



EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

HEALTH EDUCATION UNDER PERSPECTIVE OF FAMILY HEALTH TEAMS USERS EDUCACIÓN EN SALUD BAJO LA PERSPECTIVA DE USUARIO EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR

Tatiana Almeida Couto¹, Flavia Pedro dos Anjos Santos², Vanda Palmarella Rodrigues³, Alba Benemérita Alves Vilela⁴, Juliana Costa Machado⁵, Andreia Souza de Jesus⁶

RESUMO

Objetivo: analisar as ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) sob a ótica dos usuários. **Método:** estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A produção de dados foi realizada em 2012, por meio de entrevista semiestruturada com 20 usuários cadastrados nas equipes da ESF de um município do interior baiano. Os dados foram organizados com base na técnica de Análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** os usuários demonstraram desconhecimento das ações de educação em saúde realizadas pelas equipes da ESF; explicitaram ser imprescindível a realização de ações educativas direcionadas às suas demandas de saúde e referiram que não participam proativamente das ações educativas. **Conclusão:** ressaltamos a necessidade da realização de ações de educação em saúde na perspectiva do cuidado integral. **Descritores:** Educação em Saúde; Saúde da Família; Compreensão; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the health education activities carried out by the professionals of the Family Health Strategy (FHS) from the perspective of users. **Method:** a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. The production data was held in 2012 through semi-structured interviews with 20 registered users in the FHS teams in a city of Bahia interior. Data were organized based on the analysis of technical content, thematic modality. **Results:** users have shown lack of health education activities carried out by the teams of the FHS; made explicit is essential to carry out educational activities directed to their health demands and said it does not participate proactively educational activities. **Conclusion:** there is the need to carry out health education activities in the perspective of comprehensive care. **Descriptors:** Health Education; Family Health; Understanding; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las actividades de educación sanitaria llevadas a cabo por los profesionales de la Salud de la Familia (ESF) desde la perspectiva de los usuarios. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo. Los datos de producción se llevó a cabo en el año 2012 a través de entrevistas semiestructuradas con 20 usuarios registrados en los equipos de la ESF en una ciudad de Bahía interior. Los datos fueron organizados en base al análisis de contenido técnico, modalidad temática. **Resultados:** los usuarios han mostrado falta de actividades de educación sanitaria llevadas a cabo por los equipos de la ESF; explicitado es esencial para llevar a cabo actividades educativas dirigidas a sus demandas de salud y dijo que no participa de forma proactiva las actividades educativas. **Conclusión:** hacemos hincapié en la necesidad de llevar a cabo actividades de educación sanitaria en la perspectiva de atención integral. **Descritores:** Educación para la salud; Salud de la Familia; Comprensión; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem e Saúde, Município de Amargosa. Amargosa (BA), Brasil. Email: tatiana_almeidacouto@hotmail.com;

²Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem e Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB - Campus de Jequié. Jequié (BA), Brasil. Email: fpasantos@uesb.edu.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB - Campus de Jequié. Jequié (BA), Brasil. Email: vprodrigues@uesb.edu.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB - Campus de Jequié. Jequié (BA), Brasil. Email: albavilela@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem e Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB - Campus de Jequié. Jequié (BA), Brasil. Email: julicmachado@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB - Campus de Jequié. Jequié (BA), Brasil. Email: andreiasouza@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A trajetória histórica da educação em saúde tem se construído a partir do desenvolvimento do campo da saúde coletiva como prática de saúde na Medicina Social, na Saúde Pública, na Medicina Preventiva e, atualmente, está referendada na proposta da promoção da saúde no contexto internacional e nacional.¹

No Brasil, por várias décadas, a educação em saúde se restringiu ao ensino de hábitos de higiene para controlar e prevenir doenças, como uma prática normalizadora. Entretanto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu a educação em saúde como um conjunto de práticas com potencial para estimular a autonomia das pessoas, a partir da incorporação de ações educativas no cotidiano dos serviços de saúde.²⁻³

Em 1994, foi instituído o Programa Saúde da Família, que posteriormente passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) e trouxe consigo entre as atribuições comuns a todos profissionais da equipe a realização de ações de educação em saúde à população adstrita valorizando a participação dos usuários e profissionais de saúde envolvidos no processo.⁴

Considerando as particularidades da ESF, a educação em saúde é uma das ações imprescindíveis no processo de trabalho das equipes de saúde tendo como finalidade compartilhar saberes entre profissionais de saúde e usuários, de modo que estes possam ser estimulados a tomar consciência crítica de si e do mundo.

