

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Health education in the Family Health Strategy: professionals' perception

Educación en salud en la Estrategia de Salud de la Familia: la percepción de los profesionales

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção dos profissionais de saúde de uma Equipe de Saúde da Família sobre as atividades de educação em saúde conduzidas na rotina de trabalho. **Métodos:** Pesquisa qualitativa realizada no período de maio a junho de 2012, mediante entrevista semiestruturada com oito profissionais de saúde de diferentes categorias em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em Recife-PE. Analisaram-se as entrevistas mediante análise de conteúdo por meio da modalidade temática. **Resultados:** Entre os profissionais entrevistados, pode-se identificar que existe uma ideia de educação em saúde pautada nos preceitos da educação participativa e de caráter crítico-reflexivo, principalmente quando o profissional reconhece o saber da comunidade e proporciona espaços de troca de conhecimento e construção coletiva. Entretanto, isso não foi um conceito unânime, pois ainda identificou-se uma concepção de que a educação em saúde tem o propósito de “ensinar” o que é “correto”, objetivando a adoção de comportamentos mais saudáveis. **Conclusão:** Os profissionais entrevistados apresentaram percepções distintas sobre as atividades de educação em saúde. Essas percepções contemplaram elementos tanto de uma prática mais tradicional, pautada na transmissão de informações, como ideais de uma prática emancipatória, que valoriza o saber popular e convida os indivíduos a serem corresponsáveis pelo cuidado em saúde.

Descritores: Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Percepção.

ABSTRACT

Objective: To analyse the perception of health professionals of a Family Health Unit about the activities of health education conducted in work routine. **Methods:** Qualitative research conducted in the period from May to June 2012, through semi-structured interview with eight health professionals from different categories, at a Family Health Unit in the city of Recife, Pernambuco State. The interviews were analysed through content analysis using the thematic form. **Results:** Among the interviewees, it is noticeable the existence of a health education perception guided by the precepts of participatory education of critical and reflective character, especially when the professional recognises the community's knowledge and provides spaces for knowledge exchange and collective construction. However, this was not a unanimous concept since it was still identified a conception of health education with the purpose of “teaching” what is “correct”, aiming for the adoption of healthier behaviours. **Conclusion:** The professionals interviewed showed different perceptions of the health education activities. These perceptions comprised elements of both a more traditional practice, based on the transmission of information, as well as ideals of an emancipatory practice that values popular knowledge and invites individuals to be co-responsible for health care.

Descriptors: Health Education; Health Promotion; Perception.

Juliana Rafaela Andrade da Silva⁽¹⁾
Emmanuelly Correia Lemos⁽¹⁾
Carla Meneses Hardman⁽²⁾
Simone José Santos⁽¹⁾
Maria Bernadete de Cerqueira Antunes⁽¹⁾

1) Universidade de Pernambuco - UPE - Recife (PE) - Brasil

2) Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE) - Brasil

Recebido em: 13/11/2014

Revisado em: 14/12/2014

Aceito em: 07/02/2015

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de los profesionales de la salud de un equipo de Salud de la Familia sobre las actividades de educación en salud conducidas en la rutina del trabajo. **Métodos:** Investigación cualitativa realizada entre mayo y junio de 2012 a través de entrevista semiestructurada con ocho profesionales de salud de distintas categorías en una Unidad de Salud de la Familia (USF) localizada en Recife-PE. Las entrevistas fueron analizadas mediante el análisis de contenido a través de temáticas. **Resultados:** De los profesionales entrevistados se identifica una idea de educación en salud basada en preceptos de la educación participativa y del carácter crítico-reflexivo en especial cuando el profesional reconoce el saber de la comunidad y promueve espacios de cambio de conocimiento y la construcción colectiva. Sin embargo, eso no ha sido un concepto unánime pues se identificó, además, una concepción de que la educación en salud tiene el objetivo de “enseñar” lo que es “correcto”, para la adquisición de conductas más saludables. **Conclusión:** Los profesionales entrevistados presentaron percepciones distintas de las actividades de educación en salud. Tales percepciones incluyeron elementos de una práctica más tradicional basada en la transmisión de informaciones como ideales de una práctica emancipatoria que valora el saber popular e invita a los individuos a tener la responsabilidad por su cuidado en salud.

