

Percepção do usuário com alteração vascular sobre a educação em saúde como instrumento de autonomia¹

The perceptions of vascular dysfunction bearing patients with regards to health education as an autonomy instrument

Percepción del usuario con la enfermedad vascular sobre la educación en salud como instrumento de autonomía

Sofia Hardman Côrtes Quintela;² Pâmela Guimarães Siqueira;³ Fabianne Banderó Höffling;⁴ Bruna Hirano Imbriani;⁵ Marta de Vargas Romero;⁶ Rosângela Marion da Silva⁷

Como citar este artigo:

Quintela SHC, Siqueira PG, Höffling FB, Imbriani BH, Romero MV, Silva RM. Percepção do usuário com alteração vascular sobre a educação em saúde como instrumento de autonomia. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):25-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.25-30>

RESUMO

Objetivo: Analisar como o usuário com alteração vascular percebe a educação em saúde no processo de autonomia do cuidado. **Método:** Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa realizada com 12 usuários com alteração vascular que estavam em atendimento em um ambulatório multiprofissional vascular de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados entre agosto e novembro de 2016 por meio de entrevista semiestruturada. Estes foram transcritos e analisados por intermédio da Análise Temática proposta por Minayo. **Resultados:** Surgiram duas categorias: atendimento que transmite confiança e (co)responsabilização dos usuários e familiares no processo de cuidar. **Conclusão:** O usuário com alteração vascular percebe que as ações educativas em saúde o auxiliam no processo de autonomia do cuidado. A horizontalidade e as práticas dialógicas são importantes para o empoderamento e corresponsabilização. **Descritores:** Educação em saúde, Autonomia pessoal, Doenças vasculares, Equipe de assistência ao paciente, Assistência ambulatorial.

- 1 Elaborado a partir de Monografia: Percepção do usuário com alteração vascular sobre a educação em saúde como instrumento de autonomia, 2017, Universidade Federal de Santa Maria.
- 2 Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria.
- 3 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde e mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria.
- 4 Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria.
- 5 Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria.
- 6 Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria. Fonoaudióloga do Hospital Universitário de Santa Maria.
- 7 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria.

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to analyze how the patients bearing vascular dysfunctions realize the healthy education in the process of personal care autonomy. **Methods:** It is a descriptive-explanatory study with a qualitative approach, which was carried out with 12 healthcare users bearing vascular dysfunctions. The users were under treatment in a multiprofessional ambulatory from a University Hospital localized at Rio Grande do Sul State. Data were collected over the period from August to November 2016, using a semi-structured interview. Subsequently, the data were transcribed and analyzed through the Thematic Analysis as proposed by Minayo. **Results:** From data analysis, the following two categories emerged: Trust in the interdisciplinary team and Accountability from the healthcare users and their relatives during the care process. **Conclusions:** The healthcare users have favorably noticed the health education actions. Horizontality and dialogic practices are important for the empowerment and accountability of the healthcare users. **Descriptors:** Health education, Personal autonomy, Vascular diseases, Patient care team, Ambulatory care.

RESUMEN

Objetivo: analizar cómo el usuario con las enfermedades vasculares percibe la educación para el cuidado de la salud en el proceso de autonomía. **Método:** investigación cualitativa exploratoria descriptiva, con 12 usuarios con enfermedad vascular en el tratamiento en una clínica ambulatoria vascular multidisciplinario de un hospital universitario de Rio Grande do Sul. Los datos fueron recogidos en 2016, entre agosto y noviembre a través de entrevista semiestructurada. Ellos fueron transcritos y analizados mediante análisis temático propuesto por Minayo. **Resultados:** surgió dos categorías: Servicio que transmite confianza y la co-responsabilidad de los usuarios y las familias en el proceso de atención. **Conclusión:** el usuario con enfermedad vascular darse cuenta de que la educación en salud ayuda en el proceso de autonomía cuidado. La horizontalidad y el diálogo son importantes para la potenciación y la corresponsabilidad. **Descriptor:** Educación en salud, Autonomía personal, Enfermedades vasculares, Grupo de atención al paciente, Atención ambulatoria.

INTRODUÇÃO

O movimento da promoção da saúde, desde sua proposta inicial, vem investindo na autonomia dos sujeitos no que diz respeito ao seu processo saúde-doença. A direção tomada por esse movimento evidencia a necessidade de reorientar as práticas sanitárias, na tentativa de enfrentar as desigualdades sociais e incentivar a participação da comunidade nas decisões e planejamento da saúde.¹

Na busca por superar o conceito de saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou, em sua Lei Orgânica, o conceito ampliado de saúde, que é resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural.² Com base nesse conceito, o SUS traz como um de seus objetivos o atendimento às pessoas com integração das práticas assistenciais e atividades preventivas, realizado por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde,³ tornando a promoção de saúde dever do profissional de saúde.

Autora refere que é primordial para a promoção da saúde capacitar os indivíduos para o cuidado de si, e isso deve acontecer por meio de ações educativas, sendo a educação

indicada como principal estratégia para a promoção da saúde da população, pois a saúde é efetivada a partir da autonomia para o autocuidado.⁴ No entanto, apesar de possuir métodos e segmentos diversos, a educação em saúde vai além da transmissão de conhecimentos à comunidade, pois é por meio dela que se estabelecem vínculos entre profissionais e assistidos, o que promove a participação ativa destes últimos, além de mudanças conceituais dos indivíduos com relação a hábitos que comprometem sua saúde e qualidade de vida.⁵

Tendo em vista esses conceitos, fazem-se necessárias ações de educação em saúde junto aos usuários acometidos por doenças cardiovasculares (DCV), pois, apesar da gravidade dessas doenças e do aumento de sua incidência, principalmente com o avanço da idade, a maior parte delas poderia ser evitada por meio de ações educativas. A incidência entre os fatores de risco das doenças crônicas mais frequentes (DCV, *diabetes mellitus* e câncer) fez a Organização Mundial da Saúde propor uma abordagem de prevenção e controle integrados, em todas as idades, baseada na redução dos seguintes fatores: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia.⁶

Assim, no intuito de prevenir e minimizar as consequências das doenças crônicas, particularmente nos usuários com acometimento cardiovascular, e baseado na tendência e proposta mundial de prevenção e controle integrados das doenças crônicas, em 2013, iniciou-se, na instituição onde foi realizada a presente pesquisa, o Ambulatório Multiprofissional Vascular. Desde então, ele fornece atendimento multiprofissional e interdisciplinar aos usuários atendidos pela equipe médica da Cirurgia Vascular e Angiologia do Hospital.

Consulta realizada na referida Instituição indica crescimento em relação ao número de atendimentos realizados no Ambulatório Multiprofissional Vascular (AMV). Em 2016, foram contabilizados 119 atendimentos de janeiro a novembro, número maior que no ano anterior, 60 atendimentos. Esse atendimento é realizado por uma equipe de residentes multiprofissionais (enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e farmacêutico), tendo como objetivo o cuidado integral do usuário por meio de ações de educação em saúde que visam à promoção da saúde e prevenção de complicações decorrentes da doença. Essa iniciativa regional busca contribuir com dados que possam modificar, a longo prazo, as informações encontradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, que indicam que, no período de janeiro de 2015 a março de 2016, 89.348 usuários foram internados por doenças do aparelho circulatório no Brasil, sendo essa a terceira causa de internação.

Ressalta-se que, para se efetivar a promoção da saúde, é fundamental a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que as necessidades em saúde da população sejam consideradas, e que seja uma ação articulada entre os diversos atores de um território,² sendo um dos profissionais envolvidos no cuidado o fonoaudiólogo.

A atuação fonoaudiológica integra ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diferentes aspectos referentes à comunicação humana, assumindo um papel considerável na manutenção da saúde e qualidade de vida do sujeito.⁷ Além disso, o fonoaudiólogo, sendo um profissional da saúde que atua no âmbito do SUS e que faz parte da equipe interdisciplinar, deve promover a saúde integral do indivíduo, além daquelas relacionadas às questões fonoaudiológicas. Por fazer parte da equipe interdisciplinar que presta atendimento ao usuário no AMV, este profissional tem importante atuação na identificação de distúrbios de comunicação, o que está intimamente relacionado ao processo de educação em saúde e que possibilita ao usuário a autonomia no seu processo de se cuidar.

Assim, a partir da vivência enquanto residente com atuação no AMV, emergiu o questionamento: as ações educativas em saúde realizadas pela equipe interdisciplinar auxiliam no processo de autonomia do cuidado do usuário com alteração vascular? Ao trazer tal questão para discussão, este trabalho teve como objetivo analisar como o usuário com alteração vascular percebe a educação em saúde no processo de autonomia do cuidado.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, pois se caracteriza por trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças e atitudes, correspondente a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas.⁸

Este trabalho resulta de um projeto matricial elaborado por residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. A pesquisa está em consonância com a Resolução n. 466/2012 Conselho Nacional de Saúde⁹ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o CAAE n. 57048216.8.0000.5346.

O cenário do estudo foi o AMV, localizado em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. Nesse ambulatório, são atendidos os usuários que estiveram internados na instituição para realização de algum procedimento cirúrgico (como amputação/desarticulação de membros, embolectomia arterial e ponte-tromboendarterectomia de carótida) e/ou usuários vinculados ao Ambulatório de Angiologia que foram encaminhados pela equipe de medicina ou enfermagem.

Os participantes foram os usuários atendidos pelo AMV, voluntários, que atenderam aos critérios de inclusão: ter condições de expressão oral e já ter tido um primeiro atendimento nesse ambulatório. Foram excluídos do estudo aqueles com comprometimento da fala.

A coleta foi realizada entre agosto e novembro de 2016, em uma sala reservada localizada na unidade, na qual funcionam também os atendimentos do AMV. A técnica de coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, com tópicos sobre o atendimento no ambulatório, mudanças na rotina após iniciar atendimento, pontos positivos, pontos a

serem melhorados do atendimento no ambulatório e sugestões para melhoria. As entrevistas foram gravadas em áudio digital mediante autorização do participante, com duração média de 20 minutos. Para finalização das entrevistas, foi utilizado o critério de saturação dos dados, que acontece ao se atingir a homogeneidade, diversidade e intensidade das informações necessárias para alcançar os objetivos do estudo.⁹

Os dados foram tabulados e analisados por meio da Análise Temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.^{9:316} Para auxiliar na interpretação, foram seguidas as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamentos dos resultados obtidos e interpretação.⁹ Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante do material, para posterior categorização dos dados e interpretação das entrevistas. Com o intuito de resguardar o anonimato dos participantes, os entrevistados foram identificados como “Usuário” seguido pelo número ordinal referente a ordem de realização das entrevistas. Ressalta-se que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para fim de análise deste artigo, os relatos foram agrupados por núcleos de sentido, com vistas a atingir o objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 usuários entrevistados, sete eram do sexo masculino e cinco eram do sexo feminino. Apresentaram idade média de 53,5 anos, sendo que o usuário mais jovem tinha 44 anos e o mais idoso 86 anos. A média do número de atendimento para cada participante foi de cinco, sendo que o mínimo foi de dois atendimentos, e o máximo foi de oito atendimentos. Quanto à escolaridade, sete apresentavam ensino fundamental incompleto, dois ensino fundamental completo, dois possuíam ensino médio completo e um participante não tinha nenhuma escolaridade.

A partir da Análise Temática, emergiram as categorias “Atendimento que transmite confiança” e “(Co) responsabilização dos usuários e familiares”.

ATENDIMENTO QUE TRANSMITE CONFIANÇA

Nesta primeira categoria, os usuários relataram a importância das orientações da Equipe Interdisciplinar (EI) para a efetividade nas ações de cuidado no domicílio:

Vocês dão orientação de coisas que, às vezes, a gente não dá importância, muita bola. E às vezes a gente tem um monte de problema, como eu tive, e tenho e não tomava os remédios. E agora eu tenho consciência que eu tenho que me cuidar. Foi bom nesse aspecto aí que vocês falam, orientam que eu não posso deixar de tomar meus remédios [...]. (USUÁRIO 2)

Percebe-se que o usuário expressa um sentimento de confiança na EI, pois acredita na sinceridade das orientações, o que o fizeram ter consciência sobre o processo de cuidar de

si. Em consonância com esse dado, autor traz que as práticas educativas facilitam o diálogo e viabilizam o encontro e trocas de experiência entre as pessoas e, como consequência disso, os usuários compreendem elementos que promovem a saúde e previnem complicações.¹⁰

Em revisão integrativa realizada sobre as relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde, identificou-se que os usuários reconhecem quando os profissionais demonstram respeito, atenção, elo de afetividade, confiança e credibilidade e no cuidado prestado. Os autores do estudo afirmam que as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários da saúde é fundamental na concretização do SUS como política.¹¹

Ainda nesse tema, destacam-se os trechos a seguir das entrevistas:

Para mim é ótimo. Vocês sabem tudo o que a pessoa sente e não tratam somente para uma coisa [...] (USUÁRIO 9)

Eu acho bom, excelente! [...] Porque elas conversam, explicam as coisas para a gente, fazem perguntas. Várias profissionais da área que tiram as dúvidas. [...] Pergunta que vem de casa e de várias perguntas que vão surgindo aqui. (USUÁRIO 4)

Nesses relatos, além da ênfase para a interdisciplinaridade da equipe multiprofissional, o usuário percebe a singularidade das ações, com ênfase na história de vida. Apesar disso, merece destaque o relato do Usuário 9, que percebe o profissional da saúde como detentor do saber.

Essa lógica provavelmente está relacionada ao modelo tradicional de educação em saúde, a qual está enraizada e faz com que o usuário perceba o educador como detentor do saber e o educando um depósito a ser preenchido pelo educador.¹² O próprio usuário se coloca no local de expectador, possivelmente resultado de longos períodos de atendimento nessa lógica. Para que a educação seja libertadora, essa “já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir ‘conhecimentos’ e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação ‘bancária’, mas um ato cognoscente”^{13,39}

Nesse sentido, percebe-se que esse conhecimento, quando compartilhado, propicia relações horizontais, conforme observado nos relatos a seguir.

[...] a gente vem aqui e esclarece as dúvidas. (USUÁRIO 7)

[...] só em conversar já ajuda, já estimula. (USUÁRIO 6)

O diálogo estabelece uma relação horizontal, sendo a confiança de um sujeito no outro consequência incontestável dessa relação.¹³ Assim, a prática educativa em saúde vai além de uma mera relação de ensino/aprendizagem, pois supõe uma relação dialógica alicerçada na horizontalidade dos indivíduos para a construção e reconstrução compartilhada do conhecimento visando à transformação social.¹⁴

Desse modo, a equipe interdisciplinar, ao realizar ações educativas junto aos usuários, considerando seu contexto

sociocultural, tem a possibilidade de contribuir para a autonomia do usuário no seu processo de cuidar, o que o torna corresponsável pela manutenção da sua saúde.

(CO)RESPONSABILIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES NO PROCESSO DE CUIDAR

Os usuários percebem que as suas experiências associadas às orientações da EI auxiliam no processo de cuidar e podem contribuir na transformação de práticas adotadas no domicílio, seja por meio de informações nutricionais ou sobre o ingresso em grupos de ajuda, aspectos importantes para a autonomia do indivíduo.

Na parte da alimentação, nutricionista [...] Foi uma grande (mudança), me ajudou bastante [...] (está) diferente, pra melhor. Porque não teria sentido vir aqui se não fosse pra mudar. Perderia meu tempo. (USUÁRIO 1)

[...] teve, (a mudança) do cigarro. Tentei diminuir ao máximo, e estou tentando né? Agora vou procurar esse grupo aí (se referindo a um grupo de tabagista). Eu quero deixar... faz mal. E os médicos já me falaram que o que tenho nas pernas não é da diabetes e sim do cigarro. (USUÁRIO 2)

[...] pelo que eu me lembro, a minha alimentação estava muito errada antes da orientação. Comia mandioca e arroz, tudo junto. (USUÁRIO 9)

A percepção da importância na mudança dos hábitos modificáveis na ocorrência de doenças cardiovasculares e prevenção de novos agravos se mostra evidente nos trechos acima, o que foi proporcionado por meio da intervenção multiprofissional e interdisciplinar, sugerindo um cuidado compartilhado em que o usuário é corresponsável pela manutenção da sua saúde. Os profissionais de saúde devem estimular os usuários a superar as dificuldades encontradas durante o tratamento e planejar as melhores formas de abordagem, não só no que diz respeito ao tratamento medicamentoso, mas também nos cuidados com a alimentação e prática de atividade física, de modo que a educação em saúde seja colocada em prática.¹⁵

Ao analisar a participação popular nas ações de educação em saúde, autor percebeu que a educação baseada no diálogo proporcionou a formação de novos saberes, e a prática educativa favoreceu o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade.¹⁶ Assim, a corresponsabilização do usuário pelo cuidado com a sua saúde pressupõe o conhecimento sobre hábitos modificáveis, o que possibilita a autonomia nas decisões.

Agora eu sei o que eu posso ou não posso. Sei o que vai entupir as veias, dar cegueira, evitar de amputar a outra perna e outras coisas. Manter a glicose baixa [...] e se eu não fizer isso dá complicação. (USUÁRIO 7)

Assim [...] eu me cuidava no doce, em festas. Mas agora mudou minha opinião e eu gosto de me cuidar. Não adianta ficar (comendo) no doce e tomando remédio. Não adianta, né? (USUÁRIO 2)

Em estudo com o objetivo de verificar o impacto de um programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares, identificou-se que, após a intervenção, houve uma ampliação dos conhecimentos e os participantes se mostraram mais seguros quanto às atitudes preventivas mais adequadas para evitar riscos cardiovasculares. O mesmo estudo trouxe como resultado que a educação em saúde com abordagem participativa teve impacto positivo na formação de sujeitos mais críticos, capacitados a argumentar e fazer escolhas mais saudáveis.¹⁷ Em pesquisa realizada com idosos, pôde-se concluir que a educação e a promoção da saúde caminham juntas, sendo um instrumento de autocuidado, visto que geram possibilidades para a conscientização e o empoderamento do idoso, para assim se obter qualidade de vida.⁵

O sucesso do tratamento nas doenças crônicas está fortemente relacionado com a participação e envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. A prática de autocuidado que conduza a estilos de vida mais saudáveis, além da adesão ao tratamento, depende de uma prescrição profissional e, sobretudo de uma conscientização do usuário sobre a sua situação de saúde e a relação dela com sua vida.¹⁸ Dessa forma, é no processo de apropriação de conhecimento que se percebe a autonomia e a responsabilização do indivíduo.

No meu modo de ver está bom. Eu fico encaixando as coisas (referindo-se as orientações recebidas) na minha cabeça. Faço umas coisas, faço outras [...] para não me confundir. (USUÁRIO 8)

Tirei o refrigerante. O doce de vez em quando eu como. (USUÁRIO 4)

Para o autocuidado ser efetivo, não basta dizer às pessoas usuárias o que devem fazer, é necessário reconhecer o papel central dos usuários na atenção à saúde e potencializar neles um sentido de autorresponsabilidade sanitária.¹⁹ Assim, o empoderamento individual traz uma maior interação do indivíduo com sua saúde, conscientização para tomada de decisão sobre os cuidados que necessita, como deseja ser cuidado e, principalmente, autonomia para escolher o que é importante para sua vida, conhecendo as vantagens, desvantagens e as consequências que transpõem as escolhas.²⁰

As falas também refletem a participação dos familiares e/ou acompanhantes no processo.

Melhor (que o acompanhante entre) porque ela vai ouvir também. (USUÁRIO 3)

Eu esqueço (as orientações), mas a minha esposa vem sempre na consulta e ela presta atenção. [...] Mudou (se referindo a esposa)! Na comida está tudo controlado, na gordura, tudo certinho. (USUÁRIO 6)

Essas falas sugerem a importância da presença do familiar e/ou acompanhante no processo do cuidado, visto que eles dividem as rotinas diárias, espaço onde os hábitos não saudáveis para as suas patologias poderão ser modificados. Essa percepção trazida pelos usuários se torna um importante instrumento de autonomia.

Estudo que buscou compreender as influências que determinaram a escolha das práticas de vida de indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica evidenciou a influência da dinâmica familiar na alimentação dos usuários.²¹ As autoras perceberam que a organização das práticas de vida das pessoas, por viverem em uma estrutura familiar, é norteada por uma série de fatores que não dependem somente de um membro dessa família, mas que algumas famílias fazem adaptações e se estruturam com base nas necessidades de seus membros.

Portanto, para atuar interdisciplinarmente, a equipe multiprofissional precisa reconhecer no usuário as demandas de saúde que podem ser resolvidas por ele, e então atuar com vistas a trocar experiências, socializar conhecimentos para que ele seja corresponsável pela sua saúde. Incluir o familiar nesse processo é fundamental, para que as ações sejam duplamente fortalecidas.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa identificou que o usuário com alteração vascular percebe que as ações educativas em saúde realizadas pela equipe interdisciplinar auxiliam no processo de autonomia do cuidado, pois a confiança na equipe, transmitida por meio de relações horizontalizadas e dialógicas, possibilita a modificação de hábitos de vida e a corresponsabilização de usuários e familiares pelo cuidado.

No contexto atual, no qual se entende saúde além da ausência de doença, as ações educativas devem ser priorizadas e construídas