

Práticas educativas dialógicas no contexto das intoxicações infantis: uma abordagem freireana

Dialogic educational practices in the context of child intoxication: an approach based on Paulo Freire

Prácticas educativas dialógicas en el contexto de las intoxicaciones infantiles: un abordaje basado en Paulo Freire

Camila Cristiane Formaggi Sales Ribeiro¹

ORCID: 0000-0002-6645-1299

Martina Mesquita Tonon¹

ORCID: 0000-0001-9113-9750

Jéssica Yumi de Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-6434-0579

Márcia Regina Jupi Guedes¹

ORCID: 0000-0002-2480-0438

Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla¹

ORCID: 0000-0001-8928-3366

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera¹

ORCID: 0000-0003-1680-9165

Magda Lúcia Félix de Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-4095-9382

¹ Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Ribeiro CCFS, Tonon MM, Oliveira JY, Guedes MRJ, Tacla MTGM, Baldissera VDA, et al. Dialogic educational practices in the context of child intoxication: an approach based on Paulo Freire. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20201196. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1196>

Autor Correspondente:

Camila Cristiane Formaggi Sales Ribeiro
E-mail: camila_cfs14@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 26-11-2020

Aprovação: 05-03-2021

RESUMO

Objetivo: Analisar os saberes e práticas educativas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em intoxicação infantil para autonomia e empoderamento das famílias. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 50 profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de um município do noroeste do Paraná. Os dados foram problematizados por meio da concepção dialógica e da autonomia da abordagem sociocultural de Paulo Freire. **Resultados:** Os depoimentos revelaram várias formas de perceber o cuidado em intoxicação infantil e sua relação com a ação educativa, mas estas eram práticas educativas tradicionais, com elementos centrados em difundir informações sobre saúde-doença, provavelmente porque a abordagem dialógica ainda é abstrata e sem mediação com a prática concreta. **Considerações finais:** Os saberes e as práticas educativas dos profissionais para autonomia e empoderamento das famílias sugeriram uma fase de transição entre o modelo curativista/biomédico e o dialógico.

Descritores: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Envenenamento; Saúde da Criança; Abordagem Freireana.

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge and practices of education of Family Health Strategy professionals regarding child intoxication for the autonomy and empowering of the families. **Methods:** Qualitative research, carried out through semistructured interviews with 50 professionals from the Family Health Strategy of a city in the Northwest of Paraná. Data was problematized using Paulo Freire's sociocultural approach and its concepts of dialogism and autonomy. **Results:** The statements showed the many ways in which the care for child intoxication is perceived and their relations with educational action, but these were traditional educational practices, with elements focused on the dissemination of information about health-disease, probably because the dialogic approach is still abstract and has no interface with the concrete practices. **Final considerations:** The education knowledge and practices of the professionals for the autonomy and empowering of families suggested that there is a transition stage between the biomedical model, focused on a cure, and the dialogical one. **Descriptors:** Health Education; Primary Health Care; Poisoning; Child Health; Freirean Approach.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los saberes y prácticas educativas de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en intoxicación infantil para autonomía y empoderamiento de familias. **Métodos:** Investigación cualitativa, realizada por medio de entrevistas semiestruturadas con 50 profesionales de equipos de la Estrategia Salud de la Familia de un municipio del noroeste de Paraná. Datos fueron problematizados por medio de la concepción dialógica y de la autonomía del abordaje sociocultural de Paulo Freire. **Resultados:** Depositiones revelaron varias maneras de percibir el cuidado en intoxicación infantil y su relación con la acción educativa, pero estas eran prácticas educativas tradicionales, con elementos centrados en difundir informaciones sobre salud-enfermedad probablemente porque el abordaje dialógico aún es abstracto y sin mediación con la práctica concreta. **Consideraciones finales:** Los saberes y las prácticas educativas de los profesionales para autonomía y empoderamiento de las familias sugirieron una fase de transición entre el modelo curativa/biomédico y el dialógico. **Descriptor:** Educación en Salud; Atención Primaria de Salud; Envenenamiento; Salud del Niño; Enfoque Freireano.

INTRODUÇÃO

A intoxicação é um importante problema de saúde pública e uma causa significativa de morbimortalidade em crianças, representando aproximadamente 3% de todos os pacientes internados em serviços de emergência⁽¹⁾. Todos os anos, aproximadamente 45 mil crianças e adolescentes com menos de 20 anos morrem por intoxicação, e foi relatado que a taxa de mortalidade por envenenamento em pessoas com menos de 20 anos é de 1,8 por 100 mil habitantes em todo o mundo⁽¹⁻²⁾.