Descriptor: Educación en Salud; Promoción de la Salud; Percepción.

INTRODUÇÃO

As atividades de educação em saúde têm sido utilizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma ferramenta de fortalecimento das ações de promoção da saúde e de aproximação entre a prática profissional e a realidade de cada população⁽¹⁻³⁾. No entanto, a condução dessas atividades pode, muitas vezes, assumir uma abordagem conservadora e verticalizada, tornando-se uma prática impositiva e que nega a reflexão e a participação da população na construção da sua saúde⁽⁴⁾.

Esse tipo de abordagem mais conservadora tem sua história atrelada aos princípios da educação sanitária, norteada pelo estímulo à adoção de hábitos saudáveis e transmissão de conhecimentos, desconsiderando as relações entre doenças, condicionantes e determinantes sociais da saúde^(5,6). Esse tipo de abordagem tradicional, normativa e autoritária ainda predomina nos serviços de saúde que buscam estimular nos indivíduos ou famílias a adoção de hábitos e comportamentos considerados adequados para a efetiva concretização da saúde^(3,6).

No entanto, os profissionais têm buscado inserir no campo da saúde pública uma educação que promova a autonomia dos sujeitos, por meio de uma prática dialógica

e reflexiva⁽⁷⁾. Essa prática é entendida como um elemento produtor de um saber coletivo que possibilita ao indivíduo sua libertação para cuidar de si, da família e do seu entorno social⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, a ESF surge como espaço singular para a incorporação de práticas diferenciadas de educação em saúde⁽⁹⁾, no qual os profissionais podem desenvolver seus trabalhos para além do espaço físico das unidades de saúde, utilizando os equipamentos sociais existentes. Diante disso, é possível que esses profissionais tenham uma maior aproximação e reconhecimento da realidade local, levando-o, muitas vezes, a perceber e compreender os indivíduos a partir do seu contexto sociocultural⁽¹⁰⁾.

Todavia, alguns estudos^(3,9,11-13) têm apresentado que os profissionais da ESF assumem uma abordagem educativa centrada na busca pela “conscientização” mediante transmissão de conhecimentos, com o intuito de estimular mudanças de estilos de vida por meio de uma postura corretiva e impositiva. Além disso, esses profissionais ainda encontram inúmeras barreiras para a execução de atividades de educação em saúde na rotina dos serviços, entre elas, a falta de material, espaço inadequado e pouco apoio da gestão⁽¹⁴⁾.

Diante do exposto, questiona-se: qual a concepção sobre educação em saúde nas atividades conduzidas pelos profissionais de saúde na rotina de trabalho?

Portanto, no intuito de contribuir com a discussão acerca dessa temática, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde de uma Equipe de Saúde da Família sobre as atividades de educação em saúde conduzidas na rotina de trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, realizada no período de maio a junho de 2012 com profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no distrito sanitário II de Recife-PE. A escolha da unidade se deu por conveniência, pois ela era espaço de intervenção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco. No campo administrativo da saúde, o município de Recife é dividido em seis distritos sanitários, e este em questão é composto por dezessete USF (Plano Municipal de Saúde 2010/2013)⁽¹⁵⁾.

Selecionaram-se os participantes do estudo por meio de sorteio entre os profissionais da referida saúde, garantindo a participação de cada categoria profissional que compõe uma Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde). Além disso, considerou-se a

técnica de amostragem por saturação das informações para estabelecer o tamanho final da amostra^(16,17).

