



**PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**HEALTH EDUCATION PRACTICE IN THE VIEW OF INFORMAL CAREGIVERS IN INTEGRATED CONTINUING CARE**

**PRÁCTICA DE EDUCACIÓN EN SALUD EN LA VISIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES EN CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

*Robéria Mandú da Silva Siqueira<sup>1</sup>, Marisa Dias Rolan Loureiro<sup>2</sup>, Oleci Pereira Frota<sup>3</sup>, Marcos Antonio Ferreira Júnior<sup>4</sup>*

**RESUMO**

**Objetivo:** descrever a importância da educação em saúde na visão dos cuidadores informais em cuidados continuados integrados. **Método:** estudo de corte transversal, descritivo e exploratório, realizado com 60 cuidadores informais (CI) em um serviço hospitalar. Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado, analisados pela estatística descritiva e apresentados em tabelas. **Resultados:** os CI consideram que a educação em saúde constitui fator importante por contribuir com a aprendizagem dos pacientes e solucionar dúvidas; consideraram o tempo das reuniões satisfatório e o ambiente ótimo. A maioria dos CI não tinha nenhuma experiência com educação em saúde. **Conclusão:** a educação em saúde foi considerada um importante fator para a prática dos CI, pois aprenderam e tiraram dúvidas e o espaço oferecido constitui o único disponível para o aprimoramento do CI. **Descritores:** Percepção; Atenção Integral à Saúde; Educação; Promoção da Saúde.

**ABSTRACT**

**Objective:** to describe the importance of health education in the view of informal caregivers in integrated continuing care. **Method:** this is a cross-sectional, descriptive and exploratory study, carried out with 60 informal caregivers (IC) in a hospital service. The data were collected through a structured instrument and analyzed by descriptive statistics, presented in tables. **Results:** the ICs consider that health education is an important factor in contributing to patients' learning and solving doubts; they also considered the meeting time to be satisfactory and the environment to be optimal. Most ICs had no experience with health education. **Conclusion:** health education was considered an important factor for the practice of ICs since they learned and doubted and the space offered is the only one available for the improvement of CI. **Descriptors:** Perception; Comprehensive Health Care; Education; Health Promotion.

**RESUMEN**

**Objetivo:** describir la importancia de la educación en salud en la visión de los cuidadores informales en cuidados continuados integrados. **Método:** estudio de cohorte transversal, descriptivo y exploratorio, realizado con 60 cuidadores informales (CI) en un servicio hospitalario. Los datos fueron recogidos por medio de instrumento estructurado y analizados por la estadística descriptiva, presentados en cuadros. **Resultados:** los CI consideran que la educación en salud constituye un factor importante por contribuir con el aprendizaje de los pacientes y solucionar dudas; consideraron el tiempo de las reuniones satisfactorio y el ambiente óptimo. La mayoría de los CI no tenían ninguna experiencia con educación en salud. **Conclusión:** la educación en salud fue considerada un importante factor para la práctica de los CI, pues aprendieron y se sacaron dudas y el espacio ofrecido constituye el único disponible para el mejoramiento del CI. **Descritores:** Percepción; Atención Integral de Salud; Educación; Promoción de la Salud.

<sup>1</sup>Enfermeira, Residente em Cuidados Continuados Integrados, área de concentração: Atenção à saúde do idoso, Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser" (ESP/SES), Campo Grande (MS), Brasil. Email: [roberiamandu@hotmail.com](mailto:roberiamandu@hotmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campo Grande (MS), Brasil. Email: [marisarolan@gmail.com](mailto:marisarolan@gmail.com); <sup>3</sup>Enfermeiro, Professor Doutor, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campo Grande (MS), Brasil. Email: [olecifrota@gmail.com](mailto:olecifrota@gmail.com); <sup>4</sup>Enfermeiro, Professor Doutor, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Natal (RN), Brasil. Email: [marcosjunior@ufrnet.br](mailto:marcosjunior@ufrnet.br)

## INTRODUÇÃO

As práticas de educação em saúde constituem uma estratégia de promoção à saúde como forma de garantir autonomia e qualidade de vida às pessoas, que devem ter a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde e promover uma vida mais saudável, além de reduzir a ocorrência de doenças.<sup>1</sup>

