



AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

Marcela Fernandes Travagim*

Jéssica Dos Santos Pini**

Célia Maria Gomes Labegalin***

Dandara Novakowski Spigolon****

Gabrieli Fernandes Travagim*****

RESUMO

Objetivo: identificar as ações de educação em saúde realizadas por equipes da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos profissionais. **Método:** pesquisa qualitativa e exploratória, com equipes de uma Unidade Básica de Saúde do noroeste do Paraná. Participaram 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados aconteceu em abril e maio de 2021, por meio de entrevistas individuais, submetidas a Análise de Conteúdo de Bardin. Todos os preceitos éticos foram respeitados. **Resultados:** dentre os participantes, predominaram mulheres (90%), entre 41 a 50 anos (55%), agentes comunitários de saúde (60%) e tempo de atuação profissional de 6 a 10 anos (65%). Os profissionais afirmaram que as práticas educativas são voltadas ao indivíduo e a coletividade. As que se destinam ao indivíduo ocorrem na unidade e nas visitas domiciliares, para atender suas necessidades e aspectos clínicos, verbalizados ou observados pelo profissional; já as dirigidas ao coletivo enfocam as demandas dos programas e políticas públicas. Os participantes preferem as ações individuais em vez das coletivas. **Considerações finais:** as ações de educação em saúde integram o processo de trabalho da unidade, seguem estratégias pedagógicas tradicionais, são realizadas em diversos momentos da assistência e buscam atender as demandas individuais e da população.

Palavras-chave: Educação em saúde. Estratégia saúde da família. Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde, termo utilizado para nomear as práticas educativas realizadas com a população, é uma importante estratégia para qualificar o autocuidado, já que almeja desenvolver mudanças no comportamento do indivíduo, as quais resultam da reflexão e participação ativa dos usuários no processo de cuidado⁽¹⁾. É por meio dela que as pessoas terão informações suficientes para optar por escolhas mais saudáveis e modificar seus comportamentos de risco⁽²⁾.

Ao se pautar na *práxis*, contempla a troca de saberes, a criticidade e o conhecimento socializado entre todos os participantes da ação, incluindo usuários, famílias e profissionais⁽³⁾. As práticas educativas devem contribuir para o aumento da autonomia dos indivíduos e para os

debates, utilizando a escuta qualificada e a construção conjunta do conhecimento⁽¹⁾, sendo essa a concepção de ação educativa adotada nesse estudo.

Com isso, a educação em saúde torna-se uma ferramenta eficaz para a promoção a saúde e prevenção de agravos desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽⁴⁾, principalmente quando se volta às demandas e necessidades dos usuários que acompanham, transcendendo o modelo biomédico e atendendo a integralidade do sujeito, conforme seu contexto socioeconômico, cultural, psicoemocional e religioso⁽¹⁾.

Cabe destacar que, pela longitudinalidade do cuidado, inserção comunitária e primeiro contato dos usuários, a ESF é local privilegiado para o desenvolvimento das ações educativas, que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde

*Graduanda em Enfermagem. Acadêmica na Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR, campus de Paranavai. Paranavai, PR, BR. E-mail: marcelatragim@hotmail.com. ORCID iD: 0000-0002-7525-9506

**Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora do Colegiado do Curso de Enfermagem da UNESPAR, campus de Paranavai. Paranavai, PR, BR. E-mail: jessica.pini@unespar.edu.br. ORCID iD: 0000-0003-3077-4093

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Colegiado do Curso de Enfermagem da UNESPAR, campus de Paranavai. Paranavai, PR, BR. E-mail: celia.labegalin@unespar.edu.br. ORCID iD: 0000-0001-9469-4872

****Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Colegiado do Curso de Enfermagem da UNESPAR, campus de Paranavai. Paranavai, PR, BR. E-mail: dandara.spigolon@unespar.edu.br. ORCID iD: 0000-0002-9615-4420

*****Graduanda em Enfermagem. Acadêmica da UNESPAR, campus de Paranavai. Paranavai, PR, BR. E-mail: gabrielitragim@outlook.com. ORCID iD: 0000-0001-6923-2959

para a construção de vínculos, acesso a realidade dos usuários e efetivação do trabalho da equipe^(4,5).