A educação em saúde como instrumento para a emancipação dos sujeitos deve envolver em suas práticas elementos pedagógicos como o diálogo e a participação, que se estabelecem a partir da relação entre os profissionais de saúde e usuários. Nesse sentido, a educação em saúde poderá impulsionar a autonomia e a participação ativa dos sujeitos, considerando que seu principal objetivo é a transformação social bem como a consolidação das diretrizes do SUS.⁵⁻⁶

No contexto da promoção da saúde, urge a necessidade de considerar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no desenvolvimento das ações educativas na perspectiva de explicar a determinação social do processo saúde-doença, a partir do retrato das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.⁷

Requer ainda o conhecimento das necessidades de saúde, expressas por doenças, carências, riscos, vulnerabilidades e

projetos ou ideais de saúde passíveis de serem supridos pela articulação intersetorial e, também das necessidades de serviços de saúde atendidas pela utilização de serviços no sistema de saúde. Ademais, o desenvolvimento das habilidades sociais e da linguagem, possibilitam que estas necessidades sejam expressas em termos de demanda ou pedido, individual ou coletivo.⁷

A demanda bem como o direito à saúde expressam as concepções renovadoras de sentidos e vozes das pessoas inseridas em um contexto social e histórico, sendo socialmente construída e relacionada ao perfil do serviço de saúde, às relações entre profissionais e usuários e à forma de se produzir o cuidado.^{8,2} Nessa perspectiva, o cuidado integral requer uma reflexão crítica sobre as características dos processos desenvolvidos nos serviços de saúde, considerando que a fragmentação nas práticas dos profissionais e no modo de organizar suas ações, podem gerar fragilidade na identificação das demandas dos usuários e conseqüentemente nas formas de atender essas demandas.⁸

A lacuna do conhecimento sobre a educação em saúde também está relacionada com a valorização das demandas de saúde dos usuários, flexibilidade de horários, temáticas sugeridas por estes e o uso da pedagogia problematizadora, de modo que a produção de conhecimento em relação às estratégias educativas incentive a participação dos usuários e possíveis mudanças de seu comportamento de forma livre e consciente.⁹ Para tanto, é necessário que as ações de educação em saúde não se limitem ao repasse de informações, mas que possibilitem mudanças significativas na forma como a pessoa se insere no processo de cuidar de sua saúde como sujeito capaz de produzir transformações que impulsionem o exercício da cidadania.

Acredita-se que o estudo apresenta relevância ao suscitar reflexões sobre as ações de educação em saúde realizadas pelas equipes da ESF, a partir do entendimento de usuários, bem como impulsionar o (re)direcionamento das práticas dos profissionais de saúde de modo a vislumbrar a corresponsabilização do usuário no cuidado à sua saúde.

Neste estudo, o termo usuário é utilizado para se referir às pessoas que usufruem dos serviços ofertados pelo sistema de saúde, tanto da unidade básica de saúde como do hospital, considerando que utilizar o sistema de saúde se constitui em direito da população e dever do Estado.¹⁰

O estudo tem como objetivo analisar as ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família sob a ótica dos usuários.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 20 usuários de Unidades de Saúde da Família (USF), de um município do interior baiano. Para a seleção das USF foram estabelecidos os critérios de inclusão: equipe mínima completa, segundo os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; equipes com 80% a 100% das famílias cadastradas e acompanhadas; USF com duas equipes; equipes nas quais não estavam sendo desenvolvido o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) do Ministério da Saúde, considerando que em geral, as equipes executoras deste programa realizam atividades educativas.

Os participantes do estudo foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: usuários maiores de 18 anos, cadastrados e acompanhados pela equipe da ESF pelo tempo mínimo de seis meses. Ressalta-se que a amostra representativa do estudo foi obtida a partir do critério de saturação que permitiu o aprofundamento e a amplitude da compreensão do fenômeno estudado.

