

Ações educativas: pesquisa-ação com profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família

Educational actions: an action research with Family Health Strategy professionals and users

Acciones educativas: investigación-acción con profesionales y usuarios de la Estrategia Salud de la Familia

Carlos Frank Viga Ramos^I

ORCID: 0000-0002-1358-985X

Maria Susana Barboza da Silva^I

ORCID: 0000-0001-8128-3919

Anderson da Silva Rosa^I

ORCID: 0000-0003-4683-3107

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana^{II}

ORCID: 0000-0002-6148-6230

Luiza Hiromi Tanaka^I

ORCID: 0000-0003-4344-1116

RESUMO

Objetivos: identificar os fatores que influenciam as ações educacionais e construir com profissionais e usuários propostas de estratégias educacionais que estimulem a participação popular. **Métodos:** pesquisa-ação, em que foram realizadas entrevistas individuais, observação participante e Grupo Focal. Participaram 16 profissionais e 10 usuários de 2 Estratégia Saúde da Família do Município de Rio Branco, Acre, Brasil. Os resultados foram organizados pela técnica de Análise Temática. **Resultados:** emergiram-se as unidades temáticas: *A educação em saúde como estratégia estimuladora de mudanças na vida dos usuários da Estratégia Saúde da Família; Reflexão crítica sobre diagnóstico das causas que interferem nas ações educativas na Estratégia Saúde da Família e proposição de novas estratégias; Potencialidades que estimulam o desenvolvimento das práticas educativas na Unidade de Saúde da Família; Propostas de aprimoramento das práticas educativas centradas na tecnologia educacional leve em saúde na dimensão do diálogo.* **Conclusões:** a análise demonstrou falta de vínculo com a comunidade e estratégias educativas tradicionais. Na fase de ação, os atores pactuaram mudanças participativas.

Descritores: Saúde Coletiva; Saúde da Família; Educação em Saúde; Medicina Comunitária; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives: to identify the factors that influence educational actions, and building with professionals and users proposed educational strategies that encourage popular participation. **Methods:** an action research, in which individual interviews, participant observation and Focus Group were conducted. Sixteen professionals and ten users from 2 Family Health Strategy from Rio Branco, Acre, Brazil participated. The results were organized by using the Thematic Analysis technique. **Results:** the thematic units emerged: *Health education as a strategy that encourages changes in the lives of Family Health Strategy users; Critical reflection on diagnosis of the causes that interfere in educational actions in the Family Health Strategy and proposition of new strategies; Potentialities that encourage the development of educational practices at Family Health Units; Proposals for improving educational practices focused on soft health education technology in the dialogue dimension.* **Conclusions:** the analysis showed a lack of community ties and traditional educational strategies. In the action phase, the actors agreed to participatory changes.

Descriptors: Collective Health; Family Health; Health Education; Community Medicine; Public Health Nursing.

RESUMEN

Objetivos: identificar los factores que influyen en las acciones educativas y construir con profesionales y usuarios estrategias educativas propuestas que estimulen la participación popular. **Métodos:** investigación de acción, en la cual se realizaron entrevistas individuales, observación participante y grupo focal. Participaron 16 profesionales y 10 usuarios de 2 Estrategia de Salud Familiar de la ciudad de Rio Branco, Acre, Brasil. Los resultados fueron organizados por la técnica de Análisis temático. **Resultados:** surgieron unidades temáticas: *Educación para la salud como una estrategia que estimula los cambios en la vida de los usuarios de Estrategia de Salud Familiar; Reflexión crítica sobre el diagnóstico de las causas que interfieren en las acciones educativas en la Estrategia de Salud Familiar y la propuesta de nuevas estrategias; Potencialidades que estimulan el desarrollo de prácticas educativas en Unidad de Salud Familiar; Propuestas para mejorar las prácticas educativas centradas en la tecnología educativa de salud ligera en la dimensión del diálogo.* **Conclusiones:** el análisis mostró una falta de lazos comunitarios y estrategias educativas tradicionales. En la fase de acción, los actores acordaron cambios participativos.

Descriptorios: Salud Pública; Salud Familiar; Educación en Salud; Medicina Comunitaria; Enfermería de Salud Pública.

^IUniversidade Federal do Acre. Rio Branco, Acre, Brasil.

^{II}Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Ramos CFV, Silva MSB, Rosa AS, Santana CLA, Tanaka LH. Educational actions: an action research with Family Health Strategy professionals and users. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20180969. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0969>

Autor Correspondente:

Carlos Frank Viga Ramos
E-mail: carlinhosviga@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 19-02-2019

Aprovação: 30-11-2019

INTRODUÇÃO

A educação em saúde no contexto da saúde pública no Brasil teve sua origem no final do século XIX. Foi um período em que as ações de saúde eram voltadas para manutenção e crescimento da economia, pois o conceito de saúde estava diretamente relacionado com o homem como ser produtivo, que precisava ter a sua saúde mantida para garantir o desenvolvimento econômico⁽¹⁻²⁾.

Com o aumento desordenado da população e a ausência de ações de saúde voltadas para a grande massa populacional, surgem graves doenças, como epidemias de gripe, varíola, tuberculose e outros agravos à saúde. Para combater e controlar a propagação dessas doenças, o Estado passa a intervir de forma normatizadora, sem respeitar o direito e a vontade da população, utilizando um discurso de caráter autoritário, com o objetivo de informar sobre as ações e decisões dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e implementar hábitos higiênicos e saudáveis através da educação e saúde⁽²⁾.

