REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE¹

Vera Lucia Quinhones Guidolin², Maria Cristina Pansera de Araujo³, Bruno Luiz Guidolin⁴, Nilton Luiz Guidolin⁵, Lucas Guidolin⁶

¹ Estudo teórico reflexivo

² Doutoranda do Curso do Programa Stricto Senso de Educação nas Ciências. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria

³ Orientadora/Professora do Curso do Programa Stricto Senso de Educação nas Ciências/UNIJUI

⁴ Mestre em Gerontologia, Psiquiatra da SMS de Ijuí, Preceptor da Residência em Psiquiatria-HCI

⁵ Especialista em Saúde Pública e Medicina de Médico da SMS/Ijuí. Médico da SMS/Ijuí. Emergencista da UPA e PS do HCI o

⁶ Estudante, pré vestibulando de Medicina.

REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Resumo: Em meio à pandemia causada pelo novo Coronavírus, busca-se referenciais teóricos que abordem a importância da Educação em Saúde na relação entre pacientes, familiares e profissionais da área na busca por práticas que efetivem a melhoria do bem-estar dos envolvidos. Nesse sentido, este estudo, de cunho teórico-reflexivo, tem como objetivo servir de referencial bibliográfico ao abordar a relevância de práticas educativas inclusivas e emancipatórias entre pacientes-familiares-profissionais de saúde. Tendo em vista que a área da Saúde é reconhecida pelo caráter reducionista/determinista de suas práticas, sem levar em conta os conhecimentos/métodos adotados pelas instituições familiares, a Educação em Saúde serve para demonstrar as diferentes opções e atividades que a família, juntamente com seu familiar doente, pode adotar para a criação de mecanismos efetivos de enfrentamento à situação, objetivando o melhor cuidado possível para a sua reparação.

Introdução

Vá ao povo, viva com ele, ame-o.

Comece com o que sabe,

Construa com o que ele tem.

Provérbio chinês

Nestes tempos (2020 e 2021) de sobrevivência, em que a pandemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) tem acometido populações e comunidades do mundo inteiro, buscamos respaldo teórico em estudos que permitem refletir acerca da Educação em Saúde na relação pacientes-familiares-profissionais. Portanto, trago à luz a construção desta produção com o objetivo de propiciar uma reflexão acerca da importância da atuação dos profissionais da Saúde na vida dos pacientes, bem como ressaltar o papel importante da família no cuidado dos familiares em condições de sofrimento físico e ou psíquico.

O presente estudo é de cunho teórico-reflexivo e foi construído e orientado com o objetivo de elaborar um referencial bibliográfico que revelasse a importância do vínculo construído por meio de práticas educativas inclusivas e emancipatórias de saúde na vida dos indivíduos imbricados no processo. Nesse sentido, como bem aponta Freire (1979, p. 31), a educação “é algo que se apresenta como um desafio para o educador e educando, um desafio para a própria realidade composta de situações-problema, de inquietações, de angústias e de aspirações do grupo”.

A importância da família no processo terapêutico através de práticas educativas

Historicamente, a organização dos serviços de saúde foi marcada pela fragmentação e individualização do cuidado. Atualmente, há uma preocupação em assistir ao indivíduo como integrante de uma família e da comunidade. Dessa forma, a família e a comunidade passam a ser sujeitos de atenção à saúde, a partir de uma abordagem educativa que compartilha com ela o ônus dos cuidados. No entanto, essa transformação do modelo tradicional e da inclusão da família por meio de práticas educativas na área da saúde trata-se de um processo lento e gradativo. Na afirmação de Demo (1996, p. 53), “para que exista educação, é preciso que haja construção”, encontramos um reforço para compreender o passo a passo do processo.

Melman (1999, p. 172) lembra que:

o adoecimento de um membro na família representa, em geral, um grande abalo. A gravidade e a longa duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação produzem frustração e desespero e são um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.

Nessa perspectiva, é essencial pensar a educação como prática que deve permanecer em constante processo de reflexão. Além disso, é importante salientar que as ações desenvolvidas pelos serviços devem atentar para o contexto sociocultural das famílias e suas dinâmicas, para, então, estabelecer metas de intervenção (MEDEIROS;

CHATAIGNER; SILVA FILHO, 1993). Desse modo, o trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde com as famílias deve primar pelo respeito ao meio, aos saberes e práticas cotidianas do grupo envolvido.