Para Disfani et al.⁽²⁾, a taxa de incidência e mortalidade de intoxicação infantil pode ser reduzida pela implementação de programas e intervenções educacionais, pois as intoxicações são eventos evitáveis, passíveis de prevenção e condição sensível de ação da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, o ambiente familiar e doméstico constitui um cenário privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, haja vista que o domicílio pode ser especialmente inseguro às crianças, pois contém objetos e materiais de risco em todas as dependências, especialmente pela diversidade de produtos químicos que favorecem as intoxicações e estão, em sua maioria, armazenados em locais de fácil acesso às crianças⁽³⁻⁴⁾.

Entender o ambiente familiar e doméstico requer mobilização dos profissionais da saúde, principalmente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois as intoxicações infantis assumem diferentes faces como expressão dos diversos ambientes em que ocorrem. Desse modo, as propostas de atenção integral à saúde da criança e da família devem buscar intervir mediante práticas educativas que ofereçam escuta, satisfaçam suas necessidades e permitam a autonomia, extrapolando o simples assistencialismo e tornando essas pessoas parte de redes sociais alicerçadas em perspectivas de enfrentamento e de minimização de fatores da vulnerabilidade⁽⁵⁻⁶⁾.

No entanto, a revisão de literatura realizada para o presente estudo evidenciou escassez de pesquisas que analisam o modo de cuidar para prevenção das intoxicações infantis pela APS em uma perspectiva dialógica e com vistas ao desenvolvimento de uma consciência crítica, entendendo que a comunidade é um lugar de mudanças sociais e culturais, e não um simples local para realizar investigações. Autores^(5,7-8) destacam que as ações educativas apoiadas em referenciais pedagógicos dialógicos e libertadores como prática são capazes de promover a autonomia das famílias e estimular o seu protagonismo para ação coletiva e exercício da cidadania.

A perspectiva dialógica proposta por Paulo Freire⁽⁹⁾ em uma abordagem sociocultural possui significativa importância para o embasamento da autonomia e do empoderamento das famílias. Essa perspectiva tem como fio condutor a reflexão-ação visando à libertação, não somente no campo cognitivo, mas essencialmente nos campos social e político. No âmbito da saúde, os constructos epistemológicos de Paulo Freire vêm impulsionando pesquisas^(5,10-11) como proposta de educação em saúde para com grupos da comunidade, enquanto um caminho profícuo para viabilizar novas faces visando à produção do cuidado comprometido com a autonomia e consciência crítica da realidade.

Ao ampliar o olhar da formação dos profissionais da ESF para o exercício profissional, vislumbra-se que a autenticidade do diálogo facilita as relações profissional-família, fazendo com que os sujeitos se sintam valorizados e conscientes da importância de seu papel social e de transformação da realidade. O estudo é

relevante porquanto busca instigar profissionais que trabalham nas equipes da ESF a refletirem sobre a prática educativa dialógica, pautada em um processo comunicacional eficiente, a fim de estimular a autonomia, a corresponsabilização e a valorização das famílias, bem como auxiliá-las na tomada de decisões e mudanças de comportamentos de risco à saúde^(8,12).

Considerando, então, os acidentes infantis, especialmente às intoxicações, como um problema de saúde pública prevenível e sensível às ações da APS e tendo em vista a fundamentação em práticas educativas e na perspectiva dialógica freireana, este estudo contribui para a área do conhecimento da saúde da criança e da família, fortalecendo a atuação do profissional da saúde enquanto mediador de ações educativas sintonizadas com a ideia do protagonismo estratégico da família para políticas de promoção à saúde e de empoderamento.

OBJETIVO

Analisar os saberes e práticas educativas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em intoxicação infantil para autonomia e empoderamento das famílias.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos participantes consentiram espontaneamente em participar do estudo, cuja realização foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

Tipo de estudo

Foi delineado dentro de uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória⁽¹³⁾. O estudo é oriundo do relatório da dissertação de mestrado intitulada "Práticas educativas no cuidado à intoxicação infantil na atenção básica: uma perspectiva dialógica" e seguiu os critérios incluídos no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽¹⁴⁾, que orienta a escrita dos manuscritos das pesquisas qualitativas.

Cenário do estudo

Estudo realizado na Rede de APS do município de Maringá, localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil, composta por 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS), referenciadas por 9 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 74 equipes ESF (eESF). Para determinação do local de estudo, as 35 UBSs foram separadas por área de abrangência dos 9 NASFs; e, em cada área de abrangência, foi sorteada uma unidade e uma equipe, somando 9 eESFs.

