento. O tempo para a mudança de comportamento no ambiente domiciliar pode ser “mais lento” que o tempo para mudança do pesquisador, o que interfere na conclusão, e o vínculo fraco entre a pesquisadora e as famílias, em média três oportunidades de diálogo para a ação educativa, sendo que o contexto privilegiado para a prática educativa seria a APS e a Estratégia Saúde da Família e a abordagem longitudinal e integral (GUEDES, 2015; TESSER et al., 2011). Isso desvela a necessidade de extrapolar ações pontuais em situações de agravo e desponta o papel cuidativo-educativo da atenção básica.

O modelo tradicional de Educação em Saúde é um ato em que o educador apenas deposita e transfere conhecimentos ao educando e estes apenas guardam e arquivam, vivenciando um diálogo verticalizado, em que o educando é um ser passivo. Esse modelo

tradicional de ensino-aprendizagem foi criticado pelo educador brasileiro Paulo Freire, que propõe uma abordagem dialógica, essencial para a Educação em Saúde (FREIRE, 1987, 2016; SALCI et al., 2013).

Para a utilização dessa abordagem, é necessário mudança na conduta do profissional, rompendo com padrões comportamentais autoritários, reconhecendo que o educador também precisa estar aberto ao outro, para assim, construir um novo conhecimento, ou seja, “o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado” (FREIRE, p.68, 1987). Neste processo educativo, diminui-se a hierarquia entre um que sabe e outro que não sabe, mas há o reconhecimento de que ambos sabem coisas diferentes (SALCI et al., 2013).

As práticas de educação em saúde precisam estar articuladas com as necessidades das pessoas e suas experiências em saúde, voltadas a fortalecer a atuação dos indivíduos e dos grupos. Este fortalecimento individual e/ou grupal é entendido por alguns autores como empoderamento, pois possibilita ao indivíduo criar estratégias para construção de aprendizado que o torna capaz de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais agravos de saúde (CARVALHO, 2004; SARDINHA et al., 2013; VASCONCELOS, 2013).

Neste contexto, a presente dissertação de mestrado centrou-se na seguinte questão de estudo: como se configuram as práticas educativas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no cuidado às intoxicações infantis?

1.1 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM

Os profissionais da saúde têm responsabilidade na educação das famílias e detecção de vulnerabilidades, visto que são agentes na mudança de comportamentos e atitudes, no sentido de empoderar as famílias para melhores condutas que repercutam em prevenção de acidentes e minimização das consequências que deles podem advir. Desse modo, para que o cuidador possa exercer as condutas necessárias para prevenir agravos na infância, é imprescindível que sejam intensificadas ações de educação, individual ou coletiva, necessitando da atuação dos profissionais envolvidos nessa realidade (BEZERRA et al., 2014).

Na assistência de enfermagem, a construção do conhecimento deve ser efetivada em uma parceria entre enfermeiros e indivíduos, avançando para além do paradigma biologicista, focado na doença, mas sim em um novo paradigma focado na busca de um ser humano saudável, promovendo a saúde tanto individual como coletiva. A mobilização articulada no cenário real da saúde de uma comunidade constitui espaços de possibilidades de transformação da realidade do indivíduo, por meio de ações de promoção da saúde e empoderamento, em um aprendizado que torne indivíduos e coletividade capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades (FERNANDES; BACKES, 2010; SALCI et al., 2013).

Nesse sentido, estudos que consideram a centralidade da ação educativa na prática profissional da equipe de enfermagem, partindo do pressuposto que a prática educativa faz parte do cuidado de enfermagem, são necessários e urgentes, devem ser realizados visando à compreensão da experiência do cuidado no contexto sócio-político, econômico e cultural em que ocorre, a fim de buscar uma prática que pressupõe a potencialização da expressão do cidadão.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 INTOXICAÇÃO INFANTIL COMO FENÔMENO EMERGENTE EM SAÚDE

Na infância, em especial até os quatro anos de idade, os acidentes são cada vez mais responsáveis por lesões e óbitos e constituem um grave problema de Saúde Pública de âmbito mundial (ADNAN et al., 2013; BRITO; MARTINS, 2015; SILVEIRA; PEREIRA, 2011; UTHKARSH et al., 2012). Entre os acidentes, as intoxicações são consideradas um fenômeno emergente, devido ao desenvolvimento da indústria química e farmacêutica, à facilidade de acesso a medicamentos e substâncias tóxicas, ao largo emprego de praguicidas nas áreas rurais e urbanas, à prescrição médica abusiva de psicotrópicos e à falta de cuidado adequado no manuseio de substâncias tóxicas (BHARWANI et al., 2013; FUKUDA; SILVA. TACLA, 2015; TAVARES; OLIVEIRA, 2012; VALENZUELA et al., 2011).

Intoxicação representa um conjunto de sinais e sintomas tóxicos ou apenas bioquímicos, provocados pela interação de um agente químico com o sistema biológico, ou seja, um desequilíbrio orgânico resultante da exposição às substâncias químicas, encontradas no ambiente, como toxinas de plantas e de animais, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso industrial e produtos de uso domiciliar (GOLDFRANK'S, 2011; OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2014).

De acordo com dados divulgados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), no ano de 2013 foram registrados, pelos centros de informação e assistência toxicológica em atividade no Brasil, aproximadamente 45 mil novos casos de intoxicação humana. Os resultados apontam os medicamentos e domissanitários como os principais agentes de intoxicação, com 25% dos casos em crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2016).

Crianças do sexo masculino estão mais predispostas às intoxicações, por devido a fatores comportamentais, uma vez que os meninos são conhecidos por serem mais ativos e inquietos do que as meninas, além de fatores sociais e culturais, pois uma maior vigilância é dispensada sobre as meninas, enquanto os meninos ficam mais livres em suas brincadeiras e mais expostos aos riscos do ambiente domiciliar para

intoxicação/envenenamento. A partir do final do primeiro ano de vida, os meninos têm o dobro de chance de sofrer acidentes do que as meninas, diferença que aumenta com a idade (ALIJE et al., 2014; BRITO; MARTINS, 2015; FUKUDA; SILVA. TACLA, 2015; TAVARES et al., 2013).

A maior frequência de intoxicações infantis relaciona-se às características de desenvolvimento inerentes a esta faixa etária, em que as crianças começam a interagir com o ambiente, apresentam curiosidade para o novo e colorido, possuem a característica de levarem tudo à boca para conhecimento. Estudos realizados consideram como fatores associados a intoxicação infantil o sexo masculino, e a faixa etária entre zero e quatro anos (ALIJE et al., 2014; BRITO; MARTINS, 2015; HAHN; LABEGALINI; OLIVEIRA, 2013; SIROHI et al., 2015; TAVARES et al., 2013).

No entanto, apesar das ligações com desenvolvimento e crescimento da criança, a incidência das intoxicações não é justificada apenas por fatores inerentes à própria infância, mas também à sociedade e à governança do Estado - automedicação, armazenamento de medicamentos e produtos de limpeza em locais inadequados, a negligência e a falta de informações à pais e responsáveis sobre produtos tóxicos, o difícil acesso aos serviços de saúde e a propaganda indiscriminada de medicamentos e outros produtos tóxicos e a ausência de legislação protetiva (GOODMAN et al., 2011; NIE et al., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

As medidas de intervenção para prevenção de intoxicações infantis são classificadas em ativa e passiva. A intervenção ativa é aquela em que o próprio indivíduo busca formas e meios de alterar a situação vivenciada e requer uma ação consistente do indivíduo, e a intervenção passiva não requer participação direta do indivíduo e dependem de legislação específica, ou seja, parte do conhecimento de outras pessoas na transformação do fato ocorrido e solicita pouca ou nenhuma ação individual (GARDNER, 2007; MAKALINAO; WOOLF, 2005; PAES; GASPAR, 2005; SCHVARTSMAN; SCHVARTSMAN, 1999).

Como uma das medidas ativas, destaca-se o uso inadequado dos produtos. Muitas famílias fazem uso de medicamentos sem orientação adequada, seguem orientação de vizinhos, parentes, balconistas e reportam-se às suas próprias experiências, vivenciadas em situação anterior. Existe grande utilização de produtos domésticos com acondicionamento inadequado, mesmo que a orientação fornecida seja de armazená-los em locais seguros, de preferência em armários trancados, porém estes cuidados nem sempre são realizados

(MAKALINAO; WOOLF, 2005; PAES; GASPAR, 2005; SCHVARTSMAN; SCHVARTSMAN, 1999).

Na literatura da assistência toxicológica, a intervenção ativa está baseada nos "quatro Rs" para prevenir intoxicações: Reconhecer os potenciais riscos de intoxicação domiciliar; Retirar os produtos tóxicos do ambiente; Reagir no caso de um episódio de intoxicação; e Responder apropriadamente a um episódio de intoxicação. Um dos pilares da prevenção é a inspeção ativa das condições de segurança da residência, pois vários elementos tóxicos podem estar à disposição das crianças (MAKALINAO; WOOLF, 2005).

Uma forma de intervenção passiva de grande sucesso seria a criação de leis ligadas à questão de segurança, como embalagens especiais de proteção à criança para produtos considerados tóxicos, visando a dificultar a abertura das mesmas e a diminuição da quantidade do produto por embalagem, pois a quantidade do princípio ativo é diretamente proporcional à gravidade da intoxicação (GOLDFRANK'S, 2011). Também poderia estar relacionada com a melhoria de informações fornecidas aos pais e às crianças, transmitidas através de órgãos governamentais, com campanhas de conscientização sobre prevenção de acidentes, além da divulgação do trabalho realizado pelos centros de informação e assistência toxicológica e a qualificação do atendimento emergencial voltado às crianças (GARDNER, 2007).

Em muitos países, é obrigatório o uso de embalagens especiais de proteção à criança (EEPC). Elas se caracterizam por permitirem a abertura fácil para idosos ou pessoas com redução da força e serem inacessíveis às crianças, pois envolvem mecanismos de coordenação motora não desenvolvidos por crianças de pouca idade. No Brasil, há o projeto de Lei nº 4841-A de 1994, em tramitação no Congresso Nacional desde 1994, que determina a utilização da EEPC em medicamentos, saneantes domissanitarios e produtos químicos ou inflamáveis de uso doméstico que apresentem potencial de risco a saúde (BRASIL, 1994). Pelo texto, as embalagens deverão ser confeccionadas de forma que seja significativamente difícil para uma criança com menos de cinco anos de idade abri-las ou retirar uma quantidade toxica ou perigosa dos produtos contidos nelas em um período razoável de tempo, e que não seja difícil sua abertura por um adulto normal. Em 2003, foi lançado outro projeto de lei, de número 530, que também estabelece a obrigatoriedade de EEPC (BRASIL, 2003).

A necessária renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, das práticas de educação em saúde, pode melhorar a prevenção das intoxicações, antecipando-

se a medidas que apenas articulem riscos, causalidades e determinações, trazendo a saúde e a possibilidade de adoecer para o campo da “vida real”, para o mundo dos sujeitos em relação, no qual esses processos ganham sentidos singulares. Para isso, profissionais da saúde têm que trabalhar em educação direta com as famílias para empoderamento e cidadania. (MEYER et al., 2006; BARBOZA, 2013).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Seguindo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas têm como diretrizes os princípios da promoção da saúde e da prevenção de doenças, sem prejuízo das ações curativas. Nesse panorama, as ações de educação em saúde são consideradas como parte fundamental para que princípios da integralidade, equidade e participação popular sejam concretizados. Indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde tanto na perspectiva da vigilância, incluindo a detecção de ambientes inseguros e a orientação de medidas preventivas, bem como o manejo adequado dos casos em que não foi possível evitá-los, com medidas de redução de danos (ALVES; AERTS, 2011; BEZERRA et al., 2014; FRANCO; SILVA; DAHER, 2011).

No Brasil, a APS é um componente central na organização do cuidado integral aos cidadãos, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) é apontada como seu eixo estruturante (TESSER et al., 2011). A APS busca implementar outros modelos de assistência à saúde, considerando que o modelo hospitalocêntrico não atende às transformações do mundo moderno e às necessidades de saúde da população e de suas famílias. A frequente busca de mudanças no modelo de atenção à saúde resultou, em 1994, na criação do Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde designado Estratégia Saúde da Família, por se tratar de uma estratégia operacional do governo para implementar a Atenção Primária no país (ROECHER; BUDÓ; MARCON, 2012).

A APS abrange quatro atributos essenciais: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e três atributos derivados: orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural. Entre os atributos essenciais, destaca-se a

longitudinalidade, que visa ao acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, promovendo uma assistência continuada ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Na ESF, as equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. O trabalhador em saúde deve ter disponibilidade de se envolver com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor da saúde, de forma ativa. Ainda se encontra em posição privilegiada para atuação preventiva, devido à proximidade com a comunidade local, à atuação intersetorial, ao estabelecimento de parcerias, ao diálogo constante com diferentes setores e, primordialmente, à responsabilidade na promoção da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Como instrumento facilitador, a equipe da Estratégia Saúde da Família (EqESF) tem na ação educativa um dos seus principais eixos norteadores, que podem se concretizar nos vários espaços de realização das práticas. Pensando a ação educativa como eixo do cuidado em Saúde Pública, há a necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática, pois por meio do educar se potencializa a capacidade de cuidar e a utilização desta nos capacita a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro (ACIOLI, 2008; BARBOSA et al., 2010; MATIAS et al., 2012).

Dentro da EqESF, os profissionais que têm contato direto com as famílias são enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), garantindo a atenção à saúde e buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015; TEO; FERRAZ; CEMBRANEL, 2015).

O enfermeiro realiza assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Compete também a ele planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Na equipe de enfermagem, o auxiliar e o técnico de enfermagem também são responsáveis por ações educativas na unidade. É de sua competência realizar ações de

educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

O ACS desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular, pois está em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, assistindo todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades e planejamento da equipe (FONSECA; MENDONÇA, 2014; TEO; FERRAZ; CEMBRANEL, 2015).

Estas equipes necessitam incorporar habilidades educativas, imprescindíveis ao desenvolvimento de um processo de trabalho, seja em seus espaços formais, como os diversos grupos educativos, ou na relação diária entre profissional de saúde e usuário, toda ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012).

A saúde e a educação estão intimamente articuladas, são complementares e essenciais para a melhoria da ESF, e se articulam enquanto práticas sociais. A prática da educação em saúde requer do profissional de saúde uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador. Para atender as reais necessidades das populações e das equipes de saúde, a problematização aparece como elemento essencial na construção de um processo educativo verdadeiro e é uma possibilidade metodológica que vem lentamente tentando se inserir no campo da saúde comunitária, na qual o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã são promovidos (FERNANDES; BACKES, 2010).

No entanto, historicamente, a educação dos profissionais da saúde baseia-se no modelo flexeriano dos cursos médicos, que enfatiza os aspectos biológicos, fragmenta o saber, fortalece a dicotomia entre teoria e prática e desconsidera as necessidades do SUS (CORIOLANO et al., 2012; MITRE et al., 2008; SOBRAL; CAMPOS, 2012). Nos anos 1980, intensificava-se a mobilização de educadores na busca de uma educação crítica em prol das transformações sociais (SALCI et al., 2013).

Dentre essas teorias críticas, foi desenvolvida a Pedagogia Libertadora ou da Problematização, com destaque para o modelo educacional do educador Paulo Freire,

que trouxe contribuições importantes para a área da saúde. Este modelo enfatiza a relação dialógica entre alunos e professor, no âmbito acadêmico, e entre a população e os profissionais, nas práticas educativas em saúde (FREIRE, 1983).

Paralelamente, notam-se tentativas políticas para que sejam adotadas, como estratégia de ensino, práticas pedagógicas inovadoras, centradas em metodologias ativas, corroborando com a ideia de que a busca do saber na saúde deve aproximar a prática assistencial da educacional, já que os profissionais da saúde utilizam o processo ensino-aprendizagem em todas as suas ações de cuidado (MITRE et al., 2008).

A metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. Algumas metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o educando, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. Atualmente, duas abordagens se destacam: a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização (MITRE et al., 2008; SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), há a formação de um grupo tutorial, em que o professor apresenta aos alunos um problema pré-elaborado por uma comissão de especialistas. Nesse método, os conteúdos ou disciplinas são tratados de modo integrado. Os alunos estudam o problema de forma coletiva e individual. Posteriormente, o grupo se reúne novamente para discutir o problema. Trata-se de uma proposta que direciona toda a organização curricular e exige mudanças estruturais complexas, pois é a opção da instituição. A ABP tem como inconveniente a existência de um cenário de estudo virtual, onde se tenta articular conteúdos pré-definidos, o que nem sempre representa uma realidade fidedigna (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; SOBRAL; CAMPOS, 2012).

A metodologia problematizadora tem seus fundamentos teórico-filosóficos sustentados no referencial de Paulo Freire. É um modelo de ensino comprometido com a educação libertadora, que valoriza o diálogo, desmistifica a realidade e estimula a transformação social através de uma prática conscientizadora e crítica. Os problemas estudados precisam de um cenário real, para que a construção do conhecimento ocorra a partir da vivência de experiências significativas. A problematização pode ampliar a atuação na realidade, pois utiliza um cenário real e é uma opção que não requer tantas mudanças

físicas na instituição. As alterações relacionam-se à programação da disciplina, à postura do educador e educando e à diversidade dos locais de estudo (DIAZ-BORDENAVE; PEREIRA, 2007; FREIRE, 1987; SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Embora o uso de metodologias ativas almeje melhorar as condições de vida e saúde da população, sabe-se que existem muitas dificuldades na atuação junto à população. Ao desenvolver o trabalho educativo, os profissionais da saúde se deparam com limitações em sua rotina – principalmente no que tange à falta de normatização e valorização das ações educativas, ou seja, a ausência de sistematização da prática educativa e o desconhecimento sobre as tendências pedagógicas que a embasam – o que tem dificultado a implementação de ações efetivas junto à população no cotidiano de trabalho das equipes da ESF (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012; ROECKER; NUNES; MARCON, 2013; SOBRAL; CAMPOS, 2012).

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Foi utilizado o referencial teórico da concepção educativa sociocultural de Paulo Freire (FREIRE, 1983, 1987, 2016) e da Política Nacional de Promoção da Saúde/Empoderamento (BRASIL, 2015).

Em busca de fundamentação para o aprofundamento do referencial teórico, realizou-se revisão da literatura, a partir da base eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde (Scientific Electronic Library Online – SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE, Base de Dados de Enfermagem – BDENF, e Cidade Saudáveis – CidSaúde), utilizando descritores de forma combinada ou isolada: promoção da saúde (*health promotion*), empoderamento (*empowerment*), educação em saúde (*health education*). Os textos encontrados foram cotejados com a concepção educativa sociocultural de Paulo Freire (FREIRE, 1983, 1987, 2016).

Foram incluídos textos científicos completos, publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português ou inglês, a partir do ano de 2006, tendo em vista a publicação da Portaria GM/MS 687/2006 que instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Foram encontrados, inicialmente, 184 textos, que foram analisados e selecionados, retirando-se os duplicados nos diferentes grupos de descritores pesquisados e nos diferentes bancos de dados, bem como teses, dissertações e monografias. Após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, restaram 26 artigos, que foram analisados individualmente pela autora.

Uma vez selecionadas, os artigos foram classificados e categorizados nas seguintes modalidades: 1) Política Nacional de Promoção da Saúde e o Empoderamento como fortalecimento grupal e ou/individual; 2) Educação em Saúde e a Concepção Educativa Sociocultural de Paulo Freire.

3.1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde e o Empoderamento como fortalecimento grupal e/ou individual

A Promoção da Saúde constitui um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam as políticas de saúde em todo o mundo (CARVALHO; GASTALDO, 2008; HORTA et al., 2009). No Brasil, a partir da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2015).

O empoderamento e a participação social são destacados como princípios chave para promoção da saúde e podem ser considerados como estratégia de fomento à saúde. Através desses dois princípios, a promoção da saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas, conduzindo a mudanças nos determinantes da saúde (SOUZA et al., 2014).

Vê-se a necessidade do protagonismo das pessoas e de que elas se tornem "*empoderadas*", isto é, que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas, para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde - fatores que estão sob o controle das pessoas, como condutas individuais, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde, quanto aqueles, externos, relativos às condições sociais, econômicas e ambientais, assim como a prestação de serviços (CARVALHO; GASTALDO, 2008; HORTA et al., 2009; MARTINS et al., 2009).

Paulo Freire, educador brasileiro, é citado, neste contexto, como um teórico inspirador de parte da literatura sobre empoderamento. É possível afirmar que os princípios que sustentam as formulações progressistas de Promoção à Saúde situam-se dentro do paradigma crítico-social. Para o pensamento crítico-social, fatos que compõem o cotidiano têm sempre inscrições ideológicas uma vez que todas as formas de pensar e fazer estão permeados por relações de poder que necessitam ser problematizadas e compreendidas como um produto de relações sociais e históricas que tendem a naturalizar e reproduzir desigualdades (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012; CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Na concepção da “educação empoderadora”, o professor (ou o profissional de saúde) não deve ser um simples transmissor de conhecimentos e de experiência, nem o aluno (ou o usuário dos serviços de saúde) um receptor passivo do que lhe é transmitido, ou seja, é uma concepção que demanda uma capacidade de escuta do outro (FREIRE, 1987).

Considerando a saúde como produção social de múltiplos condicionantes, a participação social e o empoderamento de todos os sujeitos envolvidos em sua produção se tornam indispensáveis para conquistar melhorias na qualidade de vida. Partindo desse pressuposto, a promoção da saúde exige a criação de uma rede de diálogos entre o profissional e o usuário em que ambos tenham espaço de atuação. Dessa forma, EqESF serve de base à organização do cuidado individual e coletivo, constituindo uma rede do SUS fora do ambiente hospitalar, ou seja, com extensão ao domicílio e à comunidade (HORTA et al., 2009; GOMEZ; MOYA, 2015).

A utilização do referencial teórico de Freire é apontado como fundamental para a prática de promoção da saúde, propondo novos modelos de formação e ação no sistema de saúde, inclusive, a incorporação dos princípios da promoção da saúde pela ESF, contribuindo para a construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. Tais modelos propõem autonomia e reflexões acerca das situações concretas de existência e não excluem o poder ou diferenças de experiências e conhecimentos, valorizando as contradições e procurando superá-las. (FRANCO; SILVA; DAHER, 2011; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014; HEIDEMANN et al, 2010; LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011).

A promoção de saúde direciona para os indivíduos e o ambiente, por meio de políticas públicas que proporcionem o desenvolvimento da saúde e o reforço da capacidade do ser humano e da comunidade, ou seja, *empowerment*. A problematização, a práxis e o diálogo apresentam-se, nas práticas de saúde, como caminhos capazes de contribuir com a estratégia de promoção da saúde. Portanto, as práticas educativas devem permitir aos indivíduos, a oportunidade de conhecer e reconhecer a obtenção de destreza para a tomada de decisões, na busca de uma melhor qualidade de vida (FERNANDES; BACKES, 2010; HEIDEMANN et al, 2010; MATIAS et al., 2012).

Sob a influência de Paulo Freire, desenvolve-se no interior do projeto de Promoção à Saúde a noção de empoderamento, que busca destacar a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos. O "*empowerment*"

busca, portanto, contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão (CARVALHO; GASTALDO, 2008; MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Esta perspectiva pedagógica toma os indivíduos e grupos socialmente excluídos como cidadãos portadores de direitos e do "direito a ter direitos", distanciando-se do projeto behaviorista que tende a representar os marginalizados como pessoas dependentes que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas. O "*empowerment*" transforma-se, neste contexto, em um ato político libertador que se contrapõe à concepção bancária de educação (FREIRE, 1987).

A importância da educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida imprescindível para a melhoria da qualidade de vida, pois passou a ser um instrumento para promover a saúde de um modo participativo, dialógico e emancipatório, valorizando-se a autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde-doença (FLISCH et al., 2014; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014; PELICIONI; PELICIONI, 2007).

As práticas educativas ainda ocorrem de forma prescritiva, conservadora e normativa, ou seja, sem levar em consideração o saber prévio do educando, mas sim a imposição do saber do educador sobre o educando, o que corresponde apenas ao repasse de informações, e alerta para a importância da realização de “verdadeiras práticas” de Educação em Saúde. Esta deve ser realizada tendo como base as necessidades, os interesses e as potencialidades dos grupos populares, valorizando os processos dialógicos e participativos baseados na troca de experiências e no contexto sociopolítico, econômico e cultural dos sujeitos para proporcionar a construção do saber democrático (SANTIAGO; LUZ, 2012).

Cabe aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, o desenvolvimento de atividades educativas em Saúde com os indivíduos que prestam o cuidado no domicílio, uma vez que são eles que estão em contato diário com o cliente, logo necessitam aprender e adotar medidas para prevenir uma série de agravos e incapacidades. Correspondem a um dos eixos norteadores da atuação do enfermeiro, como atividades que são de sua competência que devem ser desenvolvidas no cuidado de enfermagem em Saúde Pública, quer seja em atividades em grupos ou individualizada, realizada na comunidade, no próprio

domicílio, em serviços de saúde vinculados à APS ou em outros cenários (SANTIAGO; LUZ, 2012; TADDEO et al., 2012).

Assim, na perspectiva da promoção da saúde, as ações educativas devem ser desenvolvidas e implementadas de forma que sejam condizentes com a promoção da saúde dos indivíduos. A mesma deve apresentar-se enquanto instrumento capaz de estimular o empoderamento dos indivíduos envolvidos nas atividades e encontra-se consolidado enquanto modelo assistencial, a partir da implantação da ESF. Esse modelo de assistência distancia-se do modelo tradicional, uma vez que propõem mudanças na concepção do processo saúde-doença, e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida, as ações de promoção da saúde (BEZERRA et al., 2014).

3.1.2 Educação em Saúde e a Concepção Educativa Sociocultural de Paulo Freire

O conhecimento humano, dependendo dos diferentes referenciais, é explicado diversamente em sua gênese e desenvolvimento, o que condiciona conceitos diversos de homem, mundo, cultura, sociedade, educação. Freire (1983) enfatiza aspectos sócio-político-cultural, havendo uma grande preocupação com a cultura popular, e explica na relação homem-mundo um homem inserido num contexto histórico, onde a ação educativa promove o próprio indivíduo, como sendo único dentro de uma sociedade/ambiente, onde a situação de ensino-aprendizagem deverá procurar a superação da relação opressor-oprimido. Como característica definidora, a abordagem sociocultural proposta por Paulo Freire deve ser ativa, criar um conteúdo pragmático próprio e enfatizar o diálogo crítico (FREIRE, 1983).