No dia a dia dos profissionais de saúde, observa-se falta de preparo para trabalhar com as famílias dos doentes, que são seus primeiros cuidadores. Isso ocorre devido à formação acadêmica, que ainda prega o assistencialismo, o saber centrado no profissional, a doença como foco de cuidado. Não há, nos currículos acadêmicos, conteúdos que abordem a atenção à família. Para Kantorski *et al.* (2005), essa ausência de conteúdos sobre a atenção à família nos cursos de enfermagem demonstra o quanto o ensino é moroso em assimilar as mudanças propostas. Além disso, predominam conteúdos determinados por uma tradição centrada no modelo hegemônico de produção do cuidado, que não considera outros aspectos importantes para a formação de um profissional, como visar que possa ser, também, agente de transformação.

Essa tradição hegemônica é oriunda dos referenciais científicos determinados no Relatório Flexner, em 1910, que resultou em forte estímulo para a especialização e atividades de pesquisas que visavam conhecer as doenças no corpo dos indivíduos para realizar intervenções visando a sua reparação (cura) (SILVA JUNIOR, 1998 *apud* BRASIL, 2005). Esse processo promoveu uma crescente “medicalização” da sociedade, ou seja, o saber cientificista da medicina passou a exercer o poder de influenciar e regular a vida em sociedade.

É fundamental quebrar esse modelo de atenção à saúde, por meio, por exemplo, do entrelaçamento de saberes da educação e da saúde, uma vez que esses dois campos produzem e promovem saberes destinados ao desenvolvimento humano. Saúde não é intervenção na doença, mas representa o conjunto de processos de intervenção que podem ser tomados para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do bem-estar, no qual os fatores orgânicos, psicológicos, sócio econômicos e espirituais estão envolvidos. A prática de saúde pode ser exercida em qualquer espaço social, visto que o campo da saúde é muito mais amplo do que o da doença.

Na perspectiva da educação permanente, é preciso que as Instituições de Ensino Superior estabeleçam relações de parceria com os serviços de saúde, gestores e grupos comunitários, para garantir o planejamento de um processo de ensino e aprendizagem dos profissionais da saúde que seja centrado em problemas sanitários prevalentes. Com isso, assumiriam um papel importante a ser desempenhado nos distintos níveis de formação e nas práticas educativas em serviço (BRASIL, 2000).

Sob esse enfoque, educação em saúde diz respeito ao aprendizado das opções, ou seja, propiciar ao indivíduo os critérios para escolher entre as alternativas possíveis e promover tomada de decisões mais saudáveis para seu próprio bem-estar. Todas as pessoas têm um potencial para mudanças de comportamento e estilos de vida, desde que compreendam as razões e os benefícios dessas mudanças (GUIDOLIN, 2006).

Nesse contexto, a prática de saúde como prática educativa, dentro de uma metodologia de participação, deixa de ser um processo de persuasão ou transferência de informação e passa a promover a emancipação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade.

Vasconcellos (1999) entende que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem combatidos, colocando-se à disposição conforme as condições demandadas pelos indivíduos doentes e seus familiares, e não conforme as condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. Com esse tipo de atitude, observa-se que o sofrimento não se anula, porém, começam a ser removidos os motivos, transformadas as formas e o peso desse sofrimento no jogo da vida da família. O autor complementa afirmando que os profissionais de saúde ainda continuam centrando a sua atenção no indivíduo, privilegiando-se assim a visão de que somente com a mudança de comportamento e o estilo de vida é que se irá promover a saúde (VASCONCELLOS, 1999). Essa postura apenas reforça a responsabilização do indivíduo pelo sucesso ou fracasso do cuidado com a saúde, o que torna o serviço prestado como curativo e prescritivo. Isto provoca no sujeito doente uma sensação de impotência, que impede a superação do medo e o incapacita de mudar. Sozinho com certeza não conseguirá fazer tudo, mas é importante ter consciência de que a doença é condicionada por fatores psicológicos, biológicos e sociais.