Participantes do estudo

Participaram 50 profissionais integrantes de 9 eESFs: 9 enfermeiros, 7 auxiliares de enfermagem e 34 agentes comunitários de saúde (ACS). Os participantes foram escolhidos intencionalmente

por protagonizarem o processo de educação em saúde nas eESFs⁽¹⁵⁾. Foram incluídos aqueles com atuação na ESF por período superior a 12 meses, independentemente do tempo de atuação na eESF atual 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.

Coleta e organização dos dados

A estratégia para obtenção dos dados foi a entrevista narrativa semiestruturada⁽¹⁶⁾ com a finalidade de compreender as práticas educativas dialógicas no contexto das intoxicações infantis. Os profissionais das eESFs foram convidados pessoalmente pela pesquisadora principal para participar do estudo. As entrevistas foram agendadas de acordo com o horário e local do expediente de cada entrevistado e realizadas pela própria pesquisadora nas UBSs de cada eESF, em salas reservadas, com o mínimo de influências externas, integralmente audiogravadas em mídia digital, com duração média de 30 minutos. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2016: os profissionais foram abordados duas vezes, sendo que, na segunda abordagem, eles apreciavam a transcrição das narrativas para possível alteração e validação.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, composto por dois momentos, quais sejam o perfil sociodemográfico e profissional dos entrevistados; e descrição de práticas educativas para empoderamento das famílias, contendo as seguintes questões disparadoras: Como você trabalha o processo ensino-aprendizagem nas suas práticas de educação em saúde dentro da ESF? Para você, como deveria ser a relação entre o educador e educando (profissional e paciente) no processo de educação em saúde? Quais atividades educativas você desenvolve em relação aos acidentes de infância?

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.

Análise dos dados

As narrativas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, com as seguintes etapas: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação⁽¹⁷⁾.

As respostas foram codificadas e desveladas em um processo crítico-reflexivo⁽⁹⁻¹⁰⁾ em relação a práticas educativas desenvolvidas e problematizadas por meio da concepção dialógica e da autonomia da abordagem sociocultural do educador brasileiro Paulo Freire⁽⁹⁾. Foram estabelecidas diretrizes para a discussão dos achados baseando-se no referencial teórico e em princípios que deveriam orientar as práticas educativas como expressão do cuidado em Saúde Pública^(9,18), divididos em critérios e parâmetros avaliativos da abordagem, conforme apresentados na Figura 1.

Após a codificação dos dados coletados, eles foram trabalhados sob uma organização na qual as narrativas contidas do material

das entrevistas foram discutidas em três categorias temáticas: Potencialidades e fragilidades para a relação dialógica na prática de educação em saúde; Desvelando o processo de ensino-aprendizagem nas práticas profissionais para empoderamento e autonomia da família; e Identificando as atividades educativas no contexto da prevenção das intoxicações infantis. As narrativas dos profissionais foram identificadas por códigos com iniciais da categoria profissional e de números arábicos referentes a sequência da transcrição das entrevistas: “Enf1”, “Aux1”, “ACS1”.

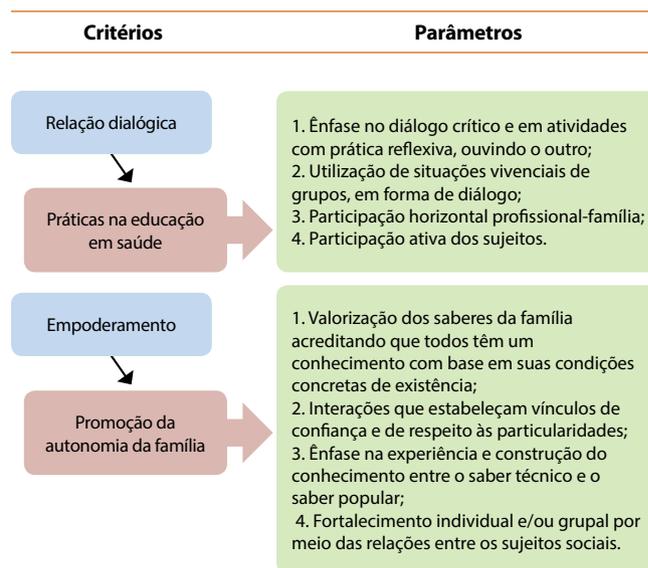


Figura 1 – Critérios e parâmetros para abordagem das práticas, Maringá, Paraná, Brasil, julho-agosto, 2016

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos profissionais entrevistados, 46 eram do sexo feminino, e a faixa etária variou de 19 a 67 anos com concentração entre 30 a 49 anos. Escolaridade: a maioria dos ACSs apresentavam ensino médio completo; 42,9% dos auxiliares de enfermagem, ensino superior completo; e 77,8% dos enfermeiros qualificados profissionalmente tinham cursos de pós-graduação lato sensu (Tabela 1).