Utilizou-se como técnica para obtenção das informações a entrevista semiestruturada, conduzida por um dos pesquisadores. A entrevista foi organizada em dois blocos temáticos: “Educação em saúde” e “Participação dos profissionais nas atividades de educação em saúde”. Os blocos abordaram as seguintes questões norteadoras: Qual sua percepção sobre educação em saúde? Quais as ações de educação em saúde na rotina da USF? Quais os fatores que estimulam ou restringem a realização de atividades de educação em saúde? Quais profissionais são responsáveis pela realização de atividades de educação em saúde?

Para análise dos dados, transcreveram-se integralmente as entrevistas e, após leituras repetidas, foram capturados e codificados os núcleos de sentido, utilizando-se o método de análise de conteúdo por meio da modalidade temática, o que possibilitou emergir das perguntas norteadoras categorias de análise para cada bloco temático⁽¹⁸⁾. Foram elas: “Percepção sobre educação em saúde; Identificação de ações de educação em saúde na rotina da USF”; “Fatores que estimulam ou restringem a realização de atividades de educação em saúde”; e “Profissional responsável pela realização de atividades de educação em saúde”. Elas foram analisadas descritivamente e de acordo com a literatura que discute o tema.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CAAE: 01691012.2.0000.5207), estando de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466/12. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo previamente informados sobre os objetivos e métodos do estudo. Como forma de manter o sigilo da identificação dos profissionais, eles são apresentados a partir de codinomes (P1, P2, P3...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações obtidas neste estudo apresentam, a seguir, a compreensão que os profissionais de saúde têm sobre a educação em saúde, através de categorias temáticas.

Percepção sobre educação em saúde

A categoria evidencia o entendimento dos profissionais sobre educação em saúde. Parte de um discurso direcionado para a troca de conhecimento entre eles e o indivíduo. Esse conceito de educação em saúde baseado no respeito pelo saber do outro e valorização pela construção coletiva remete ao conceito de Educação Popular em Saúde:

“[...] Educação em saúde é uma troca de conhecimento mesmo, é o saber da nossa comunidade, é a cultura deles,

e a gente incrementa com a nossa, com o conhecimento nosso.” (P2)

“[...] Eu acho que nós temos que valorizar aquilo que as pessoas sabem, né? [...] Educação popular; o nome ‘popular’ já diz: educação junto do povo, pra fazer com que as pessoas se conscientizem de que elas são protagonistas da sua própria saúde.” (P8)

Quando se observa, no contexto das práticas de educação em saúde, uma progressiva valorização das representações e dos saberes dos sujeitos e sua coletividade, mais apurada se torna a crítica à supremacia do saber científico em relação ao saber popular⁽¹⁹⁾.

Educar em saúde exige que o facilitador esteja aberto ao contexto social, geográfico, político e cultural do indivíduo, da família e da comunidade⁽⁸⁾. No presente estudo, foi possível identificar que essas trocas de conhecimento podem ser construídas a partir de conversas, momentos referidos pelo profissional como espaços de diálogos nos quais é apresentado um “leque” de alternativas para que o indivíduo tenha o direito de escolha. Assim, a opção de tratamento ou de outro tema discutido não é algo imposto, mas colocado como alternativa:

“É um trabalho que a gente tem que deixar... a gente tem que esclarecer para as pessoas através de conversas, diálogos. Não [é] conversa unilateral, são diálogos que você estabelece com as pessoas da comunidade, seja individual ou em grupos [...] Tem que ficar bem claro [os] prejuízos, benefícios que as pessoas terão para a vida dela e da saúde da família.” (P6)

Essa prática direciona para uma educação em saúde não normativa, estimulando mudanças de comportamento, sem imposição⁽⁴⁾. Deve-se discutir com os indivíduos, de modo que reflitam sobre sua realidade e possam optar por escolhas mais saudáveis.