Neste contexto, novos ideais de políticas públicas de saúde emergiram, como o Sistema Único de Saúde (SUS), que busca a promoção da saúde e a integralidade do cuidado ao ser humano. Possui como estratégia o desenvolvimento de ações assistenciais em saúde que contribuem para a construção de um sistema democrático, universal, equânime, integral e com a participação da população, resultado de um contínuo processo social e político que deve se consolidar no cotidiano dos serviços de saúde⁽³⁾.

Diante disso, a educação em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios do SUS, tornando-se uma ferramenta indispensável para produzir as mudanças significativas na forma de conduzir o processo do cuidado em saúde. Está alicerçada na concepção da educação como potencial para contribuir para o desenvolvimento dos usuários, de modo a estimulá-lo a refletir, desenvolver a consciência crítica, exercer a sua autonomia, possibilitando, assim, uma transformação de sua realidade⁽⁴⁻⁶⁾.

Desse modo, a educação em saúde deve ser compreendida como um processo de aprendizagem teórico-prático que possui a finalidade de integrar diversos saberes, como o científico, o popular e o do senso comum. Ela oferece, assim, subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde na prevenção de agravos e também como meio para o fortalecimento enquanto cidadão, possibilitando que os indivíduos envolvidos desenvolvam uma visão crítica acerca da produção do cuidado em saúde, provocando o rompimento do paradigma em relação ao modelo biomédico⁽⁷⁻⁸⁾.

Contrariando essa percepção ideal das práticas educativas, estudos demonstram que os profissionais que atuam na ESF acabam desenvolvendo atividades educativas centradas na doença, verticalizadas, sem a participação popular, sobretudo no que tange ao reconhecimento dos seus saberes, com ênfase no saber técnico, pelo emprego de tecnologias duras e leve-duras⁽⁹⁻¹³⁾.

Contudo, outros estudos evidenciam que existem profissionais da ESF que mesmo com dificuldades no desenvolvimento das ações educativas, dentro ou fora de sua governabilidade, se esforçam no sentido de implementar atividades educativas que valorizam as tecnologias leves baseadas no diálogo e interação significativa com a comunidade⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

OBJETIVOS

Identificar os fatores que influenciam nas ações educacionais e construir coletivamente com os profissionais e usuários propostas de estratégias educacionais que estimulam a participação popular e contribuem para a autonomia na produção do cuidado em saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Parecer 1.1753.944), os participantes receberam as orientações e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tipo de estudo

Delineou-se na abordagem qualitativa. Foi desenvolvida na modalidade de pesquisa-ação⁽¹⁵⁾, utilizando a técnica de Análise de Conteúdo Temática para tratamento dos dados⁽¹⁶⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

Estudo realizado na cidade de Rio Branco (AC) (Região norte do Brasil), com 2 equipes da ESF, campo para as atividades de Atenção Primária à Saúde dos cursos de saúde da Universidade Federal do Acre (UFAC).

Participantes do estudo

Participaram do estudo 02 enfermeiros, 10 agentes de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 2 médicos e 10 usuários de duas equipes da ESF (eESF) de área urbana. Os participantes foram escolhidos intencionalmente por protagonizarem o processo de educação em saúde das eESF.

Coleta e organização dos dados

Foi desenvolvida em duas fases, a exploratória e a de ação. O contato com os participantes aconteceu por meio de carta convite, e os encontros foram agendados de acordo com a data e o local de conveniência dos participantes. A coleta de dados aconteceu de setembro de 2016 a julho de 2018.

Na fase exploratória, os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevistas individuais, norteadas por um roteiro semiestruturado com a finalidade de compreender o significado de educação em saúde no processo saúde-doença e verificar fatores que influenciam as práticas de educação em saúde realizadas pelos profissionais e usuários das eESF.

Na segunda fase, a ação, a coleta de dados aconteceu por meio de cinco encontros de Grupo Focal (GF), que duraram cerca de 1 hora e 30 minutos cada. As discussões dos encontros foram norteadas por perguntas disparadoras, construídas de acordo com os resultados da análise dos dados coletados na primeira fase e experiências de profissionais de outras Unidade de Saúde da

Família (USF), com ações educacionais participativas. Nos últimos encontros, construíram-se propostas para aprimoramento de ações de educação em saúde pelos profissionais da equipe básica da ESF.

Posteriormente à análise dos dados, realizou-se outra ação, o encontro com os profissionais e usuários para discussão e avaliação das propostas construídas e estratégias educacionais participativas implementadas pelos integrantes das equipes.

Análise dos dados

Os dados das entrevistas e do GF foram transcritos, organizados por meio do *software* de tratamento de dados qualitativos NVivo Pro[®] 11, versão 11.4, e analisados de acordo com o método de Análise de Conteúdo Temática conforme as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, do qual emergiram quatro unidades temáticas, e interpretação, em que ocorreu a discussão dessas unidades, correlacionando os temas com o referencial teórico sobre o assunto, onde os conteúdos foram transformados em informações significativas e válidas⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS

Dos participantes, quatro eram do sexo masculino e 22 eram do sexo feminino, a faixa etária predominante foi de 27 a 68 anos, sendo um com especialização. O tempo de exercício profissional dos participantes variou entre dois e quinze anos; todos os profissionais tinham dedicação exclusiva. Em relação aos usuários, todos participaram de grupos educativos, entre 4 e 10 participações nas ações educativas.