O perfil dos participantes caracterizou-se por pessoas na faixa etária entre 19 e 64 anos, sendo 19 do sexo feminino e um do sexo masculino, com escolaridade que variou do ensino fundamental incompleto ao ensino superior. A maioria exercia a profissão/ocupação do lar e os demais, motorista, doméstica, secretária, funcionária pública e autônoma. No que se refere ao tempo de residência na área de abrangência da USF foi de oito meses a 32 anos, com tempo de cadastramento de seis meses a 11 anos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em local privativo nas USF, no período de abril a maio de 2012. A análise foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Concomitantemente à coleta dos dados, foi iniciada a pré-análise que consistiu na primeira etapa da análise, procedendo-se a escolha dos documentos que seriam analisados com base nos objetivos propostos, contemplando a transcrição das 20 entrevistas. Posteriormente, foi realizada a leitura flutuante do material coletado para a constituição do *corpus* visando à sua organização.¹¹

Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material empírico com operações de codificação dos dados, estabelecendo das unidades de registro, com a finalidade de descobrir os núcleos de sentido inerentes às falas que apareciam com frequência.¹¹

Na terceira etapa, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, no intuito de torná-los significativos e válidos. Em seguida, passou-se à categorização na perspectiva de possibilitar uma representação simplificada dos dados brutos¹¹, e assim emergiram duas categorias: ações de educação em saúde: lacunas no contexto da saúde da família e participação nas ações educativas: compartilhamento de saberes?

Os informantes foram identificados no texto por um número que correspondeu à ordem crescente de realização das entrevistas, ou seja, entrevista nº 1, leia-se, E1, e assim sucessivamente.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e aprovada pelo parecer sob nº 7.765 de 20 de março de 2012, CAAE: nº 01275812.2.0000.0055 e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cumprindo todos os requisitos éticos exigidos pela Portaria 466 de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria 1 - Ações de educação em saúde: lacunas no contexto da saúde da família

As práticas de educação em saúde permitem o empoderamento do sujeito para seu autocuidado, como estratégia para a tomada de decisão com consciência crítica, mediante a valorização do contexto social, cultural e econômico no qual está inserido, é possível um diálogo embasado e planejado para as particularidades apresentadas,¹² contudo, o estudo, mostrou desconhecimento dos usuários sobre as ações de educação em saúde:

[...] não, nunca ouvi falar [...]. (E6)

[...] Eu não entendo [...] venho mais quando é para consulta médica [...] acho que não venho porque não dou importância. Não tenho noção da importância que tem [...]. (E13)

A partir dos relatos destaca-se que o desconhecimento sobre as ações de educação em saúde na ESF, pode gerar dificuldades para a compreensão sobre a importância destas ações. Tal achado confirma a posição encontrada na literatura de que a educação

em saúde pode ser considerada como prática relevante a ser integrada aos cuidados de saúde, pois além da veiculação de informações, sugere troca de saberes e sensibilização às alternativas para a prevenção à doença e a promoção da saúde dos sujeitos e da comunidade, sendo que o desconhecimento sobre o potencial transformador da educação em saúde pode impedir o indivíduo de vivenciar melhorias em sua qualidade de vida e da coletividade.¹²

Ressalta-se ainda a partir do relato do Entrevistado 13 uma visão biologicista ao relacionar a consulta médica como principal finalidade para entrar em contato com o serviço de saúde.

Os entrevistados destacaram ser imprescindível a realização de ações educativas mais dinâmicas e direcionadas às suas demandas de saúde:

[...] Nessa área [atividade educativa] tenho pra falar muito pouco, porque eles deixam a desejar também [...] as ações algumas deixam a desejar [...]. (E2)

[...] sinto falta porque não tem, aqui não faz palestras, e deveria fazer [...] tem que investir mais nisso para as pessoas ficarem mais atentas, se cuidar melhor, se prevenir melhor [...]. (E7)

[...] acho que teria que ter [...] sala de espera [...] seria bem útil porque [...] a gente vem e fica incomodada, sentada aqui nesse banco [...] essa orientação deveria ser de uma forma organizada [...]. Não adianta colocar um cartaz, ninguém lê [...] às vezes coloca folhetos lá em cima, mas o pessoal nem pega [...]. (E8)

[...] já frequente há quatro anos, eu não ouvi orientação [...]. Sobre a amamentação foi [...] no hospital [...] que eu tive orientação. (E10)

Os relatos dos entrevistados evidenciaram que os profissionais das equipes da ESF não desenvolvem ações educativas, o que parece estar relacionado ao fato destes não aproveitarem as oportunidades de encontro com o usuário do serviço de saúde para incorporar no cotidiano de suas práticas, ações educativas que valorizem a interação, restringindo-se a atividades pontuais, a exemplo da utilização de cartazes e folhetos, sem contextualização com a realidade destes usuários.