Elsen e Waidman (2004) aconselham que, antes de propor um atendimento, o profissional precisa observar e determinar o estado real das necessidades da família, para, assim, construir estratégias educativas efetivas. E, para isso, a inclusão dos familiares no processo terapêutico e compartilhamento dos objetivos e metas com eles, em um diálogo efetivo sobre o delineamento da assistência, é crucial para a recuperação dos sujeitos.

Piovesan (2004) enfatiza que a valorização do saber do paciente permite que ele se sinta à vontade e possa ser incentivado a ter iniciativa, preservando suas atitudes e hábitos saudáveis, com exclusão dos que lhe fazem mal. É imprescindível que se identifiquem as dificuldades e potencialidades da colaboração dos familiares, para, dessa forma, atender às necessidades de cada um e do usuário.

Destaco o aspecto positivo que possui este maior envolvimento entre paciente/família/equipe de saúde e a importância de receberem a orientação e o apoio para a eficácia do tratamento. Tal acolhimento permite que o usuário e seus familiares se sintam seguros, amparados e sabedores de que terão a quem recorrer nos momentos conflituosos. Madureira *et al.* (2002, p. 841) apontam que

a proximidade, a sensação de pertencimento, a valorização de cada um e de todos, o afeto, a confiança e o respeito mútuos formam o solo perfeito para a solidariedade e para a manifestação da potência, da força de cada um e do grupo, favorecendo a percepção de outras possibilidades de ser e viver saudável, de enfrentar o viver cotidiano e de transformar a si e ao mundo.

Isso implica em uma transformação no que tange à forma de pensar e agir na educação em saúde, que precisa desapegar-se da prática autoritária em vista de valorizar o outro, suas vivências e seus saberes. Por isso, os profissionais da área devem dispor-se a ouvir, dialogar e compartilhar conhecimentos, para, assim, poder construir, em parceria, um novo saber em saúde, mais próximo das pessoas e do seu viver.

Segundo Freire (1981), o diálogo é uma necessidade existencial, é o encontro que ocorre entre os homens para designá-los à reflexão e à ação do mundo, o qual visam transformar e humanizar.

O vínculo e o acolhimento são fundamentais na atuação dos profissionais de saúde. Para Elsen (1994, p. 67), família saudável é

uma unidade que se auto-estima positivamente onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilhar crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformado. Desenvolve-se com experiências construindo sua história de vida.

Pode-se, também, definir família como um grupo que vive junto pela paixão de estar próximo, em que uns entram e outros saem, num aprendizado constante de mudança e atualização da rede de afetos. A família é composta de indivíduos que estabelecem relações entre si, que compartilham a mesma cultura, as mesmas crenças. Nessa dimensão, cada um exerce uma função distinta e complementar (CASTILHO, 2003).

É, portanto, a unidade básica de crescimento do ser humano. É dela a tarefa crucial de socializar a criança e desenvolver a sua personalidade, configurando o seu percurso intelectual, emocional e social. É o lugar do reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e separar-se, das primeiras trocas afetivo-emocionais, da construção da identidade e do enfrentamento dos conflitos de crescimento.

Atualmente, observa-se que a família vem sofrendo modificações quanto a sua função e estrutura. Para Castilho (2003), é um sistema vivo, que se modifica no tempo, cujo processo evolutivo consiste em um avanço progressivo até novos estágios de desenvolvimento e crescimento.

A família sempre existiu, desde as sociedades mais primitivas, nas mais diversas formas organizacionais, estruturada com base em convenções dos diferentes grupos sociais e condições de subsistência, em um determinado tempo e lugar. A ideia de família, na organização atual, é relativamente recente.

Segundo Groeninga (2003, p. 125), “A família é um caleidoscópio de relações que muda no tempo de sua constituição e consolidação em cada geração, que se transforma com a evolução da cultura, de geração para geração”.

Segundo Abbud e Santos (2002), a função da família, na Idade Média, era exclusivamente a conservação dos bens e a luta pela sobrevivência. Viviam todos sob o mesmo teto, na prática de um ofício comum, e não havia privacidade. As crianças, desde cedo, participavam do mundo dos adultos, mas não ocupavam lugar de destaque. O amor e o afeto entre os membros da família não era essencial. O que importava era estarem juntos em auxílio mútuo, pois era muito difícil viver isoladamente, principalmente no caso das mulheres. A única função da família era, dessa forma, a de assegurar transmissão da vida, dos bens e dos nomes. Não havia a menor preocupação com a educação das crianças.

