



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Concepciones y prácticas educativas de profesionales médicos y enfermeros: estudio descriptivo

Elen Ferraz Teston<sup>1</sup>, Maria Antonia Ramos Costa<sup>1</sup>,  
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera<sup>1</sup>, Sonia Silva Marcon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la concepción y actuación educativa de los equipos de salud de la familia junto a las personas con hipertensión arterial y sus familiares. **Método:** Estudio cualitativo realizado con 12 profesionales médicos y enfermeros de un municipio de Paraná. Los datos fueron colectados en mayo de 2011, con instrumento semiestructurado y sometidos al análisis de contenido. **Resultados:** Profesionales conciben la educación en salud como acción de promoción a la salud y prevención de enfermedades, sin embargo con visión reduccionista a la enfermedad e individuo, aunque reconozcan la importancia de la familia en este proceso; la percepción sobre las condiciones de trabajo y preparación técnico-científica refuerza esa visión. **Discusión:** La práctica educativa debe tornar familias aptas para la transformación de la realidad, lo que no sucede mediante prácticas reduccionistas y tradicionales de educación. **Conclusión:** Los profesionales deben buscar capacitaciones que expandan su visión y práctica educativa, empoderamiento a las familias para la emancipación del cuidado y control de la enfermedad.

**Descriptor:** Hipertensión; Educación en Salud; Personal de Salud; Programa de Salud Familiar.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una condición clínica multifactorial caracterizada por niveles elevados y sustentados de presión arterial (PA). Se asocia frecuentemente las alteraciones funcionales y/o estructurales de los órganos-blancos (corazón, cerebro, riñones y vasos sanguíneos) y las alteraciones metabólicas, con el consiguiente aumento del riesgo de eventos cardiovasculares<sup>(1-2)</sup>.

Las HAS constituye un relevante problema de salud pública por causa de sus implicaciones económicas y sociales, en virtud de su carácter crónico y silencioso que dificulta la percepción de los individuos portadores del problema, genera prejubilaciones, largo periodo de internación, alto costo para tratamiento, alteraciones en la autoestima y auto concepto del individuo<sup>(3-4)</sup>.

Las iniciativas de educación para salud constituyen una herramienta que los profesionales de salud, entre ellos los enfermeros, deben adoptar buscando un atendimento integral del individuo portador de hipertensión arterial. Por medio de la educación en salud, pueden generar oportunidades de reflexión sobre salud, prácticas de cuidados y cambios de costumbres, lo que previene o por lo menos retardan las lesiones resultantes de esta patología<sup>(5)</sup>.

Así, es fundamental que el sector salud y la educación embase no sólo en la transmisión de conocimiento históricamente acumulado, mas que, principalmente, trabaje en la perspectiva de la construcción de conocimientos y de calidad de vida para todos aquellos que la integran<sup>(6)</sup>.

Además de eso, en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), la educación en salud es una práctica prevista y atribuida a todos los profesionales que componen el equipo. Sin embargo, la familia como unidad de cuidado aún es una realidad que está siendo construida, tanto como su inclusión en las acciones educativas.

La superación de la atención individual sigue siendo un desafío para los equipos de salud de la familia, especialmente cuando el foco de la asistencia y la familia que experimenta la enfermedad crónica.

Por esa razón, el objetivo de este estudio fue describir la concepción y la actuación educativa de los equipos de la ESF junto a las personas con diagnóstico de HAS y sus familiares.

En este entorno, hemos tratado de comprender el concepto de educación en salud de los profesionales, su visión delante de la inclusión de la familia de las personas con HAS en las acciones educativas y sus condiciones técnico-científicas y estructurales para la realización de esas acciones, posibilitando un análisis sobre el proceso educativo existente y vislumbrando nuevas miradas para la problemática en cuestión.