O pensamento de Paulo Freire ainda é contemporâneo e inspira a teoria e a prática da educação. Por meio de suas obras, insere em seus questionamentos uma educação multicultural, ética, transformadora como prática da liberdade em lugar da opressão. Ele mostrava a educação solidária, dialogada, sem arrogância e supremacia do educador, defendendo a articulação do saber, conhecimento, vivência, comunidade, escola, meio ambiente, traduzindo-se num trabalho coletivo, um modelo que ultrapasse a “educação bancária”, de modo que o aluno tenha uma posição ativa em sua aprendizagem e não seja um mero receptor de conteúdo (FREIRE, 1983, 1987, 2016).

Traz o ser humano como um ser social, inserido em um contexto socioeconômico, cultural e histórico, que influencia suas relações com o mundo. Os valores, conceitos, concepções e crenças condicionam a forma de estar no mundo e, ao mesmo tempo, são condicionados pelo mundo em que se vive. A articulação proposta por Freire (1983) representa a interdisciplinaridade, hoje tão comentada nas ciências, em geral na educação e na saúde em particular, com problematização e dialogicidade. Em todo o seu trabalho, busca a coerência entre a razão humana e a consciência, pela qual o homem pode transformar-se e transformar o seu contexto social.

A pedagogia libertadora de Paulo Freire, que propõe a emancipação e a autonomia do sujeito, teve como proposta inicial a alfabetização de jovens e adultos e, paulatinamente, foi sendo utilizada e considerada uma importante metodologia para trabalhar a promoção da saúde. Esta proposta pedagógica libertadora e problematizadora ultrapassa os limites da educação e passa a ser entendida também, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre esta leitura e recontá-la, transformando-a pela ação consciente (LINHARES et al., 2013; SALSI et al., 2013).

A dialogicidade na educação é um propósito da educação problematizadora, as quais devem perceber duas dimensões, a ação e a reflexão, que juntas levam à práxis. Os sujeitos, dialogando, aprendem a viver a vida em sociedade, participando como iguais e colaborando para criar e recriar o conhecimento social. Mediante sua teoria do conhecimento, pode-se impulsionar um pensar crítico e libertador para uma sociedade com mais equidade e justiça. Seria a práxis dialógica que permitiria o desvelamento, pelos oprimidos, da sua situação de opressão (FERNANDES; BACKES, 2010; HEIDEMANN et al, 2010; ZAIUTH; HAYASHI, 2011).

A problematização é um processo de confronto do educando com situações de sua vida diária, “desestabilizando” seu conhecimento anterior e criando uma lacuna que o faz sentir falta daquilo que ele não sabe (FREIRE, 2016). A construção do pensamento é pautada na participação e elaboração de questões que fazem sentido a sua vida e sua comunidade: o conhecimento local, regional e cultural (ZAIUTH; HAYASHI, 2011), em um conceito de Educação em Saúde que envolve a capacidade permanente ou disposição para mudança de cada sujeito.

Resgatando conceitos, a Educação em Saúde analisada sob preceitos atuais, refere-se a uma aprendizagem que envolve a capacidade permanente ou disposição para mudança de cada sujeito. Também é compreendida como atividade principal da promoção da saúde

para desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde, além de ser uma prática social crítica e transformadora amplamente utilizada (GUBERT et al., 2009; MATIAS et al., 2012).

O diálogo, a troca de experiências e a construção de conhecimento entre saber técnico e o saber popular, sem hierarquia entre eles, e o “saber ouvir” são alguns princípios que deveriam orientar as práticas educativas como expressão do cuidado em saúde pública e como potencializadoras dos processos de mudança. Dentro desses princípios, o ponto de partida do processo pedagógico é o saber anterior, o saber das condições concretas da existência (ACIOLI, 2008; FRANCO; SILVA; DAHER, 2011; GAUTÉRIO et al., 2013; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Para Freire, somente o diálogo gera um pensar crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo. Pode-se inferir que pelo processo educativo com tendência libertador, a enfermeira estimula o falar fazendo com que o saber popular interfira, dialogue e se sinta capaz. Isso porque a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser a de propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. Corroborando, o pensamento freireano assume ser importante ajudar o ser humano a ajudar-se, fazendo-o agente de sua recuperação, com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas (FREIRE, 1983, 2016).

Esse dispositivo de ação pressupõe o domínio do saber técnico sobre os temas trabalhados assim como o domínio do método educativo. De forma resumida, podemos ressaltar alguns princípios que orientam esse fazer: o respeito pelo saber do outro, o saber escutar, assumir o diálogo como ferramenta principal, ter a realidade como ponto de partida e propiciar o encontro de distintos e complementares saberes (ACIOLI, 2008; FRANCO; SILVA; DAHER, 2011).

Para que isso ocorra no contexto da atenção primária, deve-se priorizar a realização de atividades que se direcionem para os princípios da integralidade e da participação social. As atividades educativas devem ser planejadas, o que requer tempo e dedicação. Esse planejamento deve ser baseado nas demandas demonstradas pela população. A instrumentalização dos profissionais para partir do conhecimento prévio dos usuários na construção de novos caminhos para uma vida com mais saúde é fundamental para que a prática libertadora tome lugar da prática autoritária e coercitiva. Isso significa que a equipe de saúde deve reconhecer e ouvir os saberes dos indivíduos e não simplesmente impor

normas e condutas ideais de acordo com as evidências científicas (ACIOLI, 2008; FRANCO; SILVA; DAHER, 2011; NOGUEIRA et al., 2015).

3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Como referencial metodológico, foi utilizada a narrativa para apreensão das falas das questões disparadoras do instrumento de pesquisa semiestruturado (KLEINMAN, 1988; MANZINI, 1991; REISSMAN, 2008; RICOEUR, 1997).

Castellanos (2014) afirma que a narrativa no campo investigativo depende da perspectiva teórica da pesquisa e ao objeto analisado. Diversas posturas e olhares teóricos metodológicos sobre o uso das narrativas podem ser encontrados no campo científico, como as narrativas do acontecimento de Kleinman, os estudos de história de vida da Escola de Chigaco nas décadas de 1930-1940, as premissas de análise de poder de Ricouer e os estudos de vivências de Bury (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978; KLEINMAN, 1988; RICOEUR, 1997; BURY, 2001).

Para Ricoeur (1997), a narrativa seria uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso que se abre à interpretação, ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção que se articula, com as relações políticas, identitárias, contextuais, o que denota a relação das narrativas com os discursos sociais. Porém, mais do que uma mera descrição sequencial de ações e de eventos, a narrativa permite o estabelecimento da percepção de mundo, na medida em que situam os eventos e ações em “dramas” instituídos na ordem temporal do vivido (CASTELLANOS, 2014).

A narrativização procura sentidos que nomeiem e deem forma à fonte do sofrimento. Esse processo atravessa a experiência em toda a linha do tempo da vida do sujeito, que tenta localizar os eventos em sua própria história, colocando-os numa ordem que faça sentido, por meio do mecanismo reflexivo, terapêutico e transformador (BURY, 2001).

Como recurso metodológico, as narrativas são instrumentos favoráveis para a compreensão da memória e da história dos sujeitos envolvidos na investigação proposta. A contribuição deste recurso metodológico para a pesquisa, pela possibilidade de

compreensão da constituição do sujeito de forma ampla, sua interferência no meio em que vive, e sua ação como sujeito da própria história (ROLLEMBERG, 2003).

No presente estudo, definiu-se a narrativa como uma forma de discurso, obtida a partir do relato e da experiência dos sujeitos sobre a ocorrência de determinados fenômenos ou acontecimentos. Assim, ao contar/relatar experiências, os sujeitos estabelecem uma mediação entre o mundo interior de pensamento-sentimento e um mundo exterior de ações e comportamentos observáveis (GARRO; MATTINGLY, 2000). Ao narrar um acontecimento, as pessoas reorganizam as suas experiências, de modo que ela tenha ordem coerente e significativa, dando um sentido ao evento. Dessa maneira, por meio dela é possível ter acesso à experiência do outro, sua percepção e interpretação (REISSMAN, 2008).

A metodologia utilizada, então, foi a de narrativas de vivências. Os vários episódios são colocados numa sequência de acontecimentos, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo. A pessoa, geralmente, está contando um acontecimento longo e vai trazendo outros fatos, episódios, comentários relacionados (RABELO, 1994; GARRO, 1994). A entrevista é muito utilizada para as narrativas de vivências, mas outra forma de complementar narrativas é a observação, em que o pesquisador procura registrar o ambiente da entrevista e as falas de outros presentes como complementação à narrativa individual, histórias contadas por pessoas de uma comunidade (SILVA; TRENTINI, 2002).

Quanto aos aspectos técnicos, este estudo elegeu a entrevista utilizando um instrumento semiestruturado como meio de produção das narrativas. Castellanos (2014) indica que embora a entrevista narrativa venha sendo valorizada como recurso técnico específico para produção de narrativas. É importante reconhecer que boas narrativas também podem ser geradas a partir de entrevistas semiestruturadas. No presente estudo, foi utilizada a técnica de questões disparadoras, ou seja, perguntas que levem a pessoa contar como aconteceu determinado fato, ou narrar sua vivência com da temática pesquisa.

As perguntas permitem que o participante, ao mesmo tempo em que descreve suas experiências, também faça reflexões sobre elas e o entrevistador assume uma postura de escutar, ouvir com sensibilidade e estimular a pessoa a responder (CHARMAZ, 2009). Dessa forma, todas as entrevistas foram realizadas numa perspectiva dialógica, considerando a complementariedade e a importância de salvaguardar/registrar as contradições presentes nas falas (MEIHY; HOLANDA, 2010)

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática educativa de profissionais da Estratégia Saúde da Família no contexto das intoxicações infantis.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa.

Identificar as atividades educativas realizadas pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família no contexto da intoxicação infantil.

Analisar as práticas educativas em intoxicação infantil para empoderamento das famílias.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que utilizou a concepção educativa sociocultural de Paulo Freire (FREIRE, 1983, 1987, 2016) e a Política Nacional de Promoção da Saúde/Empoderamento (BRASIL, 2015), como referenciais teóricos, e a entrevista narrativa como referencial metodológico (DIAS; PASSOS; SILVA, 2016).

A escolha pela pesquisa qualitativa foi baseada a *priori* na natureza do problema. Esse tipo de pesquisa preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada em termos numéricos, trabalhando com significados, crenças, valores que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011). As pesquisas qualitativas iniciam-se com objetivos exploratórios amplos que fornecem foco para o estudo sem esvaziar aspectos da experiência que possam ser julgados importantes. É uma pesquisa indutiva e não-dedutiva na qual os participantes são selecionados por suas experiências com relação ao fenômeno de interesse a ser estudado (BONILHA, 2012).

As pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno e/ou estabelecer relações entre variáveis, descrevendo a caracterização de aspectos fisiopatológicos, semiológicos, etiológicos e epidemiológicos de um agravo, conforme peculiaridades individuais. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação e proporcionar uma nova visão do problema, o que a aproxima das pesquisas exploratórias (BONILHA, 2012).

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. São desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, sobre determinado fato (GIL, 2010).

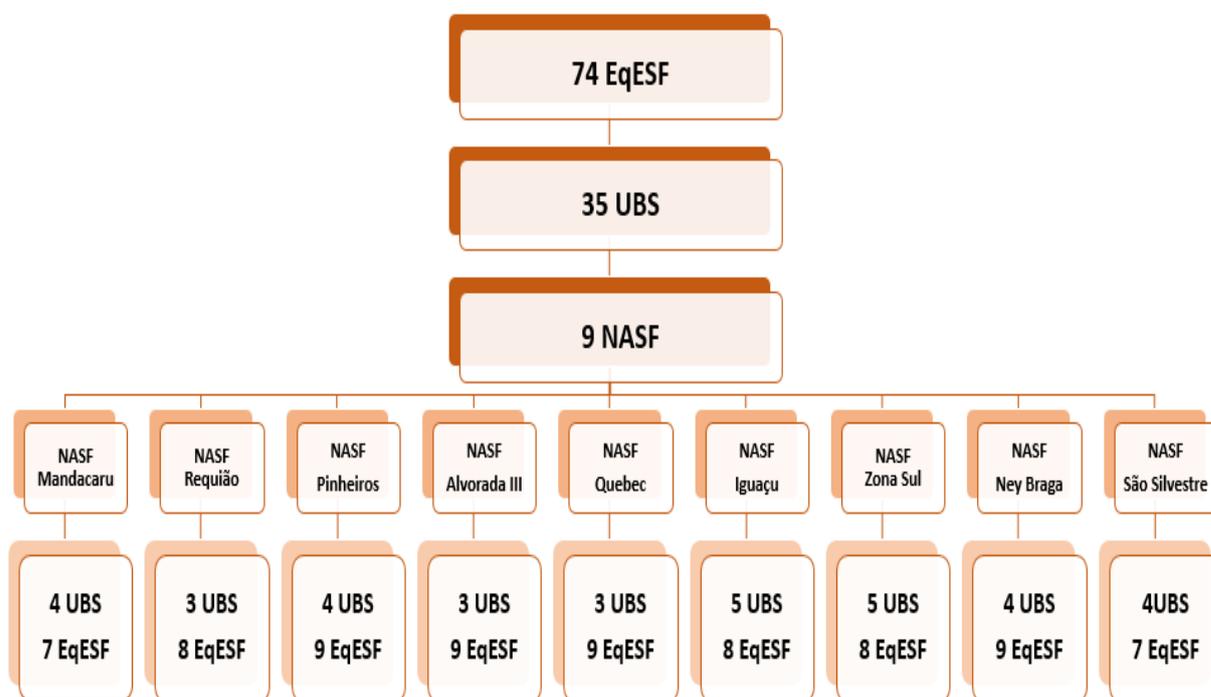
5.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Maringá - Paraná, na Rede de Atenção Primária à Saúde.

Maringá, localizada na região Noroeste do Paraná, é o terceiro maior município do Estado e o sétimo mais populoso da região Sul do Brasil, com população estimada de 403.063 habitantes, em uma área territorial de 486 km²; com densidade populacional de 828 habitantes por km². A expansão urbana do polo metropolitano tem como municípios limítrofes Sarandi, a Leste, e Paiçandu, a Oeste (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2016).

A Rede de Atenção Primária do município de Maringá é composta por 35 unidades básicas de saúde (UBS), sendo que 34 dessas possuem pelo menos uma EqESF referenciada, em um total de 74 equipes. As EqESF são referenciadas a nove equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MARINGÁ, 2015). A figura 1 apresenta a distribuição das EqESF e das UBS segundo o NASF de referência.

Figura 1 – Distribuição das EqESF e das UBS segundo os NASF de referência. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.



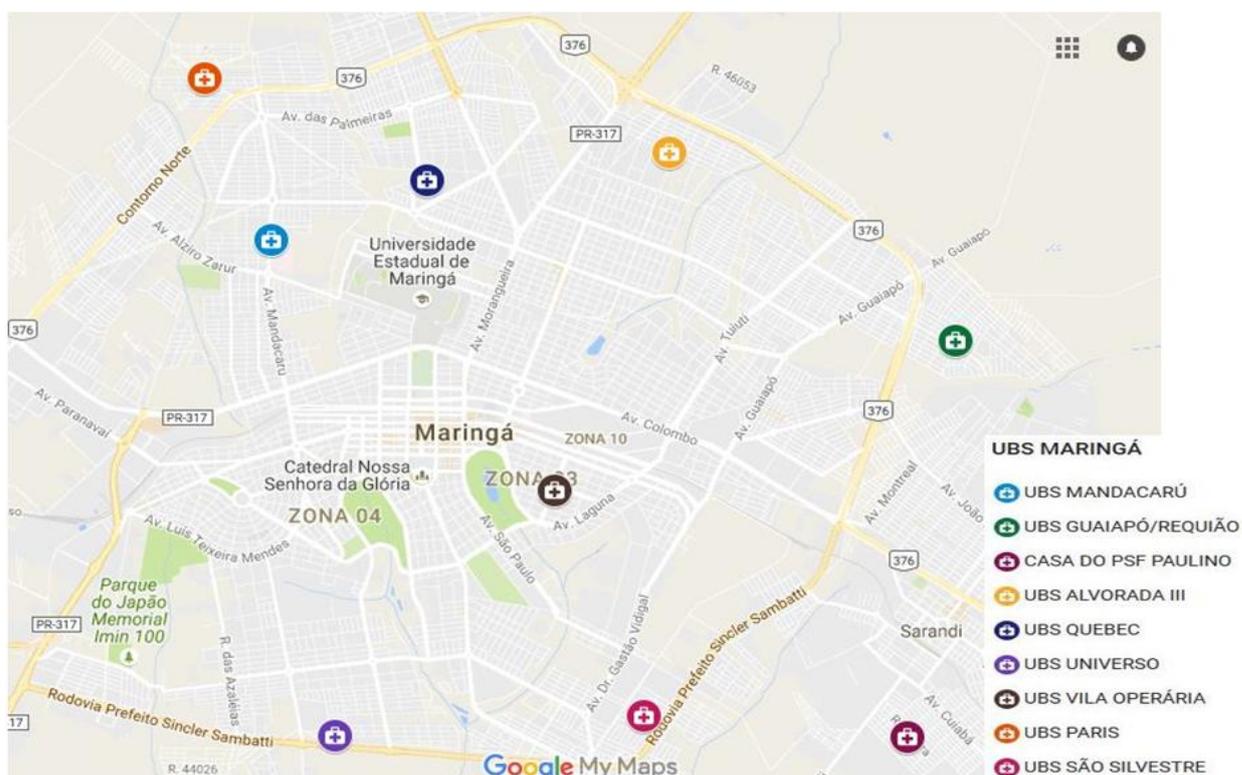
Fonte: Arquivo próprio, 2016.

Os NASF atuam como equipes integradas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, em conjunto com os profissionais das EqESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde, atuando na ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, integralidade, participação social, promoção da saúde e humanização (MARINGÁ, 2015).

Em Maringá, estão em funcionamento nove NASF, que tem em média quatro UBS referenciadas. As 35 UBS têm em média duas EqESF, com variação de uma a cinco equipes (Anexo 1).

Para determinação do local de estudo, as 35 UBS foram separadas por área de abrangência dos NASF, e em cada área de abrangência foi sorteada uma UBS, exceto aquela escolhida para realização do teste piloto (UBS Vila Vardelina – equipe 21). Nas UBS já sorteadas, foi realizado novo sorteio para escolha de uma EqESF, somando, então, nove equipes. Foram selecionadas as UBS Mandacaru – equipe 20, Requião – equipe 60, Paulino – equipe 4, Alvorada III – equipe 16, Quebec – equipe 39, Universo – equipe 30, Vila Operária – equipe 34, Paris – equipe 69, São Silvestre – equipe 28 (Figura 2).

Figura 2 - Mapeamento das UBS selecionadas para o estudo. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.



Fonte: Google Maps, 2016.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As EqESF são compostas por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

Os participantes do estudo foram enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, integrantes de EqESF do município de Maringá – Paraná. A escolha por essas três categorias profissionais justificou-se por suas funções estratégicas relacionadas ao contato direto com a comunidade, como identificar situações de risco e desenvolver ações de promoção da saúde, das quais as educativas fazem parte (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Foram incluídos aqueles com atuação na ESF por período superior a 12 meses, independentemente do tempo de atuação na EqESF na qual atuava no momento da entrevista; e excluídos profissionais que estivessem afastados da atividade profissional no período de coleta de dados - férias, licença saúde, licença maternidade, licença especial ou outro tipo de afastamento legal.

Considerando o número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS por EqESF, estimou-se um número máximo de 63 profissionais a serem entrevistados. A maioria das equipes era composta por um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e cinco ACS, apenas uma equipe não contatava com auxiliar/técnico de enfermagem e uma equipe era composta por quatro ACS, o que totalizou 61 possíveis participantes da pesquisa (Figura 3).

Participaram efetivamente da pesquisa 50 profissionais - nove enfermeiros, sete auxiliares/técnicos de enfermagem e 34 ACS. Aconteceu um total de cinco perdas e seis recusas. As perdas aconteceram por três atestados de saúde/licenças e duas férias. Cinco recusas aconteceram em uma mesma UBS quando, após agendamento de horário com a enfermeira, a pesquisadora foi explicar os objetivos da pesquisa a uma ACS e ao informar que a entrevista seria gravada, a mesma recusou-se e, provavelmente, influenciou as demais integrantes da equipe a não participarem (Figura 3).

Figura 3 - Profissionais participantes da pesquisa. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.



*Equipe com ausência de auxiliar de enfermagem.
 Fonte: Próprio autor.

Fonte: Arquivo próprio, 2016.

5.4 FONTE E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como fonte de dados, foi utilizada a relação de enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS das UBS selecionadas, para acesso aos profissionais que seriam entrevistados. A relação foi fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, por meio da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS).

Os instrumentos de coleta de dados foram um roteiro semiestruturado (Apêndice 1) e um diário de pesquisa (Apêndice 2). O roteiro para entrevista semiestruturado está focalizado em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais abertas, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. A utilização desse tipo de instrumento pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1991).

A proposta inicial dos instrumentos foi submetida à apreciação da banca examinadora da qualificação do projeto de dissertação, que realizou adequações de estrutura e conteúdo. Após estas adequações iniciais, os instrumentos foram submetidos à avaliação de dois professores pesquisadores em Saúde da Criança e integrantes de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, realizando novas adequações de estrutura, conforme convite apresentando os objetivos e metodologia da pesquisa (Apêndice 3).

O Roteiro de Entrevista foi composto de três fases: (1) Perfil sociodemográfico e profissional do entrevistado, com 14 questões que abordaram idade, sexo, raça/cor, estado conjugal, religião, renda familiar, escolaridade, tempo de experiência na área da saúde, em EqESF e na equipe atual, capacitações que recebeu ao entrar na ESF e a frequência que participa de cursos/capacitações; (2) Atividades preventivas de intoxicação infantil por profissionais das EqESF, com cinco questões disparadoras que versa sobre as atividades educativas desenvolvidas na equipe, preparo e vivência com a temática intoxicação infantil; (3) Práticas educativas para empoderamento das famílias, com quatro questões disparadoras, envolvendo os conceitos de promoção da saúde, e de educação, ensino-aprendizagem, relação professor-aluno, metodologia e abordagem das pessoas/famílias com vistas ao empoderamento (FREIRE, 1983, 1987, 2016; BRASIL, 2015) (Apêndice 1).

O diário de pesquisa, considerado um instrumento de registro de dados, permite o relato escrito do pesquisador, daquilo que ouve, vê e pensa no percurso da coleta de dados (BOGDAN; BIKLEN, 2010; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). O presente estudo foi composto por informações referentes ao processo de agendamento das entrevistas, comportamento dos entrevistados, dificuldades e facilidades do processo de coleta de dados (Apêndice 2).

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.5.1 Preparação do Trabalho de Campo

Após o Exame Geral de Qualificação e refinamento conceitual e metodológico da proposta, o projeto de pesquisa foi encaminhado à autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Para divulgação e discussão das atividades com os gestores, foi confeccionado um Resumo Executivo da Pesquisa com uma breve contextualização do problema em estudo, os objetivos e a metodologia utilizada para ser entregue aos diretores das UBS (Apêndice 4).

O instrumento de coleta de dados foi submetido a teste piloto com profissionais de uma equipe da ESF em UBS não selecionada para o estudo. O teste piloto é um estudo em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa, ou seja, é uma versão representativa do estudo completo, que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia de modo a possibilitar alteração/melhora dos instrumentos na fase que antecede a investigação em si (MACKEY; GASS, 2005).

A UBS selecionada para o teste piloto foi a UBS Vila Vardelina - Equipe 21. A pesquisadora apresentou formalmente ao diretor da UBS o Resumo Executivo e agendou horário das entrevistas. A enfermeira responsável pela EqESF selecionada solicitou que as entrevistas ocorressem durante a reunião semanal da equipe, para que os profissionais

fossem entrevistados sem interferência nas atividades diárias. As entrevistas aconteceram com boa aceitação dos profissionais, interesse pela temática, mas com dificuldade de compreensão em algumas questões.

A pesquisadora reuniu-se com a orientadora e discutiu a necessidade de adequações no instrumento: acrescentou o item “1.15 - Capacitações/cursos já realizados”; e alterou a ordem dos itens “2.3” e “2.4” para melhor compreensão dos entrevistados. A aplicação do teste piloto contribuiu, ainda, para estabelecimento de horário padrão para as entrevistas, visando diminuir perdas e recusas. Também, o medo da pesquisadora em abordar os profissionais foi superado.

Ainda, no processo de preparação do trabalho de campo, a pesquisadora foi capacitada por meio de leitura de textos que abordassem a temática e participou do IV Simpósio Internacional sobre Pesquisa-ação em Educação/Saúde e sua Transitoriedade contextual: aprendendo e (re)construindo o seu processo, realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

5.5.2 Trabalho de Campo

O processo de abordagem dos diretores das UBS e de agendamento das entrevistas deram-se após contato prévio via telefone ou pessoalmente. Como apontado no teste piloto, a maioria das entrevistas foram agendadas nas datas destinadas a reuniões de equipe.

A pesquisadora retornou a cada UBS pelo menos duas vezes para apresentação do resumo executivo à direção, agendamento do horário e realização das entrevistas. No entanto, nem sempre era possível entrevistar a equipe toda no dia programado, ou algumas entrevistas eram mais longas e ultrapassavam o horário disponibilizado pela EqESF, sendo necessário novo agendamento e retorno à UBS. A maioria das entrevistas não aconteceu no horário agendado.

Os profissionais participantes da pesquisa foram entrevistados individualmente, pela própria pesquisadora. O conteúdo da entrevista, que teve duração média de 30 minutos, foi gravado na íntegra em mídia digital por áudio, tendo em vista uma maior agilidade e interação entre entrevistador/entrevistado e maior fidedignidade dos dados, mas as informações foram registradas também manualmente no roteiro de entrevista. O diário

de pesquisa foi preenchido ao término de cada dia de entrevista, imediatamente após o término do período.

O período de entrevistas teve a duração de um mês. A maioria das entrevistas com os profissionais ACS aconteceram das 7h às 8h30min ou das 16h às 17h, pois no início do período aguardavam na UBS para iniciar as visitas domiciliares realizando atividades internas, como fechamento dos relatórios ou outras atividades e no final do expediente, retornavam novamente para as atividades internas. A maioria das entrevistas com enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem aconteceu das 11h às 12h ou 13h às 14h – após finalizar as atividades da manhã ou antes de iniciar as atividades vespertinas.

5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de caracterização dos profissionais foram compilados em planilha eletrônica no *Software Microsoft Office Excel 10.0* e analisados descritivamente. As respostas das questões disparadoras foram transcritas na íntegra, digitadas em documento de texto utilizando o *Software Microsoft Office Word 10.0*.

Os resultados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo modalidade temática (MINAYO, 2014) e discutidos a partir do referencial teórico (BRASIL, 2015; FREIRE, 1983, 1987, 2016).

A modalidade de análise de conteúdo temática de Minayo (2014), aportada no referencial materialista histórico, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. Operacionalmente, abrange as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos temas.

5.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá/Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS) (Anexo 2), o

projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM, em obediência às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), obtendo parecer favorável mediante nº 1.573.858/2016, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53559316.3.0000.0104/2016 e conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos (Anexo 3).