Assim, a educação em saúde deve ser estratégia rotineira, contínua e ampliada, presente em toda atividade individual ou coletiva realizada, inclusive no tratamento e recuperação do usuário⁽³⁾. Para tal, os profissionais devem utilizar os diversos recursos e espaços disponíveis nos serviços de saúde e na comunidade, sejam públicos ou privados, pois tal ação é importante para a promover a qualidade de vida e o desenvolvimento de tarefas diárias das pessoas, potencializando o cuidado⁽⁶⁾.

Deste modo, o seu desenvolvimento é de suma importância para a promoção da saúde e prevenção de doenças, desde que realizada de forma sistematizada e articulada com as políticas vigentes. Ainda, é preferível que atenda as demandas que emergem da população, pois, deste modo, torna-se possível abordar as informações de interesse e vivência dos indivíduos, levando a maior participação da população enquanto protagonistas do processo educativo e de saúde-doença.

Destarte, o presente estudo busca identificar as ações de educação em saúde realizadas por equipes da ESF, conforme a perspectiva dos profissionais, sendo delineado em resposta a seguinte questão norteadora: como são desenvolvidas, na perspectiva dos profissionais, as ações de educação em saúde pelas equipes da ESF?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, com estruturação da metodologia conforme as recomendações da iniciativa *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O cenário de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município localizado na região Noroeste do Paraná. A UBS foi selecionada por ter o maior número de equipes de ESF do município, totalizando três equipes, com 29 profissionais de saúde, dentre médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), odontólogos e técnicos ou auxiliares de consultório odontológico.

O critério para inclusão dos participantes foi atuar na ESF por, no mínimo, seis meses; com exclusão dos que estavam afastados de sua função no período da coleta. Após aplicação destes critérios, foram excluídos cinco profissionais devido a férias e por ser grupo de risco para a Covid-19.

A aproximação com os participantes ocorreu em visita à UBS, com apresentação da pesquisa e convite para participação. Para os que aceitaram participar do estudo, foi agendado melhor dia e horário para a coleta de dados. Houve recusa de 4 profissionais, sendo que 20 participaram do estudo. Assim, a amostra foi definida por conveniência e todos os participantes disponíveis foram contatados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, entre os meses de Abril e Maio de 2021, em dia e horário definido pelos profissionais, no ambiente de trabalho, em uma sala que garantisse a sua privacidade. Apenas duas entrevistas ocorreram por meio de mensagens de áudio do aplicativo WhatsApp®, gravadas sequencialmente pelo participante e pesquisador, devido ao trabalho remoto durante a pandemia da Covid-19. Foram realizadas por graduandos em enfermagem, devidamente treinados e supervisionados por docentes que possuem proximidade com essa técnica de coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital, com anuência dos participantes, e tiveram tempo médio de 35 minutos, sendo que a mais longa durou 48 minutos. Utilizou-se um instrumento construído pelos pesquisadores, contendo questionário para caracterizar os participantes e roteiro semiestruturado para nortear a entrevista, composto pela questão norteadora “Fale sobre sua atuação e vivência na educação em saúde para a população de abrangência?” e questões de apoio para aprofundamento das informações.

Os dados de caracterização dos participantes foram digitados e organizados em planilha eletrônica. Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra em documento do *Microsoft word*® e submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin⁽⁷⁾, a qual ocorreu em três etapas.

A primeira foi a de organização, utilizando procedimentos de leitura flutuante, hipóteses,

objetivos e elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação. A segunda correspondeu à codificação dos dados através das unidades de registro. A última etapa compreendeu à categorização, onde os elementos foram classificados de acordo com semelhanças e diferenciações, sendo reagrupados por características comuns. Deste modo, a codificação e categorização são partes da análise de conteúdo⁽⁷⁾.

Todos os aspectos éticos e legais foram cumpridos na execução deste estudo, coadunando com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa possui aprovação ética sob parecer nº 3.492.544/2019, e para manter o anonimato, os participantes foram identificados utilizando-se a letra “P”, seguida de um número sequencial correspondente à ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS

Dentre os 20 participantes, houve predomínio do sexo feminino (90%) e com idade de 41 a 50 anos (55%). Atuam na profissão entre 6 e 10 anos (65%), no mesmo período na Atenção Primária à Saúde (APS) (60%) e na equipe na ESF (55%). A maioria dos participantes são agentes comunitários de saúde (60%), seguidos de técnicos de enfermagem (20%), enfermeiros (10%), odontólogo (5%) e auxiliar de odontologia (5%). A categoria médica foi a única que não participou da pesquisa, por recusa dos profissionais.