## MÉTODO

El estudio fue realizado por medio de una pesquisa de campo, con enfoque cualitativo, caracterizado como un estudio descriptivo

El escenario del estudio fue un municipio del interior, localizado en la zona hidrográfica de Ivaí, al norte del estado de Paraná, Brasil. Su población es constituida por 20.259 mil habitantes<sup>(7)</sup>, de la asistencia en el cuidado de los seis equipos de la ESF, asignados en seis unidades de salud de la familia, siendo cinco para la población del área urbana y una para la rural. Las unidades de salud, en la época de la colecta de datos estaban con sus equipos completos, o sea, constituidas por un médico, un enfermero, un técnico o auxiliar de enfermería y de cinco a seis agentes comunitarios de salud. El municipio tiene 100% de cobertura del ESF.

La pesquisa tuvo como población blanco los profesionales actuantes en la atención básica

del municipio que atendiesen a los siguientes criterios de inclusión: ser profesional graduado en medicina o enfermería; integrar el equipo de la ESF y realizar asistencia y conducta a las personas que experimentan la HAS.

El único criterio de exclusión establecido fue no estar en actividad durante el periodo de colecta de datos. La totalidad de los profesionales médicos y enfermeros involucrados a los equipos de la ESF atendió a los criterios establecidos y aceptó participar del estudio, de modo que los 12 profesionales fueron informantes del estudio.

El instrumento para colecta de datos fue un cuestionario semiestructurado, auto aplicable, con preguntas que direccionan a las concepciones y prácticas educativas utilizadas junto a las familias de personas con diagnóstico de HAS, adaptado de Rosso y Collet<sup>(8)</sup>.

Los datos colectados en mayo de 2011, fueron sometidos a análisis de contenido, modalidad temática, adoptando las siguientes etapas: 1) pre-análisis; 2) formulación y reformulación de hipótesis; 3) exploración de materiales; 4) tratamiento de los resultados e interpretación<sup>(9)</sup>. Para la diferenciación de los individuos y preservación de su identidad, fueron utilizados los siguientes códigos: las letras E y M, para las palabras de enfermeros y médicos, respectivamente seguida de un número indicando el orden de devolución de los cuestionarios.

Los aspectos éticos involucrados en la pesquisa con seres humanos, conforme propuesto por la Resolución nº196/96 del Consejo Nacional de Salud fueron respetados. El proyecto fue examinado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Estadual de Maringá por el Parecer nº 091/2011. Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio e participaron después del consentimiento formalizado a través de la firma del Término de Consentimiento Libre de gravámenes. El

contacto con los profesionales ocurrió después de la autorización de la secretaria municipal de salud del municipio en que ocurrió la pesquisa.

## RESULTADOS

### *Caracterización de los participantes*

Participaron del estudio 12 profesionales, siendo seis médicos y seis enfermeras. Sus edades oscilaban entre los médicos de 25 a 65 años, con media de 43 años, y de las enfermeras de 23 a 45 años, con media de 36 años. El tiempo de trabajo en la ESF osciló entre cinco meses a 12 años entre los médicos, con media de tres años, y de un a nueve años entre las enfermeras, con media de seis años. En cuanto al título, dijo un médico ser especialista en Medicina del Trabajo, dos en Pediatría y dos no mencionaron el área de especialización. Entre los enfermeros, uno relató ser especialista en Vigilancia en Salud, y dos en Salud Pública con énfasis en la Estrategia Salud de la Familia.

El análisis de contenido de los registros en los formularios de pesquisa permitió la identificación de tres categorías temáticas descritas a seguir.

### *La educación en salud como acción para la promoción de la salud y prevención de enfermedades - visión simplista y reducida de las acciones educativas*

Los registros relacionados a la concepción de educación en salud muestran que, para algunos profesionales, esta hace parte del contexto de asistencia:

Una práctica necesaria y esencial donde se previene enfermedad y se promueve la salud. E4

La educación en salud es el principal objetivo de un médico de la familia. Es a través de la educación que se obtiene salud. M4

Educación en salud y usted da atención a cada grupo prioritario (hipertensos, diabéticos, gestantes y niños) con orientaciones y acompañamiento. E5

Sin embargo, algunos profesionales consideran educación en salud como una actividad restringida a grupos de riesgo, huyendo de la noción de integralidad:

Educar a la población de riesgo para que no haya complicaciones futuras. E3

Es la mejor manera de enfocar al paciente exponiéndolo a los riesgos a que él puede estar sujeto. M3

### **Los equipos realizan acciones educativas tradicionales direccionadas para las personas que experimentan la hipertensión arterial y asumen la importancia de la familia**

Al hacer referencia a las prácticas de educación en salud direccionadas al hipertenso y su familia, los profesionales demuestran que ellas están restringidas a las palestras y visitas domiciliarias.