No início dos tempos modernos, a família deixou de ser somente uma instituição que visava transmitir bens e o nome, para assumir a função educadora de formar os corpos e as almas de seus filhos, preparando-os para a vida. A aprendizagem tradicional foi substituída pela escola. A criança foi retirada da sociedade dos adultos, para ser confinada a um regime rigoroso. Como consequência dessa nova preocupação dos pais com a educação, surgiu

um sentimento de afetividade entre os membros da família (ABBUD; SANTOS, 2002).

Essa afeição se exprimiu pela importância que os pais davam à educação de seus filhos. A partir de então, a família moderna passou a ter uma maior intimidade e identidade. Pode-se observar que a sua transformação ao longo do tempo é consequência do contínuo processo de evolução. A moderna civilização industrial impôs ao homem a necessidade de desenvolver não somente as suas habilidades altamente especializadas, como também a capacidade de se adaptar às grandes e constantes transformações socioeconômicas (GUIDOLIN, 2006).

Nos dias atuais, essa evolução é sentida em um ritmo muito rápido e a família procura adaptar-se a essas transformações. No entanto, as mudanças dos padrões familiares são determinadas pelo meio social e pela sua organização interna. No ciclo natural da vida em família comumente existem momentos de crise, como, por exemplo, quando nasce um filho, a fase da adolescência, a presença de doença em um de seus membros, envelhecimento dos progenitores, entre outros, que, direta ou indiretamente, interferem no cotidiano familiar. Desses, porém, a presença de doença se constitui como um dos problemas mais difíceis de resolver. Considera-se que isso deriva do risco de vida sofrido pela pessoa doente e, também, pelas mudanças na rotina familiar, impostas pelos diferentes tipos de doenças. Portanto, a doença gera sentimentos como angústia e medo, altera o funcionamento do sistema e desestabiliza o grupo familiar e social.

Para Castilho (2003), o ciclo de vida da família passa por períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação, e por momentos de desequilíbrio, que alavancam o estágio novo e mais complexo em que se desenvolvem novas funções e capacidades. Essa passagem de uma fase a outra acontece numa reestruturação contínua de seu tecido relacional, na busca de uma nova ordem familiar. Conforme Monteiro e Barroso (1999), uma família saudável tem suporte para ajudar os seus membros doentes a superar individual e coletivamente a dor e a angústia, não com o objetivo de livrar-se delas, mas de trabalhar cada uma delas como forma de superá-las.

Na cultura brasileira, a família é uma unidade de “cuidado de saúde popular”. Tem seu próprio ponto de vista sobre o processo saúde/doença, sobre suas atitudes e modo de cuidar. Possui fragilidades individuais e grupais, cujo atendimento está voltado aos recursos de que dispõe, juntamente àqueles referentes aos cuidados dos profissionais (PATRÍCIO, 1994). Melman (1999, p. 172) explica que:

O adoecimento de um membro na família representa, em geral, um grande abalo. A gravidade e a longa duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e

interação, produzem frustração e desespero e são um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.

Para Elsen (1994), essa ajuda à família, “cuidar de quem cuida”, ou seja, ir ao seu encontro, conhecer como é o cuidado, as dificuldades e forças, realizada em busca da saúde dos seus membros, é um enorme desafio para a enfermagem e certamente para toda a equipe de saúde. Contudo, ao agir dessa maneira o profissional pode melhor atuar, atendendo às necessidades, utilizando variadas formas de inclusão da família no processo terapêutico. Na visão de Vasconcellos (1999, p. 153)

Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a removê-lo motivos e mudam-se as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida da família. Cuida-se dessas famílias em situação de risco não como prêmio por perceber seu esforço ou sua assimilação das orientações da equipe, mas como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados a classes populares. O apoio familiar não pode ser um último teste para essa família se tornar operativa, mas um espaço de vida a mais no qual lhes propiciam alguns novos suportes que possa utilizar para recompor seu próprio caminho de vida. Fazer-se responsável por membros incapazes de iniciativas próprias e em crise de uma família é evitar seu abandono em nome de uma propalada liberdade que as pessoas teriam para até mesmo não querer cuidar de sua saúde ou da de seus dependentes sem deixar, no entanto, de respeitar suas diretrizes de vida.