Emergiram as seguintes Unidades Temáticas (UT) e suas respectivas Unidades de Significação (US), com exceção das UT 2 e 4 que não suscitaram sentidos aquém dos emergidos das UTs: UT1 - A educação em saúde como estratégia estimuladora de mudanças na vida dos usuários da ESF (US1- Estratégias educacionais participativas que promovem a saúde, previnem doenças e estimulam a socialização entre os usuários); UT2 - Reflexão crítica sobre diagnóstico das causas que interferem nas ações educativas na ESF e proposição de novas estratégias; UT3 - Potencialidades que estimulam o desenvolvimento das práticas educativas na USF (US1- Empoderamento do ACS para a prática educativa e US2 - Valorização da participação da comunidade); UT4 - Propostas de aprimoramento das práticas educativas centradas na tecnologia educacional leve em saúde praticada na dimensão do diálogo.

A educação em saúde como estratégia estimuladora de mudanças na vida dos usuários da ESF

Nessa UT, foi possível compreender as percepções dos participantes do GF ante as estratégias educacionais participativas que promovem a saúde, previnem doenças e estimulam a socialização entre os usuários.

US1- Estratégias educacionais participativas que promovem a saúde, previnem doenças e estimulam a socialização entre os usuários

Mesmo reconhecendo problemas em relação às ações educativas e sua influência na vida das pessoas, assim como a limitação das

estratégias educativas, os participantes ressaltaram a importância de resgatar as práticas educativas participativas e dialógicas que desenvolviam antes e que, ao longo dos anos, em razão da falta de estímulo, seja por parte do reconhecimento dos usuários e gestores do SUS, ou pela falta de motivação pessoal individual de cada profissional, foram se distanciando do verdadeiro sentido das práticas na ESF:

<Internas\Grupo Focal 1> - § 1 referência codificadas [0,55% Cobertura] Referência 1 - 0,55% Cobertura: fazíamos trabalho na escola com lixo reciclável, as crianças faziam brinquedos com garrafa pet, com tampas e outros objetos nas oficinas e atividades educativas que fazíamos. Ao final, eles faziam apresentação sobre a importância de preservar o meio ambiente. Eu acho que devemos amadurecer as ideias e fazer diferente como fazíamos antes. (ACS/Azul)

Os participantes demonstraram, com muita propriedade e entusiasmo, a necessidade de pensar e desenvolver outras estratégias de educação em saúde, sobretudo as que fortaleçam o vínculo entre os profissionais e usuários, bem como a necessidade de intensificar o estímulo da participação da comunidade nas práticas educativas de promoção e prevenção na ESF:

<Internas\Grupo Focal 2> - Referência 1 - 1,20% Cobertura: fazer outras formas de educação em saúde além das palestras, como o teatro. Outra vez, fiz um teatro sobre hipertensão e diabetes. Foi muito rico, muito impactante aos que se fizeram presente, pois eles se viram na situação. Quando encenávamos cenas do dia a dia, eles se viam, diziam que faziam a mesma coisa. Não podemos trabalhar nessa forma de chegar e jogar as informações, pois os usuários não vão absorver metade do que está sendo falado. (Enfermeira/Ungida)

Foi possível inferir que os profissionais estavam sensíveis quanto à necessidade de inovar nas ações educativas a partir de um contexto dialógico e participativo, conseguindo, assim, apreender e estimular mudanças significativas na vida dos usuários e até mesmo em suas próprias atividades, pois estavam a cada dia mais desestimulados no contexto da produção do cuidado em saúde.

Os usuários desmitificaram a visão de que vinham até a unidade em busca de medicamento e/ou atendimento médico somente, enfatizaram que além dos procedimentos a serem dispensados a eles, usuários, eles gostariam de estabelecer uma relação mais interativa com os profissionais no sentido de valorização, respeito e autonomia frente ao cuidado em saúde:

<Internas\Grupo Focal 5> - § 2 referências codificadas [2,75% Cobertura] Referência 1 - 1,05% Cobertura: Quando a pessoa chega à unidade e recebe um atendimento, ela não necessita somente do remédio, ela precisa ser escutada, ouvida, bem tratada e respeitada. (Usuário/Amarelo)

Promoveram ações, como rodas de conversa, implantação de uma horta comunitária na unidade com plantas medicinais, ampliaram os grupos educativos, como um de saúde do adolescente, de gestantes e de puericultura, bem como aprimoraram o grupo de idosos com a realização de ações que otimizaram os espaços alternativos na comunidade, como horto florestal, quadras esportivas e igrejas.

O fato de incluir o usuário ativamente e a adoção de novas estratégias participativas transformou significativamente o modo de como a comunidade percebe a educação em saúde, pois com a oportunidade de também falar e trocar suas experiências com os profissionais, puderam ter autonomia e compreender a importância da promoção de bons hábitos em suas vidas.

Reflexão crítica sobre diagnóstico das causas que interferem nas ações educativas na ESF e proposição de novas estratégias

Essa UT possibilitou aos profissionais refletirem com propriedade sobre as causas que interferem nas ações educativas desenvolvidas, bem como sobre a implementação de novas estratégias de aprimoramento dessas atividades de educação em saúde no cotidiano.

Os profissionais iniciaram com uma reflexão profunda sobre o real significado da ESF, por meio do resgate de seus valores e princípios, pois de acordo com suas perspectivas, os usuários ainda não compreendem o real papel da saúde da família. Esse fato é muitas vezes influenciado pela forma de como é realizada a produção do cuidado em saúde, centrada na lógica do modelo biomédico cujo enfoque central é a doença, como demonstrados nos depoimentos abaixo:

<Internas\Grupo Focal 1> - § 8 referências codificadas [4,53% Cobertura] Referência 1 - 0,42% Cobertura Enfermeira/Ungida: uma das coisas que podemos trabalhar é o fato de que a população ainda tem um pensamento equivocado sobre a saúde da família e nós podemos trabalhar essa visão aprimorando nossas práticas com a comunidade, sobretudo no fortalecimento das ações educativas. (Enfermeira/Ungida)

<Internas\Grupo Focal 2> Referência 2 - 0,14% Cobertura: eles (usuários) estão acostumados com atendimentos médicos e precisamos mudar isso. (ACS/Borboleta)

Os profissionais destacaram a necessidade de mudar suas práticas sobretudo em relação à educação em saúde, onde passam a rever de forma crítica sua relação com os usuários, pois compreendem que o fortalecimento do vínculo com a comunidade é fundamental para mudar a concepção curativista que os mesmos possuem em relação à produção do cuidado em saúde na ESF.

