



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Braga Oliveira, Carla; Menezes Frechiani, Janaína; Silva, Fátima Maria; Noia Maciel, Ethel Leonor
As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de
Maruípe no município de Vitória

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 2, abril, 2009, pp. 635-644

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532032>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória

Actions of education health for child and adolescents in the city of Vitória

Carla Braga Oliveira ¹
Janaína Menezes Frechiani ¹
Fátima Maria Silva ¹
Ethel Leonor Noia Maciel ¹

Abstract *This was a cross-sectional study carried in six Family Health Units, for direct observation of educative activities. The objective was to evaluate the actions of Education Health carried through in the informative sessions that approached the following subjects: family planning breast feeding families registered in Nutrition Programmes and children in nutritional risk. For the study proposed we establish that all action developed out side the individual approach to resolved health problems will be considered as health education. The unprepared of some professionals for the full functioning of the activities can still be observed. The findings of this study disclose the little participation of these Units in the accomplishment of educative activities on family planning come back toward the adolescents. Concerning the activities developed for the families registered in Nutrition Programmes, excellent subjects as the importance to appear the educative activities of the unit had been boarded in the most part of the lectures. The social activities for children in nutritional risk are carried out together with the families of the Nutrition Programmes. Although we observed several activities we still need to improved the multidisciplinary work to implement the health promotion.*
Key words *Education health, Evaluation, Child and adolescence health promotion*

Resumo *Estudo descritivo do tipo corte transversal, realizado em seis Unidades Básicas de Saúde da Família, por observação direta das ações de Educação em Saúde. Teve por objetivo avaliar as ações que abordavam os seguintes temas: planejamento familiar, aleitamento materno, famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e crianças em risco nutricional. Para efeito de padronização dos dados, optou-se por considerar neste estudo as atividades que foram realizadas fora do atendimento individual agendado para resolução de problemas específicos. Observamos o despreparo de alguns profissionais para o pleno funcionamento das atividades e poucas ações sobre planejamento familiar para adolescentes. Assuntos relevantes como a importância de comparecer às atividades educativas da unidade foram abordados na maior parte das ações desenvolvidas para as famílias do Programa Bolsa Família. As atividades para crianças em risco nutricional são realizadas juntamente com as famílias do Programa Bolsa Família. Concluiu-se que há necessidade de se garantir que a equipe trabalhe de forma multidisciplinar e integrada nas atividades educativas como forma de contribuir para os ajustes necessários à implementação da Educação em Saúde efetiva, integral e humanizada.*

Palavras-chave *Educação em saúde, Avaliação, Saúde da criança e do adolescente*

¹Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-091 Vitória ES. carlaenfermagem@yahoo.com.br.

Introdução

Historicamente, de modo particular até a década de 1970, os programas de assistência à saúde nos países em desenvolvimento são quase sempre orientados sob a forma de cuidados médico-hospitalares, nos quais são priorizados esforços de otimização ao tratamento da doença. Nesta mesma ótica, os programas de atenção à saúde infantil e ao adolescente se caracterizam principalmente por apresentarem ações e atividades também marcadamente hospitalocêntricas¹.

Segundo Alves e Viana², o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) representou um marco definitivo de modelo de assistência à saúde infantil, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a partir de 1984, cuja proposta engloba um elenco de ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde para a faixa etária de zero a cinco anos. Ressalta-se que todas as ações do programa se pautavam pelo forte caráter educativo. Esse talvez tenha sido o mais relevante legado do programa, a indissociabilidade entre a ação da assistência e a Educação para a Saúde. As ações básicas de saúde formuladas pelo PAISC visam assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias para a priorização das ações preventivas, cujo eixo básico é garantir o adequado crescimento e desenvolvimento.

Paralelamente ao conjunto de programas voltados para a população infantil, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989, foi pioneiro de política pública e social, dirigido aos adolescentes entre 10 e 19 anos, e caracteriza-se pela integralidade das ações, além do enfoque preventivo e educativo. Além de pautar-se no princípio da integralidade das ações de saúde, reforça a perspectiva multidisciplinar da operacionalização das mesmas, bem como a integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos nesta operacionalização. É composto pelas seguintes áreas de atuação ou ações programáticas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente e prevenção de acidentes³.