Outra ideia vinculada à educação em saúde é que esta serve de ferramenta de indução para a mudança nos comportamentos de risco dos indivíduos e da comunidade. Tal percepção corrobora com o modelo de educação em saúde mais tradicional, o qual acredita que a educação em saúde baseada no repasse de informações pode provocar a adoção de comportamentos ditos saudáveis:

“Se você tá educando aquela comunidade, educando de como se cuidar, de como ela fazer pra melhorar a vida dela, sair do sedentarismo, fazer uma atividade física, melhorar a alimentação [...]” (P5)

“[...] É você trabalhar na parte de educar a comunidade numa forma melhor de viver [...]” (P7)

Essa prática que desconsidera o contexto de vida de cada pessoa ou comunidade foi utilizada no início do século XX para estabelecer ações educativas que buscavam

desenvolver a adoção de comportamentos saudáveis nos sujeitos⁽²⁰⁾. No entanto, as escolhas feitas pelos sujeitos não são independentes das condições de vida, da cultura e da história deles. O processo de educar é, na verdade, uma busca pela conscientização do indivíduo, tendo como direcionamento sua história de vida; caso contrário, o que se pretende ensinar não terá eficácia, porque se situará distante da sua realidade⁽²¹⁾.

A busca pela “conscientização” do indivíduo ocorre à medida que ele alcança um olhar crítico-reflexivo da sua realidade, o que de fato não se resume ao ato de transmissão de informações relacionadas à saúde, embora esse ponto possa sensibilizar as pessoas e estimulá-las a perceber sua realidade a partir de uma nova perspectiva⁽¹³⁾.

Identificação de ações de educação em saúde na rotina da USF

No discurso dos profissionais, as ações de educação em saúde desenvolvidas na rotina da USF estão predominantemente voltadas para as atividades de formação de grupos:

“Quando a gente trabalha com grupo, a gente tá fazendo ação de educação... de educação em saúde.” (P2)

“Eu trabalho muito com grupo, porque o grupo... eu acho assim... ele dissemina melhor [...].” (P4)

As ações desenvolvidas em espaços de grupo favorecem a busca por soluções coletivas, em que os indivíduos encontram um suporte para o enfrentamento dos problemas individuais e/ou problemas vividos pela comunidade⁽⁹⁾. No entanto, apesar do direcionamento das atividades de educação em saúde para a formação de grupos, foi identificada nas falas dos seguintes profissionais a possibilidade da realização de atividades de educação em saúde em outros espaços da comunidade:

“[...] Os grupos de educação, as palestras, as reuniões com a comunidade, até a gente participando da luta da comunidade para conseguir a unidade nova de saúde, isso tudo é na educação de saúde.” (P1)

“[...] Essas atividades ou são coletivas ou são individuais, como o grupo eu tenho uma vez por semana e a consulta eu tenho diariamente. Então, assim, o meu foco é mais diariamente no ambulatório e as minhas ações são mais ambulatoriais [...].” (P6)

Nesse sentido, as ideias desses profissionais corroboram com a apresentada⁽¹⁹⁾, na qual as atividades de educação em saúde podem ser realizadas em diferentes contextos, como nos domicílios, durante as visitas, nas escolas, no atendimento ambulatorial, nos ambientes de trabalho ou em qualquer outro espaço comunitário.

Fatores que estimulam ou restringem a realização de atividades de educação em saúde

Entre os fatores que estimulam os profissionais a realizarem ações de educação em saúde, a categoria destaca a possibilidade de promover um maior envolvimento e aproximação da comunidade com as atividades da unidade de saúde:

“Quando eu vejo a... vou numa visita ou então aqui na própria unidade de saúde através daquele trabalho que a gente fez [...], a comunidade, como ela fica se comportando bem diferenciada, ela fica... diferente. Ela se interessa, ela vem... questiona, é isso.” (P1)

“É... primeiro, a construção de vínculos com as pessoas da comunidade [...]; segundo, é a adesão, adesão geral de frequentar, de saber que pode contar com a unidade de saúde, adesão de tratamento, ele consegue compreender mais, aquilo é mais importante [...]. Então, são ações que permitem um melhor vínculo, uma melhor adesão e uma melhor compreensão da saúde.” (P6)

Os fatores motivacionais indicados pelos profissionais entrevistados convergem com os resultados apresentados⁽²²⁾, quando os autores identificam que a atividade de educação em saúde é um aspecto relevante para a criação e fortalecimentos do vínculo entre profissional e usuário, além de promover espaços de conscientização crítica e assimilação do indivíduo como ator social.