Participo de las reuniones y visitas. M1

Reuniones con palestra. M2

Las llamadas reuniones, direccionadas a las personas con hipertensión y/o diabetes, en la práctica, constituyen momentos en los cuales los profesionales realizan medición de presión arterial, test de glucosa capilar, palestras y entrega de los medicamentos:

[...] visitas domiciliarias, reuniones mensuales con palestras. E3

[...] a través de conferencias, orientaciones domiciliarias, y en la Unidad Básica de Salud (UBS) durante la entrega de los medicamentos E6.

Al ser estimulados a manifestar lo que piensan de la inclusión de la familia de las personas con HAS en las acciones educativas, se constató que, por lo menos teóricamente, ellos son favorables.

Muy importante, pues ellos participan de todas las acciones del paciente y acaban por incentivar una mejor calidad de vida. E2

Importantísimo, pues es la familia que rige las acciones dentro y fuera de casa, cobrando una posición de aquel que está enfermo. M2

Sin embargo, cuando cuestionados sobre el modo como ocurre la inclusión de la familia en estas actividades, se observó que sólo uno de los participantes se manifestó y en esta oportunidad afirmó explícitamente que no incluye a la familia en las acciones educativas.

Realizamos grupo de gimnasia con medición de presión arterial antes y después. Una vez por mes, test de glucosa capilar, desayuno. Con la familia no realizamos ninguna actividad. E5

Cabe señalar que en sus declaraciones los profesionales demuestran reconocer la importancia de incluir la familia en las acciones educativas, aún valorizando una visión centrada en el tratamiento y cuidado con la enfermedad:

La familia y la convivencia diaria ayudan en el control de la alimentación y también para el paciente adherir al tratamiento medicamentoso. M6

Importante la concientización para que haya más colaboración en cuanto a los cuidados y algunas privaciones. E4

La familia acaba siendo un precursor para facilitar y eficacia del tratamiento. M3

Importante, porque la familia ayuda en el proceso del cuidado de aquellos que ya tienen la patología instalada. E3

Sin embargo, algunos profesionales entienden la inclusión de la familia en el proceso educativo como importante para el objetivo de educar para la salud, en una visión más emancipadora, como constatado en las declaraciones del E6:

Esta inclusión es muy importante, pues podemos ver en la práctica resultados de pacientes en que su familia tiene cierto conocimiento de la patología. Y conforme con estos, pueden dar un soporte adecuado y, así, estos pacientes tendrán una mejor calidad de vida. E6

*Las percepciones sobre las condiciones de trabajo y la preparación técnico-científica para las prácticas educativas refuerzan la visión tradicional de la educación en salud*

En lo que se refiere a la adecuación de las condiciones actuales de trabajo para el desarrollo de la educación en salud junto a las familias y a los individuos que experimentan la HAS, cinco profesionales se refirieron que las consideran

“satisfactorias”, lo que atribuyen a los resultados obtenidos junto a la población.

Hubo un aumento del número de pacientes que pasaron a entender la patología y adhirieron al tratamiento medicamentoso y a las acciones para mejorar la salud. E2

El acceso de la comunidad, a la buena aceptación del equipo peor la comunidad. E1

Otros seis profesionales se refirieron a las condiciones actuales de trabajo son “totalmente satisfactorias” para la realización de acciones educativas y atribuyen esto a la calidad de las relaciones, sea entre los propios individuos con HAS o entre estos y los profesionales de salud.