Os entrevistados referiram ainda que sentem falta das realizações de palestras que estimulem a prevenção e o cuidado à saúde, orientação de forma organizada, aproveitando todos os espaços de encontro com o usuário.

As práticas cuidadoras necessitam da reflexão dos modos de saber/fazer para que sejam viabilizadas concretamente no

cotidiano do trabalho das equipes¹³, embora esta perspectiva não esteja presente na realidade pesquisada.

Também foi possível identificar, que as ações de promoção à saúde que deveriam ser ofertadas pelas equipes da ESF têm sido realizadas em nível secundário de atenção à saúde, fato que aponta para a insuficiência de ações de educação em saúde, considerando que estas deveriam ocorrer desde a atenção básica e foram realizadas apenas na atenção hospitalar.

Entende-se que a partir do momento em que as ações de educação em saúde não são realizadas na atenção básica pode haver descontinuidade da promoção à saúde e prevenção de doenças, o que parece contribuir para o aumento da procura pelo hospital.

A ESF deve ser vista como a porta de entrada para o SUS, tendo o propósito de imprimir uma nova dinâmica, por definir responsabilidades não apenas dos profissionais de saúde, como também da população. Dessa forma, as ações devem ser planejadas coletivamente entre estes atores sociais, proporcionando o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização, como resultado de formas adequadas e efetivas das ações de saúde.¹⁴

Alguns informantes relacionaram as ações de educação em saúde a temas específicos, direcionados a determinados grupos populacionais.

[...] entendo que seria orientações dadas pelos profissionais de saúde direta ou indiretamente [...] as áreas específicas de saúde [...] gestantes, hipertensos, diabéticos [...]. (E8)

[...] essas atividades [...] é para esclarecer as pessoas que procuram o posto de saúde, sobre doenças, sobre planejamento familiar [...]. (E10)

[...] a gente fica muito bem informado sobre tudo que a gente deve fazer na gestação e após a criança nascer. (E14)

As ações educativas na perspectiva dos usuários do estudo são mais pontuais, voltadas para áreas específicas de saúde da mulher, saúde da criança e esclarecimentos sobre as doenças com ênfase na hipertensão arterial e diabetes mellitus. Estes relatos reafirmam o modelo médico hegemônico, produtor de procedimentos a grupos populacionais, o que dificulta a integralidade do cuidado.

Nessa direção, a centralidade da produção da saúde com ênfase no procedimento favorece que os usuários tenham a opinião de que esse é o caminho para a construção do cuidado. Dessa forma, essa percepção do

serviço de saúde tanto pelos usuários, como também por profissionais de saúde construída a partir de processos de subjetivação, organiza e opera um imaginário da demanda por procedimento, em substituição a demanda por cuidado.¹⁵

A nosso ver esta demanda centrada na lógica da oferta de procedimentos, parece distanciar-se dos DSS que devem ser considerados no processo saúde-doença, além disso, os usuários do estudo não conseguem perceber o caráter transformador destas ações de educação em saúde.

Assim, a educação em saúde possibilita a troca de saberes entre usuários e entre usuários e profissionais, sendo respeitada a liberdade de expressão, na qual os sujeitos assumem seus papéis significativos. Dessa forma, o processo educativo ocorre de forma expressiva e com capacidade de provocar mudanças, pois os sujeitos são capazes de expressar anseios, sentimentos, sendo capazes de reinventar diversos modos de vida e de organização social.⁵

Nessa perspectiva, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos à sua saúde. Para isso, as equipes da ESF devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal, no qual os profissionais devem ter disponibilidade para interagir com os usuários deste serviço e o compromisso de utilizar as práticas educativas como instrumento terapêutico e de promoção à saúde.¹⁶

No estudo, os usuários da ESF parecem apontar que as ações educativas realizadas pela equipe de saúde são centradas na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, que privilegiam a transmissão de conhecimentos, demonstrando que não foram apresentadas outras estratégias de educação em saúde, além da palestra.

