

Artigo Original**A educação em saúde sob a ótica de usuários e enfermeiros da Atenção Básica**

The health education from the perspective of primary care users and nurses

<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i1.7165>

Ernandes Gonlaves Dias^{1*} ORCID: 0000-0003-4126-9383, Carlos Keliton Nunes de Oliveira¹ ORCID: 0000-0002-6656-5616, Jordan Arthur Dias Lima¹ ORCID: 0000-0003-4298-2826, Maiza Barbosa Caldeira¹ ORCID: 0000-0001-5444-6372

RESUMO

Objetivo: Investigar as ações de educação em saúde realizadas pelas Estratégias de Saúde da Família da Atenção Básica de Monte Azul, Minas Gerais, sob a ótica dos usuários do serviço e profissionais enfermeiros atuantes nas equipes. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, realizado com três enfermeiros e dez usuários dos serviços. Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2019 a partir de roteiros de entrevista semiestruturados e analisados mediante a Técnica de Análise do Conteúdo. **Resultados:** Os enfermeiros atuam como protagonistas das ações de educação em saúde. Incorporam o uso de tecnologias leves e duras nas ações e consideram os contextos dos usuários. Apesar da baixa adesão, os participantes ativos conseguem se empoderar e realizar o autocuidado. Embora haja possibilidade de um entendimento quase universal de que a educação em saúde é coletiva, os espaços individuais são privilegiados em relação aos usuários com necessidades específicas. **Conclusão:** É necessário refletir o modo de processamento das ações para se evitar o privilégio de técnicas mecânicas, repetitivas e que distanciam o usuário da equipe. Como aspectos positivos há os resultados de empoderamento e ganho em autonomia para o autocuidado entre usuários participantes das ações.

Palavras-chave: Educação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermeiros; Educação de Pacientes como Assunto; Participação do Paciente.

1 Faculdade Verde Norte (Favenorte), Mato Verde, Minas Gerais, Brasil.

***Autor correspondente:** Faculdade Verde Norte (Favenorte). Av. José Alves Miranda, 500, Alto São João. Mato Verde-MG. Brasil. CEP: 39527-000.

E-mail: ernandesgdias@yahoo.com.br

Submetido em: 14.07.2020

Aceito em: 21.04.2021

ABSTRACT

Objective: To investigate the health education actions carried out by the Family Health Strategies of Primary Care in Monte Azul, Minas Gerais, from the perspective of service users and professional nurses working in the teams. **Material and Methods:** This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, carried out with three nurses and ten users of the services. Data were collected between August and September 2019 from semi-structured interview scripts and analyzed using the Content Analysis Technique. **Results:** Nurses act as protagonists in health education actions. They incorporate the use of light and hard technologies in actions and consider the contexts of users. Despite low adherence, active participants are able to empower themselves and perform self-care. Although there is a possibility of an almost universal understanding that health education is collective, individual spaces are privileged in relation to users with specific needs. **Conclusion:** It is necessary to reflect the way in which the actions are processed to avoid the privilege of mechanical, repetitive techniques that distance the user from the team. As positive aspects there are the results of empowerment, gain in autonomy for self-care among users participating in the actions.

Keywords: Health Education; Primary Health Care; Nurses; Patient Education as Topic; Patient Participation.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde sinaliza a educação em saúde como um instrumento facilitador de capacitação da comunidade, para isso os trabalhadores da saúde e usuários precisam estabelecer uma relação pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo dos usuários. Para desenvolver essas ações, os profissionais precisam conhecer as práticas educativas, considerar o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas¹.

A educação em saúde é uma ferramenta dinâmica que trata da capacitação dos usuários do serviço, na busca de melhores condições de saúde, trabalho, transformação dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; educação, emprego, renda, cultura, lazer e hábitos de vida. As ações educativas, portanto, configuram-se como um mecanismo relevante na garantia de autonomia e independência para a saúde da população².

Frente a isso, é importante a valorização e a inclusão dos conhecimentos populares na elaboração das ações em saúde, uma vez que tais ações não devem, em tese, ser verticalizadas em termos de transmissão de conhecimento^{3,4}.

Nesta perspectiva, a Atenção Básica (AB) configura-se como forma de acesso prioritária dos usuários aos serviços de saúde. Como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, o Ministério da Saúde implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006⁵. As ESF surgem então, como lugar de destaque na AB ao dispor de ações e equipes multiprofissionais, em que seus processos de trabalho firmam parceria com a comunidade e usuários inseridos no contexto ao considerar as diversidades de raça, cultura e religião e também dos aspectos sociais⁶.

Na equipe multiprofissional da AB, o enfermeiro tem o potencial de promover mudanças de paradigmas, porém muitos fatores que podem interferir negativamente em tal processo. Sua formação norteia-se em abordagens críticas e sociais ao desenvolver, enquanto enfermeiro-educador, sensibilidade em relação à realidade social e propõem ações transformadoras sob um olhar diferenciado dos demais profissionais no trabalho⁷.