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

Variáveis	Resultados
Sexo feminino (%)	92,0
Idade (anos), média	42,6
Qualificação enfermeiro, especialização lato sensu (%)	77,8
Escolaridade auxiliar de enfermagem, ensino superior completo (%)	42,9
Escolaridade agente comunitário de saúde, ensino médio completo (%)	70,6

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 eESF, embora todos referissem participação em cursos de educação continuada no exercício das atividades, com frequência quadrimestral. Apenas 16% indicaram ter recebido capacitação para realização de atividades de prevenção de intoxicação.

Potencialidades e fragilidades para a relação dialógica na prática de educação em saúde

A categoria apresenta as potencialidades e fragilidades para a relação dialógica na prática de educação em saúde. Ao responderem como deveria ser a relação entre o educador e o educando (profissional e paciente), segundo o parâmetro de situações vivenciais das famílias, os profissionais valorizaram o saber da família por meio da troca de experiência e principalmente pelo diálogo. Ainda, o fato de os profissionais estarem inseridos no território e terem vínculo foi algo visto como facilitador do processo de relação dialógica.

[...] 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. (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 as conversas partindo dessas premissas. (ACS28)

Com troca de experiência, porque os pacientes sabem muito e tem muito para ensinar também. Então é sempre conversa de roda que a gente faz. Não é a gente em pé e eles sentados, mas sim todo mundo sentado e no mesmo nível. (Aux7)

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 para eles poderem tirar dúvidas. Vou explicando, vai puxando um assunto e outro, vai conversando, assim é legal. (Enf2)

Linguagem clara, linguagem que eles possam entender. 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. (Aux6)

Foi possível inferir que o uso de termos científicos utilizado por profissionais é uma barreira para o diálogo com as famílias. Portanto, buscam por linguagem mais clara e acessível à população.

Às vezes, vemos a médica falando um pouco mais teórico, e os pacientes não entendem. A gente volta depois, e eles falam que não entendeu. Às vezes, para o médico, eles não falam por vergonha, e para nós, ACS, eles contam. (ACS14)

A troca de conhecimento deve ser o mais natural possível. Transmitir de maneira mais acessível à população, porque muitas vezes o

paciente não entende os termos técnicos, os termos científicos, numa conversa e não sabe o que ele tem que fazer num tratamento, por exemplo. (Enf6)

Embora as falas 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 e mostram-se, portanto, rígidos no processo de educar.

Esse processo de educação do paciente é muito difícil, porque eles só escutam, eles só aprendem o que eles estão querendo; se não for vinculado com a consulta, eles não vêm. (Enf4)

A história da promoção e da prevenção ainda é muito ruim na comunidade. Eles só acreditam no atendimento médico. (ACS4)

Tem paciente que, às vezes, não adere a um tratamento ou alguma coisa, então tem que ser mais firme com eles. Eu sou mais de colocar medo, de chantagear. (Aux7)

Nessas circunstâncias, cabe ressaltar que a valorização dos saberes das famílias em seu contexto territorial, a construção de vínculo e o diálogo são potenciais para o processo dialógico na prática de educação em saúde. Em contrapartida, a falta de envolvimento das famílias nesse processo é vista como uma fragilidade para a relação dialógica, verticalizando a prática educativa dos profissionais.

Desvelando o processo de ensino-aprendizagem nas práticas profissionais para empoderamento e autonomia da família

Quando indagados sobre como desenvolvem o processo ensino-aprendizagem para empoderamento e promoção da autonomia da família no contexto da eESF, os saberes, experiências, vivências e a valorização do conhecimento popular foram considerados principalmente pelos ACSs. As interações em que se estabelecem vínculos de confiança e de respeito às particularidades também foram narradas por muitos profissionais.