[...] explicam sobre como a gente deve agir, o que a gente deve fazer, o que deve comer, o que não deve [...]. (E3)

[...] As palestras [...]. (E5)

[...] Fala sobre alimentação, passar pelo médico [...] tomar os medicamentos direito [...]. (E12)

Estes relatos evidenciam uma postura prescritiva dos profissionais de saúde ao desenvolverem as práticas educativas, indicando aos usuários o que deve e o que não deve ser feito, o que parece não valorizar o diálogo e a interação com estes no intuito de perceber as expectativas em relação às suas demandas de saúde.

Entende-se que a prática educativa que privilegia a transmissão de conhecimentos não desperta o potencial crítico e reflexivo dos usuários dos serviços de saúde, no que se refere a sua inserção no mundo como sujeito histórico e social. Nesse contexto, a educação em saúde deve considerar as demandas de saúde bem como as potencialidades destes usuários, visando construir coletivamente propostas de ações educativas condizentes com a realidade vivenciada por estes.

É essencial que os profissionais de saúde incentivem o diálogo, a escuta e o desenvolvimento de práticas de educação em saúde que suscitem benefícios à equipe, usuários e família.¹³

Os comportamentos dos indivíduos são orientados por suas crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença sendo necessária a consideração dos determinantes psicossociais e culturais nos comportamentos de saúde. Portanto, deve-se evitar nas práticas educativas a visão dos usuários como objeto e carentes de conhecimento sobre saúde.¹⁷

Nessa perspectiva, a pedagogia da problematização permite considerar a historicidade das pessoas, reconhecendo-as como inacabadas, inconclusas, em e com uma realidade que, sendo histórica também, é igualmente inacabada e assim, a prática educativa é refeita na *práxis*, como ação-reflexão-ação.¹⁸

Dessa maneira, a educação em saúde deve instigar maior participação dos usuários dos serviços de saúde a fim de contribuir para o conhecimento da realidade na qual convivem e compartilham saberes e vivências, no intuito de proporcionar melhor qualidade de vida, por meio de ações que objetivem não apenas a transmissão de conhecimento, mas, o estímulo à participação social.

Foi evidenciado ainda que a ação educativa é realizada em algumas situações, por profissionais de saúde que não são da equipe: “[...] sempre vem alguém e fala, vem mais gente de fora porque do posto mesmo é mais difícil [...].” (E4)

Os usuários parecem identificar a necessidade de os profissionais de saúde realizarem atividades educativas e sinalizam que em geral, estas são realizadas por profissionais que não estão inseridos nas equipes de saúde.

Convém evidenciar que todos os profissionais de saúde devem realizar ações de educação em saúde de maneira efetiva e cotidiana, no intuito de assegurar o caráter de

promoção à saúde, com participação proativa dos usuários.

Entre as finalidades da educação em saúde têm-se a utilização de práticas inovadoras através do diálogo que funciona como uma abordagem educacional. Tal abordagem que possibilita o exercício de aprendizagem transformadora por indivíduos e comunidade na construção de habilidades e atitudes para as decisões críticas sobre a saúde no desenvolvimento pessoal e coletivo.⁵

Por outro lado, foi identificado no estudo que a enfermeira utilizou-se do diálogo e da escuta ativa para promover o cuidado à usuária mediante suas demandas de saúde, impulsionando que esta atue de maneira proativa no processo de cuidar de sua saúde.

[...] Ela [enfermeira] também me explicou a importância do pré-natal, controlar a pressão para não ter eclampsia na hora do parto [...] os alimentos saudáveis para a gestante. [...] aprendi muita coisa [...] o que uma mãe precisa saber sobre a saúde do seu bebê [...]. Quando eu tinha minhas dúvidas eu chegava para ela e perguntava [...]. Se eu engravidasse de novo estava preparada para ter meu bebê [...] foi muito importante para mim [...]. (E19)

A enfermeira tem a oportunidade de exercer seu conhecimento técnico-científico aliado às tecnologias relacionais, sobretudo se for compartilhado com outros membros da equipe, fato que poderá propiciar novos caminhos na produção do cuidado, com aumento do vínculo do usuário com os profissionais de saúde, maior satisfação e assim participação mais ativa no processo de decisão do grupo.^{19,4}

A educação em saúde se configura como parte essencial do trabalho da enfermeira em virtude de possibilitar o diálogo entre os diferentes atores envolvidos e potencializar mudanças ou adaptações às novas situações de vida.²⁰

A construção de uma consciência crítica dos profissionais e dos usuários sobre a realidade social e sobre os limites e possibilidades de cada um com sua saúde é geradora do empoderamento. Este decorrente da participação dos sujeitos através do diálogo, de forma a contribuir para a construção de identidades e de sujeitos críticos e ativos.⁵

Categoria 2 - Participação nas ações educativas: compartilhamento de saberes?