La convivencia con los pacientes en la unidad básica de salud, en los domicilios y en las reuniones mensuales. M3

El equipo del Programa Salud de la familia (PSF). M4

Buen relacionamiento creado con los hipertensos. M5

Al trabajo realizado por el equipo del PSF. M6

En relación a la preparación técnico-científica para el desarrollo de acciones de educación en salud, nueve profesionales refirieron poseer condiciones “satisfactorias”. Sin embargo, apuntaron aspectos relacionados a las condiciones de trabajo como factores de interferencia.

Creo que la preparación técnico-científica para la práctica de acciones

educativas junto a las familias de las personas con HAS hasta la tengo, pero lo que me falta es disponibilidad de tiempo, ya que el enfermero asume muchas funciones. Esas acciones educativas son realizadas generalmente en el domicilio de la familia. M4

*Atribuyo a mi respuesta al hecho de existir un conjunto, o sea, médico con sus conocimientos, y el paciente aceptar el tratamiento. Los grandes problemas son los pacientes que acepten realizar el tratamiento. E4*

Sin embargo, otros tres profesionales consideran que sus condiciones para la realización de estas acciones son “totalmente insatisfactorias”:

Debería haber un incentivo mayor para que los profesionales del área continuasen estudiando y, así, poseer más argumentos para convencer su comunidad M2

Mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales y aumentar la promoción de la educación continuada de estos profesionales. M1

Falta de capacitación de los profesionales de salud, independiente del cargo que ocupa. M3

## DISCUSIÓN

Se puede inferir que los profesionales entrevistados conciben la educación en salud como un objetivo a ser alcanzado con el fin de

hacer que la población sea más responsable por su propia salud, sea para promover salud, prevenir enfermedades o para controlarlas. Así, se considera que al manifestar el concepto se ha restringido la importancia de la práctica educativa dada como acción que anticipa y previene la enfermedad. Esto puede demostrar ausencia de sentidos para la educación integral para la salud que, en una visión más compleja, es uno de los recursos por el cual el ser humano puede ejercitar su ciudadanía, alcanzar su plenitud, principalmente en un mundo en que la salud y la calidad de vida alcanzaron un papel relevante en la constitución del “self”<sup>(9)</sup>.

Considerando que las acciones educativas son apuntadas por la Política Nacional de la Atención Básica como inherentes al proceso de trabajo de los equipos de salud, hay que repensar en la relación con la integralidad del cuidado, especialmente en la configuración de la prevención, promoción, mantención y recuperación de la salud.

La integralidad comprende la superación de la dicotomía entre lo preventivo y lo curativo, además de garantizar accesibilidad del ciudadano a todos los niveles de complejidad de los servicios/acciones de salud existentes, de forma ordenada e integrada en la relación interinstitucional. Así, corroborando las percepciones de los profesionales, el enfoque del profesional de salud no debe restringirse a la asistencia curativa, sino que buscan dimensionar factores de riesgo a la vida y, por consiguiente, ejecutar acciones emancipadoras, la cual es parte de la educación de la salud<sup>(8)</sup>, que es capaz de tornar a las personas libres y autónomas para sus decisiones.

Siguiendo el principio de la integralidad, las actividades educativas están incluidas entre las responsabilidades de los profesionales de la ESF<sup>(10)</sup>. Así, los propios profesionales necesitan reconocer esa especificidad de su actuación, imbuidos de una visión comprometida con la

Teston EF, Costa MAR, Baldissera VDA, Marcon SS. Educational views and practices of medical and nursing professionals: a descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 975-85. Available from:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4133>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134133>

vida y no solamente con la prevención de una enfermedad o complicación.

Al brindar un atendimento en la concepción de integralidad, la persona que experimenta la HAS debe ser recibida en su totalidad con una atención especial a las condiciones que les son peculiares, como orientación alimentar con respecto a las necesidades y posibilidades personales, atención al local de la vivienda y espacio familiar.

Los testimonios de E5, E3 y M3, identifica una concepción de educación en salud con acciones direccionadas exclusivamente a grupos de riesgo. Opuesto a eso, la atención a la salud debe ser integral, cubriendo dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de toda población, no solamente de aquellos expuestos al riesgo de enfermarse y morir.