Torna-se imprescindível diferenciar a “educação em saúde” da “educação na saúde”. A primeira configura-se com a prática da educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico, enquanto a segunda remete-se à educação permanente em saúde de forma a buscar nas lacunas do conhecimento dos profissionais ações direcionadas à qualidade dos processos de trabalho em saúde.<sup>2</sup>

Em relação à educação em saúde, é necessário compreendê-la como um potencial para as mudanças sociais e culturais. Assim, o método para a sua realização é discutido por pensadores como Paulo Freire como estratégia para educar principalmente adultos. O adulto necessita para o seu aprendizado que sejam observadas a sua prática e a vivência e dessa forma criar um espaço de diálogo para uma construção do conhecimento em conjunto a partir das suas experiências.<sup>3</sup>

Outra reflexão a se fazer trata do segmento populacional que mais aumenta no Brasil, o de idosos.<sup>4</sup> Desse modo, é inerente refletir sobre as mudanças epidemiológicas e demográficas, em que se observa que com o aumento do envelhecimento também cresce o número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que têm como características um longo período de latência e curso prolongado. Dentre as complicações das DCNT, destaca-se o Acidente Vascular Encefálico que acarreta muitas vezes incapacidades e dependência.<sup>5</sup>

Nesse contexto surge a figura do cuidador, definido pela Portaria GM/MS nº. 963, de 27 de maio de 2013, como “uma pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”.<sup>6</sup> Entretanto, vale a pena destacar que a capacitação desses cuidadores depende de uma série de fatores, que incluem vários aspectos da prática educacional.

Nesse ínterim, atenta-se para a necessidade da educação em saúde para o cuidador informal (CI), que representa aquele que presta cuidados de saúde tanto institucionalmente quanto no meio familiar, que às vezes atua sem remuneração e/ou

formação profissional especializada.<sup>7</sup> O cuidar envolve ações, comportamentos e atitudes cujas ações realizadas no cuidado variam de acordo com as condições em que ocorrem cada situação e com o tipo de relacionamento estabelecido entre os indivíduos.<sup>8</sup>

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) foram instituídos no Brasil com base na experiência portuguesa, que por meio do Decreto-Lei nº. 101/2006, de 6 de junho, instituiu naquele país a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e enfatizava a participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados e também considerava a necessidade da educação em saúde dos familiares e cuidadores.<sup>9</sup>

A partir das experiências de Portugal, a Portaria GM/MS nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012, regulamenta no Brasil os CCI como os cuidados prolongados de clientes que não mais necessitam de serviços de alta complexidade, mas, sim, de um cuidado intermediário entre o hospital de agudo ou crônico e a atenção primária à saúde e domiciliar, com uso da capacitação do CI para realização do cuidado após a alta hospitalar.<sup>10</sup>

Estudo realizado no Brasil com profissionais de enfermagem do estado de Mato Grosso do Sul sobre CCI apontou a importância dos CI ao referirem que os mesmos são responsáveis pelo suporte emocional ao indivíduo, além do auxílio na reabilitação física e no pós-alta por estarem capacitados a assumirem os cuidados necessários.<sup>11</sup> Assim, a realização deste estudo tem como objetivo descrever a importância da prática de educação em saúde na visão dos cuidadores informais em cuidados continuados integrados.

## MÉTODO

Estudo de corte transversal, descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, realizado em uma unidade de Cuidados Continuados Integrados no estado de Mato Grosso do Sul (MS), centro-oeste brasileiro, vinculada a um hospital geral, filantrópico, de média complexidade, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital tem como característica a abordagem do autocuidado e autonomia dos clientes para suas atividades de vida diária, além de incluir os cuidadores/familiares na assistência ao cliente por meio do processo de educação em saúde a fim de prepará-los para o cuidado continuado.<sup>11</sup>

A unidade de CCI do referido hospital atende em média cerca de 22 clientes em processo de reabilitação biopsicossocial por

Siqueira RMS, Loureiro MDR<sup>2</sup>, Frota OP et al.

mês, quando a presença de uma pessoa para assumir a condição de cuidador constitui um dos critérios para admissão no referido serviço, além de dever apresentar idade igual ou superior a 18 anos. Geralmente, o cuidador apresentado para a função era um familiar ou amigo do cliente que assumia a condição de “cuidador informal” (CI).