Entretanto, mais de uma década depois, a situação atual da saúde infantil e do adolescente no Brasil representa, ainda, um grande desafio. Felisberto¹ exemplifica essa afirmativa descrevendo que, embora existam mudanças no perfil da mortalidade infantil com aumento gradual do componente perinatal, convive-se com uma elevada morbimortalidade por doenças preveníveis, como as

diarréias e as infecções respiratórias agudas, muitas vezes tendo como causa associada a desnutrição moderada ou grave.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde, através das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e o controle social, ao tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde⁴. Desde então, os gestores desse sistema - federal, estadual e municipal - vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o primeiro nível de atenção à saúde, a atenção básica, que se sustenta no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A fim de dar conta desse processo, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF)/ Estratégia Saúde da Família (ESF), que elege a unidade básica como local privilegiado da atenção básica. O enfoque de saúde da família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem-estar, têm como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica.

A ESF recebe como herança as políticas de saúde da criança e adolescentes iniciadas na década de 1980 e os desafios colocados pelo perfil sociodemográfico, político e epidemiológico atual do país, e tem a missão de dar continuidade às ações básicas, com forte enfoque na qualidade de vida dessas crianças e adolescentes².

Dentre os objetivos específicos da Estratégia Saúde da Família, podemos destacar a produção social da saúde, por meio da troca de informações e experiências entre as equipes de saúde e a comunidade, através da Educação em Saúde⁵. Para Levy⁶, a Educação em Saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde.

Nesse sentido, Araújo¹⁰ afirma que as ações de Educação em Saúde encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e a saúde da população, principalmente quando perpassam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de infor-

mação, permitindo identificar as demandas de saúde dos usuários e as escolhas mais adequadas e diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e população.

Dessa forma, o conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social^{5,10}.

Diante destas reflexões, o interesse pelo tema reside no fato de que, ao longo de uma experiência na disciplina de saúde da criança e do adolescente do curso de enfermagem, pudemos observar e discutir a organização do trabalho em equipe; a descontinuidade do atendimento; indefinição sobre os objetivos de trabalho; a forma como as ações de saúde eram realizadas no cotidiano de maneira desorganizada e sem planejamento prévio; priorização das metas de produtividade para as ações individual-curativas, em detrimento das ações de caráter coletivo de promoção da saúde e prevenção das doenças. Aliado a isto, soma-se o fato de na área escolhida para a realização do estudo existir um acentuado número de gravidez na adolescência, o que permeou nossa prática durante todo curso e nos direcionou para a necessidade de estudar as práticas educativas voltadas para esta clientela nas unidades de saúde.

Com base no contexto abordado, consideramos como objetivo da pesquisa avaliar as ações de educação em saúde referente à criança e ao adolescente realizadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Vitória, Espírito Santo. Assim, foram escolhidos quatro temas específicos para avaliar essas ações: planejamento familiar para adolescentes, aleitamento materno, famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e crianças em risco nutricional.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, do tipo corte transversal. Os dados foram coletados entre os meses de abril e junho de 2007, por observação direta das ações de Educação em Saúde com grupos.

A coleta de dados foi realizada na região de saúde de Maruípe, que compreende seis Unidades Básicas de Saúde da Família. Os critérios de seleção

das unidades foram: a proximidade com a Universidade Federal do Espírito Santo e a implantação da Estratégia Saúde da Família nessas unidades.

Estes indicadores observados foram adotados com base no componente "Recursos e Práticas para Orientação" da "Metodologia de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde," desenvolvida pela Secretaria da Saúde do Ceará (SES-CE)⁷. O roteiro foi adaptado para diversos aspectos relacionados à saúde da criança e do adolescente.

Revelou-se fundamental demonstrarmos a nossa opção em recortar a faixa etária dos adolescentes para realização de tal estudo. Consideramos assim a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde, que se refere à dimensão biológica e psicológica, compreendendo a adolescência na faixa etária que vai dos dez aos dezenove anos. Apenas foram avaliadas as ações educativas que eram direcionadas para esta faixa etária ou em que havia a participação desta faixa etária.

Apesar de compreendermos que nos atendimentos individuais também podem ser realizadas ações de educação em saúde, para efeito de padronização dos dados, optou-se por considerar neste estudo ações de educação em saúde as atividades que foram realizadas fora do atendimento individual agendado para resolução de problemas específicos.

Seguindo orientação do Centro de Referência de Alimentação e Nutrição, Região Sudeste, vinculado ao Ministério da Saúde, que segue o padrão de referência do National Center for Health Statistics (NCHS), foram consideradas crianças sob risco nutricional (baixo peso) aquelas que apresentavam, no indicador peso para a idade, um percentil menor que 10.