Los profesionales y la red de servicios deben articularse para garantizar la oferta de intervenciones en promoción de salud, prevención de enfermedades, cura y controle de quejas y rehabilitación de los enfermos, con priorización de las primeras en virtud de su apertura para la vida, y no para la Enfermedad. La red hierarquizada de servicios debe ofrecer tecnologías, complementares entre sí, en diversos niveles de complejidad, conforme la necesidad de los usuarios. En una dimensión política, los sectores del gobierno y de la sociedad deben articularse intersectorialmente en políticas que promuevan la salud, en un enfoque más inclusivo de aquellas que previenen quejas<sup>(11)</sup>.

En este escenario se evidencia la importancia de articular las acciones de educación en salud como elemento productor de un saber colectivo que traduce en el individuo su autonomía y emancipación para el cuidar de sí, de la familia y de su alrededor, corrigiendo el actuar en salud fragmentado y desarticulado<sup>(9)</sup> En ese sentido, es necesario vencer la idea tradicional de educación en salud, para que los profesionales actúen con foco en la salud y no en la enfermedad.

Los testimonios de E3 y M3 representan las acciones de educación en salud que todavía su objetivo prevención de enfermedades, centrande su enfoque educativa en el cambio de comportamiento individual<sup>(12)</sup>. De esa forma, se percibe un desvío del concepto de educación en salud que debería estar anclado en los preceptos de promoción de la salud, y no apenas relacionado al riesgo de enfermarse<sup>(6)</sup>.

Observación debe ser hecha en que se refiere a la posibilidad de una práctica educativa culpabilizante cuando la educación en salud y entendida por los profesionales como responsabilidad de la población, conforme se identificó en esa pesquisa. En esos casos, el profesional generalmente cree estar invertido socialmente de autoridad sanitaria y piensa poseer, sobre monopolio, el conocimiento verdadero y absoluto de los temas que envuelven salud y enfermedad. De esa forma, impone en nombre de intereses mayores de la colectividad el tipo de comportamiento que los individuos deben asumir<sup>(6)</sup>.

La mayoría de los entrevistados afirmó que todos los profesionales realizan educación en salud. Este tipo de respuesta puede constituir un punto fundamental para que no sea efectiva la utilización de acciones educativas junto a la población, pues nos remite a la necesidad de los profesionales remodelar sus conocimientos en relación a la educación para la salud. Esto es porque, pautados en este modelo de concepción, corren riesgo de realizar acciones educativas resumidas en informaciones de salud, transfiriendo para los individuos la responsabilidad por el cambio de comportamientos necesarios, ignorando la existencia de importantes factores intervinientes, como condiciones socioeconómicas y cultural que dificultan el ejercicio de la autonomía individual<sup>(6)</sup>.

Se constató que la práctica de educación en salud se resume a conferencias y visitas domiciliarias con orientaciones. Esas acciones son

relativas al modelo tradicional de educación en salud, caracterizado principalmente por el intento de cambiar comportamientos individuales. Con esa intención, es implementado un emprendimiento educativo en que el educador es el titular del saber y el educado - individuo de la acción educativa - alguien que va pasivamente aprender los conocimientos enseñados<sup>(12)</sup>.

Sin embargo, se entiende que las personas necesitan participar del cuidado de forma activa, aprendiendo a obrar recíprocamente entre sí, con las organizaciones, con los profesionales de salud y con el medio ambiente. El cuidado profesional necesita ser direccionado para proporcionar oportunidades para este aprendizaje<sup>(10)</sup>. Así, las visitas deben ocurrir de modo a que represente un instrumento real de aproximación entre profesionales de salud y las familias – en el sentido de aprender el contexto y el modo de vida y no simplemente una forma de atendimento clínico en la casa del individuo<sup>(13)</sup>.

La presencia de un individuo con hipertensión altera toda la dinámica familiar y, en especial, los hábitos alimentares. La familia debe constituir una fuente de seguridad y apoyo al hipertenso, de forma a incentivarlo a adherir a las recomendaciones terapéuticas, tales como la farmacológica y no farmacológica y, principalmente, comprender y apoyar que la enfermedad no modifica su condición humana, sólo aumenta un nuevo modo de vivir.