Os dados qualitativos resultaram em duas categorias: “A educação em saúde com foco no indivíduo e na coletividade” e “A educação em saúde nas práticas dos profissionais da APS”.

A educação em saúde com foco no indivíduo e na coletividade

Os participantes, em suas percepções, identificaram que a educação em saúde ocorre em diferentes momentos da assistência ofertada, destacando o atendimento individual no serviço, como a consulta de enfermagem, e nas visitas domiciliares. As atividades coletivas também foram apontadas como momento de educação

em saúde, utilizando-se principalmente de palestras e grupos educativos.

Quando fala nessa educação em saúde, imaginamos palestras nos grupos, grupo de tabagista, grupos de gestantes, enfim, os que desenvolvemos. Mas na atenção básica, quando um paciente entra aqui na sala, na consulta de enfermagem, eu faço toda a parte de educação em saúde. (P1)

Ela [educação em saúde] acontece através de palestra educativas, grupos, nas orientações individuais, nos atendimentos tanto na UBS quanto nas visitas domiciliares. (P20)

A educação em saúde é direcionada a responder as necessidades e condição clínica da pessoa, tanto aquelas que são verbalizadas pelo usuário quanto as que são identificadas pelos profissionais como importantes para sua saúde. Parte da interação com o paciente, com base na observação do cotidiano da população e no interesse de cada indivíduo.

Eu falo da questão de educação alimentar e os cuidados né?! Como atividade física, hidratação, uma boa qualidade de sono, uso ideal das medicações prescritas, a importância de fazer o preventivo. (P1)

Nós identificamos a necessidade de educação em saúde pelo próprio interesse da população. Porque, assim, quando o paciente tem alguma dúvida, quando você está fazendo visita domiciliar, se ali na hora ele quer saber alguma coisa, ele acaba perguntando. (P4)

No contato direto com eles ficamos sabendo o que precisam. Nós identificamos no dia a dia, com aquele um que é hipertenso, que não toma remédio direito. (P13)

Quando a educação em saúde se volta para o coletivo, são abordados assuntos selecionados pelo serviço ou pela gestão, conforme os programas e políticas de saúde. Nesses casos, há disponibilidade de materiais educativos.

Com a população, nossa função é fazer orientação, sobre saúde: programas, vacinação, estilo de vida e aquilo que o governo pede também. (P10)

Nós fazemos muita palestra em recepção com temas definidos. Usamos folhetos e panfletos. A gente tinha um armário só com panfletos, aí nós iam nas lojas, no comércio passar as informações. (P12)

Contudo, há entendimento que realizar ações de educação em saúde definidas pelas instâncias superiores não traz o melhor resultado, pois devem contemplar a demanda do indivíduo e da população atendida.

Olha, vou ser bem sincera... A gente sabe, muitas vezes, a demanda daquela área, daquele lugar. Procuramos focar mais na demanda, mas temos que trabalhar conforme vem [da gestão] para gente trabalhar. E, às vezes, nem sempre é o que precisam. (P3)

Eu não posso fazer as mesmas ações de educação em saúde do centro e em uma população da periferia, são realidades diferentes então, a educação em saúde também tem que ser. Incluir sim, os parâmetros dos programas e políticas, os protocolos e todo o cronograma do estado e do município, mas, incluir também a realidade de cada um. (P14)

Os profissionais destacaram que realizam as ações educativas como meio de promoção à saúde e prevenção de agravos. Em alguns momentos, serve de apoio ao diagnóstico precoce e possibilita o reconhecimento de sinais e sintomas.

Acredito que é através da educação em saúde, conscientizando, orientando e trabalhando com cuidado preventivo das doenças que alcançaremos melhor qualidade na saúde. (P20)

A gente explica, fala, para os pacientes. Nós trabalhamos com prevenção; não é tratar a doença. Já aconteceu da pessoa achar que não tem nada, aí você faz orientações, fala em um grupo, né? Aí você descobre, a pessoa achava que não tinha nada e tinha. (P13)

A educação em saúde com foco na prevenção, promoção e rastreamento são comuns no cuidado à comunidade, e os profissionais utilizam os dispositivos sociais como parceiros externos para desenvolvê-las.