A análise dos dados foi realizada através de variáveis qualitativas apresentando suas frequências absolutas e relativas.

No desenvolvimento da pesquisa, foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Assim, o estudo respeitou todas as determinações éticas, sendo realizada previamente a solicitação à Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa. Após autorização, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Só participaram da pesquisa os que concordaram com o termo de consentimento esclarecido, ficando nítido o compromisso ético, sendo assegurado o anonimato dos profissionais da equipe.

As Unidades de Saúde foram identificadas por numeração arábica, de forma aleatória, de tal for-

ma que ficasse garantida a recomendação ética acerca do anonimato dos profissionais e das unidades envolvidas na pesquisa.

Resultados e discussão

Minayo⁸ descreve que categorizar “[...] significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito [...]”. Assim, a análise dos dados foi dividida em quatro categorias: atividades educativas sobre aleitamento materno; atividades educativas sobre planejamento familiar para adolescentes; a educação em saúde nas atividades coletivas do programa bolsa família e ações educativas coletivas para as crianças em risco nutricional.

Atividades educativas sobre aleitamento materno

Em 1979, a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram medidas para promover a saúde e nutrição de lactantes e crianças na primeira infância. Foi recomendado que o sistema de saúde deveria assegurar que todas as mães fossem orientadas no sentido de garantir a manutenção da amamentação pelo maior tempo possível, que todos os procedimentos obstétricos e de assistência pré-natal deveriam ser compatíveis com a política de promoção e apoio ao aleitamento materno⁹.

Na coleta de dados, observamos que, nas Unidades 2 e 6, as consultas de puericultura são precedidas por atividades educativas coletivas. Nas demais unidades avaliadas, não aconteceram atividades com o tema aleitamento materno.

Na Unidade 2, a atividade educativa observada contou com a participação de doze usuários, sendo conduzida por uma agente comunitária. Durante o período de observação, foi possível constatar que a mesma demonstrou dificuldade para realizar a atividade e que, conjuntamente, o barulho excessivo das crianças dificultou a escuta das informações e dispersou a atenção do grupo. Acreditamos que um melhor planejamento da equipe poderia evitar estas dificuldades, uma vez que permitiria a divisão de tarefas com outro membro que poderia desenvolver atividades lúdicas com as crianças, possibilitando tanto ao profissional como às usuárias a problematização da realidade com apreensão de novos saberes.

Entretanto, nessa atividade, percebemos a presença de duas estagiárias de enfermagem, que compareceram ao final da atividade e demonstraram capacitação relacionada às questões técnicas e sub-

jetivas, estimulando os usuários a fazerem perguntas. De acordo com Araújo¹⁰, esta concepção de Educação em Saúde dialógica traz implícita a idéia da educação como prática transformadora e humanizante nas relações com os usuários, por considerar que o saber do outro favorece espaço para reflexão com a apreensão de novos conhecimentos que impliquem a mudança de atitude.

Durante a coleta de dados, observamos na Unidade 6 uma atividade educativa sobre aleitamento materno que contou com a participação de dois usuários, sendo conduzida por uma estagiária de enfermagem. A enfermeira responsável chegou apenas no final. A estagiária acolheu o grupo cordialmente e apresentou-se, utilizando uma linguagem clara durante toda a atividade. Em relação às orientações, demonstrou domínio sobre o tema abordado, estimulando para o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, orientando sobre a amamentação, os cuidados com a mama e os problemas mais frequentes relacionados, como ingurgitamento e mastite.

Das duas atividades educativas citadas, observamos a carência de subsídios didático-pedagógicos, como folhetos e cartilhas, que auxiliassem os profissionais no desenvolvimento dessas práticas educativas na perspectiva de uma metodologia participativa. Concordamos com Segre e Júnior¹¹ que sugerem que a equipe de saúde tenha, como material de apoio, um manual de orientações para aleitamento materno e alimentação da criança e folhetos educativos sobre o assunto, para distribuição às mães, após a devida orientação nos atendimentos, e ainda possuir álbum seriado sobre todos os passos do aleitamento materno. Vídeos educativos sobre o assunto também são muito úteis.

Entretanto, Moura e Souza⁵ afirmam que se vídeos e materiais sofisticados não estiverem disponíveis, a troca de idéias poderá ser enfatizada a partir da utilização de gravuras, como recortes de jornal ou revista. Dessa forma, a criatividade e o envolvimento do provedor com o seu público-alvo podem ser fatores determinantes no sucesso das atividades de educação em saúde.

