

Concepções e práticas de educação em saúde na atenção primária*

Concepts and practices of health education in primary care

Como citar este artigo:

Silva ACG, Rebouças LN, Silva MRF, Gubert FA, Vieira NFC. Concepts and practices of health education in primary care. Rev Rene. 2025;26:e95649. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20252695649>

 Antonia Cinthya Gomes da Silva¹
 Lidiane Nogueira Rebouças²
 Maria Rocineide Ferreira da Silva³
 Fabiane do Amaral Gubert¹
 Neiva Francenely Cunha Vieira¹

RESUMO

Objetivo: compreender as concepções e práticas de educação em saúde entre profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado com 27 profissionais de sete equipes de saúde da família. A coleta de dados ocorreu com entrevista individual audiogravada, aplicação de formulário e anotações em diário de campo. A descrição dos dados seguiu as etapas de transcrição e análise, utilizando a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** a concepção de educação em saúde foi apresentada como orientação, promoção, prevenção, autocuidado e acesso aos meios de saúde. Sua prática acontece nas visitas, palestras, consultas, incentivo à participação nos programas e grupos. Foi comentado sobre as motivações, desafios, aspectos facilitadores e temáticas. Sobre os efeitos, falou-se do esclarecimento de dúvidas dos usuários, ações de promoção e orientações dos programas e agravos locais. **Conclusão:** a educação em saúde é desenvolvida de acordo com ações de saúde da rotina da unidade e com limitado alcance de participação do usuário. **Contribuições para a prática:** elaborada devolutiva para os participantes e nota técnica para gestores com recomendações para o aprimoramento das ações de educação em saúde na atenção primária.

Descritores: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégias de Saúde Nacionais; Promoção da Saúde; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the conceptions and practices of health education among professionals in the Family Health Strategy. **Methods:** a qualitative study was carried out with 27 professionals from seven family health teams. Data was collected using individual audio-recorded interviews, a form, and notes in a field diary. The data description followed the transcription and analysis stages, utilizing the content analysis technique. **Results:** the concept of health education was presented as guidance, promotion, prevention, self-care, and access to health resources. It is practiced in visits, lectures, consultations, and encouraging participation in programs and groups. The motivations, challenges, facilitating aspects, and themes were discussed. Regarding the effects, they discussed clarifying users' doubts, implementing promotional actions, and providing guidance on local programs and issues. **Conclusion:** health education is carried out in accordance with the unit's routine health actions and with limited user participation. **Contributions to practice:** a report was produced for the participants, and a technical note was provided for managers with recommendations for improving health education in primary care.

Descriptors: Health Education; Primary Health Care; National Health Strategies; Health Promotion; Health Personnel.

*Extraído da dissertação “Saberes e práticas de educação em saúde dos profissionais da atenção primária de um município de pequeno porte do estado do Ceará”, Universidade Federal do Ceará, 2022.

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

²Secretaria de Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

³Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente:

Antonia Cinthya Gomes da Silva
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo.
CEP: 60430-160. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: cinthyagomes2@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: António Luís R. Faria de Carvalho 

Introdução

A Atenção Primária à Saúde é uma estratégia fundamental em sistemas de saúde que, por meio da Estratégia Saúde da Família, visa priorizar a promoção, prevenção, recuperação e educação em saúde de forma integral e coordenada. Também é orientada por atributos essenciais como atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além de buscar atender às necessidades da população, garantindo acesso contínuo e abrangente à saúde⁽¹⁾.

No século XX, surgiram no Brasil as práticas educativas em saúde, porém, tinham como principais características implantar normas e condutas morais, além de hábitos de convívio social e higiene, levando a uma adaptação imposta na vida dos indivíduos⁽²⁾.

Contudo, a educação em saúde compõe-se de um agregado de conhecimentos e aprendizagens, concebidas com o intuito de proporcionar aos indivíduos uma melhoria no seu estado de saúde, motivando-os a participar do processo de cuidado, melhorando as práticas realizadas e promovendo o bem-estar coletivo⁽³⁾.

A educação em saúde pode, ainda, ser vista como repasse de orientações sobre assuntos específicos, o que, muitas vezes, não enfoca as reais necessidades vivenciadas no dia a dia pela população. Para educar em saúde, é necessário conhecer os interesses dos usuários, oportunizando a oferta de conhecimentos que estejam inseridos no contexto de suas atividades cotidianas⁽²⁾. É necessária a junção das ações de informação, educação e comunicação e que estas contribuam de forma significativa na conversação e participação com a comunidade, pois interagem no processo de transformação social ou mudança de um fenômeno⁽⁴⁾.