Vamos na escola e fazemos atendimento escolar para as crianças de primeiro ao quinto ano na escola municipal e na escola estadual com os adolescentes. Faz junto a aplicação do flúor, os bochechos, e ensina. (P16)

Fazemos esse trabalho de orientar, enquanto afere a glicemia ou outros procedimentos. (P13)

Nesta categoria, foi possível identificar que os profissionais assumem uma postura que pode facilitar a realização da educação em saúde, ou mesmo dificultá-la.

Destaca-se o empenho dos profissionais em busca de alternativas para proporcionar uma comunicação efetiva com a população e para a mudança de comportamento pretendida.

Um ponto positivo é insistência do profissional. Se a gente vê o paciente dez vezes, dez vezes você bate na mesma tecla, até ele entender o problema que ele tem. (P8)

Nós atendemos os imigrantes, muitos haitianos e venezuelanos, então a gente tenta se fazer entender, coloca no Google tradutor®. (P1)

Ainda, observa-se a disposição da equipe para aproveitar os diversos momentos e ações desenvolvidas pelo serviço para realizar a educação em saúde, mesmo quando estes se destinam a outros objetivos.

Eu uso todo momento para ensinar o que sei. Se você está na rua medindo a pressão, é mais fácil entregar um panfleto e já orientar. Daí você já aborda ele na necessidade dele. Ou, às vezes, aqui na UBS, enquanto esperam a consulta, eles estão mais receptivos. (P12)

Quando o paciente tem alguma dúvida, quando você está passando na casa dele, na visita domiciliar, se ali na hora ele quer saber alguma coisa, ele acaba perguntando. E aproveito para fazer educação em saúde. (P4)

Por fim, foi possível identificar que alguns profissionais não se entendem como responsáveis pela educação em saúde, atribuindo-a como função dos colegas e de outras categorias profissionais, ou justificando isto por não participar de atividades preventivas.

Esta parte de orientações, grupos, ações educativas nós não fazemos. São realizadas por enfermeiros. (P2)

Quem mais faz essas ações são as ACS, né?! Elas têm mais cursos para estar orientando, elas que mais ficam na família, que vai na casa da paciente. Nós, não.

Nós só vamos, assim, quando, já é uma coisa mais curativa. (P9)

A educação em saúde nas práticas dos profissionais da APS

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi possível identificar que, na percepção dos profissionais da ESF, as ações de educação em saúde da população estão presentes no processo de trabalho das equipes em diversos momentos do cuidado a saúde. Corroborando os resultados encontrados, uma pesquisa realizada com enfermeiros na cidade de Manaus demonstrou que a educação em saúde ocorre de diferentes formas, seja individual ou coletivamente, com ações programadas ou espontaneamente, em resposta às demandas do momento⁽⁸⁾.

Quando realizadas em atendimentos individuais, as práticas educativas são melhor aceitas pela população, já o que neste formato respondem mais claramente as suas necessidades e condições de saúde. No entanto, há resistência quando as ações acontecem de forma concomitante a outro serviço que o usuário procura na unidade, como na espera por consultas, medicamentos e procedimento, principalmente quando o acesso a este é limitado, já que o modelo biomédico e curativista ainda está enraizado na população⁽⁹⁾.

Os profissionais destacaram os momentos de contato individual com os pacientes como possibilidade para realizar a educação em saúde, citando a consulta de enfermagem e a visita domiciliar como exemplos. Este apontamento pode decorrer do predomínio de ACS e da equipe de enfermagem dentre os participantes da pesquisa, uma vez que estes atendimentos fazem parte do cotidiano desses profissionais^(10,11).

Estudo demonstrou que a equipe de enfermagem, assim como diversos profissionais técnicos e de nível superior, ainda prioriza os atendimentos clínicos durante a sua prática, inclusive durante as visitas domiciliares, em detrimento das ações específicas de educação em saúde. Contudo, durante as consultas e procedimentos, elas podem ser implementadas, complementando o cuidado ofertado, a partir das especificidades do usuário e sua família, bem como da realidade na qual está inserido, sendo a visita domiciliar o *locus* ideal para isso^(10,11).

Os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, usualmente, realizam poucas ações de educação em saúde destinadas ao coletivo, pois essas são preteridas diante das outras demandas do serviço e da sua desvalorização no processo de trabalho. Essa realidade muda quando há necessidade de

realizar procedimentos nos grupos, como aferição da pressão arterial⁽¹⁰⁾.