Nas atividades observadas, um aspecto importante identificado foi o registro da realização da sessão informativa com data, número de participantes, tema abordado e responsável.

Atividades educativas sobre planejamento familiar para adolescentes

Durante a realização da pesquisa de campo, observamos as atividades de grupos de planejamento familiar em cada unidade selecionada, to-

talizando quatro reuniões educativas. Destacamos que, nas Unidades 2 e 4, foram observadas atividades educativas para mulheres e não somente para um grupo de adolescentes; porém, nessas atividades, houve a participação de adolescentes. Nas Unidades 3 e 5, não foi observada nenhuma atividade sobre planejamento familiar.

Foi possível verificar no período de observação que, apesar da Unidade 1 não possuir um grupo de adolescentes formado, realizou uma atividade sobre o tema, que contou com a participação de aproximadamente sete adolescentes, todos do sexo feminino. Assim, acompanhamos a realização da reunião, que foi conduzida pela enfermeira, sendo auxiliada por uma agente comunitária. Nesta atividade, percebemos que, apesar de utilizar material de apoio, a enfermeira não organizou o mesmo para a palestra, ficando a maior parte do tempo sentada e distante do grupo e do material de apoio localizado na parede. O grupo às vezes ficou disperso, pois havia crianças na sala dificultando o andamento da ação educativa.

Constatou-se que, na Unidade 2, um grupo de planejamento familiar ainda estava sendo formado, com a participação de mulheres, não havendo reuniões específicas para grupo de adolescentes. Foi observada uma reunião que contou com a presença de cerca de vinte mulheres, sendo conduzida por uma médica da unidade. Chamou atenção a longa espera, aspecto que se repete em larga escala nos serviços de saúde. Mudanças neste aspecto são importantes, proporcionando respeito ao tempo do cliente que, na maioria dos casos, tem outros compromissos pessoais ou profissionais concomitantes.

Durante a coleta de dados, foi observada uma reunião do grupo de adolescentes formados na Unidade 3. Essa atividade teve como objetivo realizar uma confraternização entre os participantes, a equipe de saúde e os estagiários de enfermagem e psicologia, além da discussão dos temas que seriam abordados nas reuniões seguintes. Um dos temas escolhidos foi planejamento familiar, mas como as reuniões são mensais, esse assunto seria abordado fora do período de coleta de dados, impossibilitando a nossa avaliação dessa atividade.

A atividade avaliada na Unidade 4 foi ministrada por um médico e uma enfermeira. Durante a sua realização, a enfermeira verbalizou várias vezes a importância das participantes aproveitarem a presença do médico para tirar dúvidas, não realizando nenhuma orientação. Um dos assuntos abordados foi a importância da dupla proteção (prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis), não sendo mencionada a importância do pré-natal, em caso de gestação e as medi-

das educativas, como estímulo para aumento do intervalo interpartal (mínimo de dois anos).

Na Unidade 6, observamos uma atividade educativa sobre planejamento familiar com dez adolescentes, conduzida por duas estagiárias de enfermagem e uma enfermeira. Nessa reunião, foram discutidos os métodos anticoncepcionais e as doenças sexualmente transmissíveis. Nessa unidade, são realizadas atividades educativas mensais com os adolescentes.

Tomando por base dados da observação, verificamos que em todas as unidades estudadas não há um trabalho socialmente estruturado e institucionalizado com os adolescentes, evidenciado através da escassez de atividades educativas desenvolvidas para esse grupo, no sentido de que seja considerada uma atividade prioritária e realizada de forma sistemática, conforme preconizada pela Estratégia Saúde da Família. Entretanto, constatamos que em três das unidades estudadas existiam ou ainda estava em discussão a formação de grupo de adolescentes.

Com base nos achados do estudo, podemos inferir que há fragmentação na realização das atividades educativas, pois não houve envolvimento e interação da equipe nessas atividades. Percebemos que alguns profissionais, apesar de presentes nas atividades, pareciam observadores alheios ao encontro. Dessa forma, consideramos esta prática como uma das dificuldades encontradas na realização dessas atividades, visto que a prevenção e promoção à saúde representam ações que devem ser desenvolvidas por toda a equipe de saúde.

Logo a seguir, está apresentada a Tabela 1, que fornece uma visão global das unidades investigadas no que se referem as suas ações educativas sobre planejamento familiar.