[...] acaba passando as recomendações, sempre partindo da realidade da pessoa para gente orientar, porque não adianta eu falar "você tem que comprar isso", se a pessoa não tem condições. (ACS12)

[...] se eu chegar para aquele paciente com agressividade querendo impor, não adianta, quebra o vínculo que eu estava tentando manter. (ACS6)

Primeiro preciso ter vínculo com o paciente para ele poder confiar em mim. O resto vai fluindo a partir desse vínculo. Tem que ser tipo uma relação de confiança mesmo. (ACS30)

Vínculo e respeito mútuo. Eu penso que tenho que conquistar esse paciente. Ele precisa ter confiança no meu profissionalismo, na minha pessoa. (Enf9)

Aqui tem uns pacientes que a gente adotou já. Cria um vínculo tão grande [...] até telefone do familiar a gente tem. (Aux3)

No entanto, algumas práticas informadas pelos profissionais durante o processo de ensino-aprendizagem não estabeleciam

a construção do conhecimento entre o saber técnico e o saber popular e eram punitivas com as famílias.

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 aquilo”, de forma mais clara, reta e direta possível. (Enf2)

Então a gente meio que vai no ponto mais fraco deles: o medo de morrer. (ACS7)

Dou exemplos. Às vezes, a gente até inventa alguns exemplos que não tem só para pessoa ficar com medo e não fazer. (ACS4)

Alguns profissionais afirmaram não promover o fortalecimento individual e/ou grupal por meio das relações entre os sujeitos sociais. Porém, nota-se uma fase de transição das práticas educativas dos profissionais, evidenciada em algumas falas, principalmente dos enfermeiros:

Nós entramos dentro da casa das pessoas e sabemos como é lá dentro. A gente faz a nossa parte, que é orientar. Se eles vão seguir, se eles vão fazer, já é problema deles. (ACS9)

A gente está trabalhando tentando mudar essa visão de curativista e indo para questão da promoção e prevenção; na verdade, mais a promoção da saúde. (Enf1)

A gente trabalha construindo um plano de trabalho e desmistificando tudo que está acontecendo lá na comunidade. Lá na comunidade que acontece o processo de educação em saúde, fazemos a prática conforme a comunidade vai apresentando meios para o processo de educação, porque não dá para parar com a dinâmica de trabalho, é um processo de contínuo aprendizado. (Enf8)

Diante desse cenário, é destacado que a interação da eESF para a promoção da autonomia da família é desenvolvida por meio do vínculo de confiança, respeito e de valorização dos saberes da comunidade. Contudo, ainda é necessário repensar o domínio do saber técnico e o fortalecimento das relações entre os sujeitos sociais com a comunicação, abertura e disponibilidade para uma relação dialógica, sem punição às famílias.

Identificando as atividades educativas no contexto da prevenção das intoxicações infantis

A categoria representa a condição causal para o fenômeno do estudo. Quando questionados sobre as atividades que desenvolvem em relação ao cuidado às intoxicações infantis, a maioria dos profissionais informou que desenvolve “nenhuma” ou pouca atividade, mas consideram que as famílias podem ser capacitadas para prevenir intoxicações em seus domicílios.

Só se eu ver alguma coisa, eu oriento, mas abordar algo específico não. (ACS34)

Tem que ser abordado no domicílio, na visita domiciliar [...], no domicílio, a gente está vendo o que está acontecendo, como que estão as coisas. Às vezes, nem é a mãe que cuida da criança. Às vezes, é a avó, então eu acho que tem que ser lá no domicílio. (Enf1)

O jeito que eu acho mais fácil é visita domiciliar mesmo, porque, para tirar eles da casa para vim participar, é muito difícil. (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.

Eu acho que tinha que ser organizado nas escolas e creches para que as professoras chamem as famílias ou a gente organizar junto com as escolas. Era uma maneira muito boa, porque a abordagem seria feita para todas as crianças e para os pais. (Enf8)

Se você faz isso no colégio e na escola, tem um público maior e vai ter tanto o pai como a mãe presente, ou avó e avó, até mesmo irmão mais velho que vai buscar. (ACS12)

Paradoxalmente, citaram como barreira para as atividades educativas voltadas à promoção da saúde e prevenção das intoxicações infantis, as próprias famílias.