<Internas\Grupo Focal 1> - § 8 referências codificadas [4,53% Cobertura] Referência 3 - 0,39% Cobertura: temos problemas em como nos relacionar com eles e acreditamos que eles só criam um vínculo porque oferecemos algo a eles, mas como você falou, a questão é nós melhorarmos nossa visão e trabalharmos junto com eles, sendo nossos parceiros. (ACS/Preto)

<Internas\Grupo Focal 1> Referência 6 - 0,65% Cobertura: se não modificarmos nossa forma de agir, principalmente nessas ações educativas, as pessoas da comunidade somente vai enxergar a unidade como um lugar que somente existe um médico atendendo e medicamentos para oferecer, ou seja, será visto como um hospital. E isso aqui não é um hospital, é uma unidade básica da família. É para ter palestras, oficinas, grupos educativos, músicas, de tudo um pouco. (ACS/Azul)

Problemas, como a falta de motivação, a sobrecarga de atividades educativas em apenas um ou dois profissionais e a falta de comprometimento dos demais componentes da equipe básica são evitáveis quando se trabalha a corresponsabilização dos atores envolvidos no processo.

<Internas\Grupo Focal 3> Referência 10 - 0,40% Cobertura: É importante destacar que as ações educativas devem ser realizadas por todos da equipe de saúde, portanto, podemos sim fazer um trabalho para fortalecer o trabalho dos ACS, pois ficar somente nas mãos de um ou dois profissionais cansam. (Enfermeira/Rosa)

Os problemas levantados e o ato das práxis foram essenciais para tirar os envolvidos do comodismo, pois a partir disso, começaram a ocorrer alterações de atitudes frente às práticas educativas. Estabeleceram-se parcerias com voluntários inseridos no território, como músicos, artesãos, comerciantes, religiosos de diferentes crenças, como evangélicos, católicos, espíritas e pessoas ligadas ao candomblé.

Além dessas parcerias de grande valia, dois dos grandes problemas levantados pelos profissionais, como a falta de ajuda da gestão e a participação dos usuários nas atividades educativas, foram superados, pois a gestão começou a participar ativamente não só das atividades, como também das reuniões de planejamento, sobretudo quando iniciamos a estruturação dos grupos educativos e a criação de novos grupos educativos como o da saúde do adolescente, pois estavam dispostos a levar esse exemplo de interação e articulação das eESF frente às ações educativas para outras unidades.

No que se refere aos usuários, antes o que era tido como limitador, ante à ausência quase por completo de interesse e participação ínfima nas práticas educativas, após a reestruturação conceitual da equipe, passaram a ter um papel mais ativo nas ações de promoção e prevenção em saúde, participando e fazendo questão de contribuir junto as atividades grupais desenvolvidas pela equipe de saúde.

Potencialidades que estimulam o desenvolvimento das práticas educativas na USF

Nesta UT, foi possível discutir e identificar as potencialidades que estimulam o desenvolvimento das práticas educativas na USF, surgindo, assim, duas unidades de significação, sendo elas o empoderamento do ACS (Agente Comunitário de Saúde) para a prática educativa e a valorização da participação da comunidade.

US1- Empoderamento do ACS para a prática educativa

De acordo com os nós críticos revelados pelos profissionais da ESF no que se refere às práticas educativas, esta US consolida as sugestões elencadas pelos próprios profissionais para aprimorar a educação em saúde no cotidiano das atividades dos ACS.

Em razão do processo de reflexão crítica estabelecido pela eESF, sobretudo a partir de um reconhecimento de frustração trazido à tona com mais veemência pelos ACS, no que se refere ao seu papel frente s práticas educativas, houve um sentimento e uma necessidade de resgatar a essência do trabalho desses

profissionais e lhes devolver o ânimo, a autoestima e o seu valor frente às ações de promoção e prevenção em saúde, principalmente em relação à educação em saúde.

Conforme fala de Ungida e Rosa, os profissionais médicos e enfermeiros reconhecem que os ACS são essenciais na ESF. Mesmo diante dos entraves existentes, participaram das atividades educativas grupais realizadas na unidade, porém de forma tímida, pois apresentam uma limitação externalizada pela falta de convicção e reconhecimento de sua capacidade em conduzir as ações educativas, sejam elas grupais ou individuais, na unidade ou em espaços alternativos na comunidade, como afirma abaixo:

<Internas\Grupo Focal 1> - § 13 referências codificadas [6,33% Cobertura] Referência 1 - 0,69% Cobertura: os agentes de saúde tem um conhecimento muito bom sobre o que é tratado nas atividades que nós desenvolvemos com a comunidade, porém, a gente percebe uma certa timidez na hora de se expor, de se relacionar com a comunidade e eu acho que devemos trabalhar algo que eles possam está melhorando isso, a relação com os usuários, pois a partir daí, eles vão ficar mais encorajados e, dessa forma, mostrar todo seu potencial. (Enfermeira/Ungida)