É necessário identificar as dificuldades da família e suas forças, para assim atender às necessidades de cada um de seus membros e do todo. É preciso, também, que o profissional leve em consideração que algumas necessidades mudam de pessoa para pessoa, dependendo principalmente do contexto em que vive, da cultura, dos valores e da etnia ou descendência da família (GUIDOLIN, 2006). Monteiro e Barroso (1999, p. 119) apontam que “a enfermagem tem o objetivo de cuidar do indivíduo como ser único, porém membro de uma família e que interage com outros grupos sociais, vivendo em uma comunidade e, em um determinado ambiente, dispondo-se a ir além, cuidando da família”.

A equipe de saúde descobre, dessa forma, que a família não é um recipiente passivo do

cuidado profissional, mas sim um agente, sujeito do seu próprio processo de viver. Litman (1979) citado por Elsen (1994, p. 71) aponta que “a família constitui talvez o contexto social mais importante onde a doença ocorre e é resolvida. Ela atua, por consequência, como unidade primária na saúde e no cuidado de seus membros”. Vasconcellos (1999, p. 151) complementa dizendo

O âmbito familiar é o lugar onde acontecem e se administram os cuidados básicos com o corpo, ocupando, portanto, o papel central na formação e preservação biológica dos indivíduos. É também onde se transmitem os ensinamentos mais fundamentais para o convívio social. Mais ainda: sendo lugar privilegiado de vivência do afeto, da intimidade e propiciando o sentimento de pertencimento, tem papel fundamental na formação da identidade do indivíduo e na construção da noção de cidadania na sociedade.

Assim, ao reconhecer que a família assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, já não pode mais ser vista como aquela que deve, simplesmente, cumprir as determinações dos profissionais de saúde; ela necessita ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser creditada e, acima de tudo, sua participação deve ser incentivada em todo o processo de cuidar (ELSEN, 1994). O trabalho com famílias de alcoolistas, por exemplo, tem um percurso dinâmico, feito de tentativas, erros e aprendizagens, que está sempre em contínua transformação, posto que, porque são modificados pelos sujeitos acompanhados, os objetivos mudam durante o percurso.

Os profissionais de saúde devem empenhar-se em compreender os medos e as preocupações da família e ajudar seus membros a desenvolver mecanismos efetivos de enfrentamento. A identificação de sentimentos relacionados à doença é o primeiro passo a enfrentar. Compartilhar sentimentos pode ser um grande alívio para os sujeitos que se sentem isolados, pois, quando as emoções são reveladas, os membros da família podem apoiar uns aos outros, incluindo o doente (STUART; LARAIA, 2001).

Percebe-se então que, para se efetivar com sucesso o tratamento dispensado, a equipe de saúde deve interagir com a família, tentando identificar suas necessidades, dificuldades, expectativas, possibilidades e limitações. Por meio da interação equipe e família, o cuidado torna-se mais efetivo e o paciente responde melhor à terapêutica utilizada. Stuart e Laraia (2001, p. 297) afirmam que “se aliar com a família é uma forma de garantir a continuidade do cuidado”.

É preciso que o profissional de saúde compreenda a visão de mundo e as práticas de cada sujeito com quem interage. Freire (1981, p. 93) pontua que isso só acontece com o diálogo

como

uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples trocas de ideias a serem consumidas pelos permutantes.

Ainda, sublinha que “o nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão de mundo, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa” (FREIRE, 1981, p. 102). Portanto, o diálogo, que ocorre a partir de um processo social, para o autor, é condição básica para o conhecimento.

Nesse sentido, não há fragmentação de saberes e sim um intercâmbio. Para Freire (1996) não existe ensinar sem aprender, pois quem ensina também aprende. Diante disso, o profissional de saúde precisa considerar a necessidade de repensar sua prática cotidiana e as relações com sua equipe, usuários e comunidade. Freire (1981, p. 78) ainda destaca que

o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os ‘argumentos de autonomia’ já não valem.

Dessa forma, cria-se um vínculo, uma relação mais humanizadora, em que os profissionais de saúde se disponibilizam para a escuta qualificada, no sentido de possibilitar a fala do outro e o gesto do outro, e compreender as suas diferenças. Freire (1996, p. 127) aponta que “não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles”.