Normalmente a população chega aqui na unidade e quer o remédio ou quer o curativo e não dá muito valor para a parte preventiva, para vida saudável. (Enf7)

A participação deles é muito difícil, porque não aderem a esse tipo de coisa; a não ser que se beneficiem, ganhem alguma coisa, senão ninguém se interessa muito. (ACS25)

A prevenção, para eles, não existe, eles sempre querem só o medicamento [...] seria muito mais interessante se fosse saúde da família mesmo. (ACS32)

Os profissionais evidenciam que, apesar de as famílias apresentarem potenciais para a prevenção das intoxicações na infância, elas acabam por vezes sendo limitadoras desse mesmo processo por ausência de participação ativa e de envolvimento nas atividades educativas, buscando apenas o modelo biomédico de assistência.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos profissionais entrevistados influenciam as variáveis do processo de ensino-aprendizagem no contexto da intoxicação infantil considerando o referencial utilizado para o presente estudo⁽⁹⁾, pois estes integram uma equipe de profissionais inserida na comunidade, com vínculo estabelecido no decorrer dos anos de atuação. Nesse sentido, constatou-se que tais características corroboram dados sobre a composição da força de trabalho em saúde no Brasil: feminilização, juvenilização, escolarização acima do exigido para o exercício profissional e aumento de trabalhadores com cursos de pós-graduação lato sensu^(3,19).

Organizar o entendimento das práticas educativas desenvolvidas e problematizadas por meio da concepção dialógica e da autonomia, divididas em critérios e parâmetros avaliativos⁽⁹⁾ (práticas na educação em saúde e promoção da autonomia da família), foi uma estratégia necessária para a compreensão da multiplicidade de fatores que afetam e determinam a relação dialógica e de empoderamento das famílias para o cuidado às intoxicações infantis.

No que se refere ao arcabouço conceitual para relação dialógica na prática de educação em saúde apresentado na primeira categoria temática, os participantes compartilham, em algumas falas, saberes entre profissionais e usuários por meio de escuta ativa, do diálogo, das trocas de experiências, do aprendendo e ensinando, mostrando mudança da visão reducionista no binômio saúde-doença. A educação em saúde, realizada sob a orientação freireana, permite fortalecimento tanto de vínculos e confiança entre serviços de saúde e usuários quanto de espaços de diálogo e construção de saberes e práticas, em que usuários e profissionais discutem estratégias de enfrentamento dos problemas de forma conjunta, a fim de que haja a proposição de alternativas para efetivar práticas de saúde integrais e resolutivas^(5,20-21). Cabe salientar que os saberes e práticas precisam ser entendidos pelo profissional de saúde e que devem ser respeitados, valorizados e tratados de forma horizontal. Quando se considera a fala do usuário, do seu saber, há maior chance de fazer educação, de mudar o comportamento. Deve-se respeitar e considerar a cultura das pessoas e promover o empoderamento da ação-reflexão para que ocorra mudança de comportamento^(9,20-21).

No entanto, as narrativas eram frágeis quanto à relação dialógica com as famílias exercida na prática e no tocante à utilização de metodologias para o empoderamento e autonomia delas, fato este observado nas falas sobre a ausência de participação dos sujeitos no processo e no autoritarismo profissional. Compreende-se, então, que as práticas educativas dialógicas e consequentemente emancipatórias podem ser menos utilizadas pelos profissionais em razão das próprias vivências pessoais e formação profissional distantes dessa realidade⁽²²⁾.

Para o processo de relação dialógica com as famílias, o fato de alguns profissionais residirem no território da eESF foi apontado como instrumento facilitador para o vínculo, considerando que, ao atuarem na promoção da saúde e prevenção das intoxicações infantis, utilizam diferentes tecnologias para facilitar o processo de cuidar; e pertencer à mesma comunidade que a família cuidada é um elemento de ligação e “elo” entre a população do território e a totalidade da equipe⁽²³⁾.

Segundo os parâmetros de escuta ativa e diálogo crítico, horizontalidade 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 no processo de educação em saúde, as narrativas foram variadas e, por vezes, contraditórias entre o grupo entrevistado. O uso de dispositivos do modelo tradicional de educação em saúde foi algo recorrente nas narrativas, sobretudo ao serem rígidos no processo de educar as famílias e não as inserir ativamente nesse processo. 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 apresenta de forma incipiente, com utilização de metodologias tradicionais que comprometem o estabelecimento de vínculo entre esses profissionais e a população, principalmente no que tange à culpabilização da família pela ocorrência dos eventos toxicológicos⁽²¹⁻²²⁾.

Quanto à utilização de metodologias que norteiem o processo ensino-aprendizagem para o empoderamento e promoção da autonomia da família dentro da prática na ESF, conforme

evidenciado na segunda categoria temática, 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⁽²⁴⁾. 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 e famílias, os entrevistados compreendem esses pressupostos freireanos⁽⁹⁾, mas não indicam exemplos práticos de sua utilização. Pode-se observar que o modelo dialógico está caminhando para ser empregado de forma efetiva, mas é necessário que a comunidade bem como os profissionais da área da saúde mudem tanto a visão predominante de que saúde é ausência de doença quanto as ações pautadas na transmissão de informações e na persuasão e com ênfase em adoecimentos⁽²¹⁻²²⁾.