<Internas\Grupo Focal 1> - § 13 referências codificadas [6,33% Cobertura] Referência 2 - 0,36% Cobertura: os ACS são profissionais que sabem muito, o que falta é a força de vontade ou o fato de se sentir inibido diante da comunidade e dos outros profissionais, seja por acham que sabem menos seja pelo fato da falta de vínculo. (Enfermeira/Rosa)

Os agentes demonstram o quanto estão interessados e sensíveis em aprimorar seu trabalho, destacando a importância no GF, fase de ação e avaliação da pesquisa-ação, pois conseguiram pensar de forma diferenciada a dinâmica de atuação, fazendo com que esses se sentissem mais motivados, possibilitando, assim, a implementação de estratégias educacionais mais participativas e reconhecendo sua atuação nesse contexto:

<Internas\Grupo Focal 1> - § 13 referências codificadas [6,33% Cobertura] Referência 3 - 0,22% Cobertura: cada uma de nós, agente, sempre estamos preparados para participar de algo que venha trazer mudanças para melhorar nossas atividades. (ACS/Azul)

Referência 4 - 0,70% Cobertura: já estou conseguindo ver de como nosso trabalho é importante e como podemos melhorá-lo, estamos tendo a oportunidade de discutir, refletir sobre o trabalho, e isso é maravilhoso, nos deixa cada vez mais motivados. Estou aqui com muitas ideias de como trabalhar nesta forma mais dialógica. Nós não estamos parados, estamos caminhando, temos que pensar em estratégias de educação para melhorarmos cada vez mais nosso trabalho. (ACS/Preto)

Referência 6 - 0,78% Cobertura: até atividade física nós, equipe, fazíamos com eles, e isso foi morrendo, então gente, vamos, sim, melhorar nossas práticas, quem sabe resgatando algo que fazíamos antes. Antes em cada micro área na primeira reunião o enfermeiro ia somente no primeiro encontro, nos demais nós que conduzíamos e isso fazia com que nós tivéssemos mais autonomia. Fazíamos oração, cantávamos, fazíamos roda de conversa onde cada uma contava suas experiências com seus filhos, isso é muito válido. (ACS/Branca)

Ao longo dos encontros do GF, os profissionais, sobretudo os ACS, internalizaram os preceitos da educação em saúde dialógica e atrelado a isso despertaram o interesse em participarem mais ativamente das ações educativas. Conseguiram compreender que a condução das práticas educativas não deveria ficar restrita aos enfermeiros e médicos, até porque estes já estavam desmotivados em relação a essa concentração de atividades educativas.

Além da convicção entranhada de que é necessário fortalecer o vínculo com a comunidade, os ACS buscaram fortalecer o compromisso da equipe com as práticas educativas por meio da implementação de um fortalecimento de estratégias educativas que estimulasse a autonomia dos agentes frente às ações educativas. Resgataram-se práticas educativas passadas e implementaram novas ações que estimulam a participação dos sujeitos (profissionais e usuários), garantindo a autonomia do cuidado em saúde.

<Internas\Grupo Focal 5> - § 9 referências codificadas [26,74% Cobertura] Referência 2 - 3,69% Cobertura: temos agora de planejar, planejar é muito importante e entender que todos nós somos capazes de desenvolver uma atividade educativa, estando as enfermeiras ou o médico com a gente ou não, temos que querer e ter força de vontade, assim faremos algo bem legal. E não podemos de deixar de sentar-se depois das atividades para avaliar as ações educativas pois temos que saber o que deu certo e o que deu errado, sempre corrigido esses erros nos próximos encontros. (ACS/Preto)

Referência 4 - 3,96% Cobertura: temos que dividir tarefas e não ficar centrado em alguns somente, pois certo ou errado, é mérito de todos. Delegando a responsabilidade é bom pois cada um tem um pensamento diferente e até uma habilidade diferente, e isso é bom porque da forma que estamos pensando as ações educativas serão muito ricas e transformará a vida tanto nossa como da comunidade. (ACS/Borboleta)

US2- Valorização da participação da comunidade

Esta US expressa a necessidade de valorização da participação popular no cotidiano das atividades da USF por conta do distanciamento entre os profissionais e os usuários em relação às ações de educação em saúde, sendo estas realizadas sem levar em consideração o conhecimento popular, possuindo um caráter impositivo, verticalizado, normativo e terminantemente técnico e centrado na doença.

Através da observação participante e GF, foi possível perceber o sentimento da equipe em produzir ações educativas que valorizassem a participação popular, o vínculo com a comunidade e o desenvolvimento de atividades educativas participativas que consideram o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura. Diante desse desejo de estimular a participação popular na atenção à saúde, seguem depoimentos do GF:

<Internas\Grupo Focal 2> - § 6 referências codificadas [4,30% Cobertura] Referência 1 - 0,98% Cobertura: sempre devemos fazer ações para trabalhar com os usuários de forma participativa que eles também possam expor suas experiências e conhecimentos prévios. Ele é nosso parceiro, como você falou devemos fazer ações

educativas com o usuário e não para os usuários no sentido de determinar o que ele deve fazer de sua vida pela nossa compreensão de saúde e doença. (Enfermeira/Rosa)

Referência 3 - 0,30% Cobertura: isso mesmo, devemos trabalhar juntos com os usuários e não simplesmente inserir informações na vida deles. (ACS/Abelha)

Referência 5 - 0,87% Cobertura: nessas ações educativas, o que vale mais apenas é o modo do profissional chegar, se relacionar com o usuário, chegar, dar um bom dia, o que vai fazer esse elo é o profissional e sua forma de agir, ou seja a presença do profissional é de sua importância e dessa forma o seu João, seu José vai aceitar melhor nosso trabalho. (ACS/Azul)

O compromisso da eESF em garantir a participação da comunidade nas práticas cotidianas das atividades da USF foi contagiante. Antes do estudo, essa participação era ínfima, restrita apenas a uma mera transmissão de informações, enquanto que agora, na fase de ação e avaliação da pesquisa, temos um engajamento e força de vontade em realmente produzir atividades condizentes com os preceitos teóricos da educação dialógica e significantes na vida dos sujeitos envolvidos no processo de transformação.