Os profissionais de saúde, ao dialogar entre si e com a população, constituem um novo saber, e “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática” (FREIRE, 1996, p. 43/44). Destarte, a articulação dos saberes e conhecimentos numa perspectiva inter-relacional e interdisciplinar pode ser uma abordagem significativa, que contempla os saberes necessários a essa prática educativa humanizada em saúde.

Conclusões

A educação permanente é uma oportunidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais de saúde, no intuito de que as áreas potencializem o sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade. Utilizando-se dos espaços de liberdade que a prática em saúde proporciona, configura-se como uma oportunidade de construir laços para ampliar os compromissos com o interesse público.

Nesse sentido, evidencia-se, também, a importância da formação acadêmica dos profissionais de saúde, que deverão inserir-se, já na graduação, na lógica da prática reflexiva e construtiva de sua atuação. Isso deve ser feito com o objetivo de compreender as necessidades dos usuários considerando a escuta, o diálogo, o vínculo, a responsabilidade e o plano terapêutico comprometido como fundamentais.

A educação em saúde deve ser compreendida como um processo em que pessoas ou grupos de pessoas aprendem a promover, manter ou restaurar a saúde. Para que isto se efetive, é preciso que nos métodos e técnicas empregados sejam consideradas as maneiras pelas quais as pessoas moldam sua conduta, os fatores que as induzem a conservar ou modificar os hábitos adquiridos e os modos pelos quais desenvolvem e utilizam seus conhecimentos.

Portanto, à luz deste referencial que teve o intuito de contribuir à temática abordada, os profissionais de Saúde podem e devem desenvolver práticas voltadas à Educação em Saúde às pessoas e famílias, assim como podem refletir sobre tempos difíceis, como o que estamos vivenciando atualmente.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Família; Práticas Educativas.

REFERÊNCIAS

ABBUD, G. de A. C.; SANTOS, T. C. E. S. A família na clínica fonoaudiológica e psicopedagógica: uma valiosa parceria. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. Universidade Presbiteriana Mackenzie, v. 4 n. 2, p. 41-48, nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família – Educação**

Permanente, Caderno 3, Brasília (DF), 2000.

CASTILHO, T. Família e relacionamento de gerações. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL CO-EDUCAÇÃO DE GERAÇÕES, **Anais [...]**, SESC São Paulo, outubro 2003.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. Campinas/SP: Papirus, 1996.

ELSEN, I.; WAIDMAN, M. A. P. Família e necessidades... revendo estudos. **Revista Acta Scientiarum. Health Sciences**. Universidade Estadual de Maringá. v. 26, n. 1, p. 147-157, 2004.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. *In*: BUB, L. I. R. *et al.* **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. Coleção Educação e Comunicação. vol. 1.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz Terra, 1981.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz Terra, 1996.

GROENINGA, G. C. **Direito e Psicanálise: Rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2003.

GUIDOLIN, V. L. Q. **Práticas educativas na percepção de usuários e familiares que integram o grupo de alcoolismo - Grupo Amor a Vida - Vinculado ao CAPS II de Ijuí-RS**. 2006. Dissertação (Pós-Graduação em Educação nas Ciências) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2006.

MADUREIRA, S. F.; WAIDMAN, M. A. P.; RIBEIRO, E.; STAM, M. Relações familiares e cotidiano: a análise de quatro estudos à luz de Michel Maffesoli. **Revista Acta Scientiarum**. Maringá. v.24, n. 3, p. 831-842, 2002.

MEDEIROS, E.; CHATAIGNER, G.M.C.; SILVA FILHO, J.F.S. Grupo de familiares do hospital-dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 42, n. 8, 1993.

MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. *In*: FERNANDES, M. I. A. (ORG). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. Trabalho x doente mental: percepção da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 1, p. 118-128, 1999.

KANTORSKI, L. P. *et al.* A reforma psiquiátrica nas publicações da revista “Saúde em Debate” entre 1985-1995. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p 03-09, 2005.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. *In*: BUB, L. I. R. *et al.* **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

PIOVESAN, S. M. S. **Práticas educativas do enfermeiro na rede básica de saúde de Ijuí/RS**. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Pedagogia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí/RS, 2004.

STUART, G.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

VASCONCELLOS, E. M. **A Educação popular e atenção à saúde da família**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.