Na análise desses resultados, verifica-se, como ponto positivo, a tentativa de exposição dialogada com as usuárias, em todas as atividades avaliadas, provocando debate dentro do grupo, com respeito à fala do outro e espaço para escuta, possibilitando o empoderamento das participantes do grupo. Assim, nestas reuniões, observamos oportunidades importantes para discussões de diversas questões relacionadas ao tema planejamento familiar, possibilitando questionamentos de maior interesse para as usuárias.

Pode-se observar ainda que, apesar da utilização de linguagem clara em todas as reuniões, percebemos o despreparo de alguns profissionais para o pleno funcionamento das atividades. A esse respeito, Araújo¹⁰ afirma que a composição das equipes de saúde contempla a necessidade de profissionais para o desenvolvimento das ações do planejam-

Tabela 1. Ações educativas sobre planejamento familiar para adolescentes.

Variável	N = 4	%
Recebe os usuários cordialmente	4	100
Apresenta-se	4	100
Identifica e conversa sobre as necessidades de informação dos participantes	4	100
Estimula as usuárias a fazerem perguntas	4	100
Utiliza linguagem clara	4	100
Utiliza material de apoio	2	50
Evita que a orientação ultrapasse uma hora	2	50
Conversa sobre a importância do pré-natal, em caso de gestação	0	0
Orientação quanto às medidas educativas: estímulo para aumento do intervalo interpartal e registro sistemático das datas das menstruações	0	0
Orienta e incentiva a dupla proteção	3	75
Despede-se do grupo	3	75
Registra as informações abordadas no prontuário	3	75

to familiar; assim, supõe-se que esta ação não teria problemas na sua execução. Entretanto, além de dispor de uma equipe mínima, deve-se considerar que, para uma atenção de qualidade em planejamento familiar, a capacitação dos profissionais é um aspecto de fundamental importância.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde¹² ressalta a importância das ações de educação em saúde como estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes, afirmando assim que o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas, considerando a característica de adolescentes e jovens de procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para suas ansiedades.

No que se refere à utilização de material de apoio, observamos, no presente estudo, que duas (50%) atividades educativas foram conduzidas com a utilização de algum material. Percebemos assim algumas lacunas durante o desenvolvimento dessas atividades, como a falta de linguagens diversificadas para estabelecer um processo de interação educandos - educadores, como as técnicas citadas por Amorin *et al.*¹³, tais como o uso de dramatizações, apreciação crítica de vídeos, construções de atividades lúdicas, dinâmicas grupais, exposição dialogadas, entre outras. A ação educativa, nesta perspectiva, contribui para a formação de sujeitos éticos e cidadãos e para a transformação da sociedade.

No momento que os dados foram reunidos, percebeu-se que em nenhuma consulta foi abor-

dada a importância do pré-natal, em caso de gestação. Segundo Bocardi¹⁴, as adolescentes, especialmente as mais jovens, cuja gravidez acontece de forma inesperada, tentam negar o fato consciente ou inconscientemente, e assim escondem de seus pais e procuram tardiamente os serviços de saúde, para o acompanhamento pré-natal. Diante dessa afirmação, acreditamos que os profissionais precisam reforçar as orientações sobre a importância do pré-natal com as adolescentes, em todas as oportunidades de interação com esse grupo.

As doenças sexuais transmissíveis (DSTs) em adolescentes correspondem a um risco aumentado, atingindo cerca de três milhões de adolescentes por ano nos Estados Unidos e 300 milhões de casos novos em todo o mundo. Vários fatores contribuem para o aumento das DSTs, inclusive da aids, entre adolescentes: liberação sexual feminina, múltiplos parceiros, início precoce do intercurso sexual, uso de drogas e ainda falta de uma educação sexual ampla e contínua¹⁴.

Os resultados desse estudo revelam que três (75%) atividades educativas observadas abordaram a dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis). Isso indica que, embora na maioria dessas reuniões esse tema tenha sido abordado, ainda há muito por fazer para melhorar esses indicadores. Dessa forma, por ser um grupo considerado predisposto às DSTs, necessita que sejam desenvolvidos trabalhos educativos voltados para a prevenção, de maneira a integrar a saúde reprodutiva dos adolescentes de forma ampla e contínua, destituída de julgamentos de valores morais.