A participação dos usuários no processo de planejamento das atividades educativas da unidade teve uma adesão considerável, por exemplo, no processo de criação de um grupo educativo de jovens e adolescentes. Os voluntários que já desenvolviam atividades na comunidade não só participaram das reuniões de implementação, como se dispuseram a trabalhar juntos com a equipe de saúde. Isto foi muito rico, pois os profissionais tiveram a oportunidade de ampliar sua rede de colaboradores e sua linha de atuação fora do contexto curativista restritivo à atenção à saúde.

Propostas de aprimoramento das práticas educativas centradas na tecnologia educacional leve em saúde praticada na dimensão do diálogo

Nesta UT, os profissionais e usuários, por meio do GF, realizaram propostas de aprimoramento das atividades educativas baseadas na tecnologia educacional leve em saúde praticada na dimensão do diálogo, oportunidade em que a equipe motivadamente renovou o compromisso de desenvolver atividades educativas participativas.

Ao longo dos cinco encontros do GF na fase de ação e observação participante, na fase de avaliação, os sujeitos da pesquisa debateram, internalizaram conceitos e promoveram transformações impactantes no contexto do processo saúde-doença, essencialmente no que se refere à educação em saúde.

Além de discutir o tema com bastante entusiasmo, os profissionais conseguiram implementar as ideias surgidas por intermédio do compartilhamento de experiências, como no grupo de idosos, oportunidade em que foi possível aprimorar a roda de conversa com uma participação mais ativa dos usuários, onde estes tiveram mais espaço para falar e demonstrar suas concepções por meio de exemplos significativos do seu cotidiano.

Neste contexto, as atividades educativas promovidas após o GF, fruto de um planejamento e comprometimento da eESF, possibilitou até mesmo a identificação de potencialidades de usuários

nos grupos educativos, como, por exemplo, uma demanda dos profissionais de implementar músicas nas ações educativas, oportunidade em que um usuário integrante do grupo se prontificou a expor sua habilidade nas atividades educativas. Com isso, todos os encontros dos idosos, além da roda de conversa significativa, tinham um momento de musicalidade, com um exímio artista local que adorava tocar violão e cantar.

Outra necessidade levantada pela equipe e devidamente implementada foi no sentido de explorar as habilidades artísticas também dos profissionais nas atividades educativas. Três ACS que faziam artesanato em suas casas para complementar a renda familiar se colocaram à disposição para desenvolver atividades educativas por meio de suas potencialidades como artesãs.

Com isso, iniciaram suas atividades educativas dialógicas nos grupos educativos de gestantes e idosos, oportunidade em que pela primeira vez conseguiram conduzir uma ação educativa. Além de realizarem uma roda de conversa significativa, estimularam os participantes a produzirem arte. No grupo de idosos, confeccionaram e ensinaram os usuários a pintar em telas, realizando a arte terapia.

Já no grupo das gestantes, além de realizarem a roda de conversa, onde definiram o nome do grupo educativo e compartilharam experiência, produziram arte com materiais recicláveis, criaram capa para carteirinha do bebê, identificador de porta com o nome da criança, dentre outros produtos. Nos outros encontros, realizaram exercícios específicos para e com as gestantes, com a participação de uma profissional de fisioterapia voluntária.

Convalidando as sugestões levantadas e colocadas em prática pelos participantes, vejamos os relatos extraídos dos encontros do GF:

<Internas\Grupo Focal 1> - § 1 referência codificada [0,24% Cobertura] Referência 1 - 0,24% Cobertura: podemos pensar em trabalhar com música, sempre nas ações educativas ter música, em algo que envolva o usuário, que ele participe também. (ACS/Vermelho)

Referência 2 - 0,60% Cobertura: podemos explorar aqui na unidade, que são: as rodas de conversas e teatros, o que é para ter nelas, participação dos ACS com uma linguagem clara, dinâmicas divertidas, participativas e objetivas, com os usuários bem ativos. (Enfermeira/Ungida)

<Internas\Grupo Focal 4> - § 2 referências codificadas [3,23% Cobertura] Referência 1 - 0,83% Cobertura: olha, aqui na unidade nós temos três artesãs, podemos potencializar essa arte nas ações educativas aqui na unidade também, elas trabalham muito bem. (ACS/Branco)

Diante desta vasta opção de aprimoramento e implementação de tecnologias educacionais leves em saúde baseadas no diálogo levantadas pelos participantes deste estudo, observou-se que as rodas de conversas significantes, pintura em tela, confecções de artesanatos, ensaio fotográfico com as grávidas, utilização de músicas e inclusão de voluntários nas atividades educativas emergem como uma estratégia inovadora para ser utilizada durante as práticas educativas por permitir as gestantes, idosos e adolescentes uma participação ativa e a possibilidade de assumirem-se como sujeitos durante o desenvolvimento da atividade.