Ainda no âmbito das ações educativas direcionadas ao indivíduo, a visita domiciliar, citada pelos participantes em diferentes momentos, pode se ancorar no fato de que o ACS, maioria dentre os participantes, tem importante papel na sua realização. Pesquisa realizada com esses profissionais demonstrou que, além de realizarem as visitas sistematicamente em sua rotina diária, eles a consideram um momento essencial para melhorar as condições de saúde da população. Para tal, a dimensão educativa deste momento tem que ser frequente e se sobressair frente as demais ações que realizam no domicílio⁽¹²⁾.

É importante salientar que, por ser uma potente ferramenta da educação em saúde, a visita domiciliar deve ser implementada por toda a equipe multiprofissional. A mesma proporciona proximidade com as vivências e o cotidiano dos indivíduos, gerando um espaço fértil para o diálogo e a troca de conhecimentos, tornando-se estratégia eficaz para a promoção e prevenção de agravos a saúde da população⁽¹³⁾.

Ainda, foram apontadas ações desenvolvidas de modo coletivo. Para a APS, esta é uma ferramenta de grande valia na educação em saúde. As atividades realizadas com grupos de pessoas, como palestras e rodas de conversas, facilitam a disseminação de informação e atingem um grande número de indivíduos de uma única vez, além de ser uma ferramenta para a troca de experiências entre os próprios usuário e os profissionais⁽¹⁴⁾.

São comuns as ações educativas em grupos com populações organizadas conforme sua doença ou programa de saúde ao qual estão vinculadas, executadas por meio de palestras. Nestes casos, a palestra é destacada como uma das principais ferramentas utilizadas, mesmo se tratando de abordagem tradicional de ensino, na qual ocorre apenas a transmissão da informação, sem estimular a reflexão e inclusão dos usuários nos processos educativos, o que vai de encontro às premissas de educação em saúde⁽⁸⁾.

Por vezes, os grupos formados, inicialmente, para o desenvolvimento de ações educativas em saúde podem, em algum momento, perder este objetivo, voltando-se apenas para o tratamento da doença comum ao coletivo, e não na

promoção da saúde dos indivíduos. Isto foi evidenciado em estudo que identificou que, no grupo de hipertensos e diabéticos, não ocorriam ações de educação em saúde, e sim centradas na assistência⁽⁹⁾.

As ações, coletivas ou individuais, que contemplam apenas as orientações elencadas pelos profissionais, demonstram uma tentativa de educação em saúde verticalizada, voltada para a mudança de comportamento selecionada pela equipe de saúde ou por políticas públicas. Dessa forma, elas enfocam nos agravos, com orientações padronizadas que tendem a culpabilizar ou coagir os participantes para a mudança de comportamento em vez de estimular a reflexão, promover o diálogo e ofertar apoio^(8,9).

Cumprir destacar que participantes deste estudo não trouxeram em seus relatos, de forma explícita, a realização apenas de ações verticalizadas e impositivas, mas informaram que as atividades são voltadas a questões que os usuários precisam alterar em sua vida, como alimentação, atividade física e uso de medicamento. Contudo, balizar as ações em temas pontuais e verticais usualmente não estimula a reflexão, por parte dos usuários, de hábitos e da necessidade de modificação. Assim, é preciso que a equipe utilize ferramentas que tornem o indivíduo ativo nas decisões relacionadas a sua saúde, desenvolvendo sua autonomia⁽¹⁵⁾.

É necessário que os profissionais repensem suas práticas educativas, utilizando técnica pedagógicas que possibilitem dialogar e compartilhar informações, estimulem a criticidade e contribuam para a construção de novas posturas e conhecimento, resultando em um novo entendimento de saúde-doença. Com isso, o atendimento as demandas da população se torna mais efetivo, já que parte dos reais interesses dos indivíduos⁽⁸⁾.

Os participantes verbalizaram o direcionamento da educação em saúde para atender as demandas que surgem da população, bem como para contemplar as exigidas pelas políticas e programas de saúde. Para que as ações educativas sejam efetivas, elas devem ser planejadas considerando o perfil epidemiológico, social e cultural da população e suas condições de saúde. Com isso, pode-se interferir de forma

apropriada para a melhoria da situação de saúde de cada indivíduo e da coletividade, de forma individualizada e articulado as reais necessidades⁽¹⁶⁾.