Verificamos que as ações executadas no planejamento familiar nas unidades pesquisadas são voltadas na sua maior parte para as mulheres, o que pressupõe a sua responsabilização única e exclusiva pela vida reprodutiva. Araújo¹⁰ faz a seguinte reflexão a respeito da exclusão do homem nos serviços de planejamento familiar: ***Se a sexualidade está na dimensão do sujeito e na sua relação com o outro, basta trabalhar e sensibilizar apenas as mulheres, já que se relacionam com uma outra pessoa e, com ela, precisam negociar não só o uso do método? Por mais que a mulher tenha tido a oportunidade de experimentar um trabalho sócio-educativo de mais alta qualidade, será que ela pode ter autonomia e realizar decisões com liberdade se vive, na maioria das vezes, sob uma relação de submissão ao seu parceiro?***

A educação em saúde nas atividades coletivas do Programa Bolsa Família

No período de coleta de dados, constatamos que nos meses de março e abril, na Unidade 1, foi traçado o perfil das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, sendo realizada verificação de peso e altura. Antes desse procedimento, a assistente social apresentou o programa, enfatizando as condicionalidades e os benefícios. Durante a pesquisa de campo, não haviam sido marcadas atividades coletivas com as famílias do programa.

Na Unidade 2, as sessões educativas estavam interrompidas devido ao afastamento da assistente social por motivo de doença. Constatamos que uma enfermeira havia assumido essas atividades, porém ainda estava se familiarizando com a dinâmica do programa e por esse motivo nenhuma atividade foi realizada com as famílias cadastradas durante o período da pesquisa de campo.

A reunião educativa avaliada na Unidade 3 foi conduzida pela assistente social e uma enfermeira. Na atividade, foi abordada a problemática do lixo e a importância da reciclagem. Durante o encontro, foram distribuídos folhetos e cartilhas sobre o tema e um vídeo foi assistido pelos participantes.

Foi possível detectar que, na Unidade 4, não são realizadas atividades específicas com as famílias do programa, o atendimento é realizado somente em nível individual. As ações educativas são realizadas juntamente com os outros usuários da unidade, enquanto que na Unidade 5 são realizadas reuniões educativas mensais nas quais são abordados temas variados, escolhidos com base no planejamento participativo. Nessa unidade, observamos uma atividade educativa sobre câncer de mama e colo do útero, sendo ministrada pela assistente social e uma enfermeira da unidade. Durante a atividade, foi utilizado álbum seriado sobre planejamento familiar e reprodutivo, modelo da pelve feminina, cartaz sobre o exame citopatológico e transparências sobre o assunto.

Durante o período da observação, verificamos que, na Unidade 6, as ações de Educação em Saúde coletivas são marcadas duas vezes ao mês com temas variados, a saber: alimentação saudável, dengue, roedores/lixo, medidas de higiene, vacinação, verminoses, saúde bucal e saúde mental. A atividade educativa observada foi referente ao tema violência intrafamiliar. A ação foi conduzida por uma assistente social convidada e contou com a participação de 35 pessoas. A assistente social utilizou linguagem clara, interagiu com os participantes e distribuiu folhetos no final da atividade educativa.

A seguir, a Tabela 2 apresenta os aspectos avaliados durante as ações educativas realizadas para as famílias cadastradas no Programa Bolsa Família.

Tabela 2. Atividades educativas para as famílias do Programa Bolsa Família.

Variável	N = 3	%
Recebe os usuários cordialmente	3	100
Apresenta-se	2	67
Estimula as usuárias a fazerem perguntas	1	33
Utiliza linguagem clara	3	100
Utiliza material de apoio	3	100
Evita que a orientação ultrapasse uma hora	2	67
O tema abordado foi escolhido com base no planejamento participativo	3	100
Despede-se do grupo	3	100
Registra a realização da sessão informativa	3	100

Observa-se que em apenas uma (33%) das atividades avaliadas, houve a tentativa de exposição dialogada com os usuários, provocando debate dentro do grupo. Acreditamos que a Educação em Saúde deve ser desenvolvida a partir da troca de conhecimentos, pois favorece, dessa forma, espaço para reflexão, com a apreensão de novos conhecimentos que impliquem a mudança de atitude. Assim, oportunidades importantes para discussão de questões relacionadas ao assunto abordado eram perdidas ou despercebidas pelos profissionais.

Um outro resultado importante foi referente aos temas das atividades. Conforme demonstrado na Tabela 2, em todas as reuniões, houve a participação dos usuários na escolha dos temas. Percebemos que a participação dos usuários no planejamento dessas atividades permite um envolvimento e interesse maior dos participantes e, ainda, a formação de um espaço de discussão de questões relativas ao interesse da comunidade e, a partir deste processo, poder construir ações específicas para a melhoria da qualidade de vida desse grupo. Destacamos ainda que nas três atividades acompanhadas os profissionais utilizaram material de apoio conduzindo o encontro com uma linguagem clara.