Nessa mesma perspectiva, as atividades desenvolvidas pelos profissionais deste estudo estão ainda voltadas para a doença e uso de metodologias tradicionais, como nas práticas educativas com foco na prevenção de doenças e agravos. Embora o desenvolvimento de atividades com foco na prevenção de doenças e agravos seja importante diante das modificações epidemiológicas da saúde, as práticas educativas direcionadas à 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⁽²⁵⁾. 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 desse processo⁽²⁶⁾.

Os profissionais referiram pouco envolvimento em atividades de prevenção de intoxicação infantil e desconheciam a realidade das famílias diante das intoxicações, conforme evidenciado na terceira categoria temática. Partindo 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^(4,27).

A prática educativa para esse evento deveria sustentar-se em uma abordagem que não apenas exigisse maior atenção dos cuidadores adultos quando as crianças se colocam em risco de acidentes, mas também discutisse os determinantes socioambientais e a vulnerabilidade das famílias⁽²⁸⁾. Pensando nos pressupostos freireanos, deveria incluir o tripé dos “3 Es” — em língua inglesa, *education* (educação), *engineering* (modificação de produtos) e *enforcement* (ampliação da legislação), ampliado com *economy* (economia) e *environment* (ambiente)⁽²⁹⁾.

Os profissionais entrevistados consideraram que as famílias podem ser abordadas para prevenir intoxicações em seus domicílios, ou seja, de acordo com a realidade social delas, e reconhecem outros espaços, além do espaço domiciliar, para interagir com elas na prevenção de intoxicações. Se essas 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 aos 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 dela 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^(9,28).

Para o desenvolvimento de atividades educativas no contexto das intoxicações infantis, devem-se considerar os contextos social, econômico e cultural em que estão inseridos os indivíduos envolvidos nesses processos educativos⁽³⁰⁾. É preciso primar por uma prática humanizada, privilegiando a promoção da saúde, contra o modelo curativista, com ênfase nos princípios da integralidade e equidade, ancorada nos pressupostos freireanos (diálogo, participação e autonomia) como um caminho possível para reorganizar as práticas assistências e educacionais em saúde⁽⁹⁾.

Nesse 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^(27,29).

Limitações do estudo

O contexto em que a pesquisa foi realizada pode ser sua limitação, por se tratar de um estudo em eESF de um município com características próprias, embora os entrevistados compartilhassem características profissionais e sociais de base nacional. Por vários fatores, os profissionais apresentaram o cuidado à intoxicação infantil como não pertencente à área de abrangência da sua equipe e como dispensável.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Destaca-se, como contribuição desta pesquisa para a prática profissional de enfermagem, a ação dialógica enquanto estratégia para empoderamento das famílias, voltada para o atendimento das necessidades de saúde e alicerçada em um processo de ensino-aprendizagem contemplado por estratégias que permitam a participação ativa dos sujeitos e que sejam capazes de formar profissionais das eESFs com competências e habilidades necessárias para gerar mudanças nas práticas de educação em saúde para as intoxicações infantis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estratégias utilizadas nas práticas educativas de prevenção das intoxicações infantis estavam centradas em saberes e modelos de educação em saúde tradicionais, sem a participação ativa das famílias, embora os profissionais mencionassem a realização de práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar delas, sugerindo uma fase de transição entre o modelo curativista/biomédico e o dialógico.

Práticas educativas dialógicas sobre a intoxicação infantil, considerada um fenômeno complexo e multifacetado, devem reconhecer os domicílios e os espaços sociais como prioridade para a prática, mas é preciso que afastem do processo educativo o discurso de culpabilização das famílias pela ocorrência das intoxicações e fortaleçam diálogos para a promoção da saúde e prevenção da intoxicação voltadas à realidade social dessas famílias.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, período março/2015 a fevereiro/2017.