Os entrevistados referiram que não participam das ações de educação em saúde, considerando que estas ações são realizadas

em horários que não estão de acordo com a sua disponibilidade.

[...]sobre a palestra nunca foram me chamar [...] trabalho direto, mas se me falasse eu poderia até pedir uma folga e vim. Pelo menos a pressão alta, o hipertenso, poderia assistir para ficar por dentro, o que pode, o que não pode fazer [...]. (E6)

[...] não venho porque às vezes quando ocorre a gente está trabalhando [...]. (E16)

[...] nunca fui convidada [...] por isso que nunca vim [...] se eu soubesse eu viria [...]. (E18)

Esta realidade retratada pelos entrevistados remete à análise sobre a importância de os profissionais das equipes de saúde desenvolverem estratégias que possam assegurar o acesso dos usuários às ações de educação em saúde garantindo uma maior participação e valorização dessas ações.

Para que os usuários da ESF apreendam as orientações e atuem em conjunto com a equipe de saúde no planejamento das ações, é preciso que percebam a necessidade do conhecimento compartilhado, objetivando compreender a finalidade das ações educativas.²¹

Nesse sentido, as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde devem se configurar em oportunidades para estimular a participação dos usuários de maneira efetiva, ampliando o olhar para os DSS e a singularidade inerente ao cuidado integral. Além disso, urge a necessidade de desenvolver estratégias para assegurar a participação dos usuários com base na realidade vivenciada por estes, com ampla divulgação e adequação dos horários das ações educativas.

Por sua vez, verificou-se que alguns dos usuários da ESF informaram que ocorre a motivação por parte dos profissionais da equipe de saúde, entretanto, não participam efetivamente das ações educativas:

[...] fazem a atividade deles [Agente Comunitário de Saúde - ACS], convida a gente para vim [...] é porque eu mesmo não gosto de vim [...]. (E15)

[...] vão [ACS] na casa de cada família, fala qual assunto vai ser tratado, mas as pessoas que não vêm [...]. (E16)

[...] já ouvi falar, mas nunca vim nas ações de educação em saúde realizadas pela equipe de saúde da família [...]. A agente comunitária já me convidou [...]. (E17)

Os relatos dos entrevistados parecem denotar que estes não conseguem perceber a importância das ações educativas desenvolvidas pelos profissionais das equipes da ESF, considerando que apesar da motivação

Couto TA, Santos FPA, Rodrigues VP et al.

Educação em saúde sob a ótica de usuários...

pelos ACS, os mesmos não participam das ações propostas.

Por outro lado, quando os profissionais determinam os temas que serão abordados parecem evidenciar que nem sempre contemplam as demandas dos usuários, considerando que não foram pactuadas por meio do diálogo. Desse modo, a falta de interação entre o usuário e o serviço de saúde não consegue produzir sujeitos, estimular sua autonomia, engessando-o à lógica da dependência por procedimentos.¹⁵

Outrossim, por possuir maior conhecimento da realidade das famílias de sua microárea, o ACS atua como elo entre os profissionais de saúde e a comunidade, uma vez que reside na área de atuação e realiza visitas domiciliares cotidianamente, proporcionando-lhe uma visão dos usuários inserido no contexto familiar, o que lhe confere a oportunidade de participar desde o planejamento à realização da atividade educativa de modo condizente com a realidade local.^{4,22}

Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde devem instigar maior participação dos usuários dos serviços de saúde, propiciando a integração entre suas demandas de saúde e as temáticas abordadas.

Alguns entrevistados relataram de que modo ocorre a sua participação nas atividades educativas:

[...] só participo, nunca tirei dúvida [...] nunca fiz pergunta não [...]. (E3)

[...] minha participação é muito mais de ouvir, [...] não sou muito de conversar [...]. (E10)

[...] Minha participação é mais ouvindo [...]. (E12)

Os relatos demonstraram que a participação dos usuários nas ações de educação em saúde não ocorre proativamente, visto que estes não expressam suas dúvidas e vivências e não utilizam o diálogo como meio de construção e/ou reconstrução de novos saberes.