Com relação ao conhecimento que a comunidade detém, e à “falta” dele, também foi identificado como fator que estimula a realização de atividades de educação em saúde na rotina dos profissionais da USF:

“O que me estimula é saber que as pessoas sabem [...], é fazer com que elas não apenas saibam, mas que elas passem a sabedoria para os outros [...].” (P4)

“[...] É ver a carência das pessoas, a carência do nível de conhecimento. Então, muito das coisas que você vê que você poderia ter evitado se tivesse uma orientação maior [...].” (P7)

De acordo com autores^(6,23), o princípio de educar, em muitos casos, parte da hipótese de que a maioria dos problemas de saúde é resultante da falta de conhecimento da população – a qual, portanto, necessita ser “educada” –, apoiando-se na ideia de que a apreensão de um saber científico promoveria a aquisição de novos comportamentos. No entanto, o simples ato de comunicar sobre saúde não significa que o indivíduo, porque “possuidor” do conhecimento, passa a adotar um estilo de vida “adequado”.

Entre os fatores que restringem as ações de educação em saúde, a categoria evidencia que desenvolver ações educativas na rotina da ESF parece ser, de acordo com as falas dos profissionais, uma tarefa árdua. Inúmeros fatores dificultam e, por vezes, até limitam essas atividades,

muitos deles decorrentes do processo de gestão municipal e do processo de trabalho dos profissionais na execução e priorização das demandas:

“[...] A exigência, assim... de atendimento, cota pra atendimento, você tem que atingir aquele percentual de consultas.” (P1)

“[...] Às vezes, são materiais de difícil compreensão das pessoas, às vezes são cartazes com muita informação, que complica, mais do que facilita [...].” (P6)

“[...] É o espaço físico que a gente não tem. Muita das vezes, a gente tem vontade, mas não há espaço físico suficiente que caberia pra fazer um grupo.” (P7)

“O próprio sistema... a gestão do sistema. Porque, assim, gestores têm que ter muita boa vontade, mas a própria cultura é uma barreira. Então... por exemplo: a gente não tem nem papel pra trabalhar no SUS, materiais... coisas simples.” (P8)

Dados semelhantes foram constatados no estudo conduzido⁽¹²⁾ em um município de Alagoas que apresentou a percepção dos profissionais da ESF acerca dos fatores que limitavam a realização de ações de educação em saúde. Entre esses fatores, destacam-se a falta de um espaço adequado, a carência de materiais ilustrativos de fácil entendimento pela população, a carga horária dos profissionais e a necessidade de um olhar diferenciado da gestão municipal. Apesar de outros estudos^(14,24) também apresentarem resultados convergentes quanto aos fatores considerados como barreiras para a prática educativa na ESF, acredita-se que a ESF oferece uma oportunidade singular para essa prática e que, para a realização de atividades de educação em saúde, não são necessárias tecnologias muito avançadas. Esse processo educativo ocorre com pessoas, tornando-se mais importante do que os recursos físicos e materiais⁽²⁵⁾.

Outro ponto que chama atenção como fator limitante, apesar de ter sido apresentado por apenas um dos profissionais entrevistados, é a forma como as ações de educação em saúde são pensadas e executadas pelos profissionais de saúde. Propor ações que não estão contextualizadas com a realidade e o interesse da população faz com que ela se afaste ou se coloque apenas como expectadora passiva:

“Acho que um dos limites também é a pessoa (profissional de saúde) não entender mesmo o que é educação popular, que não é difícil, porque, assim, educação popular é você ver realmente o que o outro quer escutar, não é fazer ele escutar o que você quer dizer. O que ele quer realmente escutar? Ai isso é educação. Essa trava tá aí, eu chegar e dizer: ‘fulano tem que escutar isso, vai ser bom pra fulano isso’, mas será que fulano quer isso mesmo?” (P4)