As práticas educativas no cenário de trabalho dos enfermeiros assumem papel importante para o profissional e usuários ao tratar do compromisso com a formação contínua e qualidade da assistência que tem como prioridade as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do usuário ao se buscar continuamente a totalidade do cuidado⁸.

Dessa forma, os enfermeiros e a população constroem vínculos de corresponsabilidade que facilitam o conhecimento e atendimento das necessidades de saúde da sociedade⁸. Além de que, as ações educativas ao se caracterizarem como uma ferramenta capaz de solucionar ou desvelar mazelas que, mesmo intrínsecas, proporcionam compreensão por parte dos usuários, sobre seus papéis como indivíduo integrante da sociedade⁹.

A ação educativa é fundamental para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, tendo em vista que esta é ligada a toda a sua prática profissional, durante o cuidado assistencial são desenvolvidas ações educativas, as quais o profissional objetiva orientar e instrumentalizar o indivíduo sobre questões sanitárias e de higiene que promovam a manutenção da saúde¹⁰.

Partindo destes pressupostos a investigação das intervenções direcionadas ao processo de educação em saúde na AB pode indicar a potencialidade deste fenômeno no sentido de empoderar os usuários e atribuir significados às ações. Propicia-se assim, o fortalecimento da educação em saúde como estratégia de trabalho para tornar os serviços na AB mais alinhados às necessidades de cada território. Dessa forma, este estudo tem como objetivo investigar as ações de educação em saúde realizadas nas ESF do município de Monte Azul, Minas Gerais, sob a ótica dos usuários do serviço e profissionais enfermeiros atuantes nas equipes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo realizado com três enfermeiros atuantes em equipes de Saúde da Família em território exclusivamente urbano e 10 usuários dos serviços da AB, localizados no município de Monte Azul, Minas Gerais, Brasil. A escolha da zona urbana se justifica devido às condições de acesso, dos pesquisadores, às equipes e usuários na zona rural.

Foram incluídos no estudo enfermeiros com registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem, vinculados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde às equipes com área de atuação exclusivamente urbana e com experiência mínima seis meses na equipe até o período da coleta de dados; e usuários com idade igual ou superior a 18 anos; com funções cognitivas preservadas e cadastrados em área de abrangência de USF cujo enfermeiro da equipe tenha respondido à entrevista.

Excluiu-se os enfermeiros afastados do serviço por qualquer motivo e os usuários cadastrados em USF, não participante da pesquisa, da zona rural por exemplo, que eventualmente também buscam atendimento na zona urbana. Frisa-se que não houve perdas ou desistência de informantes, enfermeiros nem usuários, durante o percurso da pesquisa.

Em função da abordagem qualitativa foi utilizado como instrumento de coleta de dados dois roteiros de entrevistas semiestruturados. Voltado para o profissional, o instrumento se pautou em questões que buscaram a descrição dos métodos adotados e a percepção da educação em saúde. Para o usuário, o enredo voltou-se para investigar o modo e o significado das ações de educação em saúde e à adesão dos usuários às ações.

As entrevistas de ambos os públicos foram realizadas pelos pesquisadores no período entre agosto e setembro de 2019. Primeiramente com os enfermeiros em data e horário pré-agendados e realizada em seus respectivos consultórios na USF. Quanto aos usuários os dados foram registrados em dias alternados, em sala privativa para este fim na USF, de modo que abrangesse um público com maior variedade de condições e necessidades de saúde.

As entrevistas dos enfermeiros e dos usuários foram gravadas através do uso de um aplicativo de voz, logo após os dados foram transcritos, categorizados e analisados mediante o método de Análise do Conteúdo na perspectiva de Minayo¹¹.

Análise do Conteúdo, na perspectiva de Minayo, perpassa pela pré-análise, exploração do material e codificação, e tratamento dos dados obtidos com interpretação e produção de um texto fiel aos achados em campo.

Os enfermeiros tiveram seus nomes substituídos pela sigla “*Enf.*” seguido de um número que identifica a ordem cronológica de realização das entrevistas, já os usuários tiveram seus nomes substituídos pela palavra “*Usuário*” igualmente acompanhada de um número para indicar a ordem de realização das entrevistas.

Todos os procedimentos metodológicos acataram a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Consonante a isso, o projeto de pesquisa foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros pelo Parecer Consubstanciado n. 3.453.330. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para consentir o uso dos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com três enfermeiras com idade entre 31 e 41 anos, com dez a dezoito anos de formação. Os usuários foram dez indivíduos dos quais, oito eram mulheres com idades entre 24 e 42 anos e dois homens com idade entre 52 e 67 anos. Destes, dois possuíam ensino superior, sete possuíam o ensino médio completo e um possuía o ensino fundamental.

Profissionais envolvidos em favor da educação em saúde

Identificou-se que os profissionais que se envolvem na educação em saúde, segundo os usuários, são os enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os técnicos de enfermagem: “*As enfermeiras, técnicos, o agente de saúde*” (*Usuário 05*). Os médicos das equipes também participam das ações de educação em saúde, contudo com menor frequência: “*Tinha alguns médicos, nem tanto, mas tinha alguns*” (*Usuário 02*).