Ressalta-se que a educação em saúde não deve ser normativa, prescritiva e centrada no profissional de saúde, mas, um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências, no qual se pretende articular as dimensões individual e coletiva do processo educativo, para que exista a compreensão da pessoa como sujeito que possui conhecimento e não como mero receptor de informações.

Torna-se fundamental a escuta dos usuários de modo que estes se sintam inseridos de maneira proativa nas ações realizadas pelos profissionais de saúde, o que poderá contribuir para conhecer as demandas de saúde dos usuários possibilitando o

planejamento, avaliação e redirecionamento destas ações.²²

O desafio da educação em saúde dialógica pressupõe de um lado mudança efetiva na atitude dos profissionais e de outro lado, requer condições institucionais que favoreçam a compreensão pelos profissionais do caráter intersubjetivo de ideias e práticas sobre a saúde e qualidade de vida como o desenvolvimento de uma comunicação, na qual haja interesse genuíno pelos sentidos e sentimentos mobilizados nas vivências de usuários.¹

Nesse sentido, deve ocorrer não apenas o aprendizado de habilidades técnicas e comunicativas, mas principalmente enfatizar a transformação de valores, crenças, visões de mundo e disposições subjetivas por parte dos profissionais, sem desconhecer o contexto em que as mesmas se concretizam.¹

A educação em saúde com base na metodologia problematizadora tende a propor a construção de conhecimento compartilhada entre sujeitos através do diálogo, sendo uma forma de aproximar as práticas educativas das necessidades da população buscando a participação ativa desses sujeitos,²⁰ portanto, é possível envolver profissionais da equipe da ESF e sujeitos no levantamento dos problemas e necessidades de saúde através da reflexão e identificação das intervenções necessárias para a resolutividade de problemas de saúde de acordo às reais necessidades, considerando que no primeiro momento o profissional conduz a discussão com uma abordagem temática sugerida pelos usuários e incentiva à discussão partindo da premissa do surgimento de conhecimentos prévios e posteriormente, serão sugeridas e discutidas as formas de enfrentamento para a melhoria da qualidade de vida.²⁰

Nessa direção, alguns usuários relataram que participam das atividades educativas esclarecendo suas dúvidas e buscando informações sobre questões relacionadas à saúde.

[...] falo [...] pergunto [...]. (E4)

[...] tiro muitas dúvidas, pergunto tudo, tudo que eu quero saber [...]. Porque eu gosto de ficar sempre bem informada [...]. (E14)

A concepção da educação em saúde de forma emancipatória para o profissional e para o usuário implica no aumento da capacidade das pessoas de compreenderem a saúde com sua integralidade. Dessa forma, é possibilitada a consciência crítica para as decisões autônomas dos sujeitos, contrariando assim a aceitação acrítica de normas determinadas.⁵

A educação em saúde permite a ampliação de vínculo do usuário com a equipe através de espaços de produção e de aplicação de saberes. Assim, nas ações de produção do cuidado há a troca contínua de conhecimentos entre os usuários das USF e a equipe, havendo uma troca de ensinar e aprender entre todos os envolvidos.²³

Novas formas de agir e produzir o cuidado implica na valorização da singularidade dos usuários e possibilita que as relações interpessoais tenham papel estruturante na produção do cuidado integral, além de suscitar a construção de compromissos e corresponsabilização entre equipe de saúde e usuários.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou identificar que alguns entrevistados revelaram desconhecimento sobre as práticas educativas realizadas pelos profissionais da ESF. Mostrou, ainda, que algumas ações de educação em saúde não denotam interação entre estes usuários e profissionais de saúde, com abordagem de temas específicos para determinados grupos populacionais e ênfase na transmissão de conhecimento.

Além disso, os resultados evidenciaram que alguns profissionais da ESF desenvolvem ações educativas centradas no modelo médico hegemônico, o que requer a reconstrução de sua prática profissional, que por vezes, parece trazer embutida a produção de procedimentos, em detrimento de abordagens mais relacionais, comprometendo a produção do cuidado integral.

Por sua vez, os usuários da ESF também apontaram para ações educativas permeadas pela escuta e diálogo, o que contribui para a construção de modos saudáveis de cuidar da sua saúde.