Interesante percibir que en la visión de estos profesionales de la ESF, que la familia constituye un factor facilitador de la asistencia desconsiderando, incluso, el carácter social de la enfermedad y su relación con el comportamiento familiar tanto para su surgimiento como para su evolución. Cuando el proceso educativo comienza a partir de una reflexión crítica de la familia, buscando las causas y consecuencias para la condición de riesgo o para el problema ya instalado, se hace más fácil la delimitación de ac-

ciones para el enfrentamiento de la enfermedad. Así se da una oportunidad, a la emancipación de esos individuos.

Para contrarrestar a esto, se percibe que las acciones educativas, específicamente con las familias, no suceden, ya que sólo uno de los participantes respondió a la indagación sobre cómo desarrollan acciones educativas con los enfermos y sus familias. Por esta razón, se infiere que los demás no se sientan suficientemente a gusto para asumir que no incluyen a la familia en las prácticas educativas.

Delante de esa realidad, implica la necesidad del reciclaje a partir de la concepción de que las estrategias educativas en salud, cuando usadas de forma participativa e interactiva, facilitan la reflexión y consciencia crítica de las personas sobre su condición de vida y salud<sup>(12)</sup> permitiendo la participación con responsabilidad de todos los miembros de la familia.

Las informaciones relativas al estado clínico del paciente y su tratamiento, deben ser ofrecidas de forma clara para que la familia tenga condiciones de decidir lo que considera beneficioso al familiar. De esa forma, las orientaciones necesitan ser compartidas, de forma que faciliten la comprensión de la familia, conforme con su capacidad cognitiva y de enfrentamiento<sup>(14)</sup>.

Al referirse a la importancia de la inclusión de la familia en las prácticas educativas, de cierta forma, corroboran con la concepción de educación en salud como un recurso por medio del cual el conocimiento científicamente producido en el campo de la salud, alcanza la vida cotidiana de las personas<sup>(10)</sup>.

Esa comprensión de los condicionantes del proceso salud-enfermedad ofrece subvenciones para la adopción de nuevos hábitos y conductas de salud, reforzando la relevancia del trabajo educativo con las familias.

Las acciones de educación en salud, en una concepción ampliada de cuidado de salud,



requieren la participación del usuario en la movilización, capacitación y desarrollo del aprendizaje de habilidades individuales y sociales para lidiar con los procesos de salud-enfermedad, extendiéndose a la concretización de políticas públicas saludables<sup>(15)</sup>.

En este sentido, cabe a los profesionales de salud envidar esfuerzos para que los cambios de comportamiento para la salud ocurran en el proceso continuo de aprendizaje y participación de los usuarios en la forma de actuar sobre sí, en la familia y en las proximidades, posibilitando la transformación de las personas en individuo activo y colectivo<sup>(16)</sup>.

Las declaraciones referentes a las condiciones actuales de trabajo y a la preparación técnico científica para que la práctica de acciones de educación en salud refuerzan una forma vertical del saber, caracterizado por el comportamiento pasivo de los educandos y la centralización del saber por los profesionales.

Tal condición vigoriza la importancia de articular la formación de recursos humanos en salud con las propuestas de acciones direccionadas, en la práctica profesional, con la promoción de la salud, una vez que esa sintonía es esencial para el fortalecimiento y consolidación del SUS, siendo cada vez más concretos sus principios y directrices<sup>(15)</sup>.

Otra constatación relevante radica en la percepción de los participantes en cuanto a la forma de aprendizaje profesional, entendido como aquel que se da externo al ambiente de trabajo, supuestamente en cursos, capacitaciones y actualizaciones, desvalorizando el propio trabajo como forma de aprender a hacer.

