

A prática da educação em saúde na perspectiva de profissionais da zona rural de um município do interior de Minas Gerais

Health education in practice from the perspective of professionals in rural areas of a small municipality in Minas Gerais

La práctica de la educación en salud en la perspectiva de profesionales de la zona rural de un municipio de Minas Gerais

Nakita Maria Komori¹ ; Débora de Oliveira Ferreira¹ ; Fabiana Rodrigues Lima¹ ;
Leiner Resende Rodrigues¹ ; Bibiane Dias Miranda Parreira¹ ; Bethania Ferreira Goulart¹ 

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil

RESUMO

Objetivo: descrever as ações de educação em saúde realizadas por profissionais da Estratégia Saúde da Família da zona rural de um município do interior de Minas Gerais. **Método:** estudo exploratório, abordagem qualitativa. Envolveu 16 profissionais da Estratégia Saúde da Família da zona rural. Coleta de dados realizada por meio de entrevistas semiestruturadas em 2019, com dados analisados empregando técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: Educação em saúde, prevenção de doenças e transmissão de informações; Educação em saúde como sinônimo de educação em serviço; e, A gestão do trabalho como ferramenta para a educação em saúde. **Conclusão:** a educação em saúde é realizada por meio de palestras, grupos ou individualmente, focada na doença, ancorada no repasse de saberes profissionais. Ainda é percebida como educação em serviço, revelando desconhecimento dos profissionais frente à temática. Constatou-se necessidade de investimento da gestão na viabilização de recursos e agentes para a educação em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde; Zona Rural.

ABSTRACT

Objective: to describe the health education actions performed by Family Health Strategy personnel in rural area of a town in Minas Gerais. **Method:** this exploratory, qualitative study involved 16 Family Health Strategy personnel from a rural area. Data were collected through semi-structured interviews in 2019 and analyzed using content analysis. **Results:** three thematic categories emerged: Health education, disease prevention and information transmission; Health education as a synonym for in-service education; and Work management as a tool for health education. **Conclusion:** health education is carried out through group or individual lectures. It is disease-focused and rests on conveying professional knowledge. It is still perceived as in-service education, revealing health personnel's lack of knowledge on the subject. There was found to be a need to invest in management when enabling funding and agents for health education.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Education; Rural Areas.

RESUMEN

Objetivo: describir las acciones de educación en salud realizadas por profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en el área rural de un municipio del interior de Minas Gerais. **Método:** estudio exploratorio, abordaje cualitativo. Involucró a 16 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, en áreas rurales. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas en 2019, los datos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** surgieron tres categorías temáticas: educación en salud, prevención de enfermedades y transmisión de información; Educación en salud como sinónimo de educación en servicio y la Gestión del trabajo como herramienta de educación en salud. **Conclusión:** la educación en salud se realiza a través de conferencias, en grupo o individualmente, enfocada a la enfermedad, anclada en la transferencia de conocimientos profesionales. Todavía se percibe como educación en servicio, lo que revela la falta de conocimiento de los profesionales sobre el tema. Se percibió la necesidad de invertir de la gestión en hacer viables los recursos y agentes para la educación en salud.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Educación en Salud; Medio Rural.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) possibilita ao indivíduo e comunidade expressarem necessidades e problemas. Representa porta de entrada para o sistema e visa prestar cuidado integral^{1,2}. Na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como espaço para incorporação de práticas de promoção à saúde, com capacitação da comunidade para desenvolvimento da autonomia e autocuidado, sendo viabilizada pelo trabalho em equipe³.

Para superação do modelo biomédico, a promoção da saúde representa processo transformador, pressupondo reorientação dos serviços de saúde, considerando dimensões políticas, amadurecimento de habilidades pessoais/coletivas, envolvimento comunitário e cuidado com ambiente^{4,5}.

A educação em saúde representa uma das ferramentas para promoção da saúde, propondo aproximação e vínculo do indivíduo/família/comunidade com o serviço de saúde. A prática educativa deve contribuir para desenvolvimento da autonomia do usuário, possibilitando reconstrução de hábitos e maior participação nas decisões. Contudo, estudos indicam que ações de educação em saúde ainda se limitam à realização de grupos, com usuários, focados em doenças⁶⁻⁸.

Na perspectiva emancipatória, educação em saúde ancora-se no modelo dialógico, problematizador, possibilitando transformação dos comportamentos e hábitos do indivíduo em relação à saúde. Tal modelo viabiliza autonomia, visão crítica e reflexiva da realidade pelo indivíduo/comunidade, proporcionando melhor impacto nos indicadores de saúde e qualidade de vida⁹⁻¹¹.

Considerando-se a zona rural, a população possui apenas o serviço da ESF como acesso ao sistema. Tal comunidade vivencia a vulnerabilidade e problemas de saúde relacionados a residências precárias, baixa escolaridade e dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde. O panorama é complexo e dificulta a atuação da equipe de saúde¹².

Diante das diversas dificuldades vivenciadas pela comunidade rural e as lacunas da produção científica sobre a temática, questiona-se que ações de educação em saúde são desenvolvidas no cotidiano do trabalho da ESF rural, considerando a realidade local, social e cultural no qual estão inseridos?

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo descrever as ações de educação em saúde realizadas por profissionais da Estratégia Saúde da Família da zona rural de um município do interior de Minas Gerais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para análise da prática da educação em saúde, na ESF/zona rural, realizou-se aproximação dos achados com processo de trabalho em saúde. Isto se justifica pelo fato de que a referida temática é complexa no cotidiano, sendo influenciada pelo modelo de atenção e pela organização do trabalho.

A teoria do processo de trabalho em saúde representa importante abordagem teórico-conceitual a respeito de recursos humanos. Contempla como o trabalho é realizado e pretende elaborar um produto específico¹³. O processo de trabalho, que é não é estático, traduz a maneira como o trabalho é realizado, por meio da atuação sobre determinado objeto, obtendo um dado produto¹⁴.

Como componentes do referido processo destacam-se o objeto (aquilo que será transformado); instrumentos materiais e não materiais; agentes (profissionais) e finalidade¹³. Tais elementos não devem ser analisados de forma separada, uma vez que requerem relação recíproca para configurar processo de trabalho¹⁵.

É fundamental considerar as dimensões dinâmicas e relacionais do processo supracitado, necessárias não apenas como estrutura de sociabilidade, mas como prática interpessoal que modifica aquela sociedade¹³.

A educação em saúde é permeada e influenciada não somente pelos seus aspectos conceituais, mas fundamentalmente pelo desenho e organização do processo de trabalho em saúde na zona rural, bem como pela percepção dos profissionais a respeito da temática e sua prática.

MÉTODO

Realizou-se estudo exploratório com abordagem qualitativa, junto aos profissionais de quatro equipes da ESF/zona rural, em um município no interior de Minas Gerais, em 2019. Seguiram-se os critérios do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ). Tal instrumento contempla três domínios: equipe de pesquisa e reflexividade, desenho do estudo e análise/resultados. Visa direcionar aspectos importantes da pesquisa, garantindo sua confiabilidade¹⁶.

À época da coleta de dados, as quatro equipes contavam com 55 profissionais, sendo 25 agentes comunitários de saúde, sete técnicos de enfermagem, seis médicos, cinco cirurgiões dentistas, cinco auxiliares de saúde bucal, quatro enfermeiros e três psicólogos.

Pretendia-se entrevistar um profissional por categoria, por equipe. Dos 55 profissionais, após a inclusão daqueles que eram únicos na categoria profissional e que respondiam ao critério de inclusão que era atuar na referida equipe há, no mínimo seis meses, procedeu-se ao sorteio daqueles que tinham mais de um representante na categoria, obtendo-se uma população composta por 27 profissionais elegíveis. Destaca-se que quanto às categorias que contavam com um único profissional na equipe, não se realizou sorteio. O profissional foi incluído, caso atendesse aos critérios de inclusão. O sorteio foi realizado quando a categoria profissional apresentava mais de um profissional na equipe. Isso ocorreu com a intenção de ter a representatividade de um profissional por categoria em cada uma das quatro equipes da ESF/zona rural.

De acordo com os critérios de exclusão, dos 27 profissionais, foram excluídos 11, dos quais quatro tinham tempo de serviço inferior a seis meses, quatro estavam afastados do trabalho à época da coleta de dados e três não foram localizados após três tentativas para agendamento da entrevista, totalizando população final de 16 participantes,

selecionados de forma intencional. Quanto aos profissionais excluídos, não havia possibilidade de recrutamento de outros agentes, pois eram únicos na categoria na equipe.

A coleta de dados ocorreu de maio-setembro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro, o qual foi submetido à avaliação de três doutores na temática e/ou em metodologia de pesquisa. O roteiro contava com dados sociodemográficos e aspectos sobre a prática da educação em saúde, na perspectiva dos profissionais. Realizou-se teste piloto, testando em condições reais o instrumento para coleta de dados, junto a dois enfermeiros que atuavam na APS, mas não na ESF, previamente à coleta definitiva dos dados. Com o teste piloto, constatou-se que não seria necessário realizar ajustes no roteiro para entrevista.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, graduanda em Enfermagem, sendo capacitada previamente pela orientadora da pesquisa. Foram desenvolvidas face a face, áudio gravadas em meio digital, em dia previamente marcado, na unidade da ESF, no horário de trabalho dos profissionais, em comum acordo entre participantes e pesquisadora, em sala que assegurasse privacidade, sendo transcritas na íntegra, posteriormente, por ela, não havendo analistas externos. Tiveram duração média de seis minutos. Durante a entrevista, estavam presentes em sala privativa da unidade somente pesquisadora e entrevistado. O contato entre pesquisadora e participante ocorria pessoalmente na unidade, a qual se apresentava, explicitava a justificativa para a investigação e fazia o convite. Quando possível, a entrevista se realizava no mesmo dia, ou em dia combinado. Os participantes foram identificados como E1, E2 e assim por diante até o E16, sendo a letra E a indicação de entrevistado e a sequência numérica, a ordem de realização das entrevistas.

Os dados referentes à caracterização dos entrevistados foram submetidos à análise descritiva. Utilizou-se orientação metodológica da análise de conteúdo, modalidade temática, para análise dos dados qualitativos, desenvolvendo-se as etapas: pré-análise (leitura exhaustiva do material coletado para identificação das unidades temáticas); exploração do material (compilação das categorias temáticas que emergiram, agrupando-se unidades de contexto, por afinidade); tratamento dos resultados e interpretação do material (elaboração de diálogo entre achados do estudo e teoria)¹⁷.

Esta pesquisa atendeu à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Integra um projeto maior intitulado: “Percepção da educação em saúde na Atenção Primária à Saúde”. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 16 profissionais participantes, quatro eram agentes comunitários de saúde (25%), três auxiliares de saúde bucal (18,75%), três dentistas (18,75%), três técnicos de enfermagem (18,75%), uma enfermeira (6,25%), uma psicóloga (6,25%) e um médico (6,25%). Do total, 14 (87,50%) eram do sexo feminino e dois (12,50%) do sexo masculino. A idade variou entre 26 e 63 anos, com média de 47,3 anos. O tempo de formação profissional foi de um a 40 anos; uma pessoa não soube relatar. O tempo de trabalho dos participantes na equipe oscilou de dois a 23 anos, com média de nove anos.

Durante o processo de compilação das categorias, os achados emergentes na análise foram agrupados, por afinidade de conteúdo em três eixos temáticos: Educação em saúde, prevenção de doenças e transmissão de informações; Educação em saúde como sinônimo de educação em serviço e; A gestão do trabalho como ferramenta para a educação em saúde. Não houve subdivisão em subcategorias.

Educação em saúde, prevenção de doenças e transmissão de informações

A categoria temática evidencia que a educação em saúde é desenvolvida por meio de grupos e palestras junto aos usuários, sendo revelado enfaticamente. Os profissionais realizam também a educação em saúde nos atendimentos individuais e as ações focam na doença, ocorrem de maneira sistematizada e com planejamento prévio, data e horário pré-definidos.

Para os participantes, a educação em saúde ocorre por meio da realização de grupos junto aos usuários, com públicos específicos, preconizados pelo Ministério da Saúde, seguindo lógica normativa, padronizada e, muitas vezes, prescritiva. A educação em saúde não é entendida como algo que permeia o processo de trabalho, mas como uma etapa a mais a ser cumprida:

A gente tem os grupos do programa saúde na escola que tem algumas atividades que a gente realiza na escola e tem o grupo do Hiperdia. (E5)

Sim, às vezes (...) acontece grupos de Hipertensos, grupos de bebês com as mães, com as gestantes e (...) às vezes não! Todo mês eu vou às escolas fazendo educação em saúde. (E10)

Com os pacientes a gente dá uma orientação (...) damos palestras, fazemos grupos, falamos sobre a doença. Não só eu, todos nós aqui fazemos (...) às vezes, a pessoa fica na sala de espera aí a gente fala (...) vamos falar hoje sobre a tuberculose. (E15)

Realizamos uma vez ao mês na zona rural e nas escolas e nas firmas também, aí realizamos de acordo com a programação do Ministério da Saúde, cada época. Setembro amarelo, por exemplo (...) Fora isso, programamos de acordo com a Secretaria, alguns temas mais convenientes e aí apresentamos pra eles. (E16)

A educação em saúde realizada na ESF/zona rural fundamenta-se nas ações junto a grupos específicos, focadas em doenças e agravos à saúde. Esse resultado converge com a literatura ao evidenciar que o desenvolvimento de grupos representa a principal prática educativa na APS¹⁸.

Entretanto, cabe destacar que os grupos para prática educativa na APS devem abordar temáticas sugeridas anteriormente, pelo usuário, relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, e não focados somente nas doenças, ato que não é evidenciado. Ainda ocorre o modelo tradicional de grupos, pautados na doença e na perspectiva curativa, revelando desafios a serem superados na prática da educação em saúde^{18,19}.

Os relatos evidenciaram a percepção da educação em saúde como mais uma etapa do processo de trabalho. Ela não é percebida como fio condutor que permeia toda a realização do trabalho. Para os agentes, a educação em saúde deve ser programada, agendada e voltada para um público específico.

Os achados revelaram uma identidade compartilhada de que a educação em saúde representa uma tarefa separada, distinta do processo de trabalho. Tais resultados convergem com a literatura que afirma que essa prática da educação em saúde pontual e voltada para áreas específicas é bastante utilizada²⁰, no cotidiano. Porém, indaga-se por que não realizar a educação em saúde em todo e a qualquer momento de interação profissional-usuário, transformando esse encontro em espaço para troca e compartilhamento de saberes.

Neste sentido, a formação profissional, reforçando o modelo biomédico e o processo de trabalho em saúde, não considera como eixos norteadores, o perfil, as demandas e os anseios da comunidade, em foco, para subsidiar ações de educação em saúde convergentes com a realidade social. Prática essa, que pouco auxilia na realização de ações integrais e não colabora para o reconhecimento das necessidades de cada usuário e comunidade²¹.

Os participantes relataram realizar ações de educação em saúde no atendimento individualizado dos usuários, nas visitas domiciliares ou na ESF, com ênfase na prevenção de doenças e transmissão verticalizada de informações profissional-usuário:

Todas as quintas (...) e nas visitas também sabe? Orientando as pessoas do cuidado em saúde, os exames preventivos (...) sobre vacina, consulta pelo menos uma vez por ano ir no médico. (E6)

A gente passa informações, a gente trabalha com o paciente tanto aqui na unidade (...) quanto as nossas visitas domiciliares. Então o que mais a gente passa em cima dessas visitas ou até mesmo aqui, é informações e eu acredito que a educação é a informação em cima da educação, sem ela você não conseguiria passar (...) informações sobre como agir nas situações ou na prevenção delas. (E8)

Eu sempre pego um tema e nas visitas a gente faz a visita de rotina e acompanhamento e depois fala sobre um tema (...) esse mês a gente está falando sobre o Papanicolaú (...) A gente está orientando as mulheres, a gente está levando folheto como que é feito o exame (...) cada mês a gente trabalha uma coisa. (E14)

A educação em saúde como instrumento para prescrições e limites, definindo certo e errado a ser seguido pelo indivíduo, quanto à própria saúde, dificulta a percepção da saúde em seu conceito ampliado, indo além da presença ou ausência de doenças²². O caráter social e dinâmico da saúde e de tudo que a envolve não encontra espaço para ser discutido no paradigma da transmissão de conhecimento técnico e da hegemonia do saber profissional. Fundamental que os agentes do processo de trabalho utilizem os instrumentos não materiais, nas ações de educação em saúde, na perspectiva acolhedora dos saberes não sistematizados dos usuários.

Autonomia do indivíduo, protagonismo, valorização dos saberes populares no cuidado e corresponsabilização do sujeito no próprio projeto terapêutico devem permear ações de educação em saúde, em perspectiva emancipatória. O cuidado precisa envolver profissionais e sujeitos coletivamente, considerando que a prática do acolhimento, por meio da escuta e do diálogo, estreita relações entre eles, tornando-as mais horizontais²³.

Educação em saúde como sinônimo de educação em serviço

Outro significado que emergiu nos depoimentos evidencia a educação em saúde como ações desenvolvidas junto aos profissionais, sendo expressas, por eles, como educação continuada e reuniões de equipe. A educação em saúde é percebida como sinônimo de educação em serviço:

Educação continuada que a gente faz todo mês [refere-se à educação em saúde], que faz também aqui que tem duas vezes no mês. A gente sempre aborda as doenças comuns que a gente encontra nas fazendas. (E3)

Nós realizamos a educação continuada (...) [refere-se à educação em saúde] o certo, o ritmo é uma vez por semana, mas, às vezes, quando determinados profissionais entram de férias (...) podem ter um espaçamento (...) faz de 15 em 15 dias, mas a reunião pelo menos uma vez mensal ela ocorre. (E4)

A gente faz uma vez por semana, por mais ou menos uma hora (...) [refere-se à educação em saúde]. A gente faz reunião e discute temas administrativos e (...) exigidos pela Secretaria da Saúde, pelo Ministério da Saúde e temas também implantados pela própria equipe (...) reunião que é administrativa e, também de educação em saúde. (E5)

Para os participantes, quando realizam reuniões para discussão de questões administrativas ou focadas nas doenças, estão desenvolvendo educação em saúde. Os depoimentos explicitaram significado compartilhado de educação em saúde como sinônimo de educação em serviço.

Os achados divergem da literatura, que destaca educação em saúde como ação realizada entre profissionais e pacientes/comunidade, envolvendo troca de conhecimentos, construção de vínculos, conhecimento sobre doenças, promoção do auto cuidado^{24,25}, valorizando a capacidade do indivíduo⁷.

Os depoimentos evidenciaram a educação continuada como sendo educação em saúde. De acordo com a literatura, educação continuada é um processo de ensino e aprendizagem voltado para crescimento ativo e permanente dos profissionais²⁶. Esta mistura de conceitos e significados entre educação em saúde e educação continuada reflete desconhecimento profissional, comprometendo seu entendimento e concretização de práticas emancipatórias em saúde²⁷.

A gestão do trabalho como ferramenta para a educação em saúde

Os profissionais da ESF/zona rural explicitaram estratégias e propostas para a educação em saúde, contemplando desde a realização de palestras até a necessidade de viabilização de instrumentos materiais do processo de trabalho, bem como infraestrutura da unidade.

Os entrevistados propuseram que deveriam ser realizadas, pelos profissionais, mais atividades educativas em grupos e palestras para a comunidade com temáticas específicas, enfatizando a prevenção de doenças. Os relatos revelaram-se impregnados pelo modelo biomédico e transmissão de saber profissional para o usuário:

Aqui não tem palestras, algumas palestrantes (...) essas sexual, esses negócios de drogas, aqui não tem. E falar mais sobre a doença, diabetes, Hipertensão. (E1)

Chamar mais as pessoas no grupo, fazer mais grupos. (E2)

A gente tinha que armar uma estratégia para voltar o grupo a funcionar, pelo menos então aquele negócio de sala de espera. Sabe? Aproveitar que o povo tá ali esperando pra consultar e já fazer (...) uma prevenção com eles ali (...) na recepção mesmo. (E6)

Os achados reforçam a prática da educação em saúde pautada na realização de grupos junto aos usuários, focada na prevenção de doenças e em temáticas diferentes com palestrantes capacitados. Essa sugestão converge com a literatura ao indicar que nos grupos o indivíduo encontra suporte para enfrentamento dos problemas individuais/coletivos^{7,28}. Destaca-se a potencialidade da educação em saúde como prática dialógica, emancipatória e coerente com demandas sociais e de saúde, especialmente, no cenário da ESF/APS, que prevê estreita proximidade profissional-comunidade. A prática educativa viabiliza a permuta de conhecimento entre seus integrantes, a possibilidade de ouvir o outro e construir relações horizontalizadas, favorecendo autonomia do sujeito²⁹.

Permanece a educação em saúde ainda vertical, consonante com a literatura, considerando os profissionais como fornecedores e transmissores de informações, com vistas à prevenção de doenças³⁰. Assim, destaca-se a necessidade de uma cultura organizacional que promova atividades embasadas em treinamento continuado e orientação³¹.

Para facilitar a prática da educação em saúde, alguns entrevistados apontaram a necessidade de melhoria da infraestrutura da unidade e disponibilização de recursos materiais. Segundo eles, algumas vezes, utilizam recursos próprios para desenvolver as ações. Evidencia-se estreita ligação entre a prática da educação em saúde com os componentes do processo de trabalho, especialmente, instrumentos materiais:

Uma [sugestão] é essa, dar uma atenção especial, aparelhos de praças públicas que você pode desenvolver alguma coisa mais específica (...) os insumos pra fazer a medição de glicose, os aparelhos para aferição de PA (...) o atendimento ele é otimizado. (E4)

Nós precisaríamos mais de espaço uma sala pra reunião [com usuários], mas está bom isso não vai adiantar. (E6)

Então se nós tivéssemos mais transporte, que pudesse mobilizar a gente pra ir até o paciente ou trazer o paciente até nós (...) se a gente pudesse ter um carro todos os dias. (E7)

Nós temos falta de slide, equipamento, uma sala (...) temos utilizado a escola quando está disponível, então a gente tem feito com os recursos mais básicos, algum cartaz que nós mesmos fazemos, camisa, recurso próprio mesmo, não tem recurso do município (E16)

Os depoimentos revelaram que os instrumentos materiais do processo de trabalho são potentes ferramentas para implementação adequada da educação em saúde no contexto da ESF/zona rural. Tais achados convergem com a literatura, a qual aborda que os agentes do processo de trabalho utilizam recursos financeiros próprios para realizarem ações educativas e se esforçam para dividir o tempo em atividades na unidade e nas comunidades^{22,32}.

Entretanto, ainda que exista limitação de recursos materiais, a educação em saúde contempla distintas ações que dispensariam o uso de recursos de alto custo. A utilização de tecnologias leves e leve-duras viabilizaria sua prática. A efetividade da educação em saúde pode ser alcançada por meio da construção de vínculo, ênfase na realidade social, integração profissional-comunidade e consideração da população como sujeito social e protagonista do cuidado³³.

Limitações do estudo

Como limitações, ainda que o estudo reflita a realidade local e que seus achados não possam ser generalizados, acredita-se que são muito próximos de outros locais no país. Não se pretende esgotar a temática, mas subsidiar novas investigações, na temática proposta, considerando-se o processo de trabalho como elemento fundamental nessa construção e prática.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a educação em saúde é realizada por meio de palestras, grupos ou individualmente, junto aos usuários, enfatizando prevenção de doenças ou enfrentamento de agravo à saúde. Geralmente, ocorre de forma sistematizada e padronizada, na perspectiva verticalizada, fundamentada na transmissão de informações profissionais para usuário/comunidade. É percebida como sinônimo de educação em serviço, revelando falta de pressupostos pertinentes para operacionalizar o processo de trabalho frente à temática.

Considerando a singularidade da zona rural, importante implementar práticas educativas inovadoras que insiram essa comunidade, excluída por questões geográficas, culturais e econômicas, nas ações de promoção de saúde e reconstrução de significados e conceitos. Fundamental realizar ações de educação em saúde que promovam protagonismo e empoderamento dos usuários.

Como contribuição, aponta-se urgência de maior investimento da gestão na viabilização de recursos materiais, infraestrutura e agentes para realização da educação em saúde. Sugere-se que a gestão se aproprie dos achados para repensar a organização do trabalho para concretização da educação em saúde na zona rural.

REFERÊNCIAS

1. Macinko J, Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 01]; 42(Spe):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>
2. Pitilin EB, Lentsck MH. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 01]; 49(5):725-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500003>
3. Costa NR. The Family Health Strategy: primary health care and the challenge of Brazilian metropolises. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 03]; 21(5):1389-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>
4. Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. Health promotion in professional education: challenges in Health and the need to achieve in other sectors. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 02]; 21(6):1799-808. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07622016>
5. Lundberg K, Jong MC, Kristiansen L, Jong M. Health promotion in practice-district nurses' experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 08]; 13(2):108-15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.001>
6. Sousa GS, Ferreira MGS, Monroe KCMC. Perception of nurses of teams of family health practices on educational development in orthopedics and traumatology. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 31]; 10(Suppl 4):3593-600. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201611>
7. Silva JRA, Lemos EC, Hardman CM, Santos SJ, Antunes MBC. Health education in the Family Health Strategy: professionals' perception. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 11]; 28(1):75-81. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p75>
8. Soares AN, Souza V, Santos FBO, Carneiro ACLL, Gazzinelli MF. Health education device: reflections on educational practices in primary care and nursing training. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 11]; 26(3):e0260016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000260016>
9. Sperandio N, Sperandio NE. A educação em saúde enquanto prática transformadora da realidade social. *Educação e saúde: fundamentos e desafios* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 27]; 1(2):7-14. Available from: <http://186.194.210.79:8090/revistas/index.php/educacaoesaude/article/view/211>
10. Masselli MC, Vieira CM, Oliveira NLS, Smeke ELM. Health education in Brazil: from Paulo Freire to today. *Santé Publique* [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 25]; 2(2):167-74. DOI: <https://doi.org/10.3917/spub.133.0167>

11. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 11]; 20(6):1763-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>
12. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 11]; 52:e03316. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017020203316>
13. Gonçalves RBM. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.* São Paulo: CEFOR; 1992.
14. Faria H, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. *Processo de trabalho em saúde.* 2nd ed. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
15. Gonçalves RBM. *Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico [dissertation]* [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1985 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/000750746>
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* [Internet]. 2007 [cited 2020 Sep 12]; 19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
18. Mendonça FTNF, Santos AS, Buso ALZ, Malaquias BSS. Health education with older adults: action research with primary care professionals. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 24]; 70(4):792-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0349>
19. Xavier QS, Ceolin T, Echevarría-Guanilo ME, Mendieta MC. Group of education in health: closeness of men to a primary healthcare center. *J. Res. Fundam. Care Online* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 17]; 7(2):2372-82. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2372-2382>
20. Couto TA, Santos FPA, Rodrigues VP, Vilela ABA, Machado JC, Jesus AS. Health education under perspective of family health teams users. *J. Nurs. UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 31]; 10(5):1606-14. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11156/12674>
21. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 18]; 24:e2721. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
22. Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro, LM, et al. Perception of the primary care multiprofessional team on health education. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 25]; 72(Suppl 1):266-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>
23. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Work process in Family Health Program: the potential of subjectivity of care for reconfiguration of the care model. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 05]; 23(3):861-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
24. Pinheiro SJ, Lucas FEQ, Barreto LF, Cruz MRCM, Pereira FGF, Barbosa AL. Conceptions of health education practices in the context of nursing education. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 12]; 17(4):545-52. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400015>
25. Świątoniowska-Lonc NA, Sławuta A, Dudek K, Jankowska K, Jankowska-Polańska BK. The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. *Adv. Clin. Exp. Med.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 01]; 29(4):481-92. DOI: <https://doi.org/10.17219/acem/115079>
26. Cavalcanti FOL, Guizardi FL. Continued or permanent education in health? Analysis of the production of the Pan American Health Organization. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 15]; 16(1):99-122. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119>
27. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 13]; 43(120):223-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
28. Araújo WA, Assunção MLB, Araújo IS, Temoteo RCA, Souza EC, Almeida GS, et al. Health education in the Family Health Strategy: practical contributions of the nurse. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 08]; 17(6):645-53. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.2231>
29. Becker RM, Heidemann ITSB, Meirelles BHS, Costa MFBNA, Antonini FO, Durand MK. Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 12]; 71(Suppl 6):2800-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>
30. Andrade ME, Clares JWB, Barretto EMF, Vasconcelos EMR. Nurses' perceptions of their educational role in the family health strategy. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 12]; 24(4):e15931. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.15931>
31. Maijala V, Tossavainen K, Turunen H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: elements for success in Finland. *Appl. Nurs. Res.* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct30]; 30:45-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.002>
32. Murphy P, Burge F, Wong ST. Measurement and rural primary health care: a scoping review. *RRH* [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 12]; 19(3):4911. DOI: <https://doi.org/10.22605/RRH4911>
33. Sabino LMM, Brasil DTM, Caetano JF, Santos MCS, Alves MDS. The Use of soft-hard technology in nursing practice: concept analysis. *Aquichán* [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 12]; 16(2): 230-9. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>