Uma das atribuições do CI no serviço de CCI era participar dos encontros denominados de “reunião para cuidadores”, termo utilizado pelos profissionais da instituição hospitalar, realizados uma vez na semana, com duração entre 60 e 90 minutos, no período vespertino. A participação do CI deveria ser em todas as reuniões semanais até a alta do serviço de CCI.

Essas reuniões objetivam discutir temas relacionados com as vivências do cuidado em saúde do cliente e seu autocuidado, constituem um espaço para que os CI possam expor seus anseios, tirar dúvidas e socializar entre membros que exercem o mesmo tipo de função. São conduzidas por um profissional da área da saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Farmácia, Psicologia ou Nutrição) cuja prática dialógica constitui a dinâmica adotada para os encontros.

Para realização deste estudo foi elaborado um instrumento para coleta de dados, no formato de formulário estruturado, a ser aplicado pelos pesquisadores diretamente aos CI. O instrumento é constituído de duas partes: a primeira para a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, cor e escolaridade); e a segunda para registrar a importância da prática de educação em saúde por meio das reuniões na visão dos CI em cuidados continuados integrados.

A coleta de dados foi realizada de março a junho de 2016, com um total de 16 reuniões para cuidadores, que constituíram momentos de coleta. Os dados foram coletados após cada reunião sobre temáticas relacionadas à educação em saúde. Os CI foram abordados individualmente e convidados a participar do estudo após explicação sobre os objetivos da pesquisa. Aos que aceitaram participar foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e encaminhados individualmente para uma sala reservada, por um período máximo de até duas horas após a reunião. Vale ressaltar que cada CI foi entrevistado uma única vez.

As informações coletadas nas entrevistas foram transcritas e, em seguida, lidas para os CI, em busca de um registro fidedigno e aprovação por parte dos participantes. Os dados de identificação dos sujeitos foram organizados em um banco de dados por meio

Prática de educação em saúde na visão dos cuidadores...

do programa *Microsoft Excel 2010*<sup>®</sup>. A análise foi realizada pela estatística descritiva.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob parecer nº 1.432.742 e CAAE nº 52903915.0.0000.0021, em atendimento à resolução CNS/MS nº 466/2012 que trata de pesquisas que envolvem seres humanos.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 60 CI, com média de idade de 43,2 anos ( $\pm 14,9$ ; 19-72) e a maioria do sexo feminino (80,0%). No que se refere aos anos de estudos predominou o Ensino médio completo (35,0%), seguido pelo Ensino fundamental completo e incompleto (23,3%), e cinco (8,3%) CI tinham Ensino superior completo.

Dentre os 60 CI sujeitos deste estudo, 42 (70,0%) participavam pela primeira vez da reunião no momento da coleta dos dados e apenas nove (15,0%) relataram que receberam orientações de cuidados com a saúde do cliente e/ou de autocuidado em outros ambientes, como instituições hospitalares, Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), clínica-escola de uma universidade e em palestras realizadas durante a vida escolar.

Em relação à importância dos temas das reuniões, a maioria significativa (93,3%) julgou de extrema importância por proporcionar maior segurança para cuidar. Quanto à relevância dos temas discutidos, quatro (6,7%) classificaram pouco relevantes por “*não ter pessoas na família com a doença que foi discutida*”, outra por considerar que “*já possuía conhecimento suficiente*” sobre o tema abordado e um (1,7%) relatou nenhuma importância e justificou que “*não realizava a atividade que foi discutida na reunião*”.

Quanto à continuidade do cuidado no domicílio, quase a totalidade (93,3%) dos CI referiu que os temas “*ajudarão no cuidado com o cliente*”. Dos que responderam que “*não ajudarão no cuidado*” (6,7%), as justificativas foram em razão dos seguintes motivos: “*não serem fumantes*”; “*o cliente não escuta a cuidadora*”; “*a cuidadora não continuará nos cuidados*”; ou “*porque o cliente não faz uso de dieta enteral*”.