Aproximar la educación a la vida cotidiana de los profesionales es reconocer el potencial educativo de la situación de trabajo. En otros términos, en el trabajo también se aprende. Esa premisa ve transformarse las situaciones diarias en aprendizaje, analizando

reflexivamente los problemas de la práctica y valorizando el propio proceso de trabajo en su contexto intrínseco.

Esta perspectiva, centrada en el proceso de trabajo, no se limita a determinadas categorías profesionales, sino a todo el equipo, incluyendo médicos, enfermeros, personal administrativo y todas las variantes de actores que forman un grupo. Es para que no suceda concierne a la educación permanente en salud que el proceso educativo sucede en la práctica, favoreciendo el desarrollo de prácticas educativas para la visión de promoción de la salud y empoderamiento, que posibilita al individuo escoger entre las alternativas y las informaciones que les son presentadas<sup>(17)</sup>.

Desvinculando el enfoque tradicional de enseñanza en el aprendizaje direccionado al trabajador de la salud, la educación necesita ser considerada como un acto colectivo y solidario que no puede ser impuesto; o sea, lado a lado es que se aprende, y el educador no puede traer listo de su mundo, su saber, su método<sup>(18)</sup>, por eso la crítica a los cursos, capacitaciones y a la mejora que generalmente suceden de otros al contexto del ambiente de trabajo.

Se debe considerar que la educación continuada y la educación en servicio son valiosas herramientas para la calificación. Sin embargo, es por medio de la educación permanente que se emerge la creatividad contextualizada para la resolución de los problemas cotidianos de los equipos. No se debe, por lo tanto, esperar sólo que cursos técnicos, capacitaciones en servicio u otra modalidad de educación de los profesionales los deje aptos para el trabajo, pues de hecho el profesional nunca estará listo, ya que la dinámica de la producción de conocimiento.

Será en la articulación de la teoría y la práctica, en la criticidad del proceso del trabajo, no aprender a ser, aprender a hacer, aprender a aprender y aprender a convivir junto que los co-

nocimientos serán contruidos. A eso se propone la educación permanente en salud<sup>(19)</sup>.

Por otro lado, la visión de la práctica acrítica educativa, manifestada por la satisfacción en cuanto a las condiciones y preparo técnico-científico, señalan que no hay un movimiento intrínseco para el cambio. Esta solo ocurre a partir del reconocimiento de una situación-problema o "situación-límite"<sup>(21)</sup>, capaz de envolver a las personas en la búsqueda por la superación de su propia visión limitada, lo que se concretiza en sus acciones. Para Freire, mirar críticamente para las propias acciones permite entender la limitación en la visión del mundo y, entendiéndose como ser inacabado, es posible buscar el conocimiento y modificar la propia práctica<sup>(19)</sup>.

De esa forma, reconocer su práctica como una demanda de aprendizaje es proyectar nuevas miradas y la búsqueda de alternativas de solución; tal reconocimiento, sin embargo, sólo sucederá si hay estímulos, mediante la implantación de una política efectiva de educación permanente que lleve a los profesionales a la cultura de la acción-reflexión cotidiana. Nuevas prácticas pedagógicas pueden consolidarse delante de la aprehensión de las reales condiciones que favorecen la enseñanza-aprendizaje de las cuestiones de salud junto a la población, especialmente cuando se trata de enfermedad crónica<sup>(20)</sup>

## CONCLUSIÓN

Se aprende que la práctica educativa existente en esos equipos es consistente con la enseñanza tradicional, centrado en la enfermedad, por medio de enfoque vertical de enseñanza-aprendizaje. Esta práctica no responde a las actuales necesidades de corresponsabilizarían de la población por la mantención de su salud y de valorización de la vida para además de la enfermedad. El profesional debe ampliar su vi-

sión holística-ecológica, llevando a las acciones educativas para dentro de las familias, capacitándolas para la emancipación.

Por la falta de clareza en el sentido atribuido para la educación en salud y como desarrollarlas por los participantes de ese estudio, se cree que la educación permanente en salud sería una estrategia que colaboraría con la aprehender una nueva percepción y acción de la práctica educativa.