Em um estudo realizado em Aracati-CE com doze profissionais com objetivo de compreender a percepção da equipe da AB sobre as práticas de educação em saúde e o papel do enfermeiro no desempenho das atividades educativas, concluíram que a equipe multiprofissional percebe a educação em saúde como uma responsabilidade de todos os profissionais, no entanto, alguns consideram o enfermeiro como importante educador¹².

As ações de educação em saúde, segundo o relato dos profissionais, são planejadas inicialmente pelos enfermeiros e em um segundo momento compartilhadas com a equipe para distribuição dos papéis: “[...] inicialmente o planejamento é feito pela enfermagem, né, pelos enfermeiros, e em segundo momento a gente reúne a equipe, pra estar dividindo as funções, pra estar fazendo essas atividades [...]” (*Enf. 01*).

O planejamento é a base para o sucesso das ações de educação em saúde, tendo em vista que existem fatores facilitadores (eficiência da gestão municipal e da unidade de saúde, equipe multidisciplinar empenhada, interesse dos usuários pelas ações educativas e a satisfação do profissional com o trabalho) e dificultadores no planejamento (problemas relacionados à gestão municipal, equipe multiprofissional reduzida, estrutura física inadequada, recursos materiais insuficientes e usuários desinteressados), que podem servir de potencialidades ou obstáculos para a educação em saúde e a promoção da saúde¹³.

A liderança do enfermeiro na equipe de saúde confere a este profissional o protagonismo no planejamento das ações, mas é importante salientar a organização do processo de trabalho da equipe, a autonomia e independência das categorias profissionais. De algum modo o trabalho em equipe pode estar comprometido.

O exercício da liderança é uma realidade do campo de trabalho do enfermeiro em virtude da frequência em que ocupa cargos de chefia nos serviços de saúde, bem como, pela capacidade em zelar pela manutenção e organização do ambiente e de decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado do usuário, com olhar ampliado sobre o trabalho em equipe, a eficácia e custo-efetividade que é natural do profissional enfermeiro¹³.

A fragmentação no processo de planejamento das ações de educação em saúde é mais evidente em relação à participação dos profissionais dentistas, pois têm vínculo frágil com os membros da equipe: *“Todos os membros da equipe, com exceção do dentista, que ainda não tem um vínculo com a equipe como deveria ser [...]”* (Enf. 02).

Mediante essa realidade, ressalta-se a primordialidade da valorização das ações de educação em saúde e da compreensão da importância de cada categoria profissional nessas práticas, que devem assumir a responsabilidade de uma atuação embasada além do componente clínico¹⁴. Além disso, é essencial a implantação de uma cultura organizativa que promova tais atividades, recursos financeiros suficientes e, sobretudo, valorização pelos gestores¹⁵, por meio de um reordenamento do processo de trabalho das ESF¹⁶.

Em relação à participação nas ações de educação em saúde na AB, destaca-se que esta modalidade se constrói coletivamente, com base no trabalho multidisciplinar e intersetorial que objetiva um cuidado integral e humanizado, em que se busca orientar o processo de emancipação do indivíduo. Assim, deve ser acolhida como uma estratégia rotineira, contínua, ampliada e que envolva o maior número de profissionais possíveis^{17,18}.

O ACS surge no relato dos enfermeiros como um profissional estratégico para a divulgação das ações de educação em saúde através do uso de convite elaborado como ferramenta de disseminação da informação aos usuários, assim como para a organização do espaço físico de execução da ação planejada: *“[...] os Agentes Comunitários de Saúde, eles estão envolvidos com a ornamentação e o convite para as pessoas participarem [...]”* (Enf. 03).

A divulgação realizada pelo ACS acontece durante a visita domiciliar: *“[...] geralmente o agente do bairro, no passar, sabe sobre a reunião que vai ter e eles convida a gente [...]”* (Usuário 02). Além de divulgar as ações de educação em saúde o ACS também aparece como agente educador no território: *“[...] a ACS foi em casa, me orientou, me ajudou muito”* (Usuário 08).

O ACS é um profissional que atua exclusivamente na AB e seu trabalho como agente educador sinaliza uma intencionalidade de mudança de um modelo biomédico, focado na doença, para uma estratégia centrada na criação do vínculo, continuidade da assistência, promoção da saúde e prevenção de agravos¹⁹.

O elo que se estabelece entre usuário e o ACS é importante para a concretização da ESF, pois é através das demandas dos usuários observadas no território pelo ACS que as ações de saúde são planejadas pela equipe. Os ACS agem como interlocutores e, em grande parte das vezes, interpretam para a equipe as necessidades dos usuários, com isso criam possibilidade de estabelecer vínculo com as famílias sob sua responsabilidade²⁰.

A comunicação efetiva se configura como uma potência para integração entre os profissionais da equipe, trabalho multiprofissional e a execução da educação em saúde: *“[...] a gente tem um diálogo bem bacana, bem facilitado e inclusive o médico, [...] tem todo um envolvimento da equipe multiprofissional”* (Enf. 01).