Verificou-se que 45 (75,0%) CI referiram a necessidade da reunião de educação em saúde para orientar quanto aos cuidados necessários ao conforto e qualidade de vida, tanto de quem cuida quanto de quem recebe o cuidado. Além disso, 15 (25,0%) relataram que, apesar de precisarem discutir essas práticas preventivas de agravos à saúde,

Siqueira RMS, Loureiro MDR<sup>2</sup>, Frota OP et al.

também gostariam que fossem discutidos os diagnósticos médicos dos sujeitos que estão sob os seus cuidados.

Referente à participação ativa na reunião de cuidadores, 24 (40,0%) relataram que não contribuíram nesse sentido, com atribuição ao fator timidez. Outros 32 (53,3%) referiram que não expuseram suas experiências com o tema, pois não acharam que seria necessário/importante sua cooperação na reunião. Ressalta-se que como os participantes foram entrevistados apenas uma vez, não foi possível verificar se a participação dialógica aumentaria em reuniões sucessivas.

Em relação à percepção quanto à aprendizagem a partir das reuniões de cuidadores, a maioria dos CI (63,3%) relatou que aprenderam muito com os demais cuidadores, entretanto foi significativo o

Tabela 1. Percepção dos cuidadores informais sobre a aprendizagem na reunião de educação em saúde sobre cuidados continuados integrados. Campo Grande/MS, 2017 (n=60)

Características das reuniões	n	%
Aprendizagem dos assuntos abordados*		
Aprendizagem com profissionais e CI, apesar de conhecer o assunto	40	66,6
Mais preparado após retirar dúvidas nas reuniões com profissionais e CI	39	65,0
Não teve dúvidas por já conhecer o assunto	08	13,3
Sentiu-se à vontade e colaborou com a aprendizagem dos demais	05	8,3
Duração da reunião*		
O tempo foi satisfatório para abordar o assunto	46	76,6
O tempo foi longo em razão de ter deixado o cliente sem seus cuidados	09	15,0
O tempo foi insatisfatório para abordar completamente o assunto	09	15,0

\*Considerou-se mais de uma resposta por CI.

Na Tabela 2, os CI avaliaram o ambiente disponível para as reuniões e o julgaram adequado para as atividades de educação em saúde. A percepção ótima, que constituiu o melhor nível de julgamento, foi a mais predominante em todas as características do ambiente, no entanto, os que atribuíram avaliação ruim para temperatura (5,0%)

Tabela 2. Percepção dos cuidadores informais quanto ao ambiente das reuniões de educação em saúde sobre cuidados continuados integrados. Campo Grande - MS, 2017 (n=60)

Características das reuniões	Não notei n (%)	Ruim n (%)	Bom n (%)	Muito bom n (%)	Ótimo n (%)
Tamanho da sala	00 (0,0)	00 (0,0)	19 (31,7)	11 (18,3)	30 (50,0)
Iluminação	03 (5,0)	00 (0,0)	13 (21,7)	11 (18,3)	33 (55,0)
Temperatura	03 (5,0)	03 (5,0)	23 (38,3)	06 (10)	26 (43,3)
Organização das cadeiras	01 (1,7)	01 (1,7)	19 (31,7)	06 (10)	33 (43,3)
Cadeiras confortáveis	01 (1,7)	03 (5,0)	19 (31,7)	07 (11,7)	30 (50,0)
Limpeza	03 (5,0)	00 (0,0)	04 (6,7)	07 (11,7)	46 (76,7)

## DISCUSSÃO

A maioria dos CI sujeitos deste estudo é do sexo feminino (80,0%), com média de idade de 43,2 anos e com Ensino médio completo (35,0%). Estudo realizado no estado do Pará corrobora com esses achados, quando 96,8% dos cuidadores eram informais e 80,7% do sexo feminino, além do predomínio do mesmo nível de escolaridade encontrado (35,0%).<sup>12</sup>

Prática de educação em saúde na visão dos cuidadores...

relato de 55 (91,7%) CI que referiram ter aprendido mais com os profissionais que conduziram as reuniões.