Neste âmbito, as ações desenvolvidas, sejam elas individual ou coletivamente, precisam ser construídas pelos profissionais por meio da territorialização e dos indicadores locais. Cabe à toda a equipe da ESF, balizada nos saberes dos ACS, os quais estão em constante contato com os indivíduos, avaliar o território e entender as carências daquela determinada área, a fim de elencar as necessidades de saúde e planejar as ações educativas⁽¹⁵⁾.

Constatou-se, também, que as ações voltadas para a educação em saúde coadunam com as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, direcionadas à comunidade. As ações preventivas e de promoção possibilitam educar e conscientizar as pessoas; assim, as práticas educativas impactam na mudança de hábitos e na autonomia dos usuários⁽¹⁷⁾.

Destaca-se que, partindo desse olhar de evitar o adoecimento, presente em várias falas, é possível observar um entrelaçamento no atendimento das demandas individuais e das políticas e programas de saúde, de modo que a identificação daquelas é, por diversas vezes, influenciada pela aproximação dos profissionais com os procedimentos, agravos e grupos prioritários mais prevalentes no seu cotidiano de trabalho, que decorrem das políticas e programas de saúde em execução no serviço. Deste modo, mesmo quando os profissionais buscam atender as demandas do indivíduo, sua percepção pode estar prejudicada pela limitação de conhecimento, que se estrutura nos assuntos mais discutidos e presentes no serviço e no coletivo. Isto precisa ser modificado na realidade dos serviços, de modo que as demandas individuais possam ser realmente consideradas, evidenciando a necessidade de educação permanente na APS⁽⁹⁾.

A formação prévia e permanente dos profissionais que atuam diariamente com esse processo de educação se torna um ponto forte para qualificar a assistência⁽⁶⁾. Investir em educação permanente problematizadora, que proporcione aos profissionais exporem suas dificuldades, discuti-las e saná-las, é essencial

para transformar o processo de trabalho e a educação em saúde que ofertam⁽¹⁸⁾.

Os profissionais da ESF se dedicam a incluir as ações educativas no seu cotidiano, mesmo sem receber capacitações e orientações sobre como realizá-las, demonstrando que a falta da educação permanente não é motivo para a inexistência da educação em saúde⁽¹⁹⁾. Contudo, essa fragilidade de formação pode diminuir a quantidade ou efetividade dessas ações, ou ainda, delegar tais atividades a alguma categoria profissional específica⁽⁶⁾. Isso pode ser visto na fala de uma participante, que afirma não realizar a educação em saúde, já que outra categoria profissional é que recebe capacitação para tal.

A falta da educação permanente para o desenvolvimento de ações educativas com a população e a percepção de que há categorias profissionais destinadas para o desenvolvimento destas são fragilidades que impactam diretamente na educação em saúde. Vale destacar que tais ações não são responsabilidade isolada de um profissional ou de alguma categoria profissional, mas sim de todos que compõem a equipe de saúde. O trabalho multiprofissional é essencial para a integralidade do cuidado, a qual é estimulada pelos saberes de diversas categorias, promovendo o êxito das ações educativas, facilitando e qualificando tal processo⁽²⁰⁾.

Os participantes apontaram algumas potencialidades no desenvolvimento da educação em saúde, tais como o envolvimento dos profissionais, a utilização de diversos momentos para sua realização e a busca por alternativas para que a ação seja efetiva. Sabe-se que existem profissionais motivados, que buscam, mesmo com poucos recursos e infraestrutura, realizar atividades de alto nível e de modo integral. Usufruindo apenas dos meios que a comunidade dispõe, buscam superar as barreiras e trazer melhorias a qualidade de vida dos usuários⁽²¹⁾.

Ainda, cabe elencar que a educação em saúde necessita que o profissional vá além do vínculo com os usuários e do conhecimento do território, requerendo criatividade daqueles que a produz. É preciso incrementar novas práticas, novas formas que chamem a atenção dos usuários do serviço, que os tragam para perto do

conhecimento e despertem o desejo de agirem em prol da sua saúde e de se expressarem⁽²¹⁾.