A comunicação ativa em Enfermagem apresenta faces teóricas consoantes aos pressupostos da Teoria do Agir Comunicativo, de Jürgen Habermas, onde ela é entrelaçada com o agir comunicativo, uma vez que essa ação necessita do entendimento mútuo, cooperação dos atores para um produto comum, a educação em saúde, por exemplo, necessita de compreensão dos contextos individuais e posicionamento do receptor frente ao ato da fala²¹.

Além do que, a comunicação efetiva e o trabalho da equipe multiprofissional são compreendidos como determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. Contudo, as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos da assistência²².

O processamento e as estratégias de educação em saúde

As ações de educação em saúde demonstram ser programadas, ao se considerar grupos de trabalho em específico. Apareceu no relato dos usuários ações focadas em grupos de gestantes e de diabéticos com abordagem a temas a fins a estes públicos.

“[...] São reuniões explicando sobre a gestação, os períodos da amamentação os cuidados com o RN [recém-nascido] [...]” (Usuário 01).

“[...] Eles me convidaram para participar porque, como eu sou pré-diabético, eu uso todos os remédios necessários para quem é diabético [...]” (Usuário 02).

As equipes de saúde da AB possuem como importante desafio o desenvolvimento de um processo de trabalho que se baseie no planejamento de ações. Com a implementação da ESF no Brasil obteve-se uma perspectiva de reorganização do acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para direcionar as demandas da população de acordo suas necessidades²³.

A programação de atividades para atender a um determinado grupo de usuários pode ser uma boa prática de cuidado por trabalhar a prevenção de agravos e a promoção da saúde pautada em assuntos de interesse de um grupo de indivíduos, uma vez que ao suprir estas necessidades há a possibilidade de reduzir as intercorrências²⁴.

Conforme relatos dos profissionais, os temas a serem trabalhados nas ações de educação em saúde, no período de cada mês, são indicados pela coordenação da AB e parece limitados a essa indicação: *“[...] a gente tem uma demanda que vem da própria gestão, coordenação da atenção básica, ela repassa pra gente algumas ações de educação em saúde que devem ser trabalhadas naquele mês [...]” (Enf. 02).*

A limitação das ações de educação em saúde aos temas indicados pela coordenação da AB, apesar de ser o cumprimento de uma demanda de ações, pode, ao mesmo tempo, desconsiderar necessidades de ações de educação em saúde, visto a atuação das equipes se dá em contextos e cenários diferentes, onde os usuários podem ter diferentes necessidades.

Nesse sentido, educar em saúde deve abranger os sujeitos, o espaço físico e a cultura, mas também precede de planejamento com apoio da gestão para que se concretize nas comunidades²⁵.

A principal estratégia de execução da educação em saúde utilizada pelos enfermeiros se dá em torno do uso de tecnologias leves, pela explanação das ideias e a construção de diálogos em palestras, roda de conversa, grupos operativos, apoiadas em alguns momentos, pelo uso de tecnologias duras como retroprojetores.

“As ações que a gente executa com os usuários é roda de conversa, palestras, educação continuada, grupos operativos. [...] no caso do médico, às vezes coloca uma projeção ou mesma fala direto, sempre perguntado os participantes se eles estão entendendo [...]” (Enf. 03).

A relevância do uso de tecnologias leves é caracterizada pela constituição de relações para implementação do cuidado, vínculo, gestão de serviços e acolhimento, ao passo que as tecnologias duras estão relacionadas à utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos para prestação do cuidado, ao passo que estas se apresentam como uma relação de interdependência e não como substitutivas entre si²⁶.

As tecnologias leves são avaliadas como atributos da relação humana do cuidado, reconhecidas na área da enfermagem como o conjunto de relações que resumem o cuidar em si, cuja relação entre o profissional e o usuário acontece de forma direta, com conexão interpessoal, isto é, troca de aprendizado entre os envolvidos. Assim, o acolhimento e a relação/interação são marcos definidores dessa tecnologia²⁷.

A tecnologia dura é exemplificada pelo uso de alta tecnologia, como bombas de infusão, ventiladores mecânicos e demais maquinários que demandam maior suporte tecnológico²⁸. Além disso, também se classificam como tecnologia dura os softwares e vídeos²⁹.

Os usuários relatam que as ações de educação em saúde se processam em formato de reuniões e palestras, momento em que as orientações de saúde são disseminadas coletivamente.

“Foi reunião, tipo assim eram uma reunião que eles convidou bastante gente, devia ter assim umas vinte e cinco” (Usuário 02).

“Reúne as pessoas da palestra aí ensina como que é, como que não é” (Usuário 03).

A escolha da estratégia educacional é essencial para atender as necessidades da comunidade³⁰. A abordagem da educação em saúde no formato de reuniões possibilita o uso de técnicas e ações adaptadas no sentido de melhorar a qualidade de vida do público alvo e complementa a assistência. Ações educativas dessa modalidade são relevantes para esclarecer dúvidas e contribuem para potencializar o conhecimento de aspectos que envolvem o cuidado com a saúde³¹.