Em todas as entrevistas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos entrevistados, informando os objetivos da pesquisa e a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da entrevista, bem como assegurado o sigilo quanto às informações prestadas e o anonimato sempre que os resultados da pesquisa fossem divulgados. Todos os profissionais entrevistados assinaram TCLE em duas vias - uma via permaneceu com a pesquisadora e a outra foi entregue aos entrevistados (Apêndice 5).

Com fins de garantir o anonimato dos participantes, seus discursos foram identificados por códigos com as iniciais de “Equipe da Estratégia Saúde da Família” seguido da categoria profissional, e números arábicos referentes ao segmento da transcrição das entrevistas: “EqESF – Enf1”, “EqESF – Aux1”, “EqESF – ACS1”.

6 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados na forma de um item para caracterização dos participantes da pesquisa e dois manuscritos conforme apresentados a seguir.

- ✓ Manuscrito 1 – Práticas educativas para prevenção de intoxicação infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família.
- ✓ Manuscrito 2 – Práticas educativas dialógicas e emancipatórias no contexto das intoxicações infantis na perspectiva Freireana.

6.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nas nove equipes da Estratégia Saúde da Família (EqESF) selecionadas, entrevistou-se nove enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem e 34 ACS. A composição das EqESF não acompanhou o dimensionamento de pessoal da equipe de enfermagem nos serviços de saúde brasileiros, que é constituída por 77% de técnicos e auxiliares de enfermagem (MACHADO et al., 2016) por tratar-se de equipes delimitadas pela Portaria GM/MS 2.488/2011, sendo a equipe de enfermagem composta por um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2011). Segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, para se constituir equipes de enfermagem, é necessária a presença de um enfermeiro, cabendo-lhe planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem e da equipe (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

A média de ACS por equipe foi de 4,7. Na Portaria GM/MS 2.488/2011, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

A Tabela 1 apresenta aspectos sociodemográficos segundo categoria profissional dos participantes da pesquisa.

O perfil dos ACS é composto por mulheres em sua maioria, as quais são, em maior parte, casadas, adultas jovens, com idade média de 41,1±9,6 anos (FERNANDES; STEIN; GIUGLIANI, 2015; SANTOS et al., 2011).

Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos segundo categoria profissional da EqESF. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.

| Variáveis | Categoria Profissional | Enfermeiro (9) | | Aux. Enfermagem (7) | | ACS (34) | | Total (50) | |
|------------------------------------|------------------------|----------------|------|---------------------|------|----------|------|------------|----|
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Feminino | | 7 | 77,7 | 6 | 85,7 | 33 | 97,0 | 46 | 92 |
| Masculino | | 2 | 22,3 | 1 | 14,3 | 1 | 3,0 | 4 | 8 |
| Faixa etária | | | | | | | | | |
| 19 – 29 | | 1 | 11,1 | -- | -- | 4 | 11,8 | 5 | 10 |
| 30 – 39 | | 3 | 33,3 | 1 | 14,3 | 13 | 38,2 | 17 | 34 |
| 40 – 49 | | 2 | 22,3 | 5 | 71,4 | 8 | 23,5 | 15 | 30 |
| 50 – 59 | | 3 | 33,3 | 1 | 14,3 | 6 | 17,7 | 10 | 20 |
| 60 – 67 | | -- | -- | -- | -- | 3 | 8,8 | 3 | 6 |
| Estado conjugal | | | | | | | | | |
| Casado | | 3 | 33,3 | 3 | 42,8 | 19 | 55,9 | 25 | 50 |
| Solteiro | | 3 | 33,3 | 2 | 28,6 | 6 | 17,6 | 11 | 22 |
| União estável | | 1 | 11,1 | -- | -- | 4 | 11,8 | 5 | 10 |
| Separado/Divorciado | | 2 | 22,3 | 1 | 14,3 | 2 | 5,8 | 5 | 10 |
| Viúvo | | -- | -- | 1 | 14,3 | 3 | 8,8 | 4 | 8 |
| Renda familiar mensal (SM)* | | | | | | | | | |
| 1 – 2 | | -- | -- | 1 | 14,3 | 9 | 26,5 | 10 | 20 |
| 3 – 4 | | 1 | 11,1 | 3 | 42,8 | 18 | 52,9 | 22 | 44 |
| 5 – 9 | | 5 | 55,6 | 2 | 28,6 | 7 | 20,6 | 14 | 28 |
| > 10 | | 3 | 33,3 | 1 | 14,3 | -- | -- | 4 | 8 |

*Salário mínimo vigente em julho-agosto de 2016.

Fonte: Arquivo próprio, 2016.

Quanto à idade dos entrevistados, a faixa etária variou de 19 a 67 anos, com idade média de 42,6 anos, concentração entre 30 a 49 anos e moda de 37 anos. Machado et al. (2016), em pesquisa nacional sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, constataram que a enfermagem é uma profissão em pleno rejuvenescimento: 40% do seu contingente tem idade entre 36-50 anos e 38% entre 26-35 anos.

Diferente dos achados de nosso estudo, Machado et al., (2016), ao considerar a renda mensal de todos os empregos e atividades que a equipe de enfermagem exerce, constataram que 1,8% de profissionais na equipe recebiam “menos de um salário-mínimo” por mês, e 16,8% com renda mensal de até mil reais. Os quatro grandes setores de empregabilidade da enfermagem (público, privado, filantrópico e ensino) apresentam

baixos salários, porém o privado (21,4%) e o filantrópico (21,5%) são os que mais praticam salários com valores de até mil reais, e salários de mais da metade do contingente empregado está abaixo de dois mil reais (MACHADO et al., 2016).

Quanto à renda dos ACS, por se tratar de profissional com atuação exclusiva no setor público, a renda familiar mensal relatada por Fernandes, Stein e Giugliani (2015) ao caracterizarem o perfil do ACS brasileiro em 2012 era de 1814,10±873,50 reais. Mesmo assim, a renda mensal do ACS é baixa e essa condição desencadeia o sentimento de desvalorização do trabalho, podendo influir na esfera psicológica dos ACS (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Adicionalmente, a raça/cor autodeclarada pela maioria foi branca (35 - 70%), o estado conjugal da metade dos entrevistados era casado(a) e a religião predominante foi a católica (29 - 58%). Ao analisar cor/raça, os dados da pesquisa *Perfil da Enfermagem no Brasil* apontam 42,3% da equipe de enfermagem declaram ser da cor branca. Somados pardos (41,5%) e pretos (11,5%), este percentual atinge 53%, tornando-se o mais expressivo e dominante na composição de cor/raça da equipe (MACHADO et al., 2016). O perfil dos ACS aponta a raça/cor parda predominando nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, exceto a região Sul que apresenta predominância da cor branca, sendo esta proporção justificada pelos autores, devido ao processo de colonização europeia na região Sul do Brasil (PINTO et al., 2015).

A Tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas à escolaridade, cursos e tipo de pós-graduação segundo categoria profissional dos participantes da pesquisa.

A maioria dos ACS (70,6%) havia concluído o ensino médio, com escolaridade mais elevada do que aquela estabelecida pela Lei 11.350/2006 - conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2006). Outros estudos que abordam o processo de escolarização do ACS destacam que quanto maior o grau de escolaridade do ACS, mais ele incorpora novos conhecimentos e orienta de forma adequada as famílias sob sua responsabilidade. No Brasil, 8,6% dos ACS possuem curso de nível superior em saúde, principalmente nos cursos Serviço Social (30,0%) e Enfermagem (22,5%) (LINO et al., 2012; PINTO et al., 2015; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Tabela 2 – Aspectos relacionados à escolaridade, realização de curso de pós-graduação e tipo segundo categoria profissional das EqESF. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.

| Variável | Categoria Profissional | | Enfermeiro (9) | | Aux. Enfermagem (7) | | ACS (34) | | Total | |
|----------------------------|------------------------|------|----------------|------|---------------------|------|----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| Fundamental completo | -- | -- | -- | -- | 3 | 8,8 | 3 | 6 | 3 | 6 |
| Médio incompleto | -- | -- | -- | -- | 3 | 8,8 | 3 | 6 | 3 | 6 |
| Médio completo | -- | -- | 4 | 57,1 | 24 | 70,6 | 28 | 56 | 4 | 8 |
| Superior incompleto | -- | -- | 1 | 14,3 | 3 | 8,8 | 4 | 8 | 4 | 8 |
| Superior completo | 9 | 100 | 2 | 28,6 | 1 | 3,0 | 12 | 24 | 12 | 24 |
| Pós-graduação | | | | | | | | | | |
| Sim | 7 | 77,8 | 1 | 14,3 | -- | -- | 8 | 66,6 | 8 | 66,6 |
| Não | 2 | 22,2 | 1 | 14,3 | 1 | 3,0 | 4 | 33,4 | 4 | 33,4 |
| Tipo pós-graduação* | | | | | | | | | | |
| Especialização | 7 | 77,8 | -- | -- | -- | -- | 7 | -- | 7 | -- |
| Mestrado** | 1 | 11,1 | 1 | 14,3 | -- | -- | 2 | -- | 2 | -- |

*Um profissional enfermeiro possui especialização e mestrado.

** Áreas informadas do Mestrado: enfermagem e meio ambiente.

Fonte: Arquivo próprio, 2016

A maioria dos profissionais de nível superior (77,8%) demonstra qualificação profissional por meio de cursos de pós-graduação, e as áreas informadas foram especialização foi saúde pública/coletiva, saúde da criança, urgência e emergência, enfermagem do trabalho, educação em saúde, saúde da família, estomaterapia. Uma auxiliar de enfermagem possui curso de nível superior na área das ciências agrárias e mestrado em meio ambiente.

A Tabela 3 apresenta a distribuição de variáveis relacionadas ao tempo de experiência profissional na área da saúde, na ESF e na EqESF atual, segundo categoria profissional dos participantes da pesquisa.

A maior parte dos ACS (67,6%) possui tempo de experiência entre um e 10 anos, com variação de um a 17 anos e média de 8,5 anos, demonstrando rotatividade pequena e tempo de atuação superior ao observado em outros estudos, cujo tempo variou entre oito meses a cinco anos, sendo que a proporção de ACS com menos de um ano de admissão chegou a pouco mais de 10,0% (LINO et al., 2012; PINTO et al., 2015). Destacou ainda que a falta de experiência dos ACS no setor saúde é um aspecto que os diferencia dos demais integrantes da equipe de saúde da família e, inclusive, pode dificultar o desempenho de suas atribuições.

Tabela 3 – Aspectos relacionados ao tempo de experiência profissional na saúde, na ESF e na EqESF atual, segundo categoria profissional. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.

| Tempo (anos) | Categoria Profissional | | Aux. Enfermagem (7) | | ACS (34) | | Total (50) | | |
|--|------------------------|------|---------------------|------|----------|------|------------|----|--|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Experiência profissional na Saúde | | | | | | | | | |
| 1 – 5 | 1 | 11,1 | -- | -- | 13 | 38,2 | 14 | 28 | |
| 6 – 10 | 2 | 22,2 | 1 | 14,3 | 10 | 29,4 | 13 | 26 | |
| 11 – 15 | 1 | 11,1 | 1 | 14,3 | 4 | 11,8 | 6 | 12 | |
| 16 – 20 | 5 | 55,6 | 4 | 57,1 | 7 | 20,6 | 16 | 32 | |
| 20 – 30 | -- | -- | 1 | 14,3 | -- | -- | 1 | 2 | |
| Experiência na ESF | | | | | | | | | |
| 1 – 5 | 2 | 22,2 | 2 | 28,5 | 13 | 38,2 | 17 | 34 | |
| 6 – 10 | 2 | 22,2 | 3 | 42,9 | 10 | 29,4 | 15 | 30 | |
| 11 – 15 | 1 | 11,1 | 1 | 14,3 | 4 | 11,8 | 6 | 12 | |
| 16 – 20 | 4 | 44,5 | 1 | 14,3 | 7 | 20,6 | 12 | 24 | |
| Experiência na EqESF atual | | | | | | | | | |
| 1 – 5 | 3 | 33,3 | 3 | 42,9 | 13 | 38,2 | 19 | 38 | |
| 6 – 10 | 4 | 44,5 | 4 | 57,1 | 11 | 32,4 | 19 | 38 | |
| 11 – 15 | 1 | 11,1 | -- | -- | 5 | 14,7 | 6 | 12 | |
| 16 – 20 | 1 | 11,1 | -- | -- | 5 | 14,7 | 6 | 12 | |

Fonte: Arquivo próprio, 2016.

Considerando a idade de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e a contabilidade dos anos de formação até a entrada no mercado de trabalho desses profissionais, a partir do construto da sociologia das profissões, foi construído um quadro das várias “fases” da vida profissional (MACHADO et al., 2016).

A primeira fase, denominada de início da vida profissional, refere-se àqueles com até 25 anos de idade, recém-formados, com jovens ainda sem definição clara da área de atuação e como se dará sua inserção no mercado de trabalho (MACHADO et al., 2016). Na segunda fase, chamada de formação profissional, estão aquelas pessoas entre 26-35 anos de idade que buscam se qualificar para os serviços, especializando-se por meio de uma Pós-graduação. Na terceira fase, denominada de maturidade profissional, encontram-se os profissionais com idade entre 36-50 anos (40,1%), inseridos, em definitivo, no mercado de trabalho. A quarta fase, definida como desaceleração profissional, encontram-se aquelas pessoas com idade entre 51-60 anos que, já buscam trabalhos e empregos que lhes assegurem a aposentadoria. Na quinta fase, da aposentadoria, estão as pessoas com idade acima de 61 anos (2,1%) que já se retiraram do mercado de trabalho, parcialmente ou totalmente, ou estão se preparando para saírem (MACHADO et al., 2016).

De acordo com o perfil da equipe de enfermagem no presente estudo, a maioria se encontra na terceira fase com idade entre 30-49 anos (68,7%), em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas de enfermagem, devidamente qualificados, com estabilidade da carreira profissional.

A tabela 4 apresenta variáveis relacionadas à frequência de participação em cursos/capacitações segundo categoria profissional dos participantes da pesquisa. Aqueles que referiram ter recebido capacitação ao entrar na equipe da ESF informaram que o conteúdo estava relacionado com a introdução à ESF, incluindo a função que desempenhariam na equipe.

Os cursos ou capacitações que os profissionais realizaram ao longo da carreira estavam relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, doenças infectocontagiosas, imunobiológicos, aleitamento materno, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde mental, alimentação saudável, tabagismo/drogadição, controle de zoonoses, prevenção de acidentes ocupacional, oficinas do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS, uso adequado de medicamentos psicotrópicos e ervas medicinais, e cursos de primeiros socorros e classificação de risco. Nenhum dos entrevistados citou cursos ou capacitações para saúde da criança e/ou prevenção de acidentes na infância.

Tabela 4 – Distribuição de variáveis relacionadas à frequência de participação em cursos/capacitações segundo categoria profissional dos participantes da pesquisa. Maringá, julho-agosto, 2016.

| Curso/capacitação | Categoria Profissional | | Enfermeiro (9) | | Auxiliar de Enfermagem (7) | | Agente Comunitário de Saúde (34) | |
|--|------------------------|------|----------------|------|----------------------------|------|----------------------------------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Curso introdutório da ESF | | | | | | | | |
| Sim | 3 | 33,3 | 3 | 42,9 | 7 | 20,6 | | |
| Não | 6 | 66,7 | 4 | 57,1 | 27 | 79,4 | | |
| Participação outros capacitações/cursos | | | | | | | | |
| Sim | 9 | 100 | 7 | 100 | 34 | 100 | | |
| Não | -- | -- | -- | -- | -- | -- | | |
| Frequência de capacitações/cursos (meses) | | | | | | | | |
| Mensalmente | 2 | 22,3 | -- | -- | 3 | 8,8 | | |
| Cada 2 meses | 3 | 33,3 | -- | -- | 7 | 20,6 | | |
| Cada 4 meses | 3 | 33,3 | 1 | 14,3 | 11 | 32,3 | | |
| Cada 6 meses | -- | -- | 1 | 14,3 | 5 | 14,7 | | |
| Cada 8 meses | 1 | 11,1 | 1 | 14,3 | 1 | 3,0 | | |
| Anualmente | -- | -- | 4 | 57,1 | 7 | 20,6 | | |

Fonte: Arquivo próprio, 2016.

No que se refere à educação continuada, pesquisa mostrou que 70,4% dos entrevistados no Brasil referem ter participado de cursos após inserção nas equipes de saúde. Do total de cursos concluídos, 45,4% dos ACS referem ter realizado sete ou mais cursos. As principais temáticas abordadas nos cursos foram: programas específicos (90,9%), promoção da saúde (89,0%), saúde bucal (68,3%) e organização do território (65,9%) (PINTO et al., 2015).

De modo geral, os profissionais responderam o questionário com tranquilidade e demonstraram interesse pela temática, embora muitos afirmassem não conhecer casos de intoxicação infantil na área adscrita à EqESF que atuavam e ter pouca vivência com o tema. A maioria dos ACS entrevistados solicitou que fosse realizada capacitação com os profissionais para serem multiplicadores do conhecimento durante as visitas domiciliares, pois sempre observam nas residências situações de riscos e não conseguem orientar adequadamente.

**Práticas educativas para prevenção de intoxicação infantil por profissionais da
Estratégia Saúde da Família ***

**Educational practice for prevention of child intoxication by Family Health Strategy
professionals**

Camila Cristiane Formaggi Sales¹

Magda Lúcia Felix de Oliveira²

RESUMO

Objetivo: identificar as atividades educativas realizadas pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família no contexto da intoxicação infantil. **Método:** pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizada na Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Maringá – Paraná – Brasil, por meio de entrevistas semiestruturadas com nove enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem e 34 agentes comunitários de saúde integrantes de nove equipes da Estratégia Saúde da Família. As questões disparadoras do instrumento foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** 46 profissionais eram do sexo feminino; com idade média 42,6 anos, com experiência profissional média de 10,5 anos na área da saúde, e de 9,2 anos em equipes de saúde da família. Apenas 13 (26%) profissionais referiram capacitação para início das atividades na Estratégia de Saúde da Família, embora todos referissem participação em cursos de educação continuada no exercício das atividades, com frequência quadrimestral; e apenas 16% indicaram ter recebido capacitação para realização de atividades de prevenção de intoxicação. Foram sistematizadas duas categorias temáticas: 1) práticas cotidianas que oportunizaram distintos referenciais educativos no contexto da intoxicação infantil; 2) percepção da qualificação profissional para a prevenção das intoxicações infantis. **Considerações finais:** emergiram diferenças nas percepções e no desenvolvimento de atividades preventivas para intoxicação infantil em relação às diferentes categorias profissionais, porém as atividades em grupos foram percebidas como aquelas que mais aproximam o profissional de saúde do usuário, por meio do diálogo.

Palavras-chave: Saúde da criança; Prevenção de acidentes; Atenção primária à saúde; Envenenamento; Educação em saúde.

* Produto da Dissertação de Mestrado de título: “Práticas educativas para prevenção da intoxicação infantil na perspectiva dialógica Freireana”, subsidiada com financiamento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to identify the educational activities carried out by the professionals of the Family Health Strategy team in the context of child intoxication. **Method:** descriptive and exploratory research, of qualitative approach, carried out in the Network of Primary Health Care in the city of Maringá - Paraná - Brazil, through semi-structured interviews with nine nurses, seven nursing assistants and 34 community health agents from nine Family Health Strategy teams. The triggering questions of the instrument were analyzed using the technique of content analysis, thematic modality. **Results:** 46 professionals were female; with a mean age of 42.6 years, with an average professional experience of 10.5 years in the health area, and 9.2 years in family health teams. Only 13 (26%) professionals reported having participated in training to start activities in the Family Health Strategy, although all referred to participation in continuing education courses in the performance of activities, every four months; and 16% indicated that they received training to carry out poison prevention activities. Two thematic categories were systematized: 1) Daily practices that provided different educational references in the context of child intoxication; 2) Professional qualification for the prevention of child poisoning. **Final considerations:** differences emerged in perceptions and in the development of preventive activities for child intoxication in relation to different professional categories, but the activities in groups were perceived as those that most closely approximate the health professional to the client, through dialogue.

Keywords: Child health; Accident prevention; Primary health care; Poisoning; Health education.

INTRODUÇÃO

Pensando a ação educativa como eixo do cuidado em saúde pública, os profissionais de saúde necessitam incorporar habilidades educativas, imprescindíveis ao desenvolvimento do seu processo de trabalho, seja em seus espaços formais, nos diversos grupos educativos, ou na relação diária entre profissional de saúde e usuário. Toda ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012).

A educação em saúde é essencial para construção do cuidado individual e coletivo, sendo as ações de saúde e educação prioritárias ao cuidado de base territorial oferecido a pessoas e grupos populacionais (CARVALHO, 2004; TADDEO et al., 2012). Para atuar neste cenário, os profissionais de saúde necessitam refletir a respeito do modo de cuidar em saúde da família e utilizar tecnologias que possam ser efetivas diante da complexidade e do desafio que envolve a interação entre usuários, famílias, profissionais e sociedade (DIXON; SWEENEY, 2000; MELO; SOUSA; SILVA, 2014).

O modelo brasileiro do Sistema Único de Saúde articula-se a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) tendo, desde 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), como ferramenta operacional (STARFIELD, 1991; TESSER et al., 2011). As equipes da ESF são multiprofissionais e têm na ação educativa um dos seus principais eixos norteadores, que podem se concretizar em vários espaços de realização das práticas, devido à proximidade com a comunidade local, à atuação intersetorial, ao estabelecimento de parcerias, e, primordialmente, à responsabilidade na promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de uma abordagem longitudinal e integral (ALVES; AERTS, 2011; MATIAS et al., 2012).

Indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos à sua saúde tanto na perspectiva da vigilância em saúde, incluindo a detecção de ambientes inseguros e a orientação de medidas preventivas, como o manejo adequado dos casos que não foram evitados por medidas na atenção primária, com medidas de redução de danos (BEZERRA et al., 2014; FRANCO; SILVA; DAHER, 2011).

Ações de saúde da família e de saúde da criança têm íntima relação com as práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os acidentes na infância, principalmente as intoxicações, têm se destacado como um problema de saúde pública sendo uma das principais causas dos atendimentos em serviços de saúde (TAVARES, OLIVEIRA, 2012; UTHKARSH et al., 2012). A prevenção desses acidentes na infância tem sido foco de investigações científicas com o pressuposto de que a prevenção se dá a partir do conhecimento dos fatores e processos pelos quais os acidentes ocorrem, das características próprias de determinados acidentes, do ambiente domiciliar, e do comportamento da família, como estilo de vida, fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais (BHARWANI et al., 2013; SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011; TAVARES et al., 2013).

A necessária renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, das práticas de educação em saúde, pode melhorar a prevenção desses acidentes, antecipando-se a medidas que apenas articulem riscos, causalidades e determinações, trazendo a saúde e a possibilidade de adoecer para o campo da “vida real”, de ambientes inseguros e políticas regulatórias frágeis. Para isso, é essencial a compreensão dos profissionais da saúde sobre a importância de se trabalhar propostas de ação educativa voltadas ao empoderamento e cidadania preventivista (MANTOVANI et al., 2014; SANTOS et al., 2012).

O presente estudo está pautado na perspectiva de que a prática educativa dos profissionais da ESF deve ir além da orientação, voltando-se a detectar vulnerabilidades e fatores de risco familiar (MITRE et al., 2008), para isso utilizam-se como estratégia de ensino, práticas pedagógicas inovadoras, centrada em metodologias ativas, corroborando a ideia de que a busca do saber na saúde deve aproximar a prática assistencial da educacional, já que os profissionais da saúde utilizam o processo ensino-aprendizagem em todas as suas ações de cuidado. A metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado, presente em estudos de educadores brasileiros (FREIRE, 2016; MITRE et al., 2008; SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi identificar as atividades educativas realizadas pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família no contexto da intoxicação infantil.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com características de estudo de caso, em amostra intencional de profissionais da equipe da ESF utilizando a entrevista narrativa como recurso metodológico (DIAS; PASSOS, SILVA, 2016).

Caracterização do local e da população em estudo

O estudo foi realizado na Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Maringá, localizado no Noroeste do Paraná – Brasil, a qual é composta por 35 unidades básicas de saúde (UBS), referenciadas a nove Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e 74 equipes da ESF.

As equipes da ESF brasileiras têm composição mínima de um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS) (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015). Os NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes da Estratégia Saúde da Família (EqESF), com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Participaram do estudo 50 profissionais integrantes de nove equipes da ESF – nove enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem e 34 ACS. A escolha por essas três categorias profissionais justificou-se por suas funções estratégicas relacionadas ao contato direto com a população, como identificar situações de risco e desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Instrumento de coleta de dados

A estratégia para obtenção dos dados foi a entrevista narrativa semiestruturada. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro semiestruturado composto de duas fases: (1) Perfil sociodemográfico e profissional do entrevistado, com 14 questões; (2) Atividades preventivas de intoxicação infantil por profissionais das EqESF, com cinco questões disparadoras para as narrativas sobre as atividades educativas desenvolvidas na equipe, qualificação e vivência com a temática intoxicação infantil.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu nos meses de julho e agosto de 2016. Foi realizado sorteio para escolha de nove UBS, uma de cada NASF, e para as UBS que possuíam mais de uma EqESF, foi feito um sorteio intra-UBS para escolha de uma equipe.

Os profissionais foram entrevistados individualmente pela própria pesquisadora em entrevistas agendadas nas datas destinadas às reuniões de equipes na UBS, em consultórios disponíveis no momento da abordagem. O conteúdo das entrevistas, que tiveram duração média de 30 minutos, foram integralmente gravados em mídia digital por áudio.

Processamento e análise dos dados

Os dados de caracterização dos profissionais foram compilados em planilha eletrônica no *Software Microsoft Office Excel 10.0*, analisados descritivamente e apresentados em frequências absoluta e relativa.

Os áudios gravados foram transcritos na íntegra, digitados em documento de texto utilizando o *Software Microsoft Office Word 10.0*, e as narrativas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo modalidade temática (MINAYO, 2014).

Inicialmente, as narrativas que falavam sobre prática educativa foram codificadas, a partir de parâmetros estabelecidos pelas autoras tendo como critérios as atividades desenvolvidas a saber: aquelas em que a prática profissional tinha como foco a prevenção de doenças e agravos, e as em visavam a promoção da saúde e inclusão da família. Após a codificação e classificação dos dados coletados, os mesmos foram organizados de modo que as narrativas contidas no material das entrevistas foram discutidas em dois temas: 1)

práticas cotidianas que oportunizaram distintos referenciais educativos no contexto da intoxicação infantil; 2) percepção da qualificação profissional para a prevenção das intoxicações infantis.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, com parecer favorável nº 1.573.858/2016, CAAE nº 53559316.3.0000.0104. Com fins de garantir o anonimato dos participantes, as narrativas foram identificadas por códigos com as iniciais da “Equipe da Estratégia Saúde da Família” seguido da categoria profissional, e números arábicos referentes ao segmento da transcrição das entrevistas: “EqESF – Enfl”, “EqESF – Aux1”, “EqESF – ACS1”.