Entender a forma de pensar e agir das pessoas e comunidade ajuda a compreender melhor suas ações e/

ou comportamentos frente a determinados problemas⁽²⁶⁾. Além disso, quando os profissionais de saúde ampliam seus olhares na busca pela compreensão do olhar da população, buscando metodologias educativas com ênfase na participação popular, criam-se espaços nos quais esses sujeitos têm garantido a sua representatividade.

A ideia apresentada pelo referido profissional corrobora com o estudo desenvolvido⁽⁶⁾ quando discute a educação em saúde não como uma ferramenta cujo objetivo é conscientizar, educar, despertar, sensibilizar a população (como pretendem os programas oficiais de educação em saúde) ou apenas identificar carências, mas como uma educação que deve valorizar os sujeitos naquilo que eles têm de melhor: sua história, seu tempo e a sua capacidade de criação.

Profissional responsável pela realização de atividades de educação em saúde

Apesar de todos os profissionais se considerarem responsáveis pela execução de ações educativas, a categoria evidencia que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi apontado como o principal condutor, tendo em vista a sua representatividade dentro da comunidade, além de ser considerado um elo entre este e os profissionais/unidade de saúde. Nessa perspectiva, esse profissional significaria a representação da comunidade, por ter sua vida desenvolvida nesse ambiente, logo, é conhecedor dos costumes da localidade:

“Todos, particularmente o agente de saúde. Eles têm mais acesso com a comunidade.” (P1)

“De cara, o agente comunitário de saúde [...]. Ele é a representação maior da comunidade [...]. Eu acho que tem que ser o agente comunitário de saúde porque é ele que conhece Dona Bio, é ele que sabe a linguagem que Dona Bio fala. É ele que sabe a linguagem que seu Manoel entende, né? E os demais profissionais devem ficar no apoio.” (P4)

Um dos grandes problemas enfrentados pelas Equipes de Saúde da Família é o não entendimento da linguagem e da concepção de mundo dessas comunidades⁽⁴⁾. Nesse sentido, é de fundamental importância o papel do ACS como moderador desse diálogo entre a equipe de saúde e a comunidade. Como faz parte dela, esse profissional conhece os problemas, as necessidades e a cultura local.

O estudo desenvolvido⁽²⁶⁾ corrobora com esse pensamento ao apresentar uma reflexão sobre o papel do ACS como mediador das ações educativas baseadas na teoria de Educação Popular em Saúde. 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.

Apesar da importância do trabalho do ACS junto às ações educativas, os demais entrevistados acreditam que todos os profissionais devem responsabilizar-se pelas atividades de educação em saúde:

“Não tem um só, você vai ser responsável pelo grupo. Não, aqui todos têm uma contribuição muito boa pra dar.” (P2)

“Todos [...], desde o serviço geral, vigilante, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, dentista, o médico, o enfermeiro... todos, eu acho que são responsáveis de trabalhar com educação em saúde.” (P5)

No âmbito da ESF, a educação em saúde tornou-se uma atividade prevista e de responsabilidade de todos que compõem a equipe⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da percepção de educação em saúde dos profissionais entrevistados, pode-se identificar que existe uma ideia de educação em saúde pautada nos preceitos da educação participativa e de caráter crítico-reflexivo, principalmente quando o profissional reconhece o saber da comunidade e proporciona espaços de troca e construção coletiva. Entretanto, isso não é um conceito unânime entre os profissionais, pois ainda persiste uma ideia de que a educação em saúde tem o propósito de “ensinar” o que é “correto”, objetivando a adoção de comportamentos mais saudáveis. Apesar dessa divergência de percepções, o cenário parece animador pelo fato de a concepção tradicional não ter prevalecido entre os profissionais entrevistados.