No entanto, a ausência de preparo pedagógico para realizar ações educativas é um fator que contribui substancialmente na qualidade das práticas educativas. O uso reiterado de métodos, como as palestras, é limitado tendo em vista que sempre precisam falar de um mesmo assunto para um mesmo público, isso se torna cansativo tanto para os profissionais quanto para os usuários³⁰.

Dessa forma, é importante adoção de métodos de educação em saúde com participação conjunta dos educadores e educandos na perspectiva de se resolver algum problema por meio do diálogo e exposição de ideias. Contudo, nessa relação, não deve haver posições de hierarquia, todos são sujeitos do ensino e do aprendizado, devem levar em consideração os saberes e conhecimentos da população, pois, mesmo sem dispor do conhecimento científico, esses não podem ser deslegitimados pelos profissionais da saúde³².

O uso de estratégias adequadas favorecem aos usuários receberem informações oportunas para o enfrentamento de suas condições de saúde, assim é necessário a inclusão de temas universais e relevantes, que implicam em reorientação das práticas de cuidado para que a educação em saúde realmente promova a saúde da população e não se restrinja somente a situações pontuais²⁰.

As ações educativas ao serem planejadas com métodos construtivistas, pelo uso de técnicas participativas e recursos audiovisuais colaboram para a reflexão e a assimilação dos temas propostos³³. Essas ações requerem o uso de materiais didáticos tais como a apresentações com uso de projetores de imagens, com já mencionado, uso de panfletos e registros em listas de presença.

“Foi feita uma palestra, passou telão, passou uma lista de assinaturas” (Usuário 08).

“[...] Através de panfletos [...]” (Usuário 09).

A execução de palestras ou rodas de conversas para orientar e esclarecer dúvidas sobre condições de saúde, assim como para favorecer a integração entre usuários e a equipe são métodos amplamente associados à educação em saúde. O emprego de materiais didáticos é fundamental para o sucesso das ações educativas, assim como as atividades como simulações, dramatizações e atividades físicas também se caracterizam como recursos para a educação em saúde³⁴.

Reforça-se o uso regular de tecnologias duras em favor do usuário na execução das ações de educação em saúde. No entanto, o modo de processamento das mesmas remete ao método tradicional de educação popular. Os usuários parecem passivos em relação à busca de ações coletivas de educação em saúde, participam destes momentos quando são efetivamente convidados.

“Eu participei, só nas que eu fui convidada” (Usuário 05).

“Só quando convidam ou quando eu estou aqui já no posto e eles fazem” (Usuário 04).

O método tradicional de educação em saúde, ainda está fortemente presente nas ações educativas na AB. Essa prática é contrária a um modelo mais amplo que aborda o indivíduo como um todo e objetiva a formação da consciência crítica da população em relação ao seu estado de saúde-doença na esperança de proporcionar mudanças duradouras nos comportamentos considerados inadequados³⁵.

Em relação à passividade dos usuários, reitera-se que, para que a participação do usuário deixe de ser passiva, é de suma importância que a prática educativa seja construída e reformulada coletivamente, que haja a valorização do saber popular aliada ao saber técnico-científico, além da discussão de ideias e debates, e que estas não se configurem meramente como uma exposição e expressões de opiniões como no método tradicional³⁶.

Os espaços de atendimentos individuais também são empregados para a efetivação da educação em saúde. Isso denota características de uma assistência integral e um cuidado individualizado: “[...] a educação em saúde, a gente não faz somente em momentos de palestras em grupos, mas durante o atendimento a gente coloca em prática também, através das orientações. [...]” (Enf. 02).

No acolhimento individualizado e durante os atendimentos o enfermeiro detém de um espaço privilegiado para a realização da educação em saúde, visto que ela não é ocorre somente de maneira coletiva. Na consulta, o enfermeiro tem a oportunidade de lançar mão do conhecimento científico adquirido em sua formação, em que articulados de maneira cuidadosa pelo profissional, fazem com que sejam identificadas além das alterações biológicas, necessidades de outros planos³⁷.

A adesão, estratégias de enfrentamento e o papel transformador da educação em saúde

Os enfermeiros percebem baixa adesão dos usuários às ações coletivas de educação em saúde realizadas na USF: “[...] os usuários poderiam aderir mais, porque são temas que são importantes [...]” (Enf. 01). Contudo, creditam à educação em saúde uma contribuição positiva para a autonomia dos usuários que pode ter reflexo em melhoria na qualidade de vida dos usuários adeptos às ações:

“Ela contribui e influencia positivamente, porque como eu disse, através dela que os usuários eles vão é melhorar, adquirir mais autonomia, melhorar os seus hábitos de vida pra hábitos mais saudáveis através das orientações que agente repassa aqui na unidade” (Enf. 02).

A baixa adesão da população às ações educativas é possivelmente evidenciada pelos diversos obstáculos enfrentados pelos profissionais na execução da educação em saúde. Esse contexto dificulta as possibilidades de encontro entre os atores alvo do processo e os profissionais, assim como ao alcance dos objetivos desta atividade³⁸. Pode-se relacionar diretamente o interesse e a adesão dos usuários aos métodos utilizados pelos profissionais nas ações educativas, pois o uso de estratégias inadequadas pode desenvolver desinteresse e baixa adesão às ações¹³.