DISCUSSÃO

Em uma pesquisa realizada por Machado *et al.*⁽¹⁷⁾, verificou-se que as intervenções educativas participativas obtiveram resultados positivos quanto à adesão ao tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no sentido da estimulação da mudança de hábitos de vida. Os resultados indicaram melhora nos parâmetros antropométricos, bioquímicos e dietéticos em todos os grupos do estudo, reafirmando, assim, a importância das estratégias de educação em saúde contínuas, participativas e baseadas na realidade da população atendida.

Para garantir a efetividade das ações educativas e estimular a participação dos usuários, foram utilizadas estratégias educacionais dialógicas, como oficinas de educação em saúde, troca de vivências e experiências entre os membros do grupo educativo, bem como levando em consideração suas crenças, culturas, mitos e conhecimentos populares sobre hábitos saudáveis⁽¹⁷⁾.

Esse tipo de educação em saúde baseada no diálogo e participação social é uma poderosa ferramenta no que diz respeito a atividades inerentes à atenção primária nos serviços de saúde, contribuindo significativamente para promover a prevenção de doenças e promoção da saúde, a autonomia e corresponsabilização dos usuários, e, conseqüentemente, para a melhora da qualidade de vida da população⁽¹⁸⁾.

Diante disso, o profissional, na medida que se desprende de um mundo arraigado unicamente na técnica e especialidades, cuja essência é ser o detentor da verdade, dono da razão, proprietários do saber que impõem a sua realidade de vida, bem como seu conhecimento aos desprovidos de informação e/ou conhecimento, torna-se um profissional sintonizado com os preceitos basilares estabelecidos pela ESF e rompe definitivamente com um processo vicioso que estigmatiza a assistência em saúde promovida pelos profissionais da atenção básica⁽⁴⁾.

Neste sentido, a práxis, ação e reflexão dos profissionais sobre a realidade do processo saúde-doença frente às atividades de educação em saúde, garante um compromisso autêntico com a realidade posta, desfazendo, assim, uma prática assistencial imutável e estática frente aos desafios do processo de promoção e prevenção em saúde, garantindo uma transformação ampla, resolutive e integral⁽⁴⁾.

Diante deste contexto, uma pesquisa realizada na Austrália com profissionais demonstrou que a problematização de temas relevantes, efetivadas por meio de oficinas dialógicas, foi essencial para ampliar a conscientização, sensibilização e aprimorar as práticas dos profissionais da Atenção Básica à Saúde, sendo essencial para aumentar a confiança e o reconhecimento da importância da promoção e prevenção em saúde por meio da educação em saúde⁽¹⁹⁾.

Em razão dessa premissa transformadora da educação, torna-se necessário que os profissionais consigam produzir ações de saúde juntamente com os usuários, buscando, assim, o desenvolvimento de uma relação de troca de saberes enriquecedor entre o saber popular e o científico, cujo resultado será uma mudança do praticar e agir no processo saúde doença que de fato produzirá verdadeiramente transformação social e de vida⁽²⁰⁾.

Nesse contexto, a tecnologia leve em saúde permite a produção das relações envolvidas por meio do encontro trabalhador-usuário

mediante a interação, o compromisso e o vínculo, permitindo compreender o contexto de vida dos usuários e as condições que norteiam a produção do cuidado em saúde, favorecendo um olhar ampliado dos profissionais. Possibilita um trabalho de ato vivo cuja principal característica se baseia na autonomia do usuário por meio de uma participação ativa⁽¹¹⁾.

Um estudo explorou o desenvolvimento da educação em saúde por meio da interação entre usuários e profissionais, onde foi possível construir estratégias educativas dinâmicas que facilitaram o cuidado em saúde aos idosos. Esse fato foi possível a partir do envolvimento dos atores frente ao processo parceria e/ou construção coletiva que consideraram as opiniões dos usuários, ora cuidadores, demonstrando o valor da tecnologia educacional leve em saúde como uma ferramenta indispensável no processo de empoderamento dos sujeitos⁽²¹⁾.

Corroborando com as falas de Ungida, Rosa e Azul, em um outro estudo, foi possível evidenciar que o estreitamento das relações e a formação de parcerias com a comunidade são fundamentais para desenvolver a prática educativa fora e dentro da unidade, através da utilização de espaços alternativos, como igrejas, centros comunitários, bem como a criação de grupos educativos, como de adolescentes, idosos e etc. É necessário promover práticas educativas em caráter permanente e diversificadas, com o intuito de estabelecer um vínculo com a comunidade e garantir que essas atividades produzam melhoria no contexto de vida dos usuários⁽¹³⁾.

A partir disso, torna-se necessária a transformação no modo tradicional de se conduzir as ações da produção do cuidado em saúde pelos profissionais, bem como do mesmo modo tradicional em se conduzir grupos de educação em saúde. E, com isso, ir além dos temas biomédicos recorrentes como doença, medicações, complicações e tratamentos, de modo que se possa alcançar outros temas, como lazer, troca de experiências populares e culinária saudável comunitária, baseados na prática educativa leve, centrada no diálogo⁽²²⁾.

Consolidando esse pensamento, um estudo realizado por Stotz⁽²³⁾, ao apresentar uma reflexão sobre o papel do ACS como mediador das ações educativas baseadas na teoria de Educação Popular em Saúde, verificou que esse profissional de saúde carrega uma potencialidade no processo de mediação entre saberes e lógicas distintas, sendo capaz de promover uma superação da dicotomização das relações entre profissionais de saúde e população.

Limitações do estudo

Este estudo teve como limitação não ter incluído profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Contribuições para a área da enfermagem e saúde pública

Este foi o primeiro estudo sobre esta temática, realizado de forma participativa com os profissionais e usuários na região Norte. Artigos publicados sobre educação em saúde na ESF no Brasil, destacados nas referências deste artigo, mostraram que outras regiões brasileiras apresentam vivências educacionais semelhantes encontradas nesta pesquisa. Portanto, enfatiza-se

a necessidade de se ampliar o processo de aprimoramento das práticas educativas significativas baseadas na dimensão do diálogo, junto às eESF.