Além disso, foi possível observar, a partir da prática educativa participativa, uma ampliação na possibilidade da realização de educação em saúde, que neste estudo não se restringiu à unidade de saúde, extrapolando para os equipamentos sociais da comunidade e sendo considerada como um instrumento de mobilização e aproximação entre a ESF e a comunidade, fortalecendo vínculos e potencializando a corresponsabilidade no cuidado à saúde.

Por outro lado, as divergências de compreensão dos profissionais entrevistados sobre a linguagem das pessoas da comunidade, os modelos de educação em saúde (concepção tradicional *versus* participativa) praticados pelos diferentes profissionais e a escassez de espaço e recursos materiais denunciados não representaram as principais barreiras ao seu desenvolvimento. Muito pelo contrário, percebe-se entre eles um entusiasmo pela atividade em vários momentos das entrevistas. Mas a gestão do trabalho na atenção básica focaliza a atividade de educação em saúde

no ACS, dificultando a sua incorporação na agenda de trabalho dos demais profissionais, por uma acumulação de tarefas a cumprir no campo assistencial, deixando que se perca o espaço da ESF para educação em saúde, ferramenta essencial da promoção à saúde e transformadora das práticas de saúde.

No que diz respeito às principais dificuldades encontradas para a condução deste estudo, pode-se destacar a necessidade de um maior tempo para a realização das entrevistas, tendo em vista que elas aconteceram de maneira individual. Para a equipe de saúde, disponibilizar um profissional para participar de entrevistas em profundidade gera uma sobrecarga para os demais profissionais, impactando no processo organizativo da unidade de saúde.

Sugere-se que este estudo seja apresentado aos gestores da área de saúde para discussão de estratégias visando à superação das dificuldades, incluindo um processo de capacitação das equipes, a incorporação da educação em saúde na agenda de todos os profissionais e a realização de outros estudos, a fim de aprofundar a investigação das práticas de educação em saúde conduzidas no cotidiano das Equipes de Saúde da Família, utilizando diferentes estratégias metodológicas.

REFERÊNCIAS

1. Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl 1):973-82.
2. Gazzinelli MF, Souza V, Fonseca RMGS, Fernandes MM, Carneiro ACL, Godinho LK. Educational Group Practices in Primary Care: Interaction Between Professionals, Users and Knowledge. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):284-91.
3. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):1547-54.
4. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):319-25.
5. Lopes R, Tocantins FR. Promoção da saúde e educação crítica. *Interface Comun Saúde Educ*. 2012;16(40):235-46.
6. Oliveira RM. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perspec Ciênc Inf*. 2003;8(Supl):22-45.

7. Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? *Interface Comun Saúde Educ.* 2014;18(Supl 2):1255-68.
8. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):335-42.
9. Fernandes MCP, Backes V. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):567-573.
10. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(2):271-9.
11. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface Comun Saúde Educ.* 2012;16(41):315-29.
12. Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião - AL: detectando dificuldades. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(3):290-5.
13. Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(1):1453-62.
14. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):641-9.
15. Prefeitura Municipal do Recife [homepage na internet]. Plano municipal de saúde 2010/2013 [acesso em 2015 Jul 19]. Disponível em www2.recife.pe.gov.br
16. FontanellaI BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(2):388-94.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
19. Besen CB, Souza Netto M, Daros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. *Saúde Soc.* 2007;16(1):57-68.
20. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(5):2539-50.
21. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa.* 12ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
22. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguiar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em juiz de fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS.* 2008;11(1):54-61.
23. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):200-6.
24. Moura ERF, Souza RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad Saude Publica.* 2002;18(6):1809-11.
25. Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;17(2):1-8.
26. Stotz EN, David HMSL, Borntein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev APS.* 2009;12(4):487-97.
27. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):567-73.

Endereço para correspondência:

Juliana Rafaela Andrade da Silva
Rua Arnóbio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro
CEP: 50.100-130 - Recife - PE - Brasil
E-mail: juliana.r.silva@ibest.com.br