Na Tabela 3, verifica-se que assuntos relevantes como a importância de comparecer as atividades educativas desenvolvidas na unidade, as condicionalidades em relação à educação e à saúde das crianças e adolescentes foram abordadas em duas palestras. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome regulamenta, através da Portaria nº 551, de 9 de novembro de 2005, que as condicionalidades são contrapartidas sociais que devem ser cumpridas pelo núcleo familiar para que possa receber o benefício mensal. Logo, cabe aos profissionais orientar as famílias sobre o objetivo das condicionalidades para assegurar o acesso dos beneficiários às políticas sociais básicas de saúde, educação e assistência social¹⁵.

Ações educativas coletivas para crianças em risco nutricional

As estratégias usadas pelo setor de saúde na prevenção da desnutrição estão claramente definidas desde 1978, quando, em Alma-Ata, foi adotado o enfoque de atenção primária à saúde para todos no ano 2000, inclusive a promoção da nutrição adequada. Segundo a OMS, são responsabilidades do setor de saúde, na alimentação e nutrição em nível nacional: definição e análise do problema nutricional; promoção e participação em estratégias e programas multissetoriais de alimentação e nutrição; e implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional¹⁶.

Nas unidades estudadas, não são realizadas atividades coletivas de educação em saúde específicas para crianças em risco nutricional. Foi observado que essas atividades são realizadas juntamente com as famílias do Programa Bolsa Família. Entretanto, destacamos que, na Unidade 5, a assistente social afirmou que ainda pretende formar um grupo com essas crianças e que o acompanhamento individual era realizado pelos médicos. Na Unidade 4, a nutricionista relatou que na comunidade existiam três crianças em risco nutricional, sendo desnecessário a formação de um grupo.

Embora não possamos afirmar que o acompanhamento individual dessas crianças não seja uma prioridade de ação nas unidades estudadas, acreditamos que por suas conseqüências para a saúde da criança e pelas implicações para o seu futuro, para os familiares e para a comunidade, o problema impõe que estratégias novas para a sua prevenção e tratamento diferenciados da rotina assistencial, especialmente na rede básica de saúde, sejam adotadas, objetivando um maior impacto das atividades desenvolvidas sobre a condição nutricional destas crianças. As atividades educativas coletivas e a atuação de uma equipe multiprofissional são medidas eficazes no acompanhamento e recuperação dessas crianças.

Tabela 3. Condicionalidades do Programa Bolsa Família.

Variável	N = 3	%
Orienta sobre a importância de comparecer as atividades educativas desenvolvidas na unidade.	2	67
Orienta sobre as condicionalidades em relação à educação das crianças e adolescentes.	2	67
Orienta sobre as condicionalidades em relação à saúde das crianças e adolescentes.	2	67

De acordo com Yamamoto *et al*¹⁷, o atendimento por equipe multiprofissional se coloca como uma alternativa para o acompanhamento ambulatorial das crianças desnutridas, ao nível da assistência primária, visando uma abordagem mais abrangente de cada caso. A atuação da equipe multiprofissional permite aperfeiçoar não somente a atenção específica de cada profissional de saúde envolvido no atendimento individual, mas também aprofundar a compreensão global das necessidades de cada criança e de sua família.

Por outro lado, a discussão das dificuldades enfrentadas pelas famílias em sua rotina diária, através da dinâmica de grupos, contribui para uma maior e mais efetiva participação dos familiares no processo de recuperação nutricional. Este vínculo entre a equipe de saúde e a família deve ser forte desde o início do acompanhamento, pois as atividades de recuperação nutricional representam um ônus adicional para a família, que precisa priorizar, entre os muitos problemas que enfrenta no dia-a-dia, a prevenção da desnutrição¹⁷.

As atividades educativas coletivas permitem a troca de experiências entre mães, que vivem em realidades de vida semelhantes, mas que podem diferir na forma de enfrentar as mesmas situações. Os profissionais envolvidos têm a oportunidade de contribuir para resolver dúvidas importantes, que surjam durante a discussão destes assuntos, bem como de conhecer com maior profundidade a realidade de vida das famílias. O aumento da proximidade entre as mães, e destas com os profissionais de saúde, é uma das conseqüências destas atividades, melhorando a adesão das mães às atividades de recuperação nutricional.

Considerações finais

Os achados desse estudo revelam a pouca participação das unidades pesquisadas na realização de atividades educativas sobre planejamento familiar voltadas para os adolescentes.