RESULTADOS

Dos profissionais entrevistados, 46 eram do sexo feminino (92%), com idade média de 42,6 anos e concentração entre 30 a 49 anos; experiência profissional média de 10,5 anos na área da saúde, e de 9,2 anos em equipes de saúde da família. A renda familiar mensal de 22 (44%) profissionais foi de três a quatro salários mínimos. Adicionalmente, a raça/cor autodeclarada pela maioria foi branca (35 - 70%), o estado conjugal da metade dos entrevistados era casado (a) e a religião predominante foi a católica (29 – 58%).

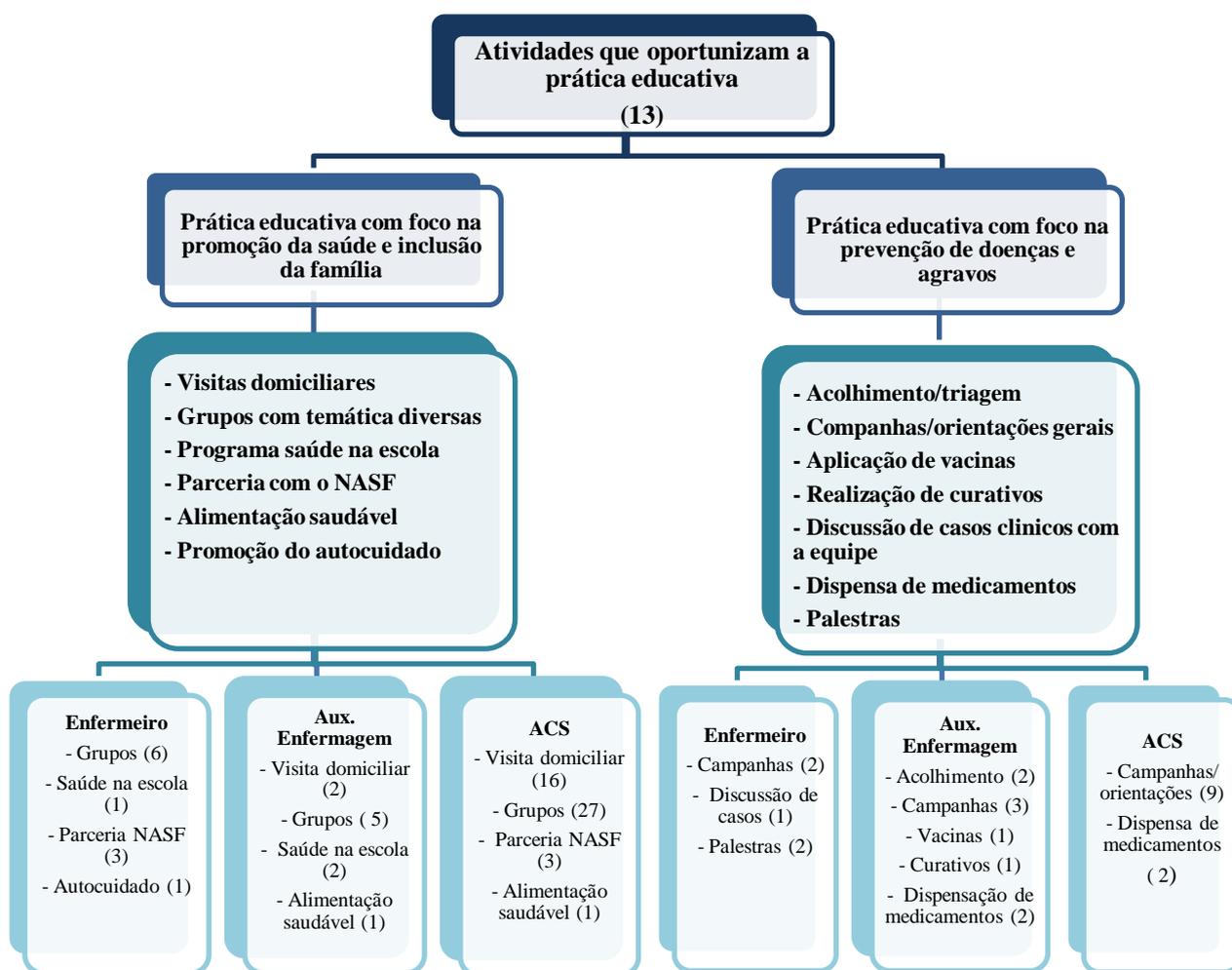
Práticas cotidianas que oportunizam distintos referenciais educativos no contexto da intoxicação infantil

Foram citadas 13 atividades que oportunizaram a prática de educação em saúde, principalmente atividades em grupos com temáticas diversas, citadas 38 vezes; interação com as famílias em visitas domiciliares, citadas 18 vezes; e campanhas de intensificação/orientações com temáticas diversas, 14 vezes. Quatro ACS informaram que não desenvolviam nenhum tipo de atividade educativa na prática profissional. A figura 1 apresenta as atividades que oportunizaram a prática educativa informadas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS.

Diante dos parâmetros estabelecidos pela autora, as atividades desenvolvidas em que a prática profissional tinha como foco a prevenção de doenças e agravos, as

campanhas de intensificação/orientações com temáticas diversas e orientação durante a dispensação de medicamentos foram as práticas mais citadas pelos profissionais. Nas práticas que tinham como objetivo a promoção da saúde e inclusão da família, as mais citadas foram as atividades em grupos com temáticas diversas e a interação com as famílias em visitas domiciliares (Figura 1).

Figura 1 – Atividades que oportunizaram a prática educativa informadas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS atuantes em equipes da Estratégia Saúde da Família. Maringá – Paraná, junho a agosto, 2016.



Fonte: Arquivo próprio, 2016.

Os nove enfermeiros informaram um total de 16 atividades que oportunizaram a prática educativa, embora não relatassem a visita domiciliar como prática de educação em

saúde. Os auxiliares de enfermagem e os ACS informaram 19 e 58 atividades, respectivamente.

Por categorias profissionais, conforme o enfoque na promoção da saúde e na inclusão da família, os profissionais indicaram os grupos operacionais com temáticas diversas de forma similar, sendo que quase todos os ACS citaram esses grupos. Diferentemente, os enfermeiros mencionaram a promoção do autocuidado e os auxiliares de enfermagem e ACS apontaram a interação com as famílias em visita domiciliar.

O desenvolvimento de atividades educativas foi relacionado à prática de grupos: *[...] na verdade, a única atividade educativa acontece nos grupos de hiperdia, geralmente (EqESF – ACS13). [...] nós temos o grupo hiperdia, puericultura e preventivo. Também acabo participando do grupo de gestantes, e visitas domiciliares que não sei se entra (EqESF – Aux6). Atividades educativas são só dentro desses grupos mesmo” (EqESF – ACS16). Grupo de caminhada, nós temos o grupo de artesanato, puericultura que não sei se entra, por que nós fazemos nas creches e nas escolas, a gente tem os grupos de orientações de hiperdia, saúde mental (EqESF – ACS5). A gente tem o grupo de saúde em dia para acompanhamento da hipertensão e diabetes, o grupo de tabagismo, grupo de hábitos saudáveis, grupo de gestantes. São nesses grupos que fazemos educação em saúde coletiva (EqESF – Enf1).*

Porém, as narrativas demonstram que os grupos são organizadas por temas pontuais e sem relação com a prática cotidiana: *“[...] a epidemiologia passa para gente qual é o agravo maior naquele momento e a gente sai fazendo orientação” (EqESF – ACS6). “A maioria das vezes a demanda vem da secretaria de saúde e não condiz com a demanda local” (EqESF – Enf9). “A gente trabalha mais com a demanda que vem da secretaria de saúde” (EqESF – Enf1).*

As visitas domiciliares foram destacadas, principalmente pelos ACS, como oportunidade para práticas educativas com foco em prevenção de doenças e agravos *“Nas visitas domiciliares sempre tem alguma coisa que você tem que falar e orientar. Você não vai ali só ver se a família está viva, por exemplo, você sempre acaba orientando alguma coisa” (EqESF – ACS9). “Nas visitas também a gente orienta. A gente chega, a pessoa conversa e expõe o problema dela ou alguma coisa que ela quer e a gente orienta” (EqESF – ACS10). “Nas visitas domiciliares as orientações são diárias. Vou fazer a visita e já passo orientações” (EqESF – ACS24).*

As campanhas de intensificação/orientações com temáticas diversas, assim como os grupos operacionais, são direcionadas pela situação epidemiológica e a emergência de doenças “*Nós convidamos para campanha de prevenção, por exemplo, tem que fazer a prevenção do câncer de mama porque tem muitos casos no país, e agora a gente está fazendo sobre a dengue também*” (EqESF – ACS3). “*Nas casas fazemos a parte de prevenção em relação a dengue em qualquer estágio que esteja e em qualquer epidemia, e dependendo das campanhas do Ministério, por exemplo, a influenza A e agora até da chikungunya, fazemos as orientações também*”.

Na perspectiva dos ACS, o convívio com a equipe ao longo dos anos tem auxiliado na vivência para atuarem na prevenção de intoxicação infantil: “[...] *muitos anos de trabalho, de experiência, convivendo com enfermeira e médico direto. Então sempre tem uma conversa aqui e outra ali e a gente acaba adquirindo experiência*” (EqESF – ACS17). “*A gente sabe o que ouve as enfermeiras passar para gente, aqui da unidade. Isso daí que a gente tem*” (EqESF – ACS19) “*Nosso enfermeiro é muito bom, então eu acho que estamos preparadas sim por que convivemos com ele*” (EqESF – ACS26). “[...] *pelo tempo que já trabalhamos na saúde, a gente vai aprendendo muita coisa. Também, muitas são mães e quem é mãe aprende muita coisa*” (EqESF – ACS30).

Com esteio no conhecimento empírico e na experiência profissional, a vivência com a temática intoxicação infantil foi considerada “nenhuma” por 62% dos profissionais. Apenas 6% dos enfermeiros, e 4% dos ACS relataram possuir boa vivência com a temática, e nenhum auxiliar de enfermagem considerou sua vivência como satisfatória: “*Para falar a verdade, é a primeira vez que estão falando isso em três anos e meio que estou aqui*” (EqESF – ACS13). “*Não tenho a mínima ideia sobre esse assunto*” (EqESF – ACS29). “*Por que eu não sei muito bem o que é intoxicação infantil*” (EqESF – ACS33). “[...] *vem poucos casos para a unidade básica e mesmo história relatada pelas ACS que a gente fica sabendo, também não têm muita coisa não*” (EqESF – Enf3). “*Escutar falar sim [...], mas não veio para nós não, por que normalmente essas coisas a pessoa já vai direto para o pronto socorro*” (EqESF – AuxEnf2).

Apenas enfermeiros e uma auxiliar de enfermagem tiveram algum tipo de vivência com intoxicação infantil, porém a maioria dessas experiências aconteceu com o cuidado à criança intoxicada em nível hospitalar “[...] *eu tive a experiência quando eu entrei no mestrado e quando eu atendia no pronto socorro. Quando eu trabalhei em hospital que a gente atendia os casos de intoxicação*” (EqESF – Enf1). “*Aonde eu fiz a residência era*

referência, então a gente recebia intoxicação por tudo que é imaginável tinha [...] aqui mesmo eu não atendi” (EqESF – Enf2). “Foi mais no nível hospitalar. Aqui eu peguei dois casos, e um achei interessante chamar o serviço móvel de urgência e foi levado para o pronto atendimento” (EqESF – Enf8). “Aqui nós não pegamos nunca. Quando eu trabalhava na Unidade de Terapia Intensiva neonatal a gente tinha bastante criança com intoxicação exógena” (EqESF – AuxEnf3).

Percepção da qualificação profissional para a prevenção das intoxicações infantis

A maioria dos ACS (70,6%) havia concluído ensino médio, embora a escolaridade mínima exigida para o exercício profissional seja a conclusão do ensino fundamental, e 77,8% dos enfermeiros qualificados profissionalmente por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu*. No entanto, apenas 13 (26%) profissionais referiram ter participado de capacitação para início das atividades na ESF, embora todos referissem participação em cursos de educação continuada no exercício das atividades, com frequência quadrimestral.

A percepção de estar qualificado profissionalmente para as atividades de educação em saúde com vistas à abordagem das famílias para a prevenção das intoxicações infantis sob a ótica dos profissionais foi negativa para 40%, embora as necessidades e os desejos desses profissionais dizem respeito às práticas educativas em intoxicações infantis.

Quando questionados se haviam recebido capacitação para realização de atividades de prevenção de intoxicação infantil, apenas 16% responderam afirmativamente, principalmente enfermeiros durante a Graduação em Enfermagem “*Utilizo sempre esse conhecimento. Não sei o que tem de novo, mas o que eu aprendi na época da graduação a gente tenta colocar em prática quando precisa. Sempre chega um caso ou outro de intoxicação*” (EqESF – Enf9). “*Tive essa capacitação nas aulas da graduação*” (EqESF – Enf2).

Paralelamente, os auxiliares de enfermagem e os ACS referiram o conhecimento do cotidiano prático para realizar as atividades de prevenção das intoxicações, associado ao fato de serem mães, cuidadoras dos seus próprios filhos e da família.

Apenas quatro afirmaram ter utilizado o conhecimento adquirido nas capacitações “[...] já até usei o conhecimento adquirido com minha filha, por que eles falam que não pode dar nada para beber. Por exemplo, bebeu você tem que correr para o hospital ou chamar o SAMU” (EqESF – ACS9). “*Utilizo sempre. Se for uma ingestão de medicamento*

nós provocamos o vomito, se for substância ácida provocar o vômito pode piorar o caso” (EqESF – Enf7). *“Em um caso o outro eu utilizei o que aprendi na aula porque sempre chegava criança intoxicada, mas agora não me lembro de nenhum caso específico”* (EqESF – Enf2).

Porém a ausência de cursos ou capacitações direcionados para prevenção de intoxicação infantil foi indicada como barreira na qualificação profissional *“[...] a gente não teve uma capacitação. Eu acredito que todos têm uma dificuldade para estar orientando de maneira correta”* (EqESF – ACS8). *“Eu acho que falta orientação, falta algum curso para estar orientando e auxiliando como orientar”* (EqESF – ACS23). *“O básico a gente até fala, porque nunca recebemos curso, que eu me lembre. Nós orientamos mais o básico”* (EqESF – ACS34).

Algumas narrativas quanto à competência uniprofissional para ações frente à intoxicação infantil foram construídas no cotidiano pessoal: *“Preparada pela vivência da gente, não por preparo em cursos ou orientação científica, só pela vivência de casa”* (EqESF – AuxEnf1). *“A gente que já é mãe, que já criou os filhos, já sabe tudo que pode deixar ao alcance da criança ou não”* (EqESF – AuxEnf2). *“O básico eu sei, uma coisa do dia a dia [...] é mais a vivência pessoal mesmo”* (EqESF – AuxEnf4). *“Eu tenho a vivência em casa mesmo, mas de ensinar como que faz eu não me sinto preparada não”* (EqESF – ACS7). *“Pela experiência pessoal mesmo, mais pelo o que a gente acredita. Aquele negócio de dar leite e faz vomitar, eu sei que não pode”* (EqESF – ACS14). *“O que a gente sabe assim, é tipo da gente mesmo. Conhecimento pessoal, por ter sido mãe, de ouvir falar, de comentar. É só isso que eu sei”* (EqESF – ACS28).

Considerando a competência da equipe multiprofissional e sua qualificação para atuar na prevenção das intoxicações infantis, os ACS foram os profissionais citados como menos capacitados *“[...] com relação ao pessoal da enfermagem e o médico, acredito que estão preparados, mas o as ACS não, até pelo fato delas não terem uma formação na área de saúde. Eu acredito que elas têm mesmo é só a vivência de cada uma. Pelo conhecimento empírico mesmo, nada de científico”* (EqESF – Aux1). *“[...] por que eles (ACS) acabam dependendo muito do que eu repasso, então o que a gente faz é reuniões para tentar identificar alguns problemas. Nós nunca especificamente tratamos deste tema”* (EqESF – Enf8).

A vivência dos ACS antes do exercício da profissão não foi considerada por outras categorias profissionais *“[...] vieram da comunidade e colocaram aqui para trabalhar na*

área da saúde. A Secretaria ofereceu uma capacitação para eles, mas em relação ao processo de trabalho, a dinâmica e as visitas. Por isso, eu acredito que elas não estejam preparadas” (EqESF – Enf1). “As orientações básicas eu acho que sim [...] na abordagem bem específica eu acho que não, por que eles (ACS) não são nada preparados”. (EqESF – Enf5).

Neste sentido, alguns ACS quando questionados sobre a qualificação da equipe para prevenção das intoxicações infantis afirmaram “Infelizmente não somos capacitados, porque foi muito escasso a nossa preparação” (EqESF – ACS7). “Eu acredito que não a equipe não está preparada, por que os ACS, como eu, não tiveram uma capacitação” (EqESF – ACS8). “[...] eu acho que a enfermeira sim. Falando por mim, eu acho que não. As outras agentes de saúde também não” (EqESF – ACS10). “Eu acho que as ACS não. Pode ser que as enfermeiras sim, mas acho que ACS igual eu não” (EqESF – ACS11). “Pode ser que a enfermagem esteja preparada, ou o médico, mas eu acho que nós agentes não” (EqESF – ACS28).

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas do grupo estudado corroboram dados da literatura brasileira sobre a composição da força de trabalho em saúde, com femininização, juvenilização, aumento da escolarização acima do exigido para o exercício profissional e aumento de cursos de pós-graduação *lato sensu* (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; MACHADO et al., 2016; SANTOS et al., 2011).

Considerando a educação continuada como um conjunto de ações educativas que buscam alternativas e soluções para a transformação das práticas em saúde por meio da problematização, sua aplicação surgiu como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência (MANTOVANI et al., 2014). No entanto, os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de reflexões sobre discussão do tema educação em saúde, visto que os profissionais referiram pouca qualificação, com ausência de cursos introdutórios para o ingresso nas equipes da Estratégia Saúde da Família, e também pouca participação em cursos e capacitações.

As atividades desenvolvidas pelas equipes que oportunizam a prática de educação em saúde com foco na promoção da saúde e na inclusão da família podem levar a um maior envolvimento e articulação com a comunidade, induzindo o reconhecimento das capacidades criativas, propositivas e gerenciais das camadas populares que podem ser demonstradas continuamente, por meio de inúmeros movimentos e iniciativas próprias, que estimulem democraticamente a participação popular (ROECHER; BUDÓ; MARCON, 2012; TESSER et al., 2011).

Embora o desenvolvimento de atividades com foco na prevenção de doenças e agravos seja importante diante das modificações epidemiológicas da saúde, as práticas educativas voltadas para a promoção da saúde e inclusivas à família expressam oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde diante da complexidade e da interação entre usuários, famílias, profissionais e sociedade (DIXON; SWEENEY, 2000; MELO; SOUSA; SILVA, 2014).

Essas práticas educativas são dirigidas à transformação dos comportamentos das pessoas para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social para o controle deste processo (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012). Como os profissionais citaram no presente estudo, atividades em grupos com temáticas diversas podem ser desenvolvidas por meio de visitas domiciliares, com envolvimento da equipe multiprofissional na promoção do autocuidado, além de outras atividades que oportunizam a escuta ativa, o diálogo e a construção da autonomia pessoal e familiar (FREIRE, 2016).

As ações educativas grupais citadas pela maioria dos profissionais são incentivadas na ESF, pois devem favorecer a participação popular, possibilitar pessoas e grupos comunitários unidos por características comuns decidirem sobre seus próprios destinos, e capacitá-los para atuarem na melhoria de sua condição vivenciada em processos que visem a autonomia/autocuidado (MANTOVANI et al., 2014; SANTOS et al., 2012).

Quando conduzidos adequadamente, numa perspectiva problematizadora, facilitam a construção coletiva de conhecimento, a reflexão da realidade vivenciada pelos membros do grupo, pois, nesta condução horizontal, grupos referem-se à ideia da reunião de pessoas em torno de uma tarefa e objetivo comum ao interesse de todos, que guardam uma relação entre si, formando uma nova identidade, produto da interação de suas partes, que vai além do que a simples soma de suas partes, sendo ferramenta potencializadora da promoção da saúde (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012; NOGUEIRA et al., 2016).

No contexto deste estudo, os grupos foram utilizados em práticas educativas, porém focados na doença ou nos problemas de saúde apresentados pelos usuários e comunidades, e não como agentes de mudança e de promoção da autonomia dos sujeitos envolvidos. A falta de planejamento adequado foi limitante, no que diz respeito às necessidades dos usuários e os aspectos logísticos necessários, pois a maioria dos temas encaminhados às atividades de “grupos” foram direcionados por gestores ou pela gestão centralizada, sem a avaliação da necessidade local.

A visita domiciliar, como oportunidade para prática educativa, apresenta-se como um dos instrumentos de apreensão da realidade social, a qual potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos, no ambiente de convivência familiar e comunitária. Cabe aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, o desenvolvimento de práticas de educação em saúde com esses indivíduos no cuidado no domicílio (SANTIAGO; LUZ, 2012). Porém, neste estudo, os enfermeiros não citaram a interação com as famílias em visitas domiciliares como oportunidade para promoção da saúde.

A realização de campanhas de intensificação/orientações gerais, citadas por parte dos profissionais, são oportunidades para promoção e prevenção de doenças, e também para o rastreamento de indivíduos em vulnerabilidade e detecção precoce de agravos à saúde, pois campanhas de intensificação não se dirigirem a grupos de risco, mas à população em geral. Porém, deve-se considerar as particularidades culturais e os diferentes processos lógicos predominantes em cada contexto sociocultural (REBELLO; GOMES; SOUZA, 2011). No presente estudo, no entanto, não foi avaliado se essas campanhas consideraram o contexto sociocultural do território, visto que a maioria dessas oportunidades de prática educativa esteve ancorada ao panorama nacional de necessidades em saúde.

No tocante às atividades que oportunizam a prática de educação em saúde, o ACS foi a categoria profissional que mais indicou o enfoque na promoção da saúde e na inclusão da família nessas atividades, embora alguns desses profissionais relatassem não desenvolver atividades educativas dentro de suas práticas diárias nas equipes da ESF. Foram os profissionais que, espontaneamente, indicaram temas os quais, ao serem discutidos, ampliariam possibilidades de discussão com vistas à promoção da saúde, como acidentes infantis/domiciliares e a discussão de uma casa segura ou a organização comunitária por habitações mais seguras.

Apesar das diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência argumentarem que o acidente é um evento não intencional e evitável, a terminologia “acidente” afasta-se gradativamente da conotação de fortuito e casual e aproxima-se da noção que tais eventos são previsíveis e preveníveis, por intermédio de orientação familiar, alterações físicas do espaço domiciliar, elaboração e cumprimento de leis específicas (BELELA-ANACLETO; MANDETTA, 2016; MORAES et al., 2014). Além do investimento em políticas públicas que respondam ao desafio da redução dos acidentes, é necessário, também, que profissionais de saúde sejam proativos e capazes de reconhecer riscos e vulnerabilidades, em uma atenção em cadeia.

A prevenção de acidentes e intoxicação em crianças, no entanto, ainda é uma incógnita para a maioria dos participantes desse estudo, porque muitos deles associam-na com primeiros socorros, afirmando que receberam orientações sobre como proceder no tratamento da intoxicação (BREYSSE, 2014). Os profissionais entrevistados reconhecem a importância da prevenção de intoxicações infantis, mas admitem que nem os gestores, nem eles mesmos, nunca ou raramente discutiram o tema.

Aqueles que admitiram realizar, de modo parcial, a prática educativa para prevenção de intoxicações, alegaram que não sabem como proceder em todos os tipos de ocorrências e que precisam mais conhecimento sobre o assunto e constante atualização. Por outro lado, aqueles que afirmaram possuir conhecimento para práticas efetivas para prevenção de acidentes e intoxicações justificaram suas respostas fundamentadas na experiência profissional, utilizando conhecimento “extramuros” da saúde, e consideraram que têm muito para aprender, e entendiam a intoxicação infantil como o cuidado a seus próprios filhos e sobrinhos.

Provavelmente por estas circunstâncias, algumas condutas de primeiros socorros informadas neste estudo nem sempre estavam de acordo com evidências científicas e sim ligadas a crenças inadequadas, como a indução do vômito/êmese, contraindicada em todos os casos de intoxicação por favorecer a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico e complicar ou agravar o quadro e a evolução clínica. Quando a prevenção da exposição a agentes tóxicos não é alcançada, o tratamento precoce e eficaz após a intoxicação é prioridade. Por isso, profissionais devem ser capacitados para medidas efetivas em urgências toxicológicas (OLSON, 2014; GOLDFRANKS, 2011).

De certa forma, essa falta de discernimento é compreensível, visto que, mesmo para aqueles que tiveram oportunidade de participar de cursos que abordaram a temática em

questão, o enfoque preventivo ficou “diluído” dentro da discussão curativista. Essa prática reflete o modelo biomédico ainda presente na gestão da saúde brasileira, em um processo de avanço e contraposição ao atual modelo de vigilância à saúde, enquanto as políticas públicas mundiais de saúde apostam em modelos de promoção da saúde, com profissionais da educação e da saúde capacitados para o uso de práticas educativas proativas e as pessoas sob cuidado como sujeitos ativos desse processo (BREYSSE et al., 2014; FREIRE, 2016).

Neste contexto, considerando o papel da equipe multiprofissional da ESF e sua qualificação para atuar na promoção da saúde e prevenção das intoxicações infantis, os ACS, que utilizam diferentes tecnologias do cuidado, do campo científico e também empírico, e cuja ação busca facilitar o processo de cuidar, uma vez que ele pertence à mesma comunidade que a família que recebe o cuidado e são elemento de ligação entre a população do território e a totalidade da equipe (FILGUEIRAS; SILVA, 2011), foram os profissionais citados por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e por eles mesmos, como menos capacitados para estas ações.

A visão dos profissionais parece, também, hospitalocêntrica e curativista, mais aberta às práticas cientificamente comprovadas pelo modelo biomédico que ao saber popular. No entanto, sabe-se que, a efetivação da interdisciplinaridade na saúde demanda outras formas de relação que se distanciem da hierarquia de poder instituída por modelos assistenciais curativistas (UCHIMURA; BOSI, 2012).

O fato dos diferentes recursos que envolvem as competências não se mostrarem presentes com a mesma intensidade no discurso das categorias profissionais que integram este estudo não significa, necessariamente, sua completa ausência. No entanto, é reveladora da existência de uma hierarquia de valores compartilhada entre os membros das equipes, como é externamente diferenciada, ao se reconhecer a especificidade e a interdependência entre os códigos de valoração e a construção social de cada uma delas (FREIRE, 2016; UCHIMURA; BOSI, 2012).

O trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura numa relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e a interação de seus agentes. A ação dos agentes de saúde, quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária, torna essa relação fundamental em virtude de sua condição paradoxal, pois são, ao mesmo tempo, membros da comunidade e integrantes da organização sanitária (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Paralelamente, os ACS também demonstram uma certa inferioridade diante do enfermeiro ao relatarem que somente os profissionais de nível superior são capacitados para atuarem na prevenção das intoxicações infantis, afastando-se da perspectiva interdisciplinar. A produção do cuidado com a saúde, de um modo geral, envolve um conjunto de saberes e práticas desenvolvidas em diferentes contextos e efetuadas por diversos grupos, não sendo, portanto, uma ação exclusiva de uma categoria profissional, e essa produção de cuidado conta, ainda, com várias abordagens diagnóstico-terapêuticas (ALVES; AERTS, 2011; MATIAS et al., 2012)

Ressalta-se que os profissionais utilizam em suas narrativas uma “promoção da saúde” voltada ao modelo biomédico curativo, diferente daqueles preconizados pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2015). Neste estudo, foram encontrados poucos relatos de atividades voltadas para concepção de habitação saudável e segura, de escola promotora de saúde, tampouco do papel efetivo da família e sua valorização, que deveriam ser incluídas nas práticas de educação em saúde das equipes.

Existem fatores comumente encontrados no lar que favorecem os acidentes domésticos, que podem ser: químicos (substâncias destinadas à higiene pessoal, limpeza doméstica e drogas com fins terapêuticos), biológicos (animais peçonhentos e plantas venenosas), estruturais e culturais, como a formação da família, bem como condições ambientais, sociais, econômicas, estilo de vida e crenças familiares (EMERY; NGUYEN; KIM, 2014; UTHKARSH et al., 2012). Ainda que a qualificação profissional para atuar na prevenção das intoxicações infantis esteja relacionada com o conhecimento dos riscos e perigos que uma casa pode conter, as respostas da maioria dos profissionais entrevistados foram similares à resposta de uma pessoa leiga, que tem a informação a partir da mídia e da experiência pessoal.

A concepção desse pensamento vai ao encontro do que preconiza o conceito de habitação saudável, que se aplica, desde a elaboração do projeto, microlocalização, construção, escolha e arranjo dos materiais, à segurança dos elementos combinados, além da educação ambiental e essa, também, relaciona-se com a prevenção de acidentes que porventura aconteçam nesses espaços. O ambiente doméstico tem grande potencial para o acidente e esse potencial se exacerba à medida que a criança permanece nele por longo período (CONHEN et al., 2004; TOWNER; WARD, 1998).

Os profissionais narraram a participação em programas de saúde na escola, porém o evento intoxicações, dentro do referencial da escola promotora de saúde (LIBERAL et al.,

2005), deve ir além dos muros das escolas. É primordial a participação de todos os responsáveis, inclusive profissionais do setor da educação e comunidade, formando frentes de trabalho para que todos sejam alertados e mobilizados em prol do benefício das crianças (UTHKARSH et al., 2012).

Abordar a família como centro da APS, prioridade nesse eixo de atenção, pois esta configura-se como um agente essencial de proteção de seus membros, foi apontado por todos os entrevistados como fator para a mudança do modelo assistencial, embora ainda exista dificuldades para efetivar uma prática emancipatória e a maioria das atividades desenvolvidas com as famílias tenham enfoque normativo e verticalizado (MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013).

As famílias, diante das suas necessidades de saúde, articulam mecanismos próprios de enfrentamento, baseados em suas crenças e valores culturais e na oferta e disponibilização de recursos sanitários. Conhecer as configurações dessa família, seus arranjos e contextos, o processo social de trabalho e vivência, sua cultura de características bem peculiares, é importante nesse nosso tempo de diversidade e de transição demográfica e epidemiológica (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

No entanto, o que se observa é que a educação desenvolvida, em especial com as massas populares, muitas vezes é realizada apenas como ato de transferência e depósito de conteúdo, desconectado da realidade vivenciada pelo sujeito e do contexto no qual se encontra inserida essa população (ALVES; AERTS, 2011; FREIRE, 2016; MATIAS et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto em que a pesquisa foi realizada, por se tratar de um estudo de caso com EqESF de um município com características próprias, pode representar sua limitação. Porém, os entrevistados compartilhavam características profissionais e sociais verificadas em estudos de base nacional e mantinham uma relação com os temas promoção e educação em saúde similares as discussões com profundidade ou generalização em estudos diversos.

Partindo-se da concepção de que todo profissional de saúde é um educador, os resultados permitem concluir que, no cenário investigado, houve diferenças nas percepções

e no desenvolvimento de práticas de educação em saúde em relação às categorias profissionais que compõe as EqESF. Apesar dessas diferenças, houve predominância de narrativas sobre a realização de práticas educativas voltadas para grupos, que foram percebidos como aqueles que podem melhor aproximar o profissional de saúde do usuário por meio do diálogo.

As práticas de educação em saúde voltas para intoxicações infantis e acidentes, de modo geral, estavam pautadas no conceito de primeiros socorros e não discutiam a família como centro da ação profissional. Aqueles que admitiram trabalhar, de modo parcial, com a prevenção de acidentes, alegaram que é preciso mais conhecimento sobre o assunto. Essa situação pode ser atribuída à sobrecarga de temas e de problemas/necessidades de saúde sob responsabilidade dos profissionais de saúde, fazendo com que valorizem problemas de forma diferenciada na prática profissional, ou mesmo, considerando a prática territorializada da ESF, intoxicação infantil/acidentes não seja um problema local para diversas equipes.

Os resultados sugerem reflexões acerca da formação em educação em saúde ofertadas aos profissionais da Atenção Primária e de como ela vem sendo por eles compreendida. Cabe pontuar que o município estudado possui um histórico de ações voltadas para educação permanente como proposta formadora. No entanto, os profissionais referiram apenas pouca participação em cursos e capacitações e indicaram, no relato da prática educativa, que as diretrizes da promoção da saúde nem sempre são efetivadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. Health education practices and Family Health Strategy. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Family health strategy professionals and users' perception on health promotion groups. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012.

BELELA-ANACLETO, A. S. C.; MANDETTA, M. A. Prevenção de acidentes na infância: uma convocação da “Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras”. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 7-8, 2016.

BEZERRA, M. A. R. et al. Domestic accidents among children: practical conceptions of community health workers. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 776-784, out./dez. 2014.

- BHARWANI, S. M. D. et al. Role of a Poison Center in Reducing Unintentional Childhood Ingestion by Targeting Pre-Event Risk Factors. **Pediatr. Emerg. Care**, Philadelphia, v. 29, no. 3, p. 296-300, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.
- BREYSSE, P. et al. The relationship between housing and health: children at risk. **Environ. Health Perspect.**, Carolina do Norte, v. 112, no. 15, p. 1583-1588, 2014.
- CARVALHO, S. R. The multiple meanings of “empowerment” in the health promotion proposal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 20, p. 1088-1095, jun./ago. 2004.
- CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
- CONHEN, S. C. et al. Healthy house in the Family Health Program (PSF): a strategy for the health and environment public politics. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-813, 2004.
- DIAS, R. M.; PASSOS, E.; SILVA, M. M. C. A politic of narratives: experimentation and care in the reports by agents of harm reduction in Salvador, Brazil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 549-558, 2016.
- DIXON, M.; SWEENEY, K. **The human effect in medicine: theory, research and practice**. Oxford: Radcliffe Medical, 2000.
- EMERY, C.R.; NGUYEN, H.T.; KIM, J. Understanding child maltreatment in Hanoi: intimate partner violence, low self-control, and social and child care support. **J. Interpers. Violence**, Thousand Oaks, v. 29, n. 7, p. 1228-1258, 2014.
- FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Education in health: perspectives of the Family Health Strategy team under Paulo Freire’s view. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.
- FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.
- FRANCO, T. A. V.; SILVA, J. L. L.; DAHER, D. V. Educação em Saúde e a Pedagogia Dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Niterói, v. 7, n. 2, p.1 9-22, jul./dez. 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.
- GOLDFRANK’S. **Toxicologic Emergencies**. 9th. ed. New York: The McGraw Hill, 2011.

KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Health practices of nurses and community health agents of the family health strategy. **Ciênc., Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.

LIBERAL, E. F. et al. Escola segura. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 155-163, 2005. Suplemento 5.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. foco**, Brasília, DF, v. 7, p. 9-14, 2016. Número especial.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MANOEL, M. F.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A. Educational strategies for people with hypertension and diabetes mellitus. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 403-408, 2013.

MANTOVANI, M. F. et al. Representations of health education for a team Family health strategy. **Ciênc., Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n.3, p. 464-470, 2014.

MATIAS, E. O. et al. The use of educational technologies for health promotion in adolescence: Freire's approach. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 113-117, maio/ago. 2012.

MELO, C. Z. C.; SOUSA, C. M. B.; SILVA, M. B. C. Contribuições de estudos sobre a assistência de enfermagem ao familiar do doente mental. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, n. 1, v. 2, p. 26-40, 2014.

MENDES, E. V. **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.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MITRE, S.M. et al. Actives teaching-learning methodologies in health education: current debates. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1233-1244, 2008. Suplemento 2.

MORAES, P. S. et al. Profile of children hospitalized in a burn treatment center. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 598-603, 2014.

NOGUEIRA, A. L. et al. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 5, p. 964-971, 2016.

OLSON, K. R. **Manual de Toxicologia Clínica**. 6. ed. São Paulo: Artmet, 2014.

REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R.; SOUZA, A. C. B. Men and AIDS prevention: analysis on knowledge production within the field of healthcare. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 67-78, 2011.

ROECKER, S. BUDÓ, M. L. D.; MACON, S. S. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

SANTIAGO, R. F.; LUZ, M. H. A. Health education practices for elderly caregivers: a look at nursing from Paulo Freire's perspective. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012.

SANTOS, A. A. G. et al. The meaning that health professionals attribute to promotion of the health of adolescents. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012.

SANTOS, K. T. et al. Community Health Agent: status adapted with Family Health Program reality? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1023-1028, 2011. Suplemento 1.

SMITHSON, J.; GARSIDE, R.; PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Inj. Prev.**, London, v. 17, p. 119-126, 2011.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

STARFIELD, B. Primary Care and Health: a Cross-National Comparison. **JAMA**, Chicago, no. 266, p. 2268-2871, 1991.

TADDEO, P. S. et al. Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAVARES, E. O. et al. Factors associated with poisoning in children. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 31-37, 2013.

TAVARES, E. O.; OLIVEIRA, M. L. F. Minimum patterns of initial assistance given on the toxicological emergency to approach a poisoned child. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 147-157, 2012.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C. E. Family health strategy and analysis of the social reality: input for policies for promotion of health and permanent education. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

TOWNER, E.; WARD, H. Prevention of injuries to children and young people: the way ahead for the UK. **Inj. Prev.**, London, v. 4, p. 117-125, 1998. Supplement 1.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L.M. Abilities and skills among Family Health Strategy workers. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 149-160, 2012.

UTHKARSH, P. S. et al. Profile of injury cases admitted to a tertiary level hospital in south India. **Int. J. Inj. Contr. Saf. Promot.**, London, v. 19, no.1, p. 47-51, 2012.

6.3 MANUSCRITO 2

Práticas educativas dialógicas e emancipatórias no contexto das intoxicações infantis na perspectiva Freireana *

Dialogic and emancipatory educational practices in the context child intoxication in the Freirean perspective

Camila Cristiane Formaggi Sales³

Magda Lúcia Félix de Oliveira⁴

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas educativas em intoxicação infantil para empoderamento das famílias. **Método:** pesquisa descritiva e exploratória, de natureza qualitativa, norteada pelos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, especificamente o empoderamento. Analisou narrativas de nove enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem e 34 agentes comunitários de saúde que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Maringá – Paraná, por meio de um roteiro semiestruturado para entrevista, composto por quatro temas geradores - promoção da saúde e de educação, ensino-aprendizagem, relação professor-aluno, metodologia e abordagem das pessoas/famílias, que foram codificados e desvelados criticamente em seus conceitos, dificuldades, possibilidades e expectativas em relação a práticas educativas desenvolvidas. A interpretação dos dados foi problematizada por meio da concepção dialógica e da autonomia da abordagem sociocultural do educador brasileiro Paulo Freire. **Resultados:** as práticas educativas eram frágeis quanto à relação dialógica com as famílias e ao empoderamento para promoção da autonomia da família, e existia falta de qualificação profissional para atividades educativas em intoxicações infantis. As percepções sobre a relação educação em saúde e promoção da saúde estão em fase de transição, com elementos ainda centrados em difundir informações sobre saúde e doença e práticas coletivas para potencialização da autonomia das pessoas. **Considerações finais:** os resultados apontam para várias formas de perceber o cuidado e sua relação com a ação educativa pelos entrevistados, mas estas discussões parecem não reverter para ações práticas, provavelmente porque a abordagem social e crítica sejam ainda abstratas e sem mediação com a prática concreta.

Descritores: Educação em saúde; Saúde da criança; Prevenção de acidentes; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Pública.

* Produto da Dissertação de Mestrado de título: “Práticas educativas para prevenção da intoxicação infantil na perspectiva dialógica Freireana”, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

³ Enfermeira. Mestranda do Programa pelo Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: camila_cfs14@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM. E-mail: mlfoliveira@uem.br

ABSTRACT

Objective: to analyze educational practices in child intoxication for the empowerment of families. **Method:** descriptive and exploratory research, of a qualitative nature, guided by the principles of the National Policy of Health Promotion, specifically empowerment. It analyzed the narratives of nine nurses, seven nursing assistants and 34 community health agents who work in teams of the Family Health Strategy of Maringá - Paraná, through a semistructured interview script composed of four generative themes - health and education promotion, teaching-learning, teacher-student relationship, methodology and approach of the families/people, which were codified and critically unveiled in their concepts, difficulties, possibilities and expectations in relation to developed educational practices. The interpretation of the data was discussed through the dialogical conception and autonomy of the sociocultural approach of the Brazilian educator Paulo Freire. **Results:** educational practices were fragile regarding the dialogic relationship with families and empowerment to promote family autonomy, and there was a lack of professional preparation for educational activities in child intoxications. The perceptions about the relationship between health education and health promotion are in the transition phase, with elements still focused on disseminating health and disease information and collective practices for empowerment of people. **Final considerations:** the results point to the various ways of perceiving care and its relation to educational action, but these discussions do not seem to revert to practical actions, perhaps because the social and critical approach is still abstract and unmediated with concrete practice.

Keywords: Health education; Child health; Accident prevention; Primary Health Care; Public Health Nursing.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde é considerada um conjunto de saberes construídos a partir de grupos sociais que enfatizam o compartilhamento de experiências e saberes como uma forma de estimular mudanças de comportamentos que norteiem para a promoção da saúde e a prevenção de doenças (SALCI et al., 2013; SOUZA; SILVA; SILVA, 2013). É parte destacada das atribuições dos profissionais de saúde, principalmente no processo de trabalho da enfermagem, e requisita do profissional, para a proximidade prática, uma análise crítica da sua atuação e a reflexão de seu papel como educador (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012; SANTOS et al., 2016).

Na organização do sistema de saúde brasileiro, as equipes da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pelo papel fundamental na construção de um novo modelo de cuidado no âmbito territorial, uma vez que estão inseridas em um contexto que permite maior aproximação entre usuários e suas famílias (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015). Considerando que para a atividade educativa emancipatória é priorizado a proximidade

com a comunidade, com os saberes e culturas populares, ou seja, com o modo de vida de determinados grupos populacionais, a Estratégia Saúde da Família constitui-se em uma importante proposta de consolidação da promoção da saúde e da educação em saúde (ROECHER; BUDÓ; MARCON, 2012; TESSER et al., 2011).

Os modelos emergentes de educação em saúde são centrados no diálogo e respeito aos saberes existentes. Dentre esses, o modelo ancorado em Paulo Freire, também chamado de dialógico, considera os aspectos sociais e culturais da pessoa humana, envolvendo-a nas ações, promovendo sua autonomia, e possibilita a construção coletiva do conhecimento em que todos têm a palavra, de forma horizontal (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012; NOGUEIRA et al., 2015). Freire (2016) defende que é necessário que o educador compreenda a realidade concreta dos educandos, para que o ensino não se limite à transferência mecânica de conteúdo; ao invés de falar ao povo, o educador deve falar com o povo, o que implica o respeito ao saber e experiência dos envolvidos neste processo.

A partir desses pressupostos, a prática educativa desenvolvida pelos profissionais da Saúde da Família não deveria se limitar à discussão das alterações fisiopatológicas de determinados agravos ou doenças, mas à pessoa humana em sua totalidade, com temas que considerem o saber prévio das famílias, problematizem esse conhecimento no contexto sociocultural no qual estão inseridas, e proporcionem o desenvolvimento da saúde e o reforço da capacidade do ser humano e da comunidade, em um processo de *empowerment* (HEIDEMANN et al. 2010; SOUZA et al., 2014).

O modelo tradicional de Educação em Saúde é bastante criticado na perspectiva de Paulo Freire (FREIRE, 2016), que o considera como ato de depositar, transferir valores e conhecimentos. Neste modelo, vivencia-se a prática educativa normativa e verticalizada, em que o educando é um ser passivo ao repasse de informações (MANOEL, MARCON, BALDISSERA, 2013). O modelo dialógico, defendido por Freire, é essencial para a Educação em Saúde e desenvolvido a partir das necessidades, dos interesses e das potencialidades dos grupos para construção do saber democrático (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012; SALCI et al., 2013).

Se as práticas de Educação em Saúde precisam estar articuladas com as necessidades das pessoas e suas experiências em saúde, este fortalecimento individual e/ou grupal é entendido, no contexto da Promoção da Saúde, como uma ideia que requisita a mobilização de ações articuladas para levar o indivíduo a conquistar uma autonomia consciente, ou empoderamento. Possibilita a ele criar estratégias para construção de um

aprendizado que o torna capaz de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais agravos de saúde (BRASIL, 2015; CARVALHO, 2004; SARDINHA et al., 2013; VASCONCELOS, 2013).

O empoderamento está associado, historicamente, a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, para a recuperação da saúde, o cuidado de si, o suporte mútuo, a luta por seus direitos dentro do território, a quebra do preconceito e a participação social. Na área da Saúde da Família, este conceito está diretamente relacionado à definição de autonomia, visando à implementação dos direitos sociais da pessoa e seus familiares, necessários para que possam atuar ativamente nos diferentes dispositivos de uma sociedade (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015; SOUZA et al., 2014).

Na assistência profissional de saúde, vislumbrando a realidade sociocultural das famílias e suas vulnerabilidades, destacam-se os acidentes e intoxicações infantis como eventos preveníveis por medidas individuais e/ou familiares, haja visto que a maioria está relacionada ao ambiente domiciliar e ao comportamento da família, como estilo de vida, fatores culturais e sociais, mas também a fatores relacionados à sociedade e à governança do Estado (TAVARES, OLIVEIRA, 2012; UTHKARSH et al., 2012). No âmbito mundial, a intoxicação infantil é um grande problema de saúde pública e uma das principais causas dos atendimentos em serviços de saúde (ADNAN et al., 2013; BRITO; MARTINS, 2015), embora a ocorrência desse evento seja considerada condição sensível de ação da Atenção Primária à Saúde (APS).

A prevenção das intoxicações na infância e o papel dos serviços de saúde e da família têm sido objeto de diversas investigações que pressupõem que a prevenção se dá a partir do conhecimento dos fatores e processos pelos quais esses acidentes ocorrem, das características próprias de determinados acidentes, e do ambiente social em que ocorrem. Estes estudos dimensionam que o conhecimento para ser consumido necessita ser traduzido na prática, em translação do conhecimento (BHARWANI et al., 2013; SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011).

Considerando, então, os acidentes infantis como um problema de saúde pública, preveníveis e sensíveis às ações da APS meio de práticas educativas, o objetivo do presente estudo foi analisar as práticas educativas em intoxicação infantil para empoderamento das famílias.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. As pesquisas qualitativas, cada vez mais presentes em investigações no campo Enfermagem e da Saúde Pública, utilizam narrativas e produção de dispositivos coletivos como ferramentas metodológicas para acessar a experiência compartilhada (DIAS; PASSOS, SILVA, 2016).

Referencial teórico-metodológico

O referencial que norteou a construção do estudo foi os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, especificamente o empoderamento (BRASIL, 2015), problematizados por meio da concepção dialógica e da autonomia da abordagem sociocultural do educador e filósofo brasileiro Paulo Freire (1983, 1987, 2016).

A perspectiva Freireana aproxima os sujeitos através do diálogo, propõe autonomia, reflexão das situações concretas de existência e não excluem o poder ou diferenças de experiências e conhecimentos, valorizando as contradições e impulsionando um pensar crítico para uma sociedade com mais equidade e justiça (FREIRE, 2016). Na área da saúde, este referencial contribui para a construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado (GAUTÉRIO et al., 2013; HEIDEMANN et al., 2010; NOGUEIRA et al., 2015).

Foi utilizada a entrevista narrativa como recurso metodológico, a partir do relato e da experiência dos sujeitos sobre a ocorrência de determinados fenômenos ou acontecimentos. Ao narrar um acontecimento, as pessoas reorganizam as suas experiências, percepção e interpretação, de modo que elas tenham ordem coerente e significativa e deem sentido ao evento (DIAS; PASSOS, SILVA, 2016).

Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Rede de APS do município de Maringá, localizado no Noroeste do Paraná – Brasil, composta por 35 unidades básicas de saúde (UBS), referenciadas por nove Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e 74 equipes da Estratégia Saúde da Família (EqESF). Para determinação do local de estudo, as 35 unidades básicas foram separadas por área de abrangência dos NASF, e em cada área de abrangência foi sorteada uma unidade e uma equipe, somando nove EqESF.

População em estudo

Participaram do estudo 50 profissionais integrantes de nove EqESF – nove enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem e 34 agentes comunitários de saúde (ACS). A escolha por essas três categorias profissionais justificou-se por suas funções estratégicas relacionadas ao contato direto com a população, como identificar situações de risco e desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Foram incluídos aqueles com atuação na ESF por período superior a 12 meses, independentemente do tempo de atuação na EqESF na qual atuava no momento da entrevista, e excluídos profissionais que estivessem afastados da atividade profissional no período de coleta de dados - férias, licença saúde, licença maternidade, licença especial ou outro tipo de afastamento legal.

Instrumento de coleta de dados

A estratégia para obtenção dos dados foi a entrevista narrativa semiestruturada. O instrumento de coleta de dados foi composto por quatro temas geradores - promoção da saúde e de educação, ensino-aprendizagem, relação professor-aluno, metodologia e abordagem das pessoas/famílias -, que foram codificados e desvelados criticamente em seus conceitos, dificuldades, possibilidades e expectativas em relação a práticas educativas desenvolvidas (FREIRE, 1983, 1987, 2016; BRASIL, 2015).

Coleta e organização dos dados

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora nos meses de julho e agosto de 2016, e foram agendadas nas datas destinadas a reuniões de equipe semanais nas unidades básicas em consultórios disponíveis no momento da abordagem. Os profissionais participantes da pesquisa foram entrevistados individualmente e o conteúdo da entrevista, a qual teve duração média de 30 minutos, foi gravado na íntegra em mídia digital por áudio.

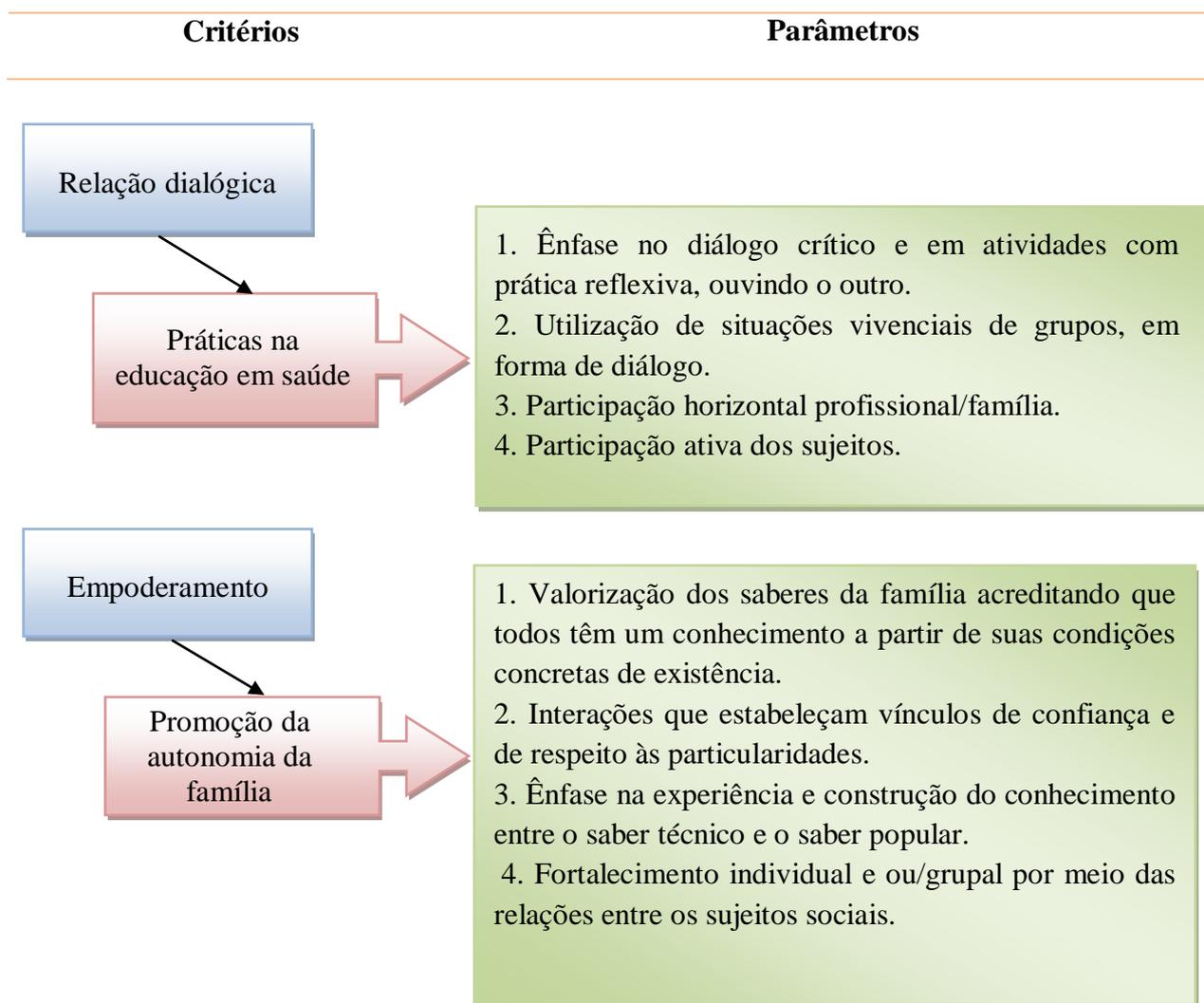
Análise e interpretação dos dados

Os dados de caracterização dos profissionais foram compilados em planilha eletrônica no *Software Microsoft Office Excel 10.0* e analisados descritivamente. As respostas das questões disparadoras foram transcritas na íntegra, digitadas em documento de texto utilizando o *Software Microsoft Office Word 10.0* e as narrativas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo modalidade temática (MINAYO, 2014).