A pesquisa aponta a necessidade de os profissionais de saúde intensificarem na produção do cuidado uma maior interação com os usuários da ESF, tendo como instrumento potencializador a educação em saúde baseada na dimensão do diálogo. Nesse sentido, este estudo transformou significativamente o contexto de vida dos atores envolvidos, sendo fundamental para um fortalecimento das práticas educativas a nível local, regional e nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias utilizadas nas ações educativas inicialmente na fase exploratória de pesquisa estavam centradas na educação em saúde tradicional, predominantemente por meio de palestras, com pouco impacto na vida dos usuários, pois eram limitadas

a meras transmissões de informações. Quanto aos fatores que influenciam no desenvolvimento das práticas educativas para a promoção da saúde na ESF, destacam-se a falta de vínculo com a comunidade, as estratégias educativas verticalizadas, a concentração de atividades em consultas, a priorização da população e profissionais ao atendimento à doença, a ausência de participação dos profissionais nas atividades educativas, sobretudo os ACS, e a falta de estrutura adequada para desenvolver as ações educativas.

Com as propostas construídas coletivamente, as práticas educativas se deram de forma dinâmica e criativa, onde a valorização do saber da população foi considerada e otimizada. Os processos dialógicos e participativos foram desenvolvidos em sua plenitude e evidenciou-se que os profissionais e usuários da ESF estão satisfeitos com os resultados alcançados com as práticas educativas que desenvolvem, apesar das dificuldades estruturais. Ao final, em reunião de avaliação, os participantes deste estudo corroboraram com os resultados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2005[cited 2019 May 02];9(16):39–52. Available from: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10913>
2. PAIM JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas. In: *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 447.
3. Pinheiro R, Luz MT. Práticas Eficazes x Modelos Ideais : Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. *Construção da Integr cotidiano, saberes e práticas em saúde* [Internet]. 2003[cited 2019 May 02];(1993):228. Available from: https://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/outros/artigo_madel_roseni.pdf
4. Freire P. *Educação e mudança*. 2nd ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011. 111 p.
5. Teixeira E, Costa e Silva BA, Pinto Fonseca J, Martins de Sousa Y, Barros Machado LC, Castro Portal L, et al. Educação em saúde: representação social e agir cotidiano de profissionais de saúde. *O Mundo Saúde* [Internet]. 2015[cited 2019 May 02];39(2):195–200. Available from: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/155570/A07.pdf
6. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: A atuação da enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2010[cited 2019 May 02];18(1):55–60. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>
7. Roecker, Simone. Nunes EFP MS. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):701–9. doi: 10.1590/S1414-81452011000400007
8. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):224–30. doi: 10.1590/S0104-07072013000100027
9. Pereira MDM, Pestana T, Maria E, Vaz C, Collet N. Conceptions and Practices of Professional Family Health Strategy for Health Education. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;23(1):167–75. doi: 10.1590/S0104-07072014000100020
10. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011;16(1):319–25. doi: 10.1590/S1413-81232011000100034
11. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4a ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
12. Slomp Jr H, Feuerwerker LCM, Land MGP, Rizio TA, Thomas WJ, O'Brien AP, et al. Engaging primary healthcare nurses in men's health education: a pilot study. *Saúde em Redes* [Internet]. 2015[cited 2019 May 02];17(2):128–33. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>
13. Ramos CFV, Araruna RC, Lima MCF, Santana CLA, Tanaka LH. Education practices : research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018[cited 2019 May 02];71(3):1144–51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/0034-7167-reben-71-03-1144.pdf>
14. Cervera DPP, Parreira BDM Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberada (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;30(7):1547–54. doi: 10.1590/S1413-81232011000700090
15. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18th ed. São Paulo: Cortez; 2011.
16. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. *O Processo da Pesquisa Qualitativa*. In: *Metodologia da Pesquisa*. 5th ed. Porto Alegre: Penso; 2013. p. 624.

17. Machado JC, Cotta RMM, Moreira TR, Silva LS. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):611–20. doi: 10.1590/1413-81232015212.20112014
 18. Oliveira EAF, Almeida AB, Souza ÉECM, Paula NCS, Pereira ER, Moreira RO, et al. [Meaning of hypertension educational groups to users of a primary care facility]. *Rev APS [Internet]*. 2011[cited 2019 May 02];14(3):319–26. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14771> Portuguese.
 19. Rizio TA, Thomas WJ, O'Brien AP, Collins V, Holden CA. Engaging primary healthcare nurses in men's health education: A pilot study. *Nurse Educ Pract*. 2016;17:128–33. doi: 10.1016/j.nepr.2015.11.011
 20. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica*. 2011;27(1):7–18. doi: 10.1590/S0102-311X2011000100002
 21. Cardoso RSS, Chaves Sá SP, Domingos AM, Sabóia VM, Maia TN, Padilha JMFO, et al. Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos [Internet]. 2016[cited 2019 May 02];71(suppl 2):197 f–197 f. Available from: <http://www.repositorio.uff.br/jspui/handle/1/2976>
 22. Mendonça FTNF, Santos AS, Buso ALZ, Malaquias BSS. Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção primária. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):792–9. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0349
 23. Stotz EN, Maria H, Leal S, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador : uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev APS [Internet]*. 2009[cited 2019 May 02];(2007):487–97. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14421>
-