Como estratégia para aprimorar a adesão e ampliar o acesso dos usuários às ações coletivas de educação em saúde os profissionais buscam realizá-las considerando as necessidades dos sujeitos. A adaptação do horário de acordo à demanda do público alvo, integração das ações a grupos específicos já estabelecidos por meio de parceria com outros profissionais, deslocamento aos espaços ocupados por parcelas específicas de usuários que são alvos de determinadas ações, mas que têm baixa procura pela USF são algumas delas.

“[...] a gente sempre procura fazer em horário estratégico, final da tarde, o sol é mais fresco, principalmente para as mulheres que tem os afazeres domésticos. [...] a gente procura também aproveitar os grupos de caminhada que são do NASF, aí a gente consegue uma adesão em função disso [...]” (Enf. 01).

“[...] a gente tem dificuldade de adesão de adolescentes, a frequência deles na unidade ela é muito pequena, até para a gente fazer um grupo com os adolescentes dentro da unidade é mais difícil, então aí a gente tem que se deslocar as escola [...]” (Enf. 03).

Os enfermeiros ao empenharem-se na criação de modelos fundamentados na ciência social e comportamental para fortalecer a adesão dos usuários a comportamentos saudáveis reduzem a busca dos usuários pelos serviços de saúde para tratar intercorrências³⁹. Nesse sentido, a educação em saúde é um instrumento capaz de promover a qualidade de vida da comunidade, que atrelada ao conhecimento científico e popular realiza assistência fundamentada nas necessidades da comunidade²⁰.

Apesar de observarem baixa adesão às ações de educação em saúde, os profissionais percebem que entre os adeptos às ações há ganho em autonomia e empoderamento que reflete em melhoria na aceitação e mudança no estilo de vida em prol da adoção de hábitos de vida mais saudáveis e da manutenção da saúde: *“Os usuários ficam mais entendidos, então, depois que eles entendem, eles aderem mais as políticas que são promovidas aqui [...]”* (Enf. 01).

De fato, as ações de educação em saúde processadas em favor dos usuários colaboram para torná-los mais conscientes em relação a seus direitos e representa uma possibilidade para adquirir conhecimentos e esclarecer dúvidas.

“[...] deixa a gente mais a par do direito, e a gente ir atrás do que o SUS nos oferece de tratamento né” (Usuário 07).

“Porque eles explicam melhor o que a gente não tem entendimento, tira dúvida” (Usuário 04).

Para haver ganho efetivo de autonomia a participação popular na educação em saúde deve estar baseada em diálogo, o que propicia formação de novos conhecimentos e com a prática educacional promove-se o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade por parte do usuário⁴⁰.

O conhecimento adquirido nas ações de educação em saúde demonstra influência no estilo de vida dos usuários, tal como na adoção de hábitos alimentares saudáveis e influi na avaliação positiva das ações de educação em saúde realizadas face às contribuições e impacto que elas causam em suas vidas.

“[...] ajuda a resolver meus problemas o quê que é, o quê que come, ou o que não come [...]” (Usuário 06).

“[...] é muito bom, é muito importante porque a pessoa que é diabético ou pré-diabético tem que saber o risco que corre tem de cuidar da saúde [...]” (Usuário 02).

“[...] pra mim ajuda muita coisa, porque informa e ensina como que pode cuidar, como que é a realidade [...]” (Usuário 03).

Um estudo realizado no município de Cabo Frio-RJ, com vinte e cinco internos em uma comunidade terapêutica filantrópica para homens, com objetivo de relatar a abordagem utilizada nas práticas educativas na área da saúde realizadas no local, concluíram que as ações de educação em saúde podem contribuir positivamente para mudança de estilo de vida dos usuários, no sentido de proporcionar-lhes maior autocuidado com a saúde, além do que, por conseguinte o exercício ativo de sua cidadania⁴¹.

Apesar da avaliação positiva em relação às ações de educação em saúde, há usuários que demonstram que, se as ações fossem de maior abrangência, mais pessoas poderiam ter acesso às orientações de cuidado com a saúde: *“[...] muito bom, se tivesse mais, muita gente cuidaria da saúde, porque não é todo mundo que sabe né, que tem e que existe [...]”* (Usuário 03).

A educação em saúde tem sua importância reconhecida no sentido de desempenhar mudanças, tanto no plano conceitual como no das práticas, fruto das transformações por quais passam a humanidade em termos políticos, econômicos e sociais⁴². Por meio da educação em saúde é possível disseminar conteúdo para promoção da saúde, mas, sobretudo fomentar a democratização e qualificação do acesso às ações de saúde por meio de uma aprendizagem significativa, diálogo e escuta das necessidades dos usuários⁴³.

Posto a importância da educação em saúde na AB ela é considerada como um pilar que norteia as ações na USF: *“[...] extremamente importante né, a educação em saúde é o pilar da atenção básica né, da saúde pública e da atenção primária [...]”* (Enf. 02).

A educação em saúde como pilar da AB está articulada à prevenção de agravos e promoção da saúde. Ela se concretiza por meio da construção e reconstrução do conhecimento a fim de possibilitar o desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável, reafirmar a cidadania da população e assegura o desenvolvimento de uma autonomia para que o sujeito se torne ativo no processo saúde-doença e cuidado⁴⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral a equipe de saúde se envolve nas *ações de educação em saúde*, *entretanto*, os enfermeiros são protagonistas no planejamento e execução das ações que se processam em torno de recomendações de gestores. Sobre isso, *há de se avaliar* o risco em desconsiderar os contextos sociais onde os usuários estão inseridos, visto que pode dificultar a transversalidade da educação em saúde e a democratização do acesso às ações.

Os ACS despontam como uma potência para estimular a participação dos usuários nas ações educativas e são referências para os usuários, portanto, podem ser uma via para torná-los menos passivos em relação a busca da educação em saúde.

No entanto, é necessário refletir o modo de processamento das ações para se evitar o privilégio de técnicas mecânicas, repetitivas e que distanciam o usuário da equipe. O uso reiterado de estratégias pode, em determinadas circunstâncias, explicar a baixa adesão dos usuários às ações realizadas, no entanto há como aspecto positivo os resultados de empoderamento, ganho em autonomia para o autocuidado entre usuários participantes das ações.

Nota-se haver um entendimento, por parte dos profissionais, quase que universal de que a educação em saúde é um fenômeno coletivo, a partir desta evidência é importante verificar o entendimento dos profissionais acerca da educação em saúde a fim de ampliar o escopo das práticas.

Os resultados apontam para necessidade de um trabalho coletivo em todas as etapas da educação em saúde e mudança nos métodos e realização da educação em saúde para serem mais atrativas aos olhos dos usuários. No entanto, o estudo tem como limitações a quantidade de participantes, enfermeiros e usuários, assim como o foco no profissional enfermeiro, entre os membros da equipe. Isto porque, outros profissionais da equipe, diretamente envolvidos com a prestação de cuidados na AB não foram entrevistados.

Contribuições

EGD: Contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na análise e interpretação dos dados assim como na redação e revisão crítica, e aprovação final da versão publicada.

CKNO: Contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados assim como na redação e revisão crítica, e aprovação final da versão publicada.

JADL: Contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados assim como na redação e revisão crítica, e aprovação final da versão publicada.

MBC: Contribuiu substancialmente no planejamento do estudo; na interpretação dos dados assim como na revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Conflito de Interesse

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p.

2. Santili PGJ, Tonhom SFR, Marin MJS. Educação em Saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes das estratégias saúde da família. *Rev. Bras. Prom. Saúde*, 2016; 29(supl.): 102-110. [acesso em 09 abr. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p102>.
3. Cruz PJSC. (org.) Educação Popular em Saúde: desafios atuais. – 1 ed. – São Paulo : Hucitec, 2018, 331p.
4. Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda SA. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Trab. Educ. Saúde*, 2014; 12(2): 363-378. [acesso em 02 jul. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200009>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de set. de 2017. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). – Brasília: Gabinete do Ministro, 2017.
6. Negreiros RV, Camêlo ES, Sabino TC, Santos MS, Aguiar DC. Importância do programa hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (USF). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2016; 14(2): 403-411. [acesso em: 09 abr. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2695>.
7. Silva JP, Gonçalves MFC, Andrade LS, Monteiro EMLM, Silva MAI. Health promotion in primary education: perceptions of bachelor's degree with a teaching diploma in nursing students. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2018; 39: e2017-0237. [acesso em 05 abr. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0237>.
8. Ferreira AP, Dantas JC, Souza FMLC, Rodrigues IDCV, Davim RMB, Silva RAR. The educator nurse in the immediate puerperium in joint accommodation from the Peplau's perspective. *Rev. Eletr. Enf.*, 2018; 20: v20a08. [acesso em 05 mar. 2019]. Disponível em: <http://doi.org/10.5216/ree.v20.45470>.
9. Correa Júnior AJS, Souza TCF, Sousa YM, Polaro SHI, Santana ME, Silva SED, et al. Popular education in health, critical thinking and the seven type of knowledge. *Rev. Enferm UFPE online*, 2018; 12(2): 537-45. [acesso em 20 abr. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a231062p537-545-2018>.
10. Hermida PMV, Marçal CCB, Ebsen ES, Heidemann ITSB, Meirelles BHS. Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2016; 30(2): 1-12. [acesso em 09 set. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15726>.
11. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, etapas e confiabilidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 2013; 17(3): 621-626. [acesso em 28 mar. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
12. Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, Melo K, et al. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019; 72(Suppl. 1): 266-73. [acesso em 30 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>.
13. Pinto CJM, Assis VG, Pecci RN. Education in primary care units: difficulties and facilities. *Rev enferm UFPE on line.*, 2019; 13(5): 1429-36. [acesso em 10 out. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a237759p1429-1428-2019>.
14. Kleba ME, Colliselli L, Dutra AT, Müller ES. Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. *Interface (Botucatu) [online]*., 2016; 20(56): 217-226. [acesso em 12 out. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0339>.
15. Maijala V, Tossavainen K, Turunen, H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. *Applied Nursing Research*, 2016; 30: 45-51. [acesso em 12 out. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.002>.
16. Teixeira MS, Goldman RE, Gonçalves VCS, Gutiérrez MGR, Figueiredo EN. Primary care nurses' role in the control of breast cancer. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1): 1-7. [acesso em 15 out. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700002>.
17. Jesus SJA. O papel da educação em saúde frente às implicações da atenção básica: do profissional a comunidade. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 2015; 3(1): 1-9.