Foram estabelecidas diretrizes para a discussão dos achados, a partir do referencial teórico estabelecido e de princípios que deveriam orientar as práticas educativas como

expressão do cuidado em Enfermagem em Saúde Pública, divididos em critérios e parâmetros avaliativos da abordagem, conforme apresentados na Figura 1.

Figura 1: Critérios e parâmetros para abordagem das práticas educativas referidas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS de equipes da Estratégia Saúde da Família. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.



Fonte: ACIOLI, 2008; BRASIL, 2015; FREIRE, 1983, 1987, 2016.

Após a codificação dos dados coletados, os mesmos foram trabalhados sob uma organização na qual as narrativas contidas do material das entrevistas foram discutidas em três temas: 1) Relação dialógica na prática de educação em saúde; 2) Empoderamento para promoção da autonomia da família; e 3) Atividades educativas nas intoxicações infantis: preparo profissional para o diálogo e para o empoderamento das famílias. A interpretação

dos dados foi problematizada por meio da concepção dialógica e da autonomia da abordagem sociocultural do educador brasileiro Paulo Freire (FREIRE, 1983, 1987, 2016).

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, parecer 1.573.858/2016 e CAAE nº 53559316.3.0000.0104. As narrativas dos participantes foram identificadas por códigos com iniciais de Equipe da Estratégia Saúde da Família seguidas da categoria profissional e de números arábicos referentes a sequência da transcrição das entrevistas: “EqESF – Enfl”, “EqESF – Aux1”, “EqESF – ACS1”.

RESULTADOS

Dentre os profissionais entrevistados, 46 eram do sexo feminino, casadas ou em união estável; a faixa etária variou de 19 a 67 anos, com idade média 42,6 anos e concentração entre 30 a 49 anos; a maioria dos ACS (70,6%) com ensino médio completo; 42,9% dos auxiliares de enfermagem com ensino superior completo; e 77,8% dos enfermeiros qualificados profissionalmente por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu*. (Tabela 1)

Tabela 1. Características socioeconômicas dos entrevistados. Maringá – Paraná, julho-agosto, 2016.

| Variáveis | Resultados |
|---|------------|
| Sexo feminino (%) | 92,0 |
| Idade (anos), média | 42,6 |
| Conjugalidade, casado (%) | 50,0 |
| Renda familiar mensal, 3-4 SM* (%) | 44,0 |
| Qualificação enfermeiro, especialização <i>lato sensu</i> (%) | 77,8 |
| Escolaridade auxiliar de enfermagem, ensino superior completo (%) | 42,9 |
| Escolaridade ACS, ensino médio completo (%) | 70,6 |

*Salário mínimo vigente em julho-agosto de 2016.

Fonte: Arquivo próprio, 2016.

Apesar da experiência profissional média de 10,5 anos na área da saúde, e de 9,2 anos em equipes de saúde da família, apenas 13 (26%) profissionais informaram ter participado de capacitação para início das atividades profissionais na ESF, embora todos

referissem participação em cursos de educação continuada no exercício das atividades, com frequência quadrimestral.

Relação dialógica na prática de educação em saúde

Ao responderem como deveria ser a relação entre o educador e o educando no processo de educação em saúde, segundo o parâmetro de situações vivenciais das famílias, os profissionais valorizaram o saber da família por meio da troca de experiência e o diálogo “*Eu acho que tem que ser numa troca de conhecimentos, de experiência, por que as vezes eles trazem bastante coisa para gente*” (EqESF – Enf1). “*De igual para igual com eles, não deixando eles terem vergonha do que estão perguntando mesmo que não tem nada a ver. Às vezes trocar experiência. Primeiro ele me colocar o que é que está precisando e o que é que está acontecendo para depois a gente dar alguma orientação*” (EqESF – Enf3). “*Respeitar em primeiro lugar as pessoas, e ouvir, porque a prioridade nossa, do agente comunitário é ouvir as ideias, as maneiras de pensar, respeitar as suas crenças e tocar a conversas, partindo dessas premissas*” (EqESF – ACS28). “*Com troca de experiência, por que os pacientes sabem muito também, tem muito para ensinar também. Então é sempre conversa de roda que a gente faz, então é aquele negócio, não é a gente em pé e eles sentados. É todo mundo sentado e no mesmo nível*” (EqESF – Aux 7).

Ainda, o fato dos profissionais estarem inseridos no território e terem vínculo, foi algo visto como facilitador do processo relação dialógica “*Como a gente trabalha por área, fica mais fácil para gente, a gente conhece nosso paciente, sabe até que ponto podemos chegar com ele, pressionar ou não, falar algumas verdades ou não, por que a gente tem que ter essa amizade com eles, criar um vínculo*” (EqESF – Aux5). “*Tem que ser boa, tem que ser cordial, a gente tem que passar confiança para eles. Senão nem adianta. Por isso que a gente tem acesso nas casas, já convive, já tem paciente que é quase um familiar para gente, é muito bom. Uma relação de confiança, eles confiam na gente*” (EqESF – ACS17). “*Eu acho que dentro da comunidade você passa a ser referência para tudo, desde uma doença até uma conversa. Mas eu tenho que mostrar que estou aqui para somar e contribuir com minha formação. Eu trabalho só com a demanda deles. O foco principal é a demanda local, surgiu demanda a gente está trabalhando junto [...]*” (EqESF – Enf9).

O uso de termos científicos utilizado por profissionais foi citado como uma barreira para o diálogo com as famílias *“as vezes a gente vê a médica falando um pouco mais teórico, e os pacientes não entendem. A gente volta depois e eles falam que não entendeu, porque as vezes para o médico eles não falam e para nós ACS eles contam”* (EqESF – ACS14). *“O mais natural possível. Transmitir de maneira mais acessível à população, por que muitas vezes o paciente não entende os termos técnicos, os termos científicos, numa conversa”* (EqESF – Enf6). *“Nós temos que falar a mesma língua, eu tenho que falar do jeito que a pessoa vai me entender. Não adianta falar cheio de termos técnicos e ele não entender nada e continuar fazendo tudo errado. Então saber com quem eu estou falando é o principal para poder saber a linguagem que eu vou usar com aquela pessoa”* (EqESF – ACS30).

A horizontalidade para a prática educativa, apesar de não estar presente em todas as falas, foi narrada por todas as categorias profissionais *“Eu acho que tem que se igualar, colocar como se você não fosse de cima pra baixo, mas de igual para igual [...] partindo da realidade deles, daí eles tiram dúvidas, vou explicando, vai puxando um assunto e outro, vai conversando, assim é legal”* (EqESF – Enf2). *“Linguagem clara, linguagem que eles possam entender, linguagem específica assim, mas clara. Às vezes você fala e eles fazem aquela cara de que entendeu, mas não entendeu nada. Então ver a linguagem mais clara e popular, que daí eles conseguem entender, sem colocar medo”* (EqESF – Aux6).

Embora os resultados apontem uma valorização do saber para o processo de educação em saúde, a maioria dos profissionais não referiu a participação ativa dos sujeitos no processo aprender-ensinar *“Esse processo de educação do paciente é muito difícil, porque eles só escutam, eles só aprendem o que eles tão querendo, se não for vinculado com a consulta, eles não vêm”* (EqESF – Enf4). *“A história da promoção e da prevenção ainda é muito ruim na comunidade. Eles acreditam no atendimento médico grande parte”* (EqESF – Enf5), e mostram-se, portanto, rígidos no processo de educar *“Eu sou mais de colocar medo, de chantagear”* (EqESF – ACS4). *“Tem paciente que as vezes não adere a um tratamento ou alguma coisa, então a gente é mais firme com eles”* (EqESF – Aux7).

Empoderamento para promoção da autonomia da família

Quando indagados sobre como desenvolvem o processo ensino-aprendizagem nas práticas de educação em saúde dentro da EqESF, os saberes, experiências e vivências da

família, e a valorização do conhecimento popular foram consideradas principalmente pelos ACS: “[...] aí acaba passando as recomendações, sempre partindo de a realidade da pessoa para gente orientar, porque não adianta eu falar “você tem que comprar isso e isso”, se a pessoa não tem condições” (EqESF – ACS12). “Eu procuro ter um vínculo meio na parte, como se fosse assim mesmo um familiar meu. Eu acho que rende mais, eles aderem mais, porque se você for lá e só agir com a parte profissional, só falar profissionalmente, falar para ele só a teoria, ele não adere. Você tem que se tornar um dele para ele entender” (EqESF – ACS13). “Tem que ter uma empatia em relação à situação de vida dele, tem que conhecer a situação de vida dele, tem aquela empatia para poder desenvolver até uma fala, por que cada pessoa é de uma forma, cada paciente é de um jeito [...] se eu chegar para aquele paciente com agressividade querendo impor, não adianta, quebra o vínculo que eu estava tentando manter” (EqESF – ACS6).

No entanto, as práticas do processo de ensino-aprendizagem informadas pelos profissionais não estabeleciam a construção do conhecimento entre o saber técnico e o saber popular “Eu tenho que assustar alguns para aderir. Não sei se está certo, mas é assim que eu faço, explicando os riscos “se você não fizer isso, vai acontecer isso e isso”, de forma mais clara, reta e direta possível” (EqESF – Enf2). “Então a gente meio que vai no ponto mais fracos deles, o medo de morrer” (EqESF – ACS7). “[...]criança é muito fácil você brincar ensinando, você não precisa por medo. O diabético, por exemplo, se você não pegar pesado, não pondo medo, mas firme ali, também você também não consegue trazer ele” (EqESF – ACS5). “Dou exemplos. Às vezes a gente até inventa uns exemplos que não tem só pra pessoa ficar com medo e não fazer” (EqESF – ACS4).

As interações em que se estabelecem vínculos de confiança e de respeito às particularidades, foram narradas por muitos profissionais “Eu acho que o mais importante é confiança, e para ter confiança, você precisa adquirir isso no dia a dia, passar para ele essa confiança” (EqESF – ACS16). “Nas visitas o ACS é o que mais tem vínculo com o paciente, tem a intimidade. Você entra na casa dele, você senta, conversa e ele conta tudo para você, então a gente tem a liberdade de falar” (EqESF – ACS17). “Primeiro preciso ter vínculo com o paciente para ele poder confirmar em mim. O resto vai fluindo a partir desse vínculo. Tem que ser tipo uma relação de confiança mesmo” (EqESF – ACS30). “Vínculo e respeito mútuo. Eu penso que eu tenho que conquistar esse paciente, a confiança no meu profissionalismo, na minha pessoa” (EqESF – Enf9). “Aqui tem uns que

a gente adotou já. Cria um vínculo tão grande [...] até telefone do familiar a gente tem” (EqESF – Aux3).

Alguns profissionais afirmaram não promover o fortalecimento individual por meio das relações entre os sujeitos sociais *“A gente entra dentro da casa das pessoas e a gente sabe como é lá dentro, então a maioria não gosta muito. A gente faz a nossa parte, que é orientar. Se eles vão seguir, se eles vão fazer daí já é problema deles”* (EqESF – ACS9). *“A gente procurar fazer orientação, dar exemplos, mas eu falo e deixo que a pessoa decide”* (EqESF – ACS24). *“Só conversando mesmo, sempre repetindo. Não tem muito o que fazer”* (EqESF – ACS25). Porém, nota-se uma fase de transição das práticas educativas *“A gente está trabalhando tentando mudar essa visão de curativista e indo mais para questão da promoção e prevenção, na verdade mais a promoção da saúde”* (EqESF – Enf1). *“A gente trabalha construindo um plano de trabalho, e desmistificando tudo que está acontecendo ali. Ali que acontece o processo de educação em saúde, aprendendo com a prática conforme ele vai apresentando meios, por que não dá para parar com a dinâmica nossa”* (EqESF – Enf8).

Atividades educativas nas intoxicações infantis: preparo profissional para o diálogo e para o empoderamento das famílias

Quando questionados sobre as atividades que desenvolvem em relação às intoxicações infantis, a maioria dos profissionais informaram que desenvolve “nenhuma” ou pouca atividade *“Eu não desenvolvo, sinceramente falando. Não é muito frequente isso”* (EqESF – Enf6). *“A gente desenvolve só quando aparece mãe com criança aqui, aí a gente orienta a não deixar produtos químicos na parte aonde a criança pode pegar”* (EqESF – Aux5). *“Quando a gente chega numa casa e vê produto de limpeza no baixo e tem criança, eu sempre oriento a estar colocando no alto, não deixar aonde eles têm acesso”* (EqESF – ACS23). *“Orientações de que deve recolher, de que deve guardar ou por em lugar alto ou trancar no armário”* (EqESF – ACS28). *“Só se eu ver alguma coisa eu oriento, mas abordar algo específico não”* (EqESF – ACS34).

Mas, os profissionais consideram que as famílias podem ser capacitadas para prevenir intoxicações em seus domicílios *“Tem que ser abordado lá no domicílio, na visita domiciliar [...], lá a gente está vendo o que está acontecendo, como que estão as coisas, por que as vezes nem é a mãe que cuida, as vezes é a avó, ele vai na casa da avó as vezes, então eu acho que tem que ser lá”* (EqESF – Enf1). *“Tem que fazer visita na casa, para*

família como um todo e observar situações de risco e fazer orientação ali, por que a pessoa está na casa e não tem como fugir de nós” (EqESF – Enf 7). “Então o jeito que eu acho mais fácil, é visita domiciliar mesmo, porque para tirar eles da casa para vim participar é muito difícil” (EqESF – ACS25).

Além do espaço domiciliar, muitos narram que outros ambientes que favorecem a interação social, como escolas e creches, podem ser utilizados como espaços para capacitar as famílias na prevenção de intoxicações e segurança domiciliar *“Se trabalhasse isso nas creches, escolas eu acho que teria boa adesão [...] pelo menos eles vão buscar a criança, ai eles já sabem, já pegam os filhos e ficam mais esperando a gente pra conversar” (EqESF – Enf4) “Eu acho que tinha que ser organizado nas escolas e creches para que essas professoras chamassem as famílias ou a gente organizar junto com as escolas, aí sim era uma maneira muito boa, porque eu pego todas as crianças e os pais e eles vem e recebem a capacitação” (EqESF – Enf8). “Se você faz isso no colégio e na escola, você tem um público maior, e você vai ter tanto pai como a mãe presente, ou avó ou avô, ou irmão que vai buscar e é mais velho” (EqESF – ACS12).*

Paradoxalmente, citaram como barreira para as atividades educativas para promoção da saúde e prevenção das intoxicações infantis, as próprias famílias: *“Normalmente a população chega aqui e quer o remédio ou quer o curativo, mas não dá muito valor para a parte preventiva, para vida saudável” (EqESF – Enf 7). “Acho que isso não vai dar muito certo não [...] infelizmente não tem como a gente prever que um filho vai pegar um remédio” (EqESF – ACS7). “A participação deles é muito difícil, por que não aderem a esse tipo de coisa. A não ser que se beneficiem, ganhem alguma coisa, senão ninguém se interessa muito” (EqESF – ACS25). “A prevenção para eles não existe sabe, eles sempre querem só medicamento [...] seria muito mais interessante se fosse saúde da família” (EqESF – ACS32).*

DISCUSSÃO

As características do grupo estudado corroboram dados da literatura brasileira sobre a composição da força de trabalho em saúde, com femininização, juvenilização. A Enfermagem, sempre contribuiu para essa femininização e juvenilização, sendo composta por aproximadamente 85% do sexo feminino e 40% do seu contingente tem idade entre 36-50 anos e 38% entre 26-35 anos (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; MACHADO

et al., 2016). O perfil dos ACS, composto por mulheres em sua maioria, corrobora também a literatura: as mulheres ACS são, em maior parte, casadas, adultas jovens, com idade média de 41,1±9,6 anos (FERNANDES; STEIN; GIUGLIANI, 2015; SANTOS et al., 2011).

A maioria dos ACS possuía escolaridade mais elevada do que aquela estabelecida pela Lei 11.350/2006 - conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2006). No Brasil, 8,6% dos ACS possuem curso de nível superior em saúde, principalmente nos cursos Serviço Social (30,0%) e Enfermagem (22,5%) (LINO et al., 2012; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

As equipes da ESF têm a ação educativa como princípio norteador e os profissionais enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, cujo exercício profissional está pautada em práticas de educação em saúde, têm contado direto com as famílias (ALVES; AERTS, 2011; FREIRE, 2016; MATIAS et al., 2012). O enfermeiro realiza assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Compete também planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015). O auxiliar de enfermagem também é responsável por ações educativas na unidade. É de sua competência realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015; MACHADO et al., 2016).

De acordo com a legislação vigente, o exercício profissional de agente comunitário de saúde pressupõe residir no território que atua, e suas atribuições estão pautadas na promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva, estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas da saúde, realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família, e participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Estas características do exercício uniprofissional devem articular-se no exercício multiprofissional e interdisciplinar das EqESF. Com o foco na APS, os profissionais tendem a se tornar mais próximos e integrados aos valores culturais de famílias e populações em um território adscrito, com referenciais que reconhecem estilos de vida, hábitos, crenças e rituais na vida das pessoas (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Compreende-se, então, que a prática educativa ensejada pelos profissionais da ESF na perspectiva Freireana deve oportunizar que os usuários exerçam a sua vocação de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador dos homens. Para tanto, profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo; devem, na realidade, educar-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (FREIRE, 2016).

Segundo os parâmetros de escuta ativa e diálogo crítico, utilização de situações de grupos, participação horizontal profissional/família e participação ativa das pessoas e grupos no processo do aprender-ensinar, ao responderem como deveria ser a relação entre o educador e o educando (ou profissional e pessoa humana) no processo de educação em saúde, as narrativas foram variadas e, por vezes, contraditórias entre categorias profissionais ou entre o grupo entrevistado, como cidadãos de uma cidade no momento histórico da entrevista. Essa situação, de profissional e cidadão, de maioria mulher e jovens, de divisão social do trabalho, deve ser considerada, na perspectiva Freireana, como fator para problematização das respostas.

No que se refere ao arcabouço conceitual de educação em saúde, apreendemos que os participantes o percebiam como compartilhar saberes entre profissionais e usuários, através de escuta ativa, do diálogo, do aprendendo e ensinando. As práticas educativas foram concebidas como aquelas que se constroem por meio do diálogo, do contato, das trocas de experiências entre profissionais e usuários, mostrando mudança da visão reducionista no binômio saúde-doença. No entanto, as narrativas eram frágeis quanto à relação dialógica com as famílias exercida na prática e a utilização de metodologias para o empoderamento e autonomia das mesmas.

Vale ressaltar que o uso de dispositivos do modelo tradicional de educação em saúde foi algo recorrente nas narrativas. No entanto, as práticas educativas dialógicas e conseqüentemente, que promovem autonomia, podem ser menos utilizadas pelos profissionais em virtude das próprias vivências pessoais e formação profissional distante dessa realidade (ALVES; AERTS, 2011).

Muitas vezes se reproduz a educação tradicional que é transmitida nas escolas, em que o professor é o detentor do saber. A educação em saúde deve ser libertadora e não aquela que inibe e aprisiona, apenas com a transmissão de conhecimento, sem gerar reflexão por parte de quem está ouvindo, e este conhecimento transmitido muitas vezes não implica em mudança de comportamento. Quando se considera a fala do usuário e seu

saber, há maior chance de fazer educação e mudar o comportamento. Portanto, deve-se respeitar e considerar a cultura das pessoas, e promover o empoderamento daquela ação-reflexão para que ocorram mudanças efetivas (NOGUEIRA, et al., 2015; TADDEO et al., 2012).

Quanto à utilização de metodologias que norteiem o processo ensino-aprendizagem para o empoderamento e a promoção da autonomia da família dentro da prática na ESF, nota-se uma fase de transição teórica das práticas educativas, com a mudança da visão reducionista do binômio saúde-doença para uma prática de troca de saberes como condição primordial para uma educação transformadora (MONTEIRO; VIEIRA, 2010; NOGUEIRA et al., 2015). Considerando a valorização dos saberes, experiências e vivências da família, a integração entre o saber técnico e o saber popular e o fortalecimento individual e ou/grupal por meio das relações de confiança entre os profissionais/famílias, os entrevistados compreendem estes pressupostos Freireanos, mas não indicam exemplos práticos de sua utilização.

Entretanto, a efetivação de práticas educativas comprometidas com a emancipação dos sujeitos é um desafio a ser perseguido no processo de trabalho dos entrevistados, uma vez que ainda se apresentam de forma incipiente, com utilização de metodologias tradicionais que comprometem o estabelecimento de vínculo entre esses profissionais e a população. Pode-se observar que o modelo ativo está caminhando para ser empregado de forma efetiva, mas para isso é necessário que a comunidade bem como os profissionais da área da saúde, mudem a visão predominante de que saúde é ausência de doença, se pautando unicamente pelo método curativo (NOGUEIRA et al., 2015; PEREIRA et al., 2015).

A educação em saúde, realizada sob a orientação Freireana, permite não só o fortalecimento de vínculos e confiança entre serviços de saúde e usuários, mas também o fortalecimento de espaços de diálogo e construção de saberes e práticas, onde usuários e profissionais discutem estratégias de enfrentamento dos problemas de forma conjunta, a fim de que se tenha a proposição de alternativas para efetivar práticas de saúde integrais e resolutivas (PEREIRA et al., 2015). Dessa forma, é imprescindível envolver a gestão, os profissionais de saúde e os usuários para a implantação de novas práticas educativas que adotem metodologias que ultrapassem a coerção e que priorizem o diálogo, o compartilhamento de saberes e o vínculo (ALVES; AERTS, 2011).

A partir dessas premissas, discute-se a intoxicação infantil como um evento em que valores e crenças familiares são importantes fatores causais - existência de plantas tóxicas no entorno das residências para “proteção à família”, o uso de produtos de limpeza com alta toxicidade para a diminuição do esforço pessoal para a limpeza, a automedicação e o estoque domiciliar de medicamentos. Problemas da sociedade e do Estado, também, são determinantes para a ocorrência, como a medicalização da sociedade, a poluição ambiental e a fragilidade da legislação protetiva às crianças e famílias (UTHKARSH et al., 2012).

A prática educativa para este evento deveria sustentar-se em uma abordagem que não exigisse apenas maior atenção dos cuidadores adultos quando as crianças se colocam em risco de acidentes, mas discutisse os determinantes sócio ambientais e a vulnerabilidade das famílias (HARADA, 2012). Pensando nos pressupostos Freireanos, deveria incluir o tripé do “3 Es”, em língua inglesa, *education* (educação), *engineering* (modificação de produtos) e *enforcement* (ampliação da legislação), ampliado com *economy* (economia), e *environment* (ambiente) (PATEL; SANDELL, 2013).

Os profissionais entrevistados, embora desenvolvam de forma insuficiente ações para prevenção de intoxicações, consideraram que as famílias podem ser abordadas para prevenir intoxicações em seus domicílios, ou seja, de acordo com a realidade social dessas famílias, e reconhecem outros espaços, além do espaço domiciliar, para interagir com as famílias na prevenção de intoxicações. Se estas atividades se articulam apenas em normas, tornam-se condutas e procedimentos gerais para resolver problemas de saúde e não garantem um cuidado que atenda às necessidades das crianças, e os modos de vida de suas famílias. Formas educativas em saúde sensatas e participativas e não coercivas ou punitivas, com foco centrado na família e não em aspectos relacionados à incapacidade das famílias para a promoção de medidas de segurança no contexto domiciliar, determinam uma prática educativa, e ao mesmo tempo, uma prática de cuidado transformadora em saúde (ALVES; AERTS, 2011; FREIRE, 2016; HARADA, 2012).

Neste contexto, as narrativas que citaram as próprias famílias como barreiras para as atividades educativas, foram opostas ao discurso de transição das práticas educativas em termos gerais, ou seja, aproximam-se da perspectiva Freireana em termos teóricos e gerais e afastam-se dela nas especificidades da prática cotidiana. Sabe-se que as intervenções educativas devem ser construídas na base da sociedade (família, escola, unidades de saúde, igrejas), em uma abordagem participativa e corresponsável, com intervenções multissetoriais e universais, tendo as comunidades e a participação comunitária como alvo

e envolvendo modificações ambientais, implantação de políticas públicas e legislação (PATEL; SANDELL, 2013; UTHKARSH et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto em que a pesquisa foi realizada pode ser sua limitação, por se tratar de um estudo em equipes da Estratégia Saúde da Família de um município com características próprias, porém os entrevistados compartilhavam características profissionais e sociais de base nacional.

Os resultados apontam para as várias formas de perceber o cuidado e sua relação com a ação educativa, mas estas discussões parecem não reverter para ações práticas, talvez porque a abordagem social e crítica sejam ainda abstratas e sem mediação com a prática clínica concreta. As práticas educativas eram frágeis quanto à relação dialógica com as famílias e ao empoderamento para promoção da autonomia da família, e existia falta de qualificação profissional para atividades educativas em intoxicações infantis.

As percepções dos participantes desse estudo sobre educação em saúde e sua relação com a promoção à saúde indicaram uma fase de transição, ao apontarem elementos que compõem uma prática ainda centrada em difundir informações sobre saúde e doença, vinculadas aos principais programas da Atenção Primária à Saúde, porém, mencionam em paralelo que realizam práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar das pessoas, diante dos problemas de saúde individual e coletiva.

As práticas educativas em intoxicações infantis, um fenômeno complexo e multifacetado, aconteciam de forma incipiente e, embora reconheçam domicílios e espaços sociais como prioridade para a prática educativa, algumas narrativas foram opostas a este discurso de transição, ao culpar a família pelas intoxicações e não empoderá-la para a promoção da saúde e a prevenção.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Educational practice expressing the care in Public Health. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.

ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L.; FARIA, M. G. A. Health education and nursing in public health: reflections on practice. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 533-536, 2012.

ADNAN, L. H. M. et al. The risk of accidental chemical poisoning cases among children (≤ 12 Years Old) admitted to Hospital University Sains Malaysia: 5 years review. **J. Clin. Toxicol.**, Los Angeles, v. 3, no. 5, p. 1-6, 2013.

ALVES, G. G.; AERTS, D. Health education practices and Family Health Strategy. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

BHARWANI, S. M. D. et al. Role of a Poison Center in Reducing Unintentional Childhood Ingestion by Targeting Pre-Event Risk Factors. **Pediatr. Emerg. Care**, Philadelphia, v. 29, no. 3, p. 296-300, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2006. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2015.