Para tanto, deve-se utilizar e priorizar a cogestão, de modo que o planejamento das ações de saúde, incluindo as educativas, seja participativo e de acordo com as necessidades da população⁽⁸⁾. Ainda, investir em métodos participativos para a educação em saúde é a chave para fomentar a participação popular. Com estes, promove-se a troca de informação e o entendimento de que o indivíduo é ativo no seu cuidado à saúde, podendo transformar sua qualidade de vida e o processo de saúde-doença⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, foi possível identificar que educação em saúde realizada pelas equipes de ESF ocorre tanto individualmente quanto coletivamente. Ainda, verificou-se que os profissionais estão atentos às necessidades da população, tendo maior preferência pelas ações que respondem a estas demandas do que pelas desenvolvidas para atendimento dos programas e políticas de saúde a grupos específicos.

Os profissionais de saúde compreendem que é essencial realizar a educação em saúde nos mais variados momentos, e se empenham para tal, já que isso proporciona transformações no estilo de vida e ajuda a identificar fatores de risco. No entanto, alguns ainda possuem fragilidades no planejamento e execução das ações educativas, acreditando que não têm responsabilidades para com esta ação.

Por fim, identificou-se que os profissionais da ESF precisam transcender as barreiras e as práticas tradicionais relacionadas a educação em saúde a fim de trazer a população para junto dos serviços de saúde, especialmente, no que se refere às ações coletivas. Desta forma, será possível a construção conjunta de ações de saúde que priorizem o atendimento integral e incentivem a promoção à saúde e a prevenção de agravos.

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se o fato de ter sido realizado em apenas uma UBS, sendo importante a ampliação para outros serviços de saúde, para melhor conhecer a percepção de educação em saúde dos diferentes profissionais e em diferentes serviços. Acredita-

se que mais estudos que abordem a temática e que avaliem as ações educativas realizadas contribuirão para a produção de conhecimento

científico que qualifique a prática assistencial e o cuidado de enfermagem.

HEALTH EDUCATION ACTIONS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY FROM THE PERSPECTIVE OF PROFESSIONALS

ABSTRACT

Objective: to identify health education actions carried out by teams of the Family Health Strategy, from the perspective of professionals. **Method:** qualitative and exploratory research, with teams from a Basic Health Unit in northwestern Paraná. Twenty professionals from the Family Health Strategy participated. Data collection took place in April and May 2021, through individual interviews, submitted to Bardin Content Analysis. All ethical precepts were respected. **Results:** among the participants, women predominated (90%), between 41 and 50 years (55%), community health workers (60%) and professional time from 6 to 10 years (65%). The professionals stated that the educational practices are aimed at the individual and the community. Those that are intended for the individual occur in the unit and in home visits, to meet their needs and clinical aspects, verbalized or observed by the professional, while those directed to the collective focus on the demands of programs and public policies. Participants prefer individual actions to collective ones. **Final considerations:** health education actions are part of the unit's work process, follow traditional pedagogical strategies, are carried out at various times of care and seek to meet the individual and population demands.

Keywords: Health education. Family health strategy. Health promotion.

ACCIONES DE EDUCACIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

RESUMEN

Objetivo: identificar las acciones de educación en salud realizadas por equipos de la Estrategia Salud de la Familia, desde la perspectiva de los profesionales. **Método:** investigación cualitativa y exploratoria, con equipos de una Unidad Básica de Salud del noroeste de Paraná/Brasil. Participaron 20 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. La recolección de datos ocurrió en abril y mayo de 2021, a través de entrevistas individuales, sometidas al Análisis de Contenido de Bardin. Todos los preceptos éticos fueron respetados. **Resultados:** entre los participantes, predominaron mujeres (90%), entre 41 a 50 años (55%), agentes comunitarios de salud (60%) y tiempo de actuación profesional de 6 a 10 años (65%). Los profesionales afirmaron que las prácticas educativas son dirigidas al individuo y a la colectividad. Las que se destinan al individuo ocurren en la unidad y en las visitas domiciliarias, para atender sus necesidades y aspectos clínicos, verbalizados u observados por el profesional; ya las dirigidas al colectivo enfocan las demandas de los programas y las políticas públicas. Los participantes prefieren las acciones individuales a las colectivas. **Consideraciones finales:** las acciones de educación en salud integran el proceso de trabajo de la unidad, siguen estrategias pedagógicas tradicionales, son realizadas en diversos momentos de la asistencia y buscan atender las demandas individuales y de la población.

Palabras clave: Educación en salud. Estrategia Salud de la Familia. Promoción de la salud.