Outro achado relevante foi a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao estímulo à participação dos usuários nas ações educativas, destacando os ACS como motivador para sua participação nas ações propostas e a enfermeira na construção do conhecimento compartilhado.

Para o alcance de resultados mais efetivos nas ações educativas, é necessário que profissionais de saúde utilizem a educação em saúde com base nas demandas de saúde apresentadas pelos usuários para que estas ações aconteçam de maneira mais aproximada do contexto de vida destes.

Assim, as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde poderão se constituir em estratégia de mobilização do

potencial social, político e ético dos usuários para agirem politicamente como cidadãos, ou seja, como sujeitos sociais que participam da construção da sua própria história.

O estudo alcançou os objetivos propostos, no entanto, apresentou como limitações a realidade localizada de um município baiano, impedindo a generalização dos resultados para outros cenários, o que suscita a necessidade de realização de outras pesquisas que possam explorar a educação em saúde na visão de usuários da ESF, revelando outras perspectivas e cenários não contemplados pelo estudo.

REFERÊNCIAS

1. Dantas MBP, Silva MRF, Feliciano VO. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. Rev APS [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 01];13(4):432-44. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/942/389>
2. Rocha V, Schall VT, Lemos ES. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre saúde de jovens visitantes. Interface comun saúde educ [Internet]. 2010 [cited 2013 May 24];14(32):183-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/15.pdf>
3. Pinafo E, Nunes EPFA, González AD, Garanhan ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. Trab Educ Saúde [Internet]. 2011 [cited 2013 May 24]; 9(2):201-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/03.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
5. Lopes R, Tocantins FR. Health Promotion and Critical Education. Interface comun saúde educ [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 12];16(40):235-46. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/en_aop1312.pdf
6. Monteiro MDBD, Dantas BB, Moura SG, Dantas DA, Ferreira Filha MO. Educação em saúde: Revisão de literatura em periódicos nacionais. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 01]; 7(esp):6283-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2896/pdf_3814
7. Paim JS, Almeida-Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 29-39.

Couto TA, Santos FPA, Rodrigues VP et al.

Educação em saúde sob a ótica de usuários...

8. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/Abrasco; 2010. p.13-33.

9. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. Interface comun saúde educ [Internet]. 2012 [cited 2013 May 21]; 16(41): 315-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a03v16n41.pdf>

10. Saito DYTS, Zoboli ELCP, Schweitzer MC, Maeda ST. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 04]; 22(1):175-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_21.pdf

11. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1. Ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

12. Salbego LP, Silveira A, Hammerschmid KSA. Práticas de enfermagem com educação em saúde no contexto familiar: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 01]; 8(12):4362-72. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5115/pdf_6785

13. Fortuna CM, Matumoto S, Camargo- Borges C, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS et al. Cartographic notes on the work in the Family Health Strategy: relationships between workers and the population. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 22];46(3):657-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_18.pdf

14. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2012 July 24];19(3):397-402. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>

15. Franco, TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ: Abrasco; 2010.p.183-95.

16. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2011 [cited 2012 July 24];16(1):319-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>

17. Guimarães JS, Lima IMS. O. Educação para a saúde: discutindo uma prática pedagógica

integral com jovens em situação de risco. Saude soc [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 04];21(4):895-908. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a09.pdf>

18. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50. Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

19. Santos L, Torres HC. Práticas educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 May 24];21(3): 574-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a12.pdf>

20. Almeida, FA, Souza MCMR. Educação em Saúde - Concepção e prática no cuidado de enfermagem. In: Souza MCMR, Horta NC, organizadores. Enfermagem em saúde coletiva - teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 25-35.

21. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 22]; 46(3):641-9. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_16.pdf

22. Jesus AS, Santos FPA, Rodrigues VP, Nery AA, Machado JC, Couto TA. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 14]; 22(2):239-44. Available from:

<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a15.pdf>

23. Fernandes MC, Santiago JCS, Rodrigues DP, Queiroz MVO, Silva LMS, Moreira TMM. Educational practices as a tool for participatory management: a reflexion. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 01];8(8):2889-95. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6599/pdf_5975

24. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2013 May 21];47(1):107-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf>

Submissão: 04/12/2015

Aceito: 02/04/2016

Publicado: 01/05/2016

Correspondência

Flavia Pedro dos Anjos Santos
Rua José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro Jequiezinho
CEP 45200-000 – Jequié (BA), Brasil