Conforme a Tabela 1, grande parte (66,6%) dos CI informou que já tinha conhecimento sobre o tema, entretanto referiu contribuições para a sua aprendizagem tanto por parte do profissional que conduziu a reunião quanto dos demais CI. Além disso, 39 CI (65,0%) se sentiram mais preparados para cuidar dos clientes após as reuniões, já que muitas dúvidas foram sanadas. A maioria dos CI (76,6%) considerou que o tempo de reunião foi satisfatório; nove (15,0%) referiram apreensão/ansiedade, pois não “*queriam ter deixado*” o cliente sozinho durante o período que participavam da reunião.

consideraram o uso do ar condicionado como responsável pelo ambiente muito frio; outros (1,7%) indicaram a organização das cadeiras de forma negativa por não permitir visualização de todos os cuidadores. Em relação ao desconforto das cadeiras (5,0%), consideraram com tamanho inadequado, principalmente para pessoas obesas.

A representação da mulher como cuidadora principal é constantemente encontrada na literatura, relacionada ao fato da tarefa de cuidar estar associada à figura feminina, geralmente filhas, o que deriva de raízes históricas, culturais, sociais e afetivas.<sup>13</sup>

Na presente pesquisa, a maioria dos CI (85,0%) refere nunca ter recebido orientações de prevenção de agravos à saúde e melhoria da qualidade de vida antes das reuniões de

Siqueira RMS, Loureiro MDR<sup>2</sup>, Frota OP et al.

educação em saúde realizadas pelo serviço em estudo. Tal constatação constitui preocupação com essa população em razão da pouca experiência com práticas de educação em saúde. Contudo, para se desenvolver a educação popular em saúde, é preciso considerar que é essencial tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior do educando, pois ao valorizar seu o saber e valores permite-se que ele se sinta à vontade e mantenha sua iniciativa.<sup>14</sup>

Vale ressaltar que apenas dois CI referiram que vivenciaram práticas de educação em saúde em UBSF, quando a Estratégia da Saúde da Família constitui um espaço de educação em saúde, uma vez que tem como papel central a prática educativa voltada à promoção da saúde, de forma a atender a comunidade quanto às práticas necessárias para melhoria da qualidade de vida, além de constituir a principal "porta de entrada" para o SUS.<sup>15</sup>

A educação em saúde, entretanto, pode ser realizada dentro do seio familiar, na escola, no trabalho ou em qualquer outro espaço comunitário. Trata de um componente presente na Carta de Ottawa, que resgata a dimensão da Educação em Saúde, além de avançar com a ideia de empoderamento, o processo de capacitação como aquisição de conhecimentos e consciência política comunitária.<sup>16</sup>

No que se refere ao ambiente escolar, um CI relatou experiência nesse espaço. Um estudo realizado em 11 países, que envolveu vinte peritos em Educação em Saúde na escola, identificou que as competências para o profissional lidar com a educação em saúde nas escolas são conhecimentos, habilidades e atitudes, todavia ainda são necessários mais estudos sobre a temática e maiores esforços para a formação desses profissionais que atendem a tais competências.<sup>17</sup>

Em relação ao ambiente hospitalar, apenas dois CI referiram ter vivenciado a educação em saúde, mesmo ao considerar as práticas educativas como uma ferramenta no hospital para a continuidade do cuidado no domicílio.<sup>18</sup> Assim, as orientações não devem ser apenas assimiladas, mas também compreendidas e incorporadas, em que o desenvolvimento de habilidades e a aquisição de conhecimento se darão por meio de estratégias estimuladoras, pela ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, clientes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais, de forma a fortalecer e reorientar suas práticas, saberes e lutas.<sup>14</sup>

Em um estudo realizado em Itaúna do Sul, estado do Paraná, região Sul do Brasil, com 18

Prática de educação em saúde na visão dos cuidadores...

CI no ambiente hospitalar, os mesmos relataram que não receberam orientações de cuidados para com os clientes e sentiram a necessidade de maior comunicação da equipe multidisciplinar. Fato que evidencia a necessidade do trabalho no ambiente hospitalar com acolhimento e prática de educação em saúde de forma a proporcionar ao cuidador maior autonomia e capacitação para o cuidado continuado após a alta hospitalar.<sup>19</sup>

As práticas educativas necessitam de atenção quanto ao seu planejamento, com vistas a instigar a participação social. Relativo à participação dos CI nas reuniões, 40% não participaram ativamente e 53,3% não discutiram suas experiências. Nas justificativas, verificou-se que houve menor interação dos sujeitos devido a não familiaridade com a dinâmica.