BRITO, J. G.; MARTINS, C. B. G. Accidental intoxication of the infant-juvenile population in households: profiles of emergency care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 373-380, 2015.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Mental health in the perspective of Community Health Agents: perceptions of caregivers. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159-171, jan./mar. 2015.

CARVALHO, S. R. The multiple meanings of “empowerment” in the health promotion proposal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 20, p. 1088-1095, jun./ago. 2004.

DIAS, R. M.; PASSOS, E.; SILVA, M. M. C. A politic of narratives: experimentation and care in the reports by agents of harm reduction in Salvador, Brazil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 549-558, 2016.

FERNANDES, A.; STEIN, A. T.; GIUGLIANI, C. Community health workers’ knowledge about crack and other drugs. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-10, 2015.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

GAUTÉRIO, D. P. et al. Action by nurses to educate older adults: the family health strategy. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 824-828, dez. 2013.

- HARADA, M. J. C. S. Injúrias físicas não intencionais na infância e adolescência. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; VIANA, D. L. **Promoção da saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2012. p. 237-261.
- HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Theoretical, conceptual and methodological incorporation of the educator Paulo Freire in research. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 416-420, 2010.
- KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Health practices of nurses and community health agents of the family health strategy. **Ciênc., Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.
- LINO, M. M. et al. Socioeconomic, demographic and work profile of community Health care assistants. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.
- MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. foco**, Brasília, DF, v. 7, p. 9-14, 2016. Número especial.
- MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.
- MANOEL, M. F.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A. Educational strategies for people with hypertension and diabetes mellitus. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 403-408, 2013.
- MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Production of knowledge on health promotion and nurse's practice in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 991-999, nov./dez. 2012.
- MATIAS, E. O. et al. The use of educational technologies for health promotion in adolescence: Freire's approach. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 113-117, maio/ago. 2012.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Health education based on culture circles. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010.
- NOGUEIRA, I. S. et al. A prática educativa na estratégia saúde da família: estratégia para repensar e reconstruir ações dialógicas. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 11-17, jan./abr. 2015.
- PATEL, D.; SANDELL, J. M. Prevention of unintentional injury in children. **Pediatr. Child Health**, Oakville, v. 23, no. 9, p. 402-408, 2013.
- PEREIRA, A. K. A. M. et al. Views and practices of higher education professionals in health e education in the family health strategy. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 131-152, 2015. Suplemento, 2.

ROECKER, S. BUDÓ, M. L. D.; MACON, S. S. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

SALCI, M. A. et al. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 224-230, 2013.

SANTOS, F. P. A. et al. Nurse care practices in the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 6, p. 1060-1067, 2016.

SANTOS, K. T. et al. Community Health Agent: status adapted with Family Health Program reality? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1023-1028, 2011. Suplemento 1.

SARDINHA, L. P. et al. Educación permanente, continua y en servicio; desvelando sus conceptos. **Enfermería Global**, Múrcia, v. 12, n. 29, p. 324-340, 2013.

SMITHSON, J.; GARSIDE, R.; PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Inj. Prev.**, London, v. 17, p. 119-126, 2011.

SOUZA, D. O.; SILVA, V. S.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SOUZA, J. M.; THOLL, A. D.; CÓRDOVA, F. P.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; BOEHS, A. E.; NITSCHKE, R. G. The practical applicability of empowerment in health promotion strategies. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, 2014.

TADDEO, P. S. et al. Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAVARES, E. O.; OLIVEIRA, M. L. F. Minimum patterns of initial assistance given on the toxicological emergency to approach a poisoned child. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 147-157, 2012.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C. E. Family health strategy and analysis of the social reality: input for policies for promotion of health and permanent education. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

UTHKARSH, P. S. et al. Profile of injury cases admitted to a tertiary level hospital in south India. **Int. J. Inj. Contr. Saf. Promot.**, London, v. 19, no.1, p. 47-51, 2012.

VASCONCELOS, E. M. Empowerment of users and family members in mental health care and in evaluative/interventional research: a brief comparison between the Anglo-Saxon tradition and the Brazilian experience. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que as perspectivas discutidas não esgotam plenamente o objeto em discussão, mas contribuem para uma reflexão sobre como a intersubjetividade e modos de atuação dos profissionais nos programas de intervenção educacional dirigidos para a educação em saúde nos domicílios. Centram-se, sobretudo, nas consequências positivas da adoção de comportamentos de segurança no espaço doméstico, mais ajustadas às crenças e valores dos pais, no sentido do seu maior envolvimento em práticas de segurança doméstica.

O contexto em que a pesquisa foi realizada, por se tratar de um estudo com equipes da Estratégia Saúde da Família de um município com características próprias, pode significar sua limitação. Porém, os entrevistados compartilhavam características profissionais e sociais verificadas em estudos de base nacional e mantinham uma relação com os temas promoção e educação em saúde similares as discussões com profundidade ou generalização em estudos diversos.

Partindo-se da concepção de que todo profissional de saúde é um educador em saúde, os resultados permitem concluir que, no cenário investigado, houve diferenças nas percepções e no desenvolvimento de práticas de educação em saúde em relação às diferentes categorias profissionais que compõe as equipes da Estratégia Saúde da Família. Apesar dessas diferenças, houve predominância de narrativas sobre a realização de práticas educativas voltadas para grupos, que foram percebidos como aqueles que podem melhor aproximar o profissional de saúde do usuário por meio do diálogo.

As práticas de educação em saúde voltas para intoxicações infantis e acidentes, de modo geral, estavam pautadas em ações de primeiros socorros e não discutiam a família como centro da ação profissional, e aqueles que admitiram trabalhar, de modo parcial, com a prevenção de acidentes, alegaram que é preciso mais conhecimento sobre o assunto. Essa situação pode ser atribuída à sobrecarga de temas e de problemas/necessidades de saúde sob responsabilidade dos profissionais de saúde, fazendo que valorizem problemas de forma diferenciada na prática profissional, ou mesmo, considerando a prática territorializada da Estratégia Saúde da Família, intoxicação infantil/acidentes não seja um problema local para diversas equipes.

Os resultados apontam para as várias formas de perceber o cuidado e sua relação com a ação educativa, mas estas discussões parecem não reverter para ações práticas, talvez porque a abordagem social e crítica sejam ainda abstratas e sem mediação com a prática clínica concreta. As práticas educativas eram frágeis quanto à relação dialógica com as famílias e ao empoderamento para promoção da autonomia da família, e existia falta de qualificação profissional para atividades educativas em intoxicações infantis.

As percepções dos participantes desse estudo sobre educação em saúde e sua relação com a promoção à saúde indicaram uma fase de transição, ao apontarem elementos que compõem uma prática ainda centrada em difundir informações sobre saúde e doença, vinculadas aos principais programas da Atenção Primária à Saúde, porém, mencionam em paralelo que realizam práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar das pessoas, diante dos problemas de saúde individual e coletiva.

Especificamente quanto às práticas educativas em intoxicações infantis, um fenômeno complexo e multifacetado, ocorreram de forma incipiente e, embora reconheçam domicílios e espaços sociais como prioridade para a prática educativa, algumas narrativas foram opostas a este discurso de transição, ao culpar a família pelas intoxicações e não empoderá-la para a promoção da saúde e a prevenção.

8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Educação e saúde são temas de uma mesma prática atual estimulada pelas políticas públicas de gestão em saúde. Dentre as áreas de conhecimento e profissões da saúde, a enfermagem se destaca por desenvolver e produzir atividades relacionadas à educação, ao cuidado, à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde. Portanto, o estudo possui diversas implicações para a enfermagem por tratar de temática que possui íntima relação com a mesma.

As implicações do estudo para o **ensino em enfermagem** se relacionam ao aprofundamento do conhecimento acerca das práticas educativas em saúde, desenvolvidas com os profissionais e com a população, demonstrando a necessidade de incorporar novos paradigmas na formação do enfermeiro, para transformar a realidade com que são executadas.

Considerando que o enfermeiro exerce função relevante na promoção da saúde e empoderamento comunitário, subsidiando ações na área hospitalar e na Atenção Primária à saúde – em unidades básicas de saúde, escolas, centros de educação infantil, nas comunidades, o conteúdo transversal dos acidentes na infância é necessário nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem. A educação em saúde constitui um meio importante para transformação e empoderamento de condutas que proporcionem ambientes saudáveis, diminuindo os fatores de risco que neles existem, e contribuir para reduzir o índice dos acidentes.

No que se refere à **pesquisa em enfermagem**, a utilização e importância da pesquisa científica como instrumento para o diagnóstico de problemas do cotidiano do enfermeiro e das realidades assistenciais, e para indicar possibilidades de sistematização da ação cuidativa em diferentes contextos, norteadas pela promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e empoderamento das famílias. A pesquisa torna-se relevante à medida que a sociedade seja conhecedora das ocorrências dos acidentes toxicológicos domésticos envolvendo crianças, e as famílias possam refletir sobre a importância de adotarem um comportamento preventivo para minimizar estes acidentes.

No que tange a **prática de enfermagem**, o enfermeiro, inserido profissionalmente em todos os níveis de atenção à saúde, tem o importante papel de identificar

comportamentos e atitudes, no sentido da prevenção de acidentes e minimização das consequências que deles podem advir, sendo responsável, em grande parte, pelas ações de educação em saúde.

Entende-se que concepções e práticas da educação em saúde sejam importantes para compreender o agir educativo e como ele é operacionalizado pela enfermagem, no cotidiano das unidades de ESF, visando ao processo de mudança social e ao empoderamento das pessoas. Contudo, não basta propor estratégias se não se investir na formação de gestores e trabalhadores sob a lógica da integralidade das ações em saúde, tornando-os aptos para compreenderem a realidade da vida das comunidades, criarem vínculos e trabalharem em equipe. Neste contexto, mais do que estabelecer uma diretriz de atuação dos profissionais, o estudo permitiu a abertura de um espaço para a discussão de atribuições para a prática do cuidar e ensinar da enfermagem, representada pela ação educativa-assistencial do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Educational practice expressing the care in Public Health. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.
- ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L.; FARIA, M. G. A. Health education and nursing in public health: reflections on practice. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 533-536, 2012.
- ADNAN, L. H. M. et al. The risk of accidental chemical poisoning cases among children (≤ 12 Years Old) admitted to Hospital University Sains Malaysia: 5 years review. **J. Clin. Toxicol.**, Los Angeles, v. 3, no. 5, p. 1-6, 2013.
- ALIJE, K. et al. Acute poisoning in children; changes over the years, data of pediatric clinic department of toxicology. **J. Acute Disease**, Haikou, v. 3, no. 1, p. 56-58, 2014.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. Health education practices and Family Health Strategy. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Family health strategy professionals and users' perception on health promotion groups. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012.
- BARBOSA, F. I. et al. Characterizing health education practices undertaken by nurses in a middle west city of the state of Minas Gerais. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 195-203, 2010.
- BARBOZA, C. L. **Seguimento de crianças com intoxicação grave no Noroeste do Paraná**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.
- BELELA-ANACLETO, A. S. C.; MANDETTA, M. A. Prevenção de acidentes na infância: uma convocação da “Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras”. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 7-8, 2016.
- BEZERRA, M. A. R. et al. Domestic accidents among children: practical conceptions of community health workers. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 776-784, out./dez. 2014.
- BHARWANI, S. M. D. et al. Role of a Poison Center in Reducing Unintentional Childhood Ingestion by Targeting Pre-Event Risk Factors. **Pediatr. Emerg. Care**, Philadelphia, v. 29, no. 3, p. 296-300, 2013.
- BIVANCO-LIMA, D. et al. Promoção a saúde e prevenção de acidentes na infância: uma ação de estudantes de medicina. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 119-127, 2013.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de Campo. In: _____. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Ed., 2010. p. 150.

BONILHA, A. L. L. Reflections on qualitative research analysis. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 33, 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4841 de 30 de novembro de 1994, que determina a utilização de Embalagem Especial de Proteção à Criança - EEPC em medicamentos e produtos químicos de uso doméstico que apresentem potencial de risco à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 nov. 1994.

Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=21166>>.

Acesso em 15 jan. 2017.

_____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 530 de 27 de março de 2003, que dispõe da criação de embalagem especial de proteção à criança, para medicamentos, produtos químicos ou inflamáveis de uso doméstico que oferecem risco à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 mar. 2003. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=65F0FF7655296CD04E7F00941DEF7296.node1?codteor=332024&filename=Avulso+-PL+530/2003>.

Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2006. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico - Farmacológicas (SINITOX). Registro de Intoxicações. **Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária**. Brasília, DF, 2016.

BREYSSE, P. et al. The relationship between housing and health: children at risk. **Environ. Health Perspect.**, Carolina do Norte, v. 112, no. 15, p. 1583-1588, 2014.

BRITO, J. G.; MARTINS, C. B. G. Accidental intoxication of the infant-juvenile population in households: profiles of emergency care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 373-380, 2015.

BURY, M. Illness narratives: fact or fiction? **Sociol. of Health Ill**, Hoboken, v. 23, no. 3, p. 263-285, 2001.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Mental health in the perspective of Community Health Agents: perceptions of caregivers. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159-171, jan./mar. 2015.

CARVALHO, S. R. The multiple meanings of “empowerment” in the health promotion proposal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 20, p. 1088-1095, jun./ago. 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Health promotion and empowerment: a reflection based on critical-social and post-structuralist perspectives. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, 2008. Suplemento 2.

CASTELLANOS, M. E. P. The narrative in qualitative research in health. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. [Tradução de] Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CONHEN, S. C. et al. Healthy house in the Family Health Program (PSF): a strategy for the health and environment public politics. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-813, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498/86 de 25 de julho de 1986. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

CORIOLOANO, M. W. L. et al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 37-59, mar./jun. 2012.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Discovery-based teaching and learning strategies in health: problematization and problem-based learning. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DIAS, R. M.; PASSOS, E.; SILVA, M. M. C. A politic of narratives: experimentation and care in the reports by agents of harm reduction in Salvador, Brazil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 549-558, 2016.

DIAZ-BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DIXON, M.; SWEENEY, K. **The human effect in medicine**: theory, research and practice. Oxford: Radcliffe Medical, 2000.

EMERY, C.R.; NGUYEN, H.T.; KIM, J. Understanding child maltreatment in Hanoi: intimate partner violence, low self-control, and social and child care support. **J. Interpers. Violence**, Thousand Oaks, v. 29, n. 7, p. 1228-1258, 2014.

FERNANDES, A.; STEIN, A. T.; GIUGLIANI, C. Community health workers' knowledge about crack and other drugs. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-10, 2015.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Education in health: perspectives of the Family Health Strategy team under Paulo Freire's view. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FERREIRA, N. M. C. et al. Também sou doutor: formando doutores-mirins para prevenir e tratar os acidentes domésticos. **Rev. extensão em ação**, Fortaleza, v. 3, n. 2, 2013.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FLISCH, T. M. P. et al. How do primary care professionals perceive and develop Popular Health Education? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1255-68, 2014. Suplemento 2.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. The interaction between the evaluation and the work of Community Health Workers: subsidies for thinking about the educational work. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 343-357, 2014. Número especial.

FRANCO, T. A. V.; SILVA, J. L. L.; DAHER, D. V. Educação em Saúde e a Pedagogia Dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Niterói, v. 7, n. 2, p.1 9-22, jul./dez. 2011.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

FUKUDA, R. C.; SILVA, L. D. G.; TACLA, M. T. G. M. Intoxicações exógenas em pediatria, **Varia Sci.**, Cascavel, v. 1, n.1, p. 26-34, 2015.

GARDNER, H. G. American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. **Pediatrics**, Springfield, v. 119, no. 1, p. 202-206, 2007.

- GARRO, L.; MATTINGLY, C. Narrative as a construct and construction, In: MATTINGLY, C.; GARRO, L. **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. London: University of California, 2000. p. 1-49.
- GARRO, L. C. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 38, n. 6, p. 775-788, 1994.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GAUTÉRIO, D. P. et al. Action by nurses to educate older adults: the family health strategy. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 824-828, dez. 2013.
- GOLDFRANK'S. **Toxicologic Emergencies**. 9th. ed. New York: The McGraw Hill, 2011.
- GOMEZ, S. S.; MOYA, J. L. M. Interactions between the epistemological perspective of nursing educators and participants in educational programs: limits and opportunities toward the development of qualification processes for the promotion of self-care in health. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 301-309, 2015.
- GOODMAN, M. et al. Using systematic reviews and meta-analyses to support regulatory decision making for neurotoxicants: lessons learned from a case study of PCBs. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3207-20, 2011.
- GUBERT, F. A. et al. Educational technology in the school context: strategy for health education in a public school in Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 165-172, 2009.
- GUEDES, M. R. J. **Comportamentos preventivos adotados por famílias após a alta hospitalar de crianças com intoxicação**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.
- HAHN, R. C.; LABEGALINI, M. P. C.; OLIVEIRA, M. L. F. Features of acute poisoning in children: a study in center toxicological. **BJSCR**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 18-22, 2013.
- HARADA, M. J. C. S. Injúrias físicas não intencionais na infância e adolescência. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; VIANA, D. L. **Promoção da saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2012. p. 237-261.
- HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Health promotion in primary care: study based on the Paulo Freire method. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.
- HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Theoretical, conceptual and methodological incorporation of the educator Paulo Freire in research. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 416-420, 2010.
- HORTA, N. C. et al. Practice of family health teams: challenges for the promotion of health care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 524-529, 2009.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL.

Caderno estatístico: município de Maringá. Curitiba, 2016. Disponível em:
<<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000&btOk=ok>>.
Acesso em: 20 set. 2016.

KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Health practices of nurses and community health agents of the family health strategy. **Ciênc., Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.

KLEINMAN, A. **The illness narratives:** suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 88, no. 2, p. 251-258, 1978.

LEITE, N. S. L.; CUNHA, S. R.; TAVARES, M. F. L. Empowerment of families with technology-dependent children: conceptual challenges and Freirean critical-reflexive education. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 152-156, 2011.

LIBERAL, E. F. et al. Escola segura. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 155-163, 2005. Suplemento 5.

LINHARES, F. M. P.; PONTES, C. M.; OSÓRIO, M. M. Breastfeeding promotion and support strategies based on Paulo Freire's epistemological categories. **Rev. Nutr.**, Campinas, SP, v. 26, n. 2, p. 125-134, mar./abr. 2013.

LINO, M. M. et al. Socioeconomic, demographic and work profile of community Health care assistants. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. foco**, Brasília, DF, v. 7, p. 9-14, 2016. Número especial.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MACKEY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: **Second language research: methodology and design**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 43-99.

MAKALINAO, I.; WOOLF, A. D. Poisonings and envenomings. In: PRONCZUK-GARBINO, J. (Ed.). **Children's health and the environment: a global perspective**. Geneva: World Health Organization, 2005, p.153-176.

MANOEL, M. F.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A. Educational strategies for people with hypertension and diabetes mellitus. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 403-408, 2013.

MANTOVANI, M. F. et al. Representations of health education for a team Family health strategy. **Ciênc., Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n.3, p. 464-470, 2014.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 27, p. 149-158, 1990/1991.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Gerência de Promoção e prevenção em saúde**: gestão 2014-2017. Maringá, 2015. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=maringa-saudavel-sobre>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MARTINS, P. C. et al. Democracy and empowerment in the context of promotion of health: possibilities and challenges presented to the Family Health Program. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 679-694, 2009.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Production of knowledge on health promotion and nurse's practice in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 991-999, nov./dez. 2012.

MATIAS, E. O. et al. The use of educational technologies for health promotion in adolescence: Freire's approach. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 113-117, maio/ago. 2012.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Editora Contexto, 2010.

MELO, C. Z. C.; SOUSA, C. M. B.; SILVA, M. B. C. Contribuições de estudos sobre a assistência de enfermagem ao familiar do doente mental. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, n. 1, v. 2, p. 26-40, 2014.

MENDES, E. V. **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.

MEYER, D. E. E. et al. "You learn, we teach"? Questioning relations between education and health from the perspective of vulnerability. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1335-1342, jun. 2006.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MITRE, S.M. et al. Actives teaching-learning methodologies in health education: current debates. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1233-1244, 2008. Suplemento 2.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Health education based on culture circles. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010.

MORAES, P. S. et al. Profile of children hospitalized in a burn treatment center. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 598-603, 2014.

NIE, L. H. et al. Blood lead levels and cumulative blood lead index (CBLI) as predictors of late neurodevelopment in lead poisoned children. **Biomarkers**, London, v. 16, no. 6, p. 517-524, 2011.

NOGUEIRA, A. L. et al. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 5, p. 964-971, 2016.

NOGUEIRA, I. S. et al. A prática educativa na estratégia saúde da família: estratégia para repensar e reconstruir ações dialógicas. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 11-17, jan./abr. 2015.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D.; ACOSTA, A. M. Knowledge translation: translating research into policy and practice. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, 2015.

OGA, S.; CAMARGO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de toxicologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014.

OLSON, K. R. **Manual de Toxicologia Clínica**. 6. ed. São Paulo: Artmet, 2014.

PAES, C. E. N.; GASPAR, V. L. V. Unintentional injuries in the home environment: home safety. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 146-154, 2005. Suplemento 5.

PATEL, D.; SANDELL, J. M. Prevention of unintentional injury in children. **Pediatr. Child Health**, Oakville, v. 23, no. 9, p. 402-408, 2013.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PEREIRA, A. K. A. M. et al. Views and practices of higher education professionals in health e education in the family health strategy. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 131-152, 2015. Suplemento, 2.

PINTO, I. C. M. et al. **Avaliação do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Salvador, 2015. Relatório Final. Projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

PIVOTO, F. L. et al. Convergent - assistential research: an integrative review of scientific nursing production. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 843-849, 2013.

RABELO, M. C. A construção narrativa da doença. In: REUNIÃO DA ANPOCS, 18., 1994, Salvador. **Anais...** Salvador: [s.n], 1994. Grupo de Trabalho Pessoa, corpo e doença.

- REISSMAN, C. K. **Narrative Methods for the Human Sciences**. Los Angeles: Sage, 2008.
- REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R.; SOUZA, A. C. B. Men and AIDS prevention: analysis on knowledge production within the field of healthcare. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 67-78, 2011.
- RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. Campinas, SP: Papirus, 1997.
- ROECKER, S. BUDÓ, M. L. D.; MACON, S. S. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.
- ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. The educational work of nurses in the Family Health Strategy. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-165, 2013.
- ROLLEMBERG, A. T. V. Histórias de vida de duas professoras: narrativas como instrumento de construção da identidade profissional. In: LOPES, L. P. M. (Org.). **Discurso de identidades: discurso como espaço de construção de gênero, sexualidade, raça, idade e profissão na escola e na família**. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2003. p. 33-48.
- SALCI, M. A. et al. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 224-230, 2013.
- SALES, C. C. F. et al. Intoxicação na primeira infância: local de ocorrência e condutas iniciais de familiares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL, 6., 2015, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, 2015. p. 429.
- SANTIAGO, R. F.; LUZ, M. H. A. Health education practices for elderly caregivers: a look at nursing from Paulo Freire's perspective. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012.
- SANTOS, A. A. G. et al. The meaning that health professionals attribute to promotion of the health of adolescents. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012.
- SANTOS, F. P. A. et al. Nurse care practices in the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 6, p. 1060-1067, 2016.
- SANTOS, K. T. et al. Community Health Agent: status adapted with Family Health Program reality? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1023-1028, 2011. Suplemento 1.
- SARDINHA, L. P. et al. Educación permanente, continua y en servicio; desvelando sus conceptos. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 324-340, 2013.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações exógenas agudas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 2, p. 244-250, 1999.

SILVA, D. G. V; TRENTINI, M. Narrations as a nursing research technique. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.3, p. 423-432, maio/jun. 2002.

SILVEIRA, D. C.; PEREIRA, J. T. Prevailing accidents with children from one to three years of age in a hospital in the city of Belo Horizonte, Brazil, in 2007. **Reme: Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 181-189, 2011.

SIROHI, S. et al. Domestic accidents: an emerging threat to community. **Int. J. Med. Sci. Public Health**, Wilmington, DC, v. 4, no. 9, p. 1202-1205, 2015.

SMITHSON, J.; GARSIDE, R.; PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Inj. Prev.**, London, v. 17, p. 119-126, 2011.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

SOUZA, D. O.; SILVA, V. S.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SOUZA, J. M.; THOLL, A. D.; CÓRDOVA, F. P.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; BOEHS, A. E.; NITSCHKE, R. G. The practical applicability of empowerment in health promotion strategies. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 out. 2015.

STARFIELD, B. Primary Care and Health: a Cross-National Comparison. **JAMA**, Chicago, no. 266, p. 2268–2871, 1991.

TADDEO, P. S. et al. Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAVARES, E. O. **Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada: satisfação das famílias**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

TAVARES, E. O. et al. Factors associated with poisoning in children. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 31-37, 2013.

TAVARES, E. O.; OLIVEIRA, M. L. F. Minimum patterns of initial assistance given on the toxicological emergency to approach a poisoned child. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 147-157, 2012.

TEO, C. R. P. A.; FERRAZ, L.; CEMBRANEL, F. Community health workers: perceptions on food in the context of the family health strategy. **Ciênc., Cuid. Saude**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 1229-1236, jul./set. 2015.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C. E. Family health strategy and analysis of the social reality: input for policies for promotion of health and permanent education. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

TOWNER, E.; WARD, H. Prevention of injuries to children and young people: the way ahead for the UK. **Inj. Prev.**, London, v. 4, p. 117-125, 1998. Supplement 1.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde**: uma pesquisa convergente assistencial. 1. ed. Londrina: Moriá, 2017.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L.M. Abilities and skills among Family Health Strategy workers. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 149-160, 2012.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

UTHKARSH, P. S. et al. Profile of injury cases admitted to a tertiary level hospital in south India. **Int. J. Inj. Contr. Saf. Promot.**, London, v. 19, no.1, p. 47-51, 2012.

VALENZUELA, P. M. et al. Environmental pediatrics: an emerging issue. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 2, p. 89-99, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Empowerment of users and family members in mental health care and in evaluative/interventional research: a brief comparison between the Anglo-Saxon tradition and the Brazilian experience. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013.