Consideramos fundamental que a atenção básica promova espaços para as práticas educativas coletivas, considerando a importância dessas ações na promoção do aleitamento materno. Nesse sentido, durante a pesquisa, foi possível constatar a

baixa oferta de ações de Educação em Saúde coletivas relacionadas ao aleitamento materno, além de falhas nas atividades observadas, como a descontinuidade das ações, e a falta de sensibilização e capacitação técnica demonstrada pelos profissionais, representando assim um entrave para o desenvolvimento da educação em saúde.

De acordo com o Protocolo¹⁸, as crianças identificadas fora da faixa considerada de normalidade devem ser acompanhadas por equipe multiprofissional, para avaliação detalhada, orientação específica e cadastro em programa de combate às carências nutricionais, quando for o caso. Nesse sentido, evidenciou-se a necessidade de uma maior atenção das equipes de saúde para a gravidade do problema das crianças em risco nutricional e a necessidade de implementação de amplas ações de combate às carências nutricionais.

Durante a realização das atividades do Programa Bolsa Família, observou-se que todos os profissionais utilizaram material de apoio, sendo esse um aspecto positivo, pois possibilita um maior entendimento e assimilação do assunto abordado pelos usuários.

Concluiu-se que o desenvolvimento das atividades de educação em saúde na assistência às crianças e adolescentes merece ser priorizado e planejado com o objetivo de promover mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistêmicas e participativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família.

Concordamos com o Ministério da Saúde¹⁹, que descreve que o trabalho educativo é um importante componente da atenção à saúde, pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um. Possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incommensuráveis para a promoção de uma vida saudável.

Diante da realidade encontrada, algumas recomendações devem ser apontadas, como a necessidade de se promover a reflexão sobre a prática atual da ESF, relacionando-a à qualidade das ações educativas oferecidas; garantir que a equipe trabalhe de forma multidisciplinar e integrada nas atividades educativas como forma de contribuir para os ajustes necessários à implementação da Educação em Saúde efetiva, integral e humanizada.

Colaboradores

CB Oliveira participou da pesquisa de campo, metodologia, redação do artigo, análise e interpretação dos dados; ELN Maciel e FM Silva participaram da redação do artigo, interpretação dos dados e revisão crítica; JM Frechiani participou da pesquisa de campo, redação do artigo, análise e interpretação dos dados.

Referências

1. Felisberto E. *Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999* [dissertação]. Recife (PE): Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
2. Alves CRL, Viana MRA. *Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: Coopmed; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa saúde do adolescente – PROSAD*. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
4. Brasil. Ministério da Saúde. PSF: o que é PSF. [site na Internet]. [acessado 2005 ab]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>
5. Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1809-1811.
6. Levy S. *Programa educação em saúde* [site na Internet]. [acessado 2007 mar 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
7. Gomes AMA, Albuquerque CM, Moura ERF, Silva RM. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. *Cad Saúde Coletiva* 2006; 14 (1):7-18.
8. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 15ª ed. Petrópolis: Vozes; 1993.
9. Ciampo LAD, Junqueira MJG, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ferraz IS, Júnior CEM. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.* 2006; 6(4):391-396.
10. Araújo FM. *Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família no município de Campina Grande – PB* [monografia]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2004.
11. Segre CAM, Júnior MS. *Pediatria: diretrizes básicas para organização de serviços*. São Paulo: Sarvier; 2001.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Normas e manuais técnicos - marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Amorim VL, Vieira NFC, Monteiro EMLM, Sherlock MSM, Barroso MGT. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde* 2006; 19(4):240-246.
14. Bocardí MIB. *Assistência pré-natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
15. Brasil. Portaria nº 551, de 9 de novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do programa bolsa – família. *Diário Oficial da União* 2005; 11 nov.
16. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *J. Pediatr.* 2000; 76(Supl. 3):285-297.
17. Yamamoto RM, Alderete JMS, Contim D, Cardoso I, Nascimento AA, Silva MLS, Douek PC, Conceição EM, Ansai I, Santos MG, Leone C. Abordagem multiprofissional da desnutrição energético – protéica em uma unidade básica de saúde: relato de uma experiência. *Pediatria* 1998;20(4): 399-405.
18. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. *PROTOCOLO Saúde da Criança. (Vitória da Vida)*. Vitória: Secretaria de Saúde; 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Artigo apresentado em 15/07/2007

Aprovado em 26/07/2007

Versão final apresentada em 18/09/07