Em uma análise de 33 práticas de educação em saúde foi demonstrado que, quanto ao uso de métodos dialógicos, 38,0% das práticas promoveram a participação ativa dos sujeitos, 6,0% proporcionaram a construção do conhecimento e 40,0% utilizaram diferentes estratégias de ensino, enquanto aquelas que não estavam relacionadas à participação ativa do sujeito se caracterizam pelo predomínio de aspectos diretivos, pela falta de interação e envolvimento dos participantes e em alguns casos pelo direcionamento a temas muito específicos.<sup>20</sup>

Ao considerar a participação nas reuniões, mais da metade dos cuidadores (53,3%) relatou que não expôs suas experiências. Destaca-se no modelo de educação em saúde que dentro de práticas em grupos um dos objetivos fundamentais é a troca de experiência, quando cabe ao facilitador levar em consideração a relação entre os sujeitos e a sociedade para a construção de uma consciência crítica pelos participantes.<sup>21</sup>

Verificou-se também que os CI mencionaram a aprendizagem com os profissionais de saúde de forma mais expressiva do que com os demais CI. É possível atribuir ao fato da não participação expressiva dos CI e também à percepção de que o profissional da saúde é considerado como o detentor do saber pela formação que recebeu.<sup>22</sup>

Em um estudo realizado no estado do Ceará, verificou-se que durante as atividades educativas implementadas na sala de espera foi possível perceber que os usuários se sentiam mais confortáveis para participar de forma espontânea e expor suas opiniões a partir da formação de vínculos, naquela situação as estratégias participativas

Siqueira RMS, Loureiro MDR<sup>2</sup>, Frota OP et al.

utilizadas foram as rodas de conversa e peças teatrais com o uso de fantoches.<sup>23</sup>

Ao planejar atividades de educação em saúde de forma ampliada, deve-se incluir políticas públicas na discussão, o uso de ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde, de forma a superar os tratamentos clínicos e curativos e propor uma pedagogia libertadora comprometida com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania.<sup>24,25</sup>

Quando os CI foram questionados sobre o ambiente utilizado nas reuniões atribuíram o conceito ótimo na maioria dos quesitos apontados. Isso se explica possivelmente devido ao fato de o CCI estar localizado em um espaço físico relativamente novo, com adaptação para acessibilidade, com cores claras, iluminação adequada, disposição de climatização de ambiente por meio de aparelhos de ar condicionado, cadeiras adequadas para o conforto da maioria dos CI, além das condições de higiene e conservação do ambiente.

O ambiente hospitalar carrega em seu contexto histórico aspectos que se distanciam da proposta de promoção da saúde, visto que a própria dimensão física e a estrutura do hospital constituem um fator que dificulta o processo de mudanças nesses espaços mais do que em organizações de menor porte.<sup>26,27</sup>

No que se refere ao tempo das atividades de educação em saúde, não existe um padrão estático, porém é necessário pensar que não deve ser exaustivo e no presente trabalho a maioria dos CI considerou satisfatório (76,6%). Deve-se considerar também que no momento das reuniões os clientes que recebem cuidados ficavam sem seus CI, o que poderia gerar preocupação quanto à prática de cuidados pelos mesmos, mas para minimizar a ansiedade dos CI orientava-se que havia uma equipe de enfermagem para realizar os cuidados necessários durante sua ausência para as reuniões.

Em relação ao tempo de duração das atividades de educação em saúde, em um estudo realizado com 151 pessoas no estado de Minas Gerais, constatou-se que quanto maior o tempo em horas com atividades educativas, maior é o conhecimento e melhor a prática de autocuidado.<sup>28</sup>

As principais limitações deste estudo se referem ao fato da avaliação junto com os CI ter sido realizada em um único momento, o que limita uma descrição mais detalhada de forma a analisar o peso da abordagem da prática dialógica como método para promoção da educação em saúde. Outro ponto trata de não ter sido avaliada a visão dos profissionais

Prática de educação em saúde na visão dos cuidadores...

que promovem as práticas educativas, bem como a qualidade no momento da implementação dos cuidados pelos CI. Para tanto, faz-se necessários mais estudos com diferentes abordagens e desenhos metodológicos para elucidação desses itens.

## CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível perceber que os cuidados continuados no serviço descrito são realizados por cuidadores informais, como em grande parte do país. Muitos correspondem a cuidadores sem qualquer formação específica para a promoção da saúde e reabilitação ou até mesmo sem um grau mínimo necessário de escolaridade para as ações inerentes a um cuidador ou pessoa que acompanha o cliente que requer cuidados continuados em seu tratamento.

O espaço criado pelo serviço constitui um local único para aquisição de conhecimentos, seja por meio de profissionais de saúde aptos a prestarem educação em saúde aos CI, seja por CI mais experientes para a troca de experiências. Dessa forma, mais serviços dessa natureza devem ser criados por meio de políticas públicas que fomentem sua criação e manutenção da atenção a um grupo expoente na população, principalmente pelo envelhecimento populacional que requer ajustes na sociedade atual para essa demanda crescente.

De forma geral, o serviço descrito colabora significativamente para a qualidade de vida de seus clientes ao promover atividades de educação em saúde aos CI como meio para garantir a continuidade do cuidado hospitalar e melhoria dos níveis de recuperação e qualidade de vida de seus clientes com redução dos custos e do tempo de internação hospitalar.

É fundamental que ocorram capacitações aos profissionais de saúde para proporcionarem práticas que vão ao encontro da educação popular em saúde, que devem ser fortalecidas no ambiente hospitalar, bem como a troca de saberes entre os agentes envolvidos no processo de cuidar e modificar a imagem do profissional como o único detentor do conhecimento.

Sugere-se que os profissionais realizem as práticas de educação em saúde de forma a considerar o saber e a visão dos CI e que a partir disso realizem o planejamento do processo para a execução das atividades educativas.

## REFERÊNCIAS

- 1 Paula MAB, Souza GJ, Franze Conte, MBF. Educação em saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador. Rev ciênc humanas [Internet]. 2015 June [cited 2017 Jan 05];8(1):52-9. Available from: <http://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/viewFile/265/158>
- 2 Falkenberg MB, Mendes TPL, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 05];19(3):847-52, 2014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>
- 3 Freire P. Educação como prática libertadora. Ed. Civilização brasileira S. A. [Internet]. 1967 [cited 2017 Jan 05]. Available from: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/livro\\_freire\\_educacao\\_pratica\\_liberdade.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/livro_freire_educacao_pratica_liberdade.pdf)
- 4 Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 05];(3)156. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
- 5 Máximo EAL, Freitas MIF. Risks for chronic non-communicable diseases in the view of Vigitel participants. Saúde soc [Internet]. 2014 June [cited 2017 Jan 05];23(2):651-63. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0104-12902014000200651&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0104-12902014000200651&lng=pt)
- 6 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet] de 28 de maio de 2013. [cited 2017 Jan 05]. Available from: [http://editoramagister.com/legis\\_24437458\\_PORTARIA\\_N\\_963\\_DE\\_27\\_DE\\_MAIO\\_DE\\_2013.aspx](http://editoramagister.com/legis_24437458_PORTARIA_N_963_DE_27_DE_MAIO_DE_2013.aspx)
- 7 Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. Rev saúde pública [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Jan 08];48(1):76-85. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0034-89102014000100076&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-89102014000100076&lng=en)  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004596>
- 8 Rezende RC, Oliveira RMP, Araújo STC, Guimarães TCF, Santo FHE, Porto IS. Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. Rev bras enferm [Internet]. 2015 June [cited 2017 Jan 08];68(3):490-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0034-71672015000300490&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-71672015000300490&lng=en)  
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680316i>
- 9 Portugal. Decreto-Lei n.º 101, de 6 de junho de 2006. Aprova a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O Mundo da Saúde [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 08];37(1)105-18. Available from: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/101/11.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/101/11.pdf)
- 10 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União 10 de dezembro de 2012 [cited 2017 Jan 10]. Available from: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/lista\\_legislacoes/legis\\_2012/U\\_PT-MS-GM-2809\\_071212.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/lista_legislacoes/legis_2012/U_PT-MS-GM-2809_071212.pdf)
- 11 Samúdio AKM, Loureiro MDR, Ferreira Júnior MA. O processo de trabalho da equipe de enfermagem em Cuidados Continuados Integrados. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];10(7):2453-62. Available from: <file:///C:/Users/xtreme/Downloads/9205-89958-1-PB.pdf>
- 12 Hu C, Kung S, Clark MM, Lapid MI. Reducing caregiver stress with Internet-based interventions: a systematic review of open-label and randomized controlled trials. J Am med inform assoc [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 12];22(e1):e194-e209. Available from: <https://academic.oup.com/jamia/article/22/e1/e194/701941/Reducing-caregiver-stress-with-Internet-based>
- 13 Holden RJ, Schubert CC, Mickelson RS. The patient work system: An analysis of self-care performance barriers among elderly heart failure patients and their informal caregivers. App. Ergon [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 13];47(2):133-50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687014001690>
- 14 Falkenberg MB, Mendes PL, Thais; Moraes EP; Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva [Internet]. Cienc saúde coletiva [cited 2017 Jan 13];19(3):847-52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S1413-81232014000300847](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1413-81232014000300847)
- 15 Leite AGA, Sousa JCM, Feitosa ANA, Vieira AG, Quental OB, Assis EV. Práticas de educação em saúde na estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Jan 17];9(Supl.10):1572-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9142>
- 16 Organização Mundial de Saúde. The Ottawa charter for health promotion. Genebra: WHO