ZAIUTH, G.; HAYASHI, M. C. P. I. A apropriação do referencial teórico de Paulo Freire nos estudos sobre educação CTS. **Rev. Bras. Ciênc., Tecnol. Soc.**, São Carlos, v.2, n.1, p.278-292, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft health indicators for adolescents**: health for the world's adolescents. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section7>>. Acesso em: 22 set. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Práticas educativas no cuidado à intoxicação infantil na Atenção Básica: uma perspectiva dialógica

Roteiro de Entrevista

Entrevista nº _____ **Categoria profissional** _____
UBS: _____ **ESF:** _____ **Famílias sob sua responsabilidade** _____
Data: ____ / ____ / 2016 **Horário de início:** _____ **Término:** _____

1) Perfil sociodemográfico e profissional do entrevistado

- 1.1) Idade _____
- 1.2) Sexo Masculino Feminino
- 1.3) Raça/cor Branca Preta Amarela Parda Indígena
- 1.4) Estado conjugal Solteiro (a) União estável Casado
 Separado/Divorciado Viúvo (a) Outro _____
- 1.5) Religião: _____ 1.5.1) Praticante Sim Não
- 1.6) Renda familiar mensal (em salários mínimos) 1-2 3-4 5-6 6-7 8-9 acima de 10
- 1.7) Escolaridade Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo Superior Incompleto Superior Completo
- 1.8) Possui pós-graduação/especialização? sim não
 Especialização Mestrado Doutorado Outro _____
- 1.8.1) Área: _____
- 1.8.2) Ano de conclusão da pós-graduação: _____
- 1.9) Tempo de experiência na área da saúde _____
- 1.10) Tempo de experiência profissional em ESF _____
- 1.11) Tempo de atuação na equipe atual _____
- 1.12) Recebeu capacitação ao entrar na ESF: sim não
 Em caso afirmativo, qual o conteúdo da capacitação: _____
- 1.13) Participa de capacitações/cursos? sim não
 Em caso afirmativo: 1x/mês 2-2 meses 4-4 meses 6-6 meses 8-8 meses 1x/ano nunca participa
- 1.14) Capacitações/cursos já realizados _____

| |
|---|
| 2) Atividades preventivas de intoxicação infantil por profissionais das equipes da ESF |
|---|

2.1) Quais são as atividades educativas que você realiza na ESF?

2.2) Qual sua vivência em relação a temática intoxicação infantil?

2.3) Você já recebeu capacitação sobre prevenção de intoxicação? () Não () Sim

Se sim, faça um breve relato.

2.4) Você se sente preparado para realizar atividade de educação em saúde para prevenção de intoxicação infantil nas famílias/cuidadores da área de abrangência de sua equipe?

2.5) Na sua percepção, a equipe que você atua está preparada para prevenir intoxicações na infância?

| |
|---|
| 3) Práticas educativas para empoderamento das famílias |
|---|

3.1) Como você trabalha o processo ensino-aprendizagem nas suas práticas de educação em saúde dentro da ESF?

3.2) Para você, como deveria ser a relação entre o educador e o educando (ou profissional e paciente) no processo de educação em saúde?

3.3) Quais atividades educativas você desenvolve em relação as intoxicações na infância? Dê exemplos.

3.4) Como você considera que deve ser organizada uma capacitação para prevenção das intoxicações na primeira infância?

APÊNDICE 2

Práticas educativas no cuidado à intoxicação infantil na Atenção Básica: uma perspectiva dialógica

Diário de Pesquisa

| | |
|--|--|
| Data: ____ / ____ / 2016 UBS: _____ EqESF: _____ Categoria Profissional _____ | |
| Processo de agendamento das entrevistas | |
| Comportamento do entrevistado | |
| Dificuldades da coleta de dados | |
| Facilidades da coleta de dados | |

APÊNDICE 3

Práticas educativas no cuidado à intoxicação infantil na Atenção Básica: uma perspectiva dialógica

Convite para Avaliação do Instrumento

Prezada Profª Drª,

Encaminho o instrumento de coleta de dados para o Projeto de Pesquisa Práticas Educativas para Prevenção da Intoxicação Infantil na Perspectiva Dialógica Freireana, de minha dissertação de mestrado, com a orientação da Profª Drª Magda Lúcia Félix de Oliveira, e convido-a para apreciação e parecer sobre o mesmo.

Em anexo segue um resumo do Projeto e o instrumento de coleta de dados a ser utilizado. Solicito se possível, avaliação em um prazo de até 7 (sete) dias a partir do recebimento.

Desde já agradeço por sua atenção e disponibilidade, certa de que suas contribuições enriquecerão grandiosamente meu trabalho.

Atenciosamente,

Camila Cristiane Formaggi Sales

Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PSE/UEM

Magda Lúcia Félix de Oliveira

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva. Docente, Graduação e Pós-graduação em Enfermagem, UEM. Coordenadora do CCI/HUM. E-mail

Maringá, 05 de abril de 2016.

PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CUIDADO À INTOXICAÇÃO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA ⁵

A presente proposta de dissertação de mestrado visa responder a seguinte questão: Os profissionais da equipe Estratégia Saúde da Família reconhecem a intoxicação infantil como um problema em sua área de abrangência e entendem a necessidade de empoderar as famílias para a prevenção da intoxicação infantil?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a prática educativa de profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto da promoção da saúde e da prevenção das intoxicações infantis.

Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa.

Identificar como os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família realizam atividades preventivas de intoxicação infantil nos domicílios.

Descrever o uso de práticas educativas para empoderamento das famílias à luz do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento da Pesquisa

Pesquisa descritiva e exploratória de natureza qualitativa, tendo como referencial a promoção da saúde (BRASIL, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984; 1998) e a concepção educativa sociocultural (FREIRE, 1983, 1987, 2016)

Local do Estudo

O presente estudo será realizado no município de Maringá, na Rede de Atenção Básica de Saúde. A rede de Atenção Básica do município de Maringá é composta por 32 unidades básicas de saúde (UBS) e todas as UBS possuem pelo menos uma equipe da ESF referenciada, em um total de 71 equipes. As equipes da ESF são referenciadas a nove equipes de núcleos de apoio à saúde da família (NASF).

⁵ Alguns pontos desta carta foram alterados após sugestões da banca avaliadora.

Participantes do Estudo

Os participantes do estudo serão enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, integrantes das equipes da ESF do município de Maringá – Paraná.

A escolha por esses três profissionais dentro da ESF se deu, já que merecem destaque na equipe multiprofissional, pois lhes são atribuídas funções estratégicas e complexas, sobretudo relacionadas ao contato direto com a comunidade. Dentre as funções atribuídas, está a de identificar situações de risco e desenvolver ações básicas de saúde de prevenção e promoção em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Serão incluídos na pesquisa profissionais com atuação na ESF de pelo menos um ano, mas independentemente do tempo de atuação na equipe atual. Como critério de exclusão, profissionais que estiverem afastados da atividade profissional no período de coleta de dados - férias, licença saúde, licença maternidade, licença especial ou outro tipo de afastamento legal, não serão abordados.

Para determinação dos entrevistados, as 32 UBS serão separadas por área de abrangência dos NASF, e em cada área de abrangência será sorteada uma UBS. Nas UBS já sorteadas, será realizado novo sorteio para escolha de uma equipe da ESF, se existirem mais de uma equipe da ESF alocada na UBS, somando, então, nove equipes. Considerando o número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde por equipes da ESF, estima-se que um número máximo de 63 profissionais serão entrevistados.

Fonte e Instrumento de Coleta de Dados

Como fonte de dados será utilizada a relação de enfermeiros, técnicos em enfermagem e ACS das respectivas UBS/ESF selecionadas, para acesso aos profissionais da equipe da ESF a serem entrevistados.

O instrumento de coleta de dados será um roteiro para entrevista em profundidade, semiestruturado e composto por duas etapas. A primeira terá questões para categorização do perfil sociodemográfico e profissional do entrevistado; e na segunda, serão formuladas questões nas quais o profissional descreverá as atividades na ESF e treinamento/capacitações para prevenção de intoxicações na primeira infância, se na área de abrangência da sua equipe já assistiu algum caso de intoxicação infantil e a ação diante da ocorrência, envolvendo os conceitos de promoção da saúde, e de educação, ensino-aprendizagem, relação professor-aluno, metodologia e abordagem das pessoas/famílias

com vistas ao empoderamento (FREIRE, 1983; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984, 1998; BRASIL, 2010).

A proposta inicial do instrumento foi submetida à apreciação da banca examinadora da qualificação do projeto de dissertação e, após possíveis adequações de estrutura e conteúdo, o instrumento será submetido a teste-piloto com profissionais de uma equipe da ESF não selecionada para o estudo, preferencialmente em UBS diferente daquela de equipe selecionada.

Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados será realizada após contato prévio via telefone ou pessoalmente com a direção da UBS, quando será apresentado o projeto e os objetivos e solicitado a liberação dos profissionais para a pesquisa. Após, será agendado horário com os profissionais selecionados, podendo acontecer dentro do ambiente de trabalho. Se o profissional agendar horário com o pesquisador e por alguma intercorrência no ambiente de trabalho ou não comparecer na data, serão realizadas três novas tentativas e se não obter sucesso em nenhuma delas, o profissional será excluído do estudo.

Os profissionais participantes da pesquisa serão entrevistados individualmente pela própria pesquisadora. Para obter melhores resultados, a pesquisadora explanará os objetivos da pesquisa e a importância da participação dos profissionais, e, em seguida, será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, com a anuência do profissional entrevistado, o conteúdo da entrevista será gravado na íntegra em equipamento digital, tendo em vista uma maior agilidade e interação entre entrevistador/entrevistado e maior fidedignidade dos dados. As informações serão registradas também manualmente no roteiro de entrevista.

Processamento e Análise dos Dados

Os dados de caracterização dos profissionais serão analisados descritivamente.

As respostas às questões, com vistas à discussão da prática educativa de profissionais de equipes Estratégia Saúde da Família no contexto da prevenção das intoxicações infantis, serão discutidos a partir da concepção educativa sociocultural (FREIRE, 1983, 1987, 2016) e do referencial da promoção da saúde (BRASIL, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984, 1998).

O conteúdo das gravações das entrevistas será transcrito na íntegra, e analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014). Após

transcrições das falas, as gravações serão deletadas e os roteiros de entrevistas preenchidos serão destruídos.

Procedimentos Éticos

Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá/Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde – CECAPS, o projeto de pesquisa será submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - COPEP, da Universidade Estadual de Maringá - UEM, em obediência às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012).

Em todas as entrevistas será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando os objetivos da pesquisa e a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da entrevista, bem como assegurado o sigilo quanto às informações prestadas e o anonimato sempre que os resultados da pesquisa fossem divulgados. Todos os profissionais entrevistados assinarão TCLE em duas vias; uma via permanecerá com a pesquisadora e a outra será entregue à entrevistada.

APÊNDICE 4

Práticas educativas no cuidado à intoxicação infantil na Atenção Básica: uma perspectiva dialógica

Resumo Executivo de Pesquisa

Projeto de pesquisa para dissertação de Mestrado, apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Área de concentração: Gestão de Cuidados em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Magda Lúcia Félix de Oliveira.

Mestranda: Camila Cristiane Formaggi Sales.

O presente estudo se inscreve nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde da Criança e Educação em Saúde, tendo o referencial da assistência toxicológica para discussão das intoxicações na primeira infância. O tema proposto é a análise da prática educativa de profissionais da Atenção Primária à Saúde, especificamente da equipe da Estratégia Saúde da Família, para prevenção das intoxicações infantis e acesso à família.

A prevenção dos acidentes na infância tem sido elemento de diversas investigações, partindo do pressuposto que a prevenção se dá a partir do conhecimento dos fatores e processos pelos quais os acidentes ocorrem, das características próprias de determinados acidentes, e do ambiente social em que ocorrem (BHARWANI et al., 2013; BIVANCO-LIMA et al., 2013; FERREIRA et al., 2013; SIROHI et al., 2015; SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011;).

Os acidentes na infância, principalmente as intoxicações, tem se destacado como uma das principais causas dos atendimentos em serviços de saúde e internações hospitalares. A maioria desses acidentes estão intimamente relacionados com o ambiente domiciliar e ao comportamento da família, como estilo de vida, fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais (BIVANCO-LIMA et al., 2013; TAVARES, OLIVEIRA, 2012).

Os profissionais da saúde têm grande responsabilidade na orientação as famílias, visto que são protagonistas na mudança de comportamentos e atitudes, no sentido da prevenção de acidentes e minimização das consequências que deles podem advir. Desse modo, para que o cuidador possa exercer as condutas necessárias para prevenir agravos na infância, é imprescindível que sejam intensificadas ações de educação, individual ou coletiva, necessitando da atuação dos profissionais envolvidos nessa realidade (BEZERRA et al., 2014).

Para isso, é essencial a compreensão dos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção dos acidentes. Os aspectos específicos dessa compreensão devem abranger características familiares e comunitárias, bem como as políticas e formas de regulação que serão estabelecidas para as estratégias de prevenção ativa e passiva dos acidentes. Os profissionais da saúde tem o compromisso de orientar os pais, no sentido de prevenir os

riscos, e também empoderá-los para buscar/exigir políticas regulatórias que resultem em grandes benefícios à saúde da criança (PAES; GASPAR, 2005).

No tocante à prevenção das intoxicações, o Centro de controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá - CCI/HUM, por meio do Núcleo de Pesquisa Centro de Controle de Intoxicações e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, desenvolve estudos e atividades de extensão no âmbito das intoxicações infantis (BARBOZA, 2013; SALES et al., 2015; TAVARES, 2011).

Dando continuidade a estas investigações e pautada nas atividades extensionistas, a presente proposta de dissertação de mestrado visa responder as seguintes questões: Os profissionais da Estratégia Saúde da Família reconhecem a intoxicação como um problema de saúde da criança e entendem a necessidade de empoderar as famílias para prevenção da intoxicação infantil?

Neste sentido, objetiva-se analisar a prática educativa de profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto da promoção da saúde e da prevenção das intoxicações infantis. Os objetivos específicos visam: caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa; descrever como os profissionais da equipe Estratégia Saúde da Família realizam atividades preventivas de intoxicação infantil; e analisar o uso de práticas educativas em intoxicação infantil para empoderamento das famílias, na perspectiva dialógica freireana.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, que teve como referencial teórico a concepção educativa sociocultural de Paulo Freire (FREIRE, 1983, 1987, 2016), a Política Nacional de Promoção da Saúde/Empoderamento (BRASIL, 2015), e a entrevista narrativa como recurso metodológico (KLEINMAN, 1988). O local para realização do estudo será o município de Maringá - Paraná, na Rede de Atenção Básica de Saúde, composta por 35 Unidades Básicas de Saúde - UBS e todas as UBS possuem pelo menos uma equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF referenciada, em um total de 74 equipes. As equipes da ESF são referenciadas a nove equipes de núcleos de apoio à saúde da família - NASF.

Os participantes do estudo serão enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS, integrantes das equipes da ESF do município de Maringá - Paraná. Serão incluídos na pesquisa profissionais com atuação na ESF de pelo menos um ano, mas independentemente do tempo de atuação na equipe atual. Como critério de exclusão, profissionais que estiverem afastados da atividade profissional no período de coleta de dados - férias, licença saúde, licença maternidade, licença especial ou outro tipo de afastamento legal, não serão abordados.

Para determinação dos entrevistados, as 35 UBS serão separadas por área de abrangência dos NASF, e em cada área de abrangência será sorteada uma UBS. Nas UBS já sorteadas, será realizado novo sorteio para escolha de uma equipe da ESF, se existirem mais de uma equipe da ESF alocada na UBS, somando, então, nove equipes. Considerando o número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde por equipes da ESF, estima-se que um número máximo de 63 profissionais serão entrevistados. Como fonte de dados será utilizada a relação de enfermeiros, técnicos em enfermagem e

ACS das respectivas UBS/ESF selecionadas, para acesso aos profissionais da equipe da ESF a serem entrevistados.

O instrumento de coleta de dados será um roteiro para entrevista em profundidade, semiestruturado e composto por duas etapas. A primeira terá questões para categorização do perfil sociodemográfico e profissional do entrevistado; e na segunda, serão formuladas questões nas quais o profissional descreverá as atividades na ESF e treinamento/capacitações para prevenção de intoxicações na primeira infância, se na área de abrangência da sua equipe já assistiu algum caso de intoxicação infantil e a ação diante da ocorrência, envolvendo os conceitos de promoção da saúde, e de educação, ensino-aprendizagem, relação professor-aluno, metodologia e abordagem das pessoas/famílias com vistas ao empoderamento (FREIRE, 1983, 1987, 2016; BRASIL, 2015).

A proposta inicial do instrumento foi submetida à apreciação da banca examinadora da qualificação do projeto de dissertação e também foi avaliado por duas professoras convidadas, especialistas em Saúde da Criança e, após possíveis adequações de estrutura e conteúdo, o instrumento será submetido a teste-piloto com profissionais de uma equipe da ESF não selecionada para o estudo, preferencialmente em UBS diferente daquela de equipe selecionada.

A coleta de dados será realizada após contato prévio via telefone ou pessoalmente com a direção da UBS, quando será apresentado o projeto e os objetivos e solicitado a liberação dos profissionais para a pesquisa. Após, será agendado horário com os profissionais selecionados, podendo acontecer dentro do ambiente de trabalho. Se o profissional agendar horário com o pesquisador e por alguma intercorrência no ambiente de trabalho ou não comparecer na data, serão realizadas três novas tentativas e se não obter sucesso em nenhuma delas, o profissional será excluído do estudo.

Os profissionais participantes da pesquisa serão entrevistados individualmente pela própria pesquisadora. Após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, com a anuência do profissional entrevistado, o conteúdo da entrevista será gravado na íntegra em equipamento digital, tendo em vista uma maior agilidade e interação entre entrevistador/entrevistado e maior fidedignidade dos dados. As informações serão registradas também manualmente no roteiro de entrevista.

Os dados de caracterização dos profissionais serão analisados descritivamente. As respostas às questões, com vistas à discussão da prática educativa de profissionais de equipes Estratégia Saúde da Família no contexto da prevenção das intoxicações infantis, serão discutidos a partir da concepção educativa sociocultural (FREIRE, 1983, 1987, 2016) e do referencial da promoção da saúde (BRASIL, 2016). O conteúdo das gravações das entrevistas será transcrito na íntegra, e analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014). Após transcrições das falas, as gravações serão deletadas e os roteiros de entrevistas preenchidos serão destruídos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá/Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde – CECAPS, e mediante autorização, foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - COPEP, da Universidade Estadual de Maringá - UEM, com parecer favorável número 1.573.858/2016.

REFERÊNCIAS

- BARBOZA, C. L. **Seguimento de crianças com intoxicação grave no Noroeste do Paraná**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.
- BEZERRA, M. A. R. et al. Domestic accidents among children: practical conceptions of community health workers. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 776-784, out./dez. 2014.
- BHARWANI, S. M. D. et al. Role of a Poison Center in Reducing Unintentional Childhood Ingestion by Targeting Pre-Event Risk Factors. **Pediatr Emerg Care**, Philadelphia, v. 29, n. 3, p. 296-300, 2013.
- BIVANCO-LIMA, D. et al. Promoção a saúde e prevenção de acidentes na infância: uma ação de estudantes de medicina. **Rev. Med.**, v. 92, n. 2, p. 119-127, São Paulo, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2015.
- FERREIRA, N. M. C. et al. Também sou doutor: formando doutores-mirins para prevenir e tratar os acidentes domésticos. **Rev. extensão em ação**, Fortaleza, v. 3, n. 2, 2013.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.
- PAES, C. E. N.; GASPARGAR, V. L. V. Unintentional injuries in the home environment: home safety. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 146-154, 2005. Supplement 5.
- SALES, C. C. F. et al. Intoxicação na primeira infância: local de ocorrência e condutas iniciais de familiares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL, 6., 2015, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, 2015. p. 429.
- SIROHI, S. et al. Domestic accidents: an emerging threat to community. **International Journal of Medical Science and Public Health**, Wilmington, v. 4, n. 9, p. 1202-1205, 2015.
- SMITHSON, J.; GARSIDE, R.; PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Inj Prev.**, London, v. 17, p. 119-126, 2011.
- TAVARES, E. O. **Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada: satisfação das famílias**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.
- TAVARES, E. O.; OLIVEIRA, M. L. F. Minimum patterns of initial assistance given on the toxicological emergency to approach a poisoned child. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 147-157, 2012.

APÊNDICE 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**Atividades preventivas para intoxicação na primeira infância na atenção primária sob a óptica de Paulo Freire**”, que está sendo desenvolvida sob orientação da Prof^a Dr^a Magda Lúcia Félix de Oliveira, como dissertação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é analisar a prática educativa de profissionais das equipes Estratégia Saúde da Família no contexto da prevenção das intoxicações infantis. Informamos que poderá ocorrer um leve desconforto ao responder o questionário, porém o pesquisador se propõe a sanar qualquer dúvida ou necessidade demonstrada por você.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, você pode recusar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Após as transcrições das falas, as gravações serão deletadas e os roteiros de entrevista preenchidos serão destruídos.

Quanto aos benefícios resultantes deste estudo, espera-se que os resultados contribuam para a produção de informações na área, visando o fortalecimento da rede de Atenção Primária a Saúde no município de Maringá e região, e do conhecimento e habilidades que promovam a melhoria na assistência prestada às crianças, à família e a comunidade, principalmente nas áreas de Saúde Infantil, Saúde Coletiva e Assistência Toxicológica.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,....., declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Profª Drª Magda Lúcia Félix de Oliveira.

_____ Data: __/__/____
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

_____ Data: __/__/____
Assinatura do pesquisador

Contatos:

Profª Drª Magda Lúcia Félix de Oliveira. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, fone: (44) 3011- 9431. E-mail: mlfoliveira@uem.br.

Camila Cristiane Formaggi Sales. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem, fone: (44)3011-9431. E-mail: camila_cfs14@hotmail.com.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO 1

| Distribuição das UBS referenciada por NASF e número de EqESF | | |
|---|------------------------------------|---------------------|
| NASF/UBS sede | UBS Referenciada | Equipe ESF |
| NASF 1 – UBS Mandacaru | - Mandacaru | 18, 19 e 20 |
| | - Zona 6 | 49 |
| | - Império do Sol | 71 e 72 |
| | - Vila Vardelina | 21 |
| NASF 2 – UBS Requião | - Guaiapó/Requião | 1, 54 e 60 |
| | - Parigot de Souza | 11 e 12 |
| | - Tuiuti | 8, 9 e 22 |
| NASF 3 – UBS Pinheiros | - Pinheiros | 2, 6, 7 e 10 |
| | - Internorte | 31 e 61 |
| | - Piatã | 3 e 5 |
| | - Paulino (Casa 4 – UBS Pinheiros) | 4 |
| NASF 4 – UBS Alvorada III | - Alvorada III | 16, 17 e 50 |
| | - Alvorada I | 13, 14 e 15 |
| | - Morangueira | 45, 46 e 47 |
| NASF 5 – UBS Quebec | - Quebec | 39, 40, 41, 57 e 63 |
| | - Grevíleas | 42 e 43 |
| | - Portal das Torres | 67 e 68 |
| NASF 6 – UBS Iguaçu | - Iguaçu | 33, 51 e 58 |
| | - Universo | 30 |
| | - Industrial | 32 e 64 |
| | - Floriano | 44 |
| | - Maringá Velho | 62 |
| NASF 7 – UBS Zona Sul | - Zona Sul | 52 e 53 |
| | - Aclimação | 65 e 66 |
| | - Vila Operaria | 34 e 55 |
| | - Vila Esperança | 37 e 38 |
| | - Zona 7 | Sem equipe ESF |
| NASF 8 – UBS Ney Braga | - Ney Braga | 23, 24 e 25 |
| | - Olímpico | 48 e 56 |
| | - Paris | 69 e 70 |
| | - Iguatemi | 35 e 36 |
| NASF 9 – UBS São Silvestre | - São Silvestre | 28 |
| | - Cidade Alta | 26, 27 e 59 |
| | - Céu Azul | 29 |
| | - Paraíso | 73 e 74 |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, julho-agosto, 2016.

ANEXO 2

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ**

ESTADO DO PARANÁ

Ofício nº214/2016

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS

Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

Maringá, 17 de fevereiro de 2016.

Prezado Senhor

Informamos que a Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde, autoriza a realização da pesquisa **“Atividades preventivas para intoxicação na primeira infância na atenção primária sob a óptica de Paulo Freire”**, a ser realizada nas UBS, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilmo. Sr
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo
DD. Presidente do COPEP
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – Pr.

ANEXO 3

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATIVIDADES PREVENTIVAS PARA INTOXICAÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A ÓPTICA DE PAULO FREIRE

Pesquisador: Magda Lúcia Félix de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53559316.3.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.573.858

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a prática educativa de profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto da promoção da saúde e da prevenção das intoxicações infantis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de natureza qualitativa utilizando a concepção educativa sociocultural de Paulo Freire (1983) como referencial. O local para realização do estudo será o município de Maringá - Paraná, com Rede de APS constituída de 32 Unidades Básicas de Saúde - UBS e pelo menos uma equipe ESF referenciada por unidade, em um total de 71 equipes e conta também com sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. A população será composta por 9 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem e 45 agentes comunitários de saúde, integrantes das equipes ESF, independente do sexo, idade ou tempo de atuação na equipe. Para determinação dos

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.573.858

profissionais a serem abordados, será escolhida uma UBS por NASF e em seguida sorteado uma equipe ESF que atua na UBS escolhida. Como fonte de dado será utilizada a relação UBS por NASF e após sorteio, a relação de Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e ACS cadastrados nas ESF do município de Maringá, disponibilizada pela Secretaria de Saúde de Maringá/Gerencia da ESF. O instrumento de coleta de dados será um roteiro semiestruturado para entrevista em profundidade composto por duas partes: categorização do perfil sociodemográfico e profissional do entrevistado; e questões abertas baseadas nas atividades profissionais para promoção da saúde e prevenção das intoxicações infantis, e na concepção educativa sociocultural de Paulo Freire (1983). Os profissionais serão entrevistados após contato prévio e agendamento de horário, sem comprometimento das atividades da equipe, podendo acontecer dentro do ambiente de trabalho, e será realizada entrevista em profundidade, gravada na íntegra pela própria pesquisadora. Os dados de caracterização serão analisados descritivamente e o conteúdo das gravações das entrevistas será transcrito na íntegra, analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010) e deletados após transcrição. A pesquisa prevê um orçamento de R\$ 606,00, com financiamento próprio, e o cronograma está adequado à tramitação do protocolo por este comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de rosto devidamente preenchida e assinada, em anexo; Autorização do CECAPS em anexo; TCLE em forma de carta convite, redigido adequadamente à resolução vigente, em anexo; Roteiro para entrevista, reformulado, em anexo no projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_666070.pdf | 19/04/2016 18:25:16 | | Aceito |
| Outros | Resposta.docx | 19/04/2016 | Camila Cristiane | Aceito |

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.573.858

| | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------|------------------------------------|--------|
| Outros | Resposta.docx | 18:24:52 | Formaggi Sales | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | CAMILA PosQualificacaoCOPEP1804.docx | 19/04/2016 18:19:08 | Camila Cristiane Formaggi Sales | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA DE PESQUISA.docx | 19/04/2016 18:16:59 | Camila Cristiane Formaggi Sales | Aceito |
| Outros | termoCecaps.jpg | 24/02/2016 15:57:30 | Camila Cristiane Formaggi Sales | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 24/02/2016 15:55:46 | Camila Cristiane Formaggi Sales | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 24/02/2016 15:48:41 | Camila Cristiane Formaggi Sales | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 24/02/2016 15:43:44 | Camila Cristiane Formaggi Sales | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 03 de Junho de 2016

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br