REFERÊNCIAS

- 1- Lima LS, França SL. Grupo de trabalho na promoção da saúde de adolescentes: um relato de experiência numa unidade de saúde da família. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*. 2021; 25(2):145-53. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i2.2021.8035>
- 2- Villa-Vélez L. Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(4):1539-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.19052018>
- 3- Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trab. Educ Saúde*. 2019; 17(2):e0019424. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>
- 4- Biana-Assis VL, Fernandes MCB, Valença JTS, Lyra Junior DP. Práticas educativas e formação para a Atenção Básica: o médico como educador em saúde. *RSD*. 2021; 10(7):e9010716369. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16369>
- 5- Mendes TD, Ferreira TL, Carvalho YD, Silva LG, Souza CM, Andrade FB. Contributions and challenges of teaching-service-community integration. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29:e20180333. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0333>
- 6- Vieira FS, Portela NLC, Sousa GC, Costa ES, Oliveira DEP, Neiva MJLM. Interrelationship of health education actions in the context of the family health strategy: nurses' perceptions. *Rev. Fundam. Care Online*. 2017; 9(4):1139-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1139-1144>
- 7- Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- 8- Ferreira DS, Ramos FR, Teixeira E. Nurses' educational practices in family health strategy. *Rev. Bras. Enferm*. 2021; 74(2):e20200045. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0045>
- 9- Bezerra HM, Gomes MF, Oliveira SR, Cesse EA.

Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. *Trab. Educ. Saúde*. 2020;18(3):e00277109. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00277>

10- Barreto AC, Rebouças CB, Aguiar MI, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, et al. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(suppl 1):266-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>

11- Vicari T, Lago LM, Bulgarelli AF. Realities of the practices of the Family Health Strategy as driving forces for access to SUS health services: a perspective of the Institutional Analysis. *Saúde debate*. 2022; 46(132):135-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209>

12- Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde debate*. 2020; 44(124):58-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>

13- Gomes RM, Campos JF, Costa AMG, Martins RMG, Rocha RPB, Faustino R dos S, et al. A visita domiciliar como ferramenta promotora do cuidado na estratégia saúde da família. *RSD*. 2021; 10 (2): e40010212616. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12616>

14- Vasconcelo MIO, Carneiro RFC, Pompeu RF, Lima VC, Maciel JAC. Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do ceará. *Expr. Ext.* [Internet]. 2016 [citado em 27 ago 2021]; 21(2):108-18. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/9248/7031>

15- Martins AKL, Souza JWR, Vieira AF, Sousa EAT. Prática de educação em saúde na estratégia saúde da família sob a percepção de enfermeiros. *rsc* [Internet]. 2016 [citado em 26 ago

2021]; 12(1):514-20. Disponível em:

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/398>

16- Conceição DS, Viana VS, Batista AK, Alcântara AD, Eleres VM, Pinheiro WF, et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. *Braz. J. of Develop.* 2020; 6(8):59412-6. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-383>

17- Costa DA, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a educação em saúde. *Rev. Cient. Esc.* [Internet]. 2020 [citado em 27 de ago 2021]; 6(3):e6000012. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1123339/enfermagem-e-a-educacao-em-saude.pdf>

18- Gomes MFP, Fraccolli LA, Reticena KO. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. saúde colet.* 2021; 29(2):179-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020375>

19- Mendes AHL, Torres ACS, Belém MO. Understanding of popular health education by a family health strategy team. *Ciênc., Cuid. Saúde*. 2021; 20:e52101. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.52101>

20- Pinto CJ, Assis VG, Pecci RN. Education in primary care units: difficulties and facilities. *REUOL*. 2019; 13(5):1429-36. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i5a237759p1429-1436-2019>

21- Moutinho CB, Almeida ER, Leite MT, Vieira MA. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab. educ. saúde*. 2014; 12(2):253-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1981-77462014000200003>

22- Neto PD, Almeida IT, Neta LC, Melo TA, Albuquerque DG, Lima RL, et al. Vivências de graduandos em medicina sobre a importância da territorialização em saúde e das práticas educativas. *Braz. J. Health Review*. 2021; 4(2):7873-93. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-321>

Endereço para correspondência: Marcela Fernandes Travagim, Av. Gabriel Esperidião, S/N - Jd. Morumbi, Paranavaí-PR-BR, CEP: 87703-000 – PR. (44) 998283261, e-mail: marcelaftravagim@hotmail.com

Data de recebimento: 08/02/2021

Data de aprovação: 13/09/2022