18. Maciel MS, Coelho MO, Marques LARV, Rodrigues Neto EM, Lotif MAL, Ponte ED. Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio a saúde da Família-NASF. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 2015; 41(1): 117-122. [acesso em 11 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583413283>.
19. David HMSL. O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. *J. res.: fundam. Care. online.*, 2017; 9(2): 371-378. [acesso em 11 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.371-378>.
20. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate*, 2018; 42(n. esp. 1): 261-274. [acesso em 12 out. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>.
21. Alves KYSA, Bezerril MS, Salvador PTCO, Feijão AR, Santos VEP. Effective communication in nursing in the light of Jürgen Habermas. *REME rev. min. enferm.*, 2018; 22: e-1147. [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180078>.
22. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. *Texto Contexto Enferm.*, 2016; 25(3): e3600015. [acesso em 12 out. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>.
23. Velloso AF, Varanda MP. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. *Cad. Saúde Colet.*, 2017; 25(1): 73-82. [acesso em 12 out. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010099>.
24. Dias EG, Mishima SM. Percepção do Enfermeiro acerca das circunstâncias de procura de idosos portadores de hipertensão pela Atenção Básica. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2021; 9(2): 1-9. [acesso em 20 dez. 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i2.7000>.
25. Andrade ACV, Schwalm MT, Ceretta LB, Dagostin VS, Soratto MT. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde, O Mundo da Saúde*, 2013; 37(4): 439-449.
26. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 2002.
27. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, 2008; 12(2): 291-8.
28. Tavares KFA. Hard technology in the intensive care unit and the subjectivity of nursing workers. *J res.: fundam care online.*, 2013; 5(4): 681-9.
29. Joventino ES, Dodt RCM, Araújo TL, Cardoso MVLML, Silva VMS, Zimenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2011; 32(1): 176-84. [acesso em 09 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100023>.
30. Ramos CFV, Araruna RC, Lima CMF, Santana CLAS, Tanaka LH. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 2018; 71(3): 1144-51. [acesso em 10 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>.
31. Lima VKS, Hollanda GSE, Oliveira BMM, Oliveira IG, Santos LVF, Carvalho CML. Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 2019; 11(4): 968-975.
32. Leite MMJ, Prado C, Peres HHC. Educação em Saúde: desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul, SP, Difusão, 2010, 87p.
33. Mendes NC, Rossoni E, Silva AH. A atuação do enfermeiro em ações educativas com pré-escolares e escolares na atenção básica. *SALUSVITA*, 2019; 38(1): 225-238.
34. Azevedo PRA, Sousa MM, Souza NF, Oliveira SHS. Health education shares in the context of chronic diseases: integrative review. *J. res.: fundam. Care. online.*, 2018; 10(1): 260-267. [acesso em 30 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.260-267>.

35. Ceccon RF, Oliveira KM, Rossetto MS, Germani ARM. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2011; 32(1): 56-62.
36. Brito PP, Costa MP. Forma de participação dos usuários nas práticas educativas de uma equipe de saúde da família como meio de transformação. *Rev. Escol Superior de Ciências das Saúde do DF.*, 2015; 18(4): 463-469.
37. Fernandes JH, Maia LFS, Dell'Amo MSS, Santos MB, Silva PS, Nascimento SS, et al. Consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde e as práticas educativas no pré-natal. *Revista Recien.*, 2015; 5(15): 37-42. [acesso em 12 nov. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2015.5.15.37-42>.
38. Marin MJS, Moracvick MYAD, Rodrigues LCR, Santos SC, Santana FHS, Amorin DMR. Knowing the reasons for nonadherence to health educational actions. *REME rev min enferm.*, 2014; 17(3): 500-4.
39. Zanetti ML. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2015; 23(5): 779-80. [acesso em 11 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2614>.
40. Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface comum. saúde educ.*, 2014; 18(suppl.2): 1389-1400. [acesso em 14 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0357>.
41. Siqueira KS. Educação em saúde em comunidade Terapêutica para abuso de substâncias químicas: relato de experiência. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.*, 2019; 27(3): 22-26.
42. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MTS, Vieira MA. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab. educ. saúde [online]*, 2014; 12(2): 253-272. [acesso em 22 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200003>.
43. Figueiredo R, Greger S, Donato A. Editorial. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*, 2017; 18(2).
44. Grazinelli MF, Souza V, Fonseca RMGS, Fernandes MM, Carneiro ACLL, Godinho LK. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. *Rev Esc Enferm USP*, 2015; 49(2.): 284-291. [acesso em 11 nov. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200014>.