REFERÊNCIAS

1. Wynn PM, Zou K, Young B, Majsak-Newman G, Hawkins A, Kay B, et al. Prevention of childhood poisoning in the home: overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2016;23:3-28. <https://doi.org/10.1080/17457300.2015.1032978>
2. Disfani HF, Kamandi M, Mousavi SM, Sadrzadeh SM, Farzaneh R, Doolabi N, Rahmani K. Risk factors contributing to the incidence and mortality of acute childhood poisoning in emergency department patients in Iran: a hospital-based case-control study. *Epidemiol Health.* 2019;41:e2019016. <https://doi.org/10.4178/epih.e2019016>
3. Sales CCFS, Oliveira MLF. Health education practices of poisoning prevention for child in Family Health Strategy. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):e20180140. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0140>
4. Vilaça L, Volpe FM, Ladeira RM. Accidental poisoning in children and adolescents admitted to a referral toxicology department of a Brazilian emergency hospital. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2018096. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018096>
5. Brandão Neto W, Silva MAI, Aquino JM, Lima LS, Monteiro EMLM. Violence in the eye of adolescents: education intervention with Culture Circles. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):617-25. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20156804071>
6. Roma KMS, Gomes MFP, Retícena K, Capellini VK, Fracólli LA. Prevenção de acidentes na primeira infância na estratégia saúde da família: perspectiva dos pais. *Rev Enferm UFPI [Internet].* 2018 [cited 2020 Oct 23];7(2):28-34. Available from: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6670/pdf>
7. Amestoy SC, Oliveira AFL, Thofehr MB, Trindade LL, Santos BP, Bao ACP. Contributions of Paulo Freire to understanding the dialogic leadership exercise of nurses in the hospital setting. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e64764. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64764>

8. Lee BS, Eo YS, Lee MA. Leadership experience of clinical nurses: applying focus group interviews. *J Korean Acad Nurs*. 2015;45(5):671-83. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.5.671>
9. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2016.
10. Labegalini CMG, Nogueira IS, Hammerschmidt KSA, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Educational and care-related dialogical pathway on active aging with family health strategy professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180235. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE2-2018-0235>
11. Rodrigues DMMR, Nogueira IS, Higarashi IH, Heidemann ITSB, Baldissera VDA. Critical disclosures about sexuality among elderly women as a dialogical educational assessment device. *Rev Baiana Enferm*. 2019;33:e27754. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27754>
12. Dignam D, Duffield C, Stasa H, Gray J, Jackson D, Daly J. Management and leadership in nursing: an Australian educational perspective. *J Nurs Manag*. 2012;20(1):65-71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01340.x>
13. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2017.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
15. Ramos CFV, Silva MSB, Rosa AS, Santana CLA, Tanaka LH. Educational actions: an action research with Family Health Strategy professionals and users. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20180969. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0969>
16. Castellanos METP. The narrative in qualitative research in health. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(4):1065-76. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2015.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
19. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enfermagem em foco [Internet]*. 2016 [cited 2020 Oct 23];3(Esp):9-14. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>
20. Rodrigues DMMR, Labegalini CMG, Higarashi IH, Heidemann ITSB, Baldissera VDA. The dialogic educational pathway as a strategy of care with elderly women in sexuality. *Esc Anna Nery* 2018;22(3):e20170388. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0388>
21. Soares NA, Souza V, Santos FBO, Carneiro ACL, Gazzinelli MF. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na Atenção Primária e formação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e0260016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000260016>
22. Porto LA, Valente RN, Esteves CO, Escalda J. Práticas de aleitamento materno: concepções das trabalhadoras de saúde de um hospital público de Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública [Internet]*. 2018 [cited 2020 Oct 23];42(4):653-70. Available from: <http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2828/2568>
23. Assis AS, Castro-Silva CR. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. *Physis: Rev Saúde Coletiva [Internet]*. 2018 [cited 2020 Oct 23];28(3):e280308. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2018.v28n3/e280308/pt>
24. Viaro VD, Linhares FMP, Coriolano-Marinus MWL, Guedes TG, Vanderley LSL. Limits and possibilities for teaching and learning about breastfeeding. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):3-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0017>
25. Fagundes DQ, Oliveira AE. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1):223-43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00047>
26. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practices in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1060-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>
27. Uthkarsh PS, Suryanarayana SP, Gautham MS, Shivraj NS, Murthy NS, Pruthvish S. Profile of injury cases admitted to a tertiary level hospital in south India. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2012;19(1):47-51. <https://doi.org/10.1080/17457300.2011.603149>
28. Nascimento EN, Gimeniz-Paschoal SR, Sebastião LT. Prevention of domestic child accidents: an educational intervention conducted by Speech Therapy trainees in a Family Health Care Unit. *Rev CEFAC*. 2019;21(5):e17018. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921517018>
29. Patel D, Sandell JM. Prevention of unintentional injury in children. *Paediatrics Child Health*. 2013;23(9):402-8. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2013.06.001>
30. Branquinho ID, Lanza FM. Child health in primary care: evolution of brazilian policies and nurses' performance. *Rev Enferm C-Oeste Min*. 2018;8:e2753. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>