Una limitación del estudio radica en el hecho de que los datos han sido obtenidos a partir de relatos escritos, más bien que oral, o que permitiría que los participantes manifestasen más libremente sobre sus concepciones y prácticas. Otra limitación fue el reducido número de informantes, pero para que ellos constituyen la totalidad de los profesionales de nivel superior que actúen en el municipio y esta es la realidad de la mayoría de los municipios brasileños, cual sea: a de que son estos pocos profesionales los responsables por la salud de la población en el ámbito de la Atención Básica.

## CITAS

1. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema único de saúde no Brasil. Brasília:Ministério da Saúde; 2009. p. 111-35.
2. Sociedade Brasileira de cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95 (1 Suppl 1): 1 -51.
3. Kerry SM, Markus HS, Khong TK, Cloud GC, Tulloch J, Coster D, et al. Home blood pressure monitoring with nurse-led telephone support among patients with hypertension and a history of stroke: a community-based randomized controlled trial. CMAJ [internet] 2013 [Cited 2013 Aug 10];185(1):23-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3537777/>

Teston EF, Costa MAR, Baldissera VDA, Marcon SS. Educational views and practices of medical and nursing professionals: a descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 975-85. Available from:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4133>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134133>

4. Santana JS, Soares MJGO, Nóbrega MML. Instrument for nursing consultation of hypertensive patients treated in the Family Health Units. Online braz j nurs [Internet]. 2011 [Cited 2013 Aug 18]; 10(3): [about 5 p.] Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3481/1092>
5. Pires JE, Sebastião YV, Langa AJ, Nery SV. Hypertension in Northern Angola: prevalence, associated factors, awareness, treatment and control. BMC Public Health [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 29]; 13 (9): [about 9 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-90.pdf>
6. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(1): 319-25.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage in the internet]. Cidades [cited 2012 July 30]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>
8. Rosso CFW, Collet N. Os enfermeiros e a prática em saúde em município do interior paranaense. Rev eletrônica enferm [Internet]. 1999 [cited 2011 July 11]. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/659/743>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
10. Bagnato MHS, Renovato R, Missio L, Basanello GAH. Práticas Educativas em saúde: da fundamentação à construção de uma disciplina curricular. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(3): 651-6.
11. Sousa MF, Hamann Em. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc saúde coletiva. 2009; 14 Suppl 1: 1325-35.
12. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 11]. 16 (1): 319-25. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63015361030>
13. Ma LC, Chang HJ, Liu YM, Hsieh HL, Lo L, Lin MY, et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. Scientific World Journal [Internet]. 2013 [cited 2013 July 22]. 13 (4): [about 7 p.] Available from: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/124973/>
14. Vasconcelos VM, Martins MC, Valdês MTM, Frota MA. Educação em saúde em escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. Ciênc cuid saúde. 2008; 7(3): 355-62.
15. Vásquez-Morales A, Sanz-Valero J. Health promotions interventions designed and implemented in aged people over 65 years: a systematic review. Rev ROL enferm. 2011; 34(11): 736-44.
16. Silva EC, Pelicoli MCF. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapicaba e Parque Andreense. Ciênc saúde colet. 2013; 18(2): 563-72.
17. Burke M, Carey P, Haines L, Lampson AP, Pond F. Implementing the information prescription protocol in a family medicine practice: a case study. J Med Libr Assoc. 2010; 98(3): 228-34.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
20. Houle J, Beaulieu MD, Lussier MT, Del Grande C, Pellerin JP, Authier M et al. Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. Can Fam Physician [Internet]. 2012 Dec; 58 (12): 1366-73. [cited 2013 Aug 30]. Available from: <http://www.cfp.ca/content/58/12/1366.full>

---

**Teston EF, Costa MAR:** participaron de la concepción del proyecto, análisis y interpretación de los datos, redacción del artículo y revisión crítica del contenido intelectual.

**Baldissera VDA, Marcon SS:** contribuyeron con la concepción, análisis e interpretación de los datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación de la versión final a ser publicada.

---

**Recibido:** 18/12/2012

**Revisado:** 12/06/2013

**Aprobado:** 05/09/2013