Siqueira RMS, Loureiro MDR<sup>2</sup>, Frota OP et al.

[Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 15]. Available from:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferen/previous/ottawa/en/#>.

17 Moynihan S, Paakkari L, Valimaa R, Jourdan D, Mcnamara PM. Teacher Competencies in Health Education: Results of a Delphi Study. PLoS ONE [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 15];10(12):[about 5 screens]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4667995/pdf/pone.0143703.pdf>

18 Nietzsche EA, Nora AD, Lima MGR, Bottega, Neves ET, Sosmayer VL. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 17];16(4):809-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/24.pdf>

19 Teston EF, Oliveira AP, Marcon SS. Necessidades de educação em saúde experienciadas por cuidadores de indivíduos dependentes de cuidado. Rev enferm [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 17];20(2):720-5. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5982>

20 Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. Rev panam salud publica [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 17];31(2):115-20. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a04v31n2.pdf>

21 Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev gaúcha enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 17];26(2):147-53. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547/2478>

22 Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev bras enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 17];63(1):117-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>

23 Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHL. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. Interface [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 17];18(Supl 2):1389-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1389.pdf>

24 DraperAK, Hewitt G, RilfkinS. Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. Social science and medicine [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 17];71:1102-9. Available from:

Prática de educação em saúde na visão dos cuidadores...

[https://www.researchgate.net/publication/45150469\\_Chasing\\_the\\_dragon\\_Developing\\_indicators\\_for\\_the\\_assessment\\_of\\_community\\_participation\\_in\\_health\\_programmes](https://www.researchgate.net/publication/45150469_Chasing_the_dragon_Developing_indicators_for_the_assessment_of_community_participation_in_health_programmes).

25 Santana MSCP, Goulart BNG, Chiari BM, Melo AM, Silva EHAA. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 17];15(2):411-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a17.pdf>

26 Silva MAM, Pinheiro AKB, Souza AMA, Moreira ACA. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. Rev bras enferm [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 17];64(3):596-9. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027)

27 Bestetti MLT. Ambiência: espaço físico e comportamento. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 17];17(3):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00601.pdf>

28 Maia MA, Reis IA, Torres HC. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado. Rev esc enferm USP [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 17];50(1):59-65. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt\\_0080-6234-reeusp-50-01-0059.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0059.pdf)

Submissão: 22/01/2017

Aceito: 16/07/2017

Publicado: 01/08/2017

#### Correspondência

Marcos Antonio Ferreira Júnior  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Departamento de Enfermagem  
Av. Senador Salgado Filho, s/n  
Bairro Lagoa Nova  
Cidade Universitária  
CEP: 59072-970 – Natal (RN), Brasil