Embora a educação em saúde seja uma atividade com uma base teórica bem sólida, a sua utilização nos serviços de saúde está abaixo do almejado⁽⁵⁾. Para que a educação em saúde seja eficaz, é imprescindível que o profissional tenha visão ampliada do indivíduo

e do contexto em que ele vive, além de ser essencial utilizar o diálogo e a troca de saberes, construindo um conhecimento compartilhado⁽⁶⁾.

As práticas utilizadas como estratégias de educação em saúde devem funcionar como vivências proporcionadas, a fim de que gerem uma melhoria, de forma integral, na saúde da população e formem sujeitos ativos e autônomos nos hábitos que geram saúde para si e para a comunidade⁽⁷⁾. É imprescindível que os profissionais de saúde, como um benefício na prevenção, promoção e recuperação de qualquer agravo à saúde, tenham a compreensão da relevância do diálogo e de desenvolver um discurso horizontal que leve à construção de uma prática independente e responsável, tornando os indivíduos aptos a desenvolverem comportamentos coerentes e eficazes na rotina de vida diária⁽⁸⁾.

A educação em saúde está inserida nas funções de todos os membros da equipe da atenção primária à saúde e constitui uma das ações estratégicas de enfrentamento tanto das necessidades de saúde que precisam de uma abordagem mais complexa, como do fluxo dos serviços da rede de atenção e assistência⁽⁹⁾.

Este estudo objetivou compreender as concepções e práticas de educação em saúde entre profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Métodos

Tipo do estudo

Estudo qualitativo, seguindo as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). O estudo foi realizado em um município do Nordeste brasileiro, de pequeno porte, localizado na microrregião do Médio Curu, mesorregião do Norte Cearense. Com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sua população estimada é de 12.928 habitantes⁽¹⁰⁾. O município possui sete equipes de saúde da família cadastradas e um hospital de pequeno porte que compõe a atenção secundária.

População

Os participantes da pesquisa foram selecionados por conveniência, pois eram os que se encontravam em atuação na atenção primária do município no período da coleta de dados, que teve duração de 45 dias. O município possuía 55 profissionais de saúde elegíveis para participar da pesquisa, com atuação de, no mínimo, quatro meses na atenção primária. Uma mensagem de convite foi enviada via WhatsApp com informações sobre a pesquisa e os procedimentos para participação voluntária. Em resposta, 27 profissionais confirmaram o interesse em participar do estudo, sendo sete enfermeiros, dois médicos, seis técnicos e auxiliares de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde.

Como critérios de exclusão, não participaram os profissionais da estratégia de saúde da família que estavam de férias ou com afastamento por licença ou que se recusaram a participar. Já, como critérios de inclusão, exigiu-se que o profissional atuasse na atenção primária do município há, no mínimo, quatro meses.

Coleta de dados

As entrevistas aconteceram de forma individual, audiogravadas, com agendamento prévio com a pesquisadora principal, em local definido e acordado entre entrevistador e entrevistado. Coletaram-se 24 entrevistas na Secretaria de Saúde do município e três entrevistas nas unidades de atenção primária à saúde. Foi utilizado um roteiro com questões abertas acerca da concepção e prática de educação em saúde realizada na atenção primária do município: qual a concepção sobre educação em saúde; como esse conhecimento é executado na unidade; quais os desafios para a atividade educativa em saúde acontecer na unidade; dentre outras. A saturação dos dados foi evidenciada quando, no decorrer das entrevistas, não se registravam novas informações sobre as questões abordadas. A partir da vigésima entrevista, os dados tornaram-se estáveis, com convergência temática e recorrência de categorias, sugerindo saturação. A amostragem por

saturação é um instrumento utilizado em relatórios de investigações qualitativas em diversas áreas do conhecimento e é usada para encerrar o tamanho final de uma amostra, impedindo que novos integrantes sejam captados⁽¹¹⁾. As entrevistas ocorreram com duração média de quarenta minutos, gravadas por celular, sem imagem ou chamada de vídeo e, posteriormente, foram transcritas pela pesquisadora.

Além da entrevista, foram registrados outros dados por meio de anotações em diário de campo. Os participantes também responderam a um formulário eletrônico sobre características sociodemográficas, aplicado *on-line* (*Google Docs*) e enviado por *link* individual via *WhatsApp*. Os dados foram coletados de julho a setembro de 2022.

Análise dos dados

As falas dos participantes procedentes das entrevistas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo. A técnica consiste em analisar o material passo a passo, dividindo-o em unidades de análise, que são trabalhadas uma a uma. O procedimento ocorreu de forma a parafrasear o material textual, em que os trechos menos relevantes foram omitidos e as paráfrases similares foram condensadas e reduzidas⁽¹²⁾.

Realizou-se uma análise de similitude, que representa a estrutura de relações estabelecidas entre as falas, além de evidenciar especificidades relacionadas às modalidades de uma variável⁽¹³⁾. O material textual passou a ser nomeado por números dos participantes durante as entrevistas. As gravações em áudio foram transcritas na íntegra e agrupadas por analogias de similaridade, nas quais foram definidas categorias cardinais de 1 a 27, nomeando os profissionais de 1 a 27. Como exemplo desta analogia, pode-se referir à citação de um profissional que afirma que o entendimento sobre educação em saúde se deu ao mostrar ao paciente como ele deve se cuidar. Tal fala, juntamente com as demais que apresentavam mesma similaridade, foi agrupada, gerando a categoria analítica Autocuidado.

Aspectos éticos

Os participantes deste estudo foram informados da natureza do trabalho e dos seus objetivos, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o número do Parecer 5.486.139/2022 e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 57137622.1.0000.5054.

Resultados

As figuras apresentadas a seguir foram criadas de acordo com as principais categorias abordadas nas entrevistas: compreensão de educação em saúde dos participantes; execução da educação em saúde no contexto da atenção primária; as motivações e os desafios dos profissionais da atenção primária à saúde na execução do componente – Educação em saúde; os temas de educação em saúde abordados nas unidades da atenção primária.

Compreensão de educação em saúde dos participantes

A compreensão de educação em saúde dos participantes está ilustrada na figura 1, que apresenta os elementos que a compõem.



Figura 1 – Compreensão de educação em saúde dos profissionais da Atenção Primária de um município de pequeno porte do Nordeste do Brasil. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

As falas corroboram as evidências desses resultados: *É promover o conhecimento da comunidade* (Profissional 1). *É a gente mostrar o paciente como se deve cuidar, está entendendo? autocuidado, está entendendo?* (Profissional 2).

Execução da educação em saúde no contexto da atenção primária

A prática de educação em saúde dos participantes foi descrita na figura 2, que apresenta os seguintes elementos:



Figura 2 – Representação da prática de educação em saúde no contexto da atenção primária. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

As falas a seguir demonstram estes resultados: *É o botar em prática algumas atitudes com relação à saúde, praticado pelo dia a dia, tentar implementar em todas as minhas famílias a educação em saúde e nas ações preventivas que desenvolve junto a UBS [Unidade Básica de Saúde] (Profissional 9). Eu entendo que é de casa a casa, no dia a dia a gente aborda os problemas mais incidentes não é? que acontecem, dependendo de cada região (Profissional 27). A gente orienta com informações mais simples, tentando resumir o conteúdo, simplificando o conteúdo... porque são pessoas carentes, não é? não tem tanto acesso a informação, então a gente tenta simplificar o máximo possível e orientar, sempre que possível (Profissional 3). A gente faz através de orientações não é? e palestras... no agosto dourado, em outubro a gente faz o outubro rosa... e a gente faz também nas escolas não é? e durante o atendimento a gente faz também as orientações (Profissional 12). Eu faço na minha sala. A gente faz... como o agosto dourado, o outubro rosa, mas eu tento fazer na minha sala, individual não é? que eu mais fico presente com o paciente (Profissional 13).*

As motivações e os desafios dos profissionais da atenção primária à saúde na execução do componente – Educação em saúde

Com relação à motivação para a realização da atividade educativa, os participantes comentaram sobre assuntos específicos da área de cada profissional. Afirmou-se, por exemplo, que a motivação para desenvolver atividades educativas se dava devido a algumas áreas apresentarem predominância da vulnerabilidade social. Outros, porém, preferem abordar temas específicos que, se forem trabalhados, conseguem abranger um maior público, a exemplo do aleitamento materno com as gestantes. Foi comentado também

que as ações de educação em saúde podem levar a uma melhoria da qualidade de vida dos usuários, pois orientam sobre prevenção e contribuem para que a população não seja tão ofendida com patologias que poderiam ser evitadas.

Os desafios da ação educativa foram representados nas falas que comentaram sobre a abordagem do assunto, pois, a depender do público, o tema precisa ser abordado de forma diferente. Outro desafio apontado foi sobre a resistência da população em participar das atividades de educação em saúde ofertadas pela equipe e, algumas vezes, a falta de tempo e carência de recursos. A figura 3 demonstra tais motivações e desafios.

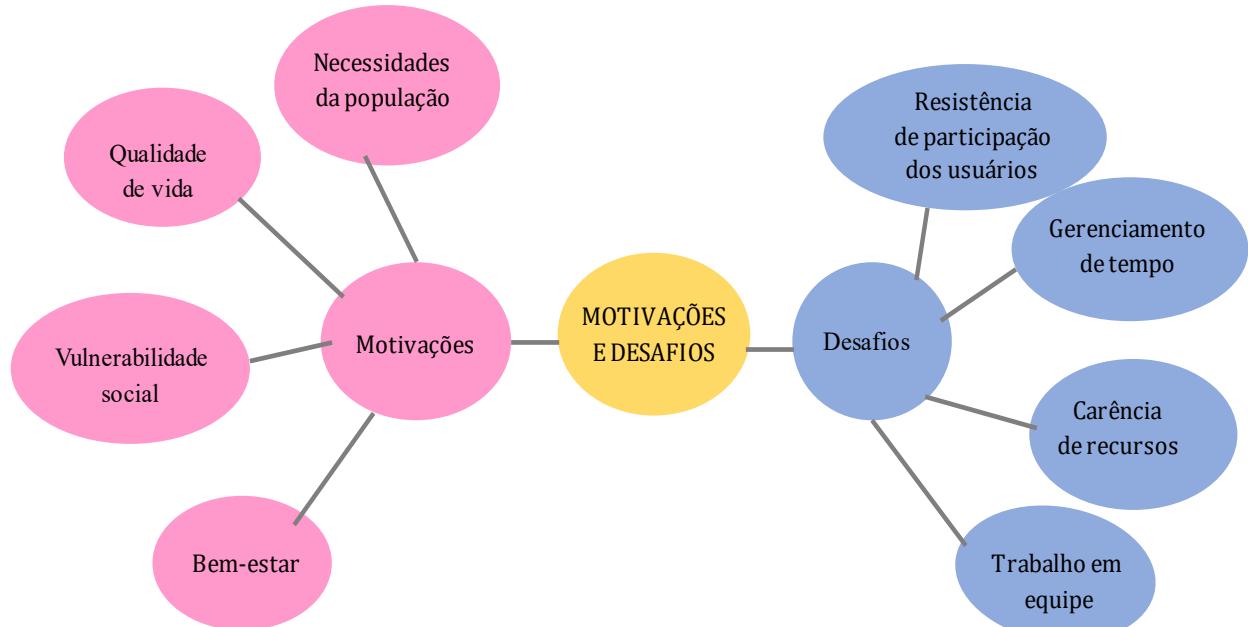


Figura 3 – Motivações e desafios dos profissionais da atenção primária. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

As falas corroboram tais resultados: *A vulnerabilidade social, se tivesse como trabalhar mais isso, minha área mais é o social (Profissional 1). É ver a qualidade de vida de muitos dos meus pacientes não é? Quando encontro os idosos muito ociosos no domicílio, aí esses idosos a gente acaba de uma certa forma motivando eles a participar de grupo de idosos, a saírem, a irem até a unidade de saúde reencontrar outros idosos (Profissional 9). É bom a gente repassar pros pacientes da gente pra eles se sentir bem. As vezes não é nem doente, as vezes é só questão mesmo de uma pessoa ali dar apoio, dar força (Profissional 19). Tem que ter um trabalho coletivo. Alguns eu*

encontro uma facilidade maior de falar do assunto, de dar exemplos, de... utilizei as doenças que a gente tem (Profissional 1). É o próprio bloqueio das famílias, não é? Porque as vezes eles ficam acomodados, sente a necessidade de praticar uma atividade física, de sair, conversar, ouvir uma palestra, uma música, mas acabam se acomodando. O desafio é conseguir trazer essas pessoas pro meio social. Todos os dias a gente vai praticando e batendo na mesma tecla. Uma hora as famílias acabam cedendo, participando (Profissional 9). Eu acredito que o maior desafio seja a gente ter tempo de fato pra realizar essa educação em saúde. A gente tenta, não é? Sempre que possível, a gente faz

uso dessas campanhas, como eu já falei, do agosto dourado, tentando chamar mais a população, trazendo... tentando trazer eles pra que a gente possa ensinar eles sobre isso (Profissional 3). Eu entendo com um desafio e tenho que superá-lo a cada dia. Tem momentos que a gente tá mais fragilizado, tem momentos que a gente recua, mas a gente vai traçando metas, traçando estratégias pra tá executando o trabalho. Principalmente, volto a dizer, estando com a equipe completa, a equipe da unidade, do PSF [Programa Saúde da Família], é muito importante porque a gente vai dividindo os problemas, a gente vai buscando solucionar em equipe, juntas (Profissional 26). A dificuldade é o espaço as vezes lá no posto, que é pequeno. E as vezes a gente convida, se for pela manhã, umas pessoas que colocam dificuldade, outras não. Conversando com as pessoas as vezes melhora mais não é? Incentivando com uma brincadeira ali, eles ficam mais à vontade, não é? (Profissional 14). Eu acho que o trabalho em conjunto, porque quando o assunto está só sendo abordado por uma pessoa, parece que não é um problema real, parece que alguém pontou aquilo como importante. Mas quando um conjunto de pessoas trabalhando, desde unidade, como as outras assistências, aí sim (Profissional 1).

Os temas de educação em saúde abordados nas unidades de atenção primária à saúde

Os temas mais abordados pelos participantes foram saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, cuidado materno infantil, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, saúde coletiva, saúde mental, nutrição, atividade física, vacinação, arboviroses e automedicação, além da campanhas como Outubro Rosa, Novembro Azul, Agosto Dourado e Setembro Amarelo.



Figura 4 – Temas mais abordados pelos participantes nas ações educativas. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

As falas demonstram estes resultados: *Geralmente, a gente escolhe um tema de acordo com o que está acontecendo ou quando a secretaria de saúde aborda algum tema para gente, a gente trabalha em cima daquilo (Profissional 6). Porque são temas bem relevantes, também por conta do número de casos. A gente une o conteúdo, a palestra, a nossa prática (Profissional 5). São os temas que a gente tem mais na comunidade não é? São os que a gente lida todos os dias (Profissional 11). Porque também tem muitos que precisam, a gente explica e tudo, aí com mais homens eles ficam mais à vontade, quando tem mais eles começam a fazer pergunta (Profissional 14).*

Educação em saúde: participação do usuário e mudanças no seu comportamento

Indagou-se, nesse estudo, sobre como acontece a participação dos usuários nas atividades de educação em saúde e quais as mudanças esperadas que a prática de educação em saúde causa nos usuários. Observa-se nas falas pouca ou nenhuma participação em relação a haver mais interatividade.

As falas retratam a participação da população:

Há aqueles usuários que sempre estão, mas a grande maioria, ou por dificuldades ou por má vontade mesmo, que procuram não participar (Profissional 28). A princípio, é muito na base só da escuta né? eles não são muito de interagir, de falar, a grande maioria fica só escutando, a gente fica até um pouco sem retorno (Profissional 26). É bem participativa, eles gostam, bastante participada na minha área. Quando esse usuário cria o vínculo tanto com a equipe, como com o agente de saúde, tudo fica mais fácil, a gente conquista a confiança, conquista o diálogo e se sente mais à vontade (Profissional 9). Tem uns que são bem participativos, que perguntam não é? Tem uns que falam, não todos, mas tem aqueles mais que as vezes se interessam mais pelo assunto, pergunta, aí as vezes os outros até querem saber, mas com vergonha de perguntar, acha bom quando os outros perguntam que ficam sabendo também" (Profissional 16). Às vezes veem alguma questão na internet e vem até a gente pra saber se é verdade, não é? (Profissional 3).

Com relação às mudanças esperadas que a prática de educação em saúde causa aos usuários, pode-se perceber que as atividades despertam a conscientização, a orientação e o vínculo que é gerado entre profissionais e usuários: *Interesse em melhorar, interesse em*

realmente buscar. A agente de saúde disse, tem que ir (Profissional 1). Eu acho que as pessoas levam muita coisa que eles escutam, eles levam pra casa e executam em casa algumas orientações (Profissional 8). Depois que a gente realiza não é? sempre a gente ver depois os comentários e assim, eles ficam mais... eles ficam sempre lembrando daquilo ali que aconteceu e tudo (Profissional 16). O processo de entendimento do processo saúde-doença é fundamental para prevenção de novos agravos, para o tratamento da doença atual e também para a conscientização interpessoal dentro da comunidade não é? (Profissional 24). Com certeza, porque as vezes, não é todos, mas tem uns que não tem muita experiência, não sabe muita coisa e aí a gente ver que melhora (Profissional 14). Efeito bem positivo, por sinal. Quando demoro passar naquela residência da minha área, aí eu volto lá cadê eu estou lembrando daquele encontro que a gente tinha sempre nesse mês, esse ano não vai ter? A gente acaba criando esse vínculo com o usuário e eles nos cobram não é? (Profissional 9). Percebo que após esse trabalho de educação em saúde, a gente consegue ter mais acesso a eles, isso automaticamente facilita, eles passam a confiar mais na gente, passam a frequentar mais a unidade, a fazer suas consultas de rotina, os exames rotineiros (Profissional 26).

Discussão

Os resultados deste estudo apontaram diferentes aspectos sobre a compreensão de educação em saúde, sua relação com a prática e as mudanças esperadas junto aos usuários⁽¹⁴⁾. A educação em saúde propicia uma sensibilização no âmbito individual e coletivo sobre o que cada pessoa pode fazer para melhorar as condições de vida, originando a confiança e um maior controle sobre sua saúde e da comunidade⁽¹⁵⁾. Ao realizar uma ação de educação em saúde que priorize a melhoria da comunicação e da interação com a população, o profissional possibilita a transformação da vida dos usuários, sensibilizando-os para aspectos que promovam sua saúde⁽¹⁶⁾.

As práticas educativas no cenário de trabalho da atenção primária apresentam papel importante para o profissional e usuários, visto que a qualidade da assistência tem como prioridade as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e a totalidade do cuidado⁽¹⁷⁾. Observa-se a necessidade de

estratégias educativas realizadas pelos profissionais, que melhorem a capacidade dos usuários de manter o autocuidado, adaptando essa prática aos seus cotidianos, melhorando assim a qualidade de vida desses indivíduos⁽¹⁸⁾.

A educação em saúde caracteriza-se como um instrumento de construção e de diálogo, construtor do conhecimento, que gera o estímulo à autonomia, à participação das pessoas nas ações de saúde e o protagonismo dos sujeitos no seu próprio cuidado, podendo levar a um progresso no bem-estar da comunidade⁽¹⁹⁾.

Conforme as relações construídas entre profissionais e usuários, as práticas educativas interferem em seus modos de pensar e agir. O processo de promoção da saúde é também um processo de ensino e aprendizagem, pois tanto o profissional de saúde quanto o usuário participam do processo como sujeitos ativos, ensinando e aprendendo, e os usuários também participam no processo de construção de uma saúde mais estável para todos⁽²⁰⁾.

Sobre vulnerabilidade social, a literatura refere o quanto é importante manter cuidados assistenciais e educativos na tentativa de reduzi-las, proporcionando uma área territorial saudável e uma redução nos níveis de adoecimento da população⁽¹⁵⁾. A desinformação da população representa um sério risco à saúde pública, pois compromete o comportamento das pessoas, expondo-as a riscos⁽²¹⁾.

Destaca-se a importância de prezar pela integralidade do cuidado, com uma visão geral para o território, entendendo os valores da população e de suas necessidades de saúde, estimulando as estratégias de promoção e prevenção e tornando todos estes aspectos essenciais na atuação das equipes de saúde que realizam suas atividades nestes territórios⁽²²⁾. As atividades educativas podem ocorrer durante as consultas e atendimentos e de forma coletiva em círculos com pacientes e rodas de conversas⁽⁷⁾.

As equipes de saúde, muitas vezes, enfrentam o desafio de promover a corresponsabilidade dos usuários na abordagem integral do cuidado. A construção coletiva de conhecimento entre profissionais e

população pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e a melhoria da assistência à população⁽²³⁾.

Alguns empecilhos são experienciados por determinados profissionais que dificultam a realização da educação em saúde, sendo uma delas a resistência dos usuários em participar. Tal situação é justificada pelo pouco interesse que a população demonstra e pela falta de tempo⁽²⁴⁾.

Observa-se a participação social nos serviços como uma potencialização da saúde no cotidiano das pessoas, destacando a abordagem da população como estratégia no trabalho da atenção primária⁽²⁵⁾. Os profissionais incentivam a participação dos usuários nas ações educativas de forma mais ativa, para que haja o envolvimento na busca coletiva por melhorias na assistência⁽¹⁶⁾.

Com relação ao trabalho em equipe, a interação entre os profissionais consegue gerar ferramentas que auxiliam nas ações de educação em saúde e no reforço da equipe, refletindo na integração e efetividade das estratégias desenvolvidas⁽²⁶⁾. É necessário que os profissionais exerçam com efetividade o trabalho integrativo, com busca na compreensão de que os saberes precisam ser gerados de forma recíproca, mas que se precisa ter autonomia para transmitir tecnicamente conhecimentos que melhorem a condição de saúde do usuário⁽²⁷⁾.

O cuidado aos indivíduos não é função exclusiva de um único profissional, sendo preciso que a abordagem de cuidados aos usuários seja associada à equipe de saúde, com toda sua integralidade e complexidade. Portanto, o desenvolvimento de competências para realização do processo de cuidado à população necessita ser delineado, pois afeta tanto os indivíduos quanto as equipes de saúde daquela área⁽²³⁾.

As propostas citadas em uma ação educativa, como o grau de instrução dos usuários, a linguagem e os materiais utilizados, promovem a participação das pessoas e proporcionam o envolvimento na construção do saber compartilhado. Além disso, os profissionais valorizam a participação da população e incenti-

vam o envolvimento de forma ativa para que se tenha esse compartilhamento e interesse dos envolvidos⁽¹⁶⁾.

É por meio da educação em saúde que surge a formação de vínculos que levarão a um aumento da confiança entre equipes de saúde e comunidade. O envolvimento dos profissionais nas atividades de educação em saúde, juntamente com as aptidões para gerar comunicação efetiva são fundamentais para a criação de vínculos, levando a possíveis transformações no estilo de vida dos usuários⁽²⁸⁾.

Os profissionais desenvolvem a função de transmitir conhecimentos e saberes, proporcionando que aquela região fique orientada quanto à melhoria das condições de saúde, provocando a autoconfiança, o compartilhamento de experiências e a integralidade do cuidado por meio dos ensinamentos de cunho técnico e científico⁽²⁹⁾. A complexidade presente em um território faz com que se torne necessária a compreensão sistêmica do cuidado, diante dos casos apresentados por uma população, e considera-se ainda a importância de uma conexão efetiva entre o sujeito, o contexto em que ele vive e os profissionais de saúde⁽³⁰⁾.

Limitações do estudo

No percurso da realização da pesquisa, alguns obstáculos foram enfrentados, como a demora na devolutiva dos formulários *on-line*, tendo a pesquisadora principal que entrar em contato, via WhatsApp, para assegurar as respostas em tempo hábil dentro do cronograma. Obteve-se a recusa de alguns profissionais em participar das entrevistas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o que foi acatado pela pesquisadora principal, em atenção aos preceitos éticos da pesquisa. Os ajustes de agenda para entrevistas com os participantes tiveram que ser modificados, em função de suas agendas de trabalho, mas não trouxeram prejuízo, apenas demora na execução do cronograma da pesquisa. Entretanto, obteve-se os resultados esperados com os participantes do estudo, não interferindo na qualidade dos dados,

mas apenas no cronograma de execução da pesquisa. A seleção dos participantes pela conveniência da atuação no município não se caracterizou como risco para não captação de diversidade de experiências, pois participaram diferentes categorias profissionais com variados tempos de experiência em suas profissões. A ausência de triangulação de dados e reflexividade pode ser considerada como limitações metodológicas.

Contribuições para a prática

Após a pesquisa, foi elaborada para os participantes e gestores do município uma Nota Técnica com recomendações para o aprimoramento das ações de educação em saúde no âmbito da atenção primária. Nesta nota, colocou-se que a educação em saúde é desenvolvida de diferentes formas pela maioria dos profissionais, seja com ações específicas, seja na rotina diária da unidade de saúde, porém, ainda é necessário implementar e estimular um maior desenvolvimento desta atividade de educação em saúde na Atenção Primária no município.

Foram sugeridas as seguintes propostas: reconhecer as percepções e interesses do público-alvo; adotar rodas de conversas nas comunidades para maior interação e criação de vínculos entre usuários e profissionais; adotar o uso de redes sociais para disseminação de conteúdos pelas Equipes de Saúde da Família, visto que a internet é uma importante ferramenta de comunicação; realizar atividades de educação permanente em saúde de forma frequente para os profissionais, para ensejar capacitação de inserir a educação em saúde de forma mais frequente, seguida de avaliação dessa prática em saúde.

Conclusão

A concepção de educação, em sua maioria, apresentou respostas relacionadas ao conceito de promoção do conhecimento, conscientização e educação da população, promoção de saúde, orientação e prevenção de doenças, acesso aos meios de saúde e

incentivo à participação nos programas ofertados pela Estratégia de Saúde da Família.

Sobre a prática de educação em saúde, foi revelado o uso de distintas formas: de casa a casa nas visitas domiciliares, em palestras realizadas na unidade, conversas em grupos, com orientações e informações durante o atendimento e o incentivo à participação nas campanhas promovidas pelas equipes.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Silva ACG. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada e Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Silva ACG, Rebouças LN, Silva MRF, Gubert FA, Vieira NFC.

Referências

1. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, et al. Monitoring and evaluation of Primary Health Care attributes at the national level: new challenges. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(4):1401-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>
2. Ferreira DS, Teixeira E, Martins ALO, Frota GA, Martins CMG. Arqueologia da educação em saúde: concepção e desenvolvimento de um campo disciplinar. Rev Educ Hum [Internet]. 2020 [cited Jul 10, 2025];1(1):291-305. Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/7510/5280>
3. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021;36(6):1578-98. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/daab067>
4. Andrade NF, Prado EAJ, Albarado AJ, Sousa MF, Mendonça, AVM. Analysis of the prevention campaigns against dengue, zika and chikungunya arboviruses from the Ministry of Health from the health education and communication perspective. Saúde Debate. 2020;44(126):871-80. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012621>

5. Almujadidi B, Adams A, Alquaiz A, Gurp GV, Schuster T, Andermann A. Exploring social determinants of health in a Saudi Arabian primary health care setting: the need for a multidisciplinary approach. *Int J Equity Health.* 2022;21(1):24. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01627-2>
6. Ferreira JFMF, Bracarense CF, Kappel VB, Parreira BDM, Rodrigues LR, Goulart BF. Health education in the Family health strategy: nurses' perception. *Rev Enferm UERJ.* 2021;29:e59640. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.59640>
7. Seaton J, Jones A, Johnston C, Francis K. Allied health professionals perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. *J Interprof Care.* 2020;35(2):217-28. doi: <http://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311>
8. Abreu RMA, Cruz LBS, Soares ELS. Políticas públicas em educação e o mal-estar docente. *Rev Bras Educ.* 2023;28:e280023. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782023280023>
9. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(suppl 1):e0024678. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados: Apuiarés [Internet]. 2022 [cited Jul 10, 2025]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/apuiares.html>
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
12. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag; 2000.
13. Sousa YSO. O uso do software Iramuteq: Fundamentos de Lexicometria para Pesquisas. *Estud Pesqui Psicol.* 2021;21(4):1541-60. doi: <https://doi.org/10.12957/epp.2021.64034>
14. Costa JS, Carneiro-Leão AMA. Campanhas sanitárias como instrumentos da educação em saúde no Brasil: algumas reflexões para uma educação popular em saúde. *Rev Sustinere.* 2021;9:333-51. doi: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.49818>
15. Schumacker RE, Wind SA, Holmes LF. Resources for identifying measurement instruments for social science research. *Meas-Interdiscip Res Perspect.* 2021;19(4):250-7. doi: <https://doi.org/10.1080/15366367.2021.1950486>
16. Vieira MSN, Matias KK, Queiroz MG. Health education and the municipal health network: practices of nutritionists. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(2):455-64. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021262.41062020>
17. Dias EG, Oliveira CKN, Lima JAD, Caldeira MB. A educação em saúde sob a ótica de usuários e enfermeiros da Atenção Básica. *Rev Saúde Desenvolv Hum.* 2022;10(1):1-13. doi: <https://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i1.7165>
18. Magri S, Amaral NW, Martini DN, Santos LZM, Siqueira LO. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2020;14(2):386-400. doi: <https://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>
19. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Health education in primary care: approaches and strategies envisaged in public health policies. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e200806. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/interface.200806>
20. Amarante LF, Nuto SAS, Forte FDS, Machado MFAS, Maia LA. Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate.* 2024;1;48(140):e8535. doi: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408535P>
21. Silva MMS, Carvalho KG, Cavalcante IKS, Saraiva MJG, Lomeo RC, Vasconcelos PR. Interseção de saberes em mídias sociais para educação em saúde na pandemia de COVID-19. *SANARE.* 2020;19(2):84-91. doi: <http://doi.org/10.36925/sanare.v19i2.1479>
22. Khatri RB, Assefa Y. Access to health services among culturally and linguistically diverse populations in the Australian universal health care system: issues and challenges. *BMC Public Health.* 2022;22(1):880. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-13256-z>
23. Oliveira LGF, Fracolli LA, Pina-Oliveira AA, Gryschek ALFPL, Silva MR, Campos DS, et al. Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Rev JRG Es-*

- tud Acad. 2024;7(14):e14973. doi: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.973>
24. Johnson LJ, Schopp LH, Waggie F, Frantz JM. Challenges experienced by community health workers and their motivation to attend a self-management programme. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2022;14(1):e1-e9. doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.2911>
25. Cruz PJSC, Silva JC, Danielski K, Brito PNA. Popular education in health: principles, challenges and perspectives in the critical reconstruction of the country. Interface (Botucatu). 2024;28:e230550. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.240156>
26. Marques RJR, Alves KR, Soares CS, Magalhães KA, Morelli LF, Lopes ACS. Análise do trabalho em equipe multiprofissional para ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. Trab Educ Saúde. 2020;18(1):e0024172. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00241>
27. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. Rev Psicol Saúde. 2020;12(1):143-55. doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
28. Braga KL, Klafker AAS, Carvalho GCM, Araújo MET. Revisão integrativa: experiências exitosas em educação em saúde. Rev Conhec Ação. 2021;6(1):187-99. doi: <https://doi.org/10.47681/rca.v6i1.41415>
29. Santos EAM, Lima LV, Cavalcante JRC, Amaral MS. A relevância do grupo de gestantes na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. Rev Eletr Acervo Enferm. 2022;17:e9837. doi: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9837.2022>
30. Backes DS, Gomes RCC, Rupolo I, Büscher A, Silva MJP, Ferreira CLL. Leadership in nursing and health care in the light of complexity thinking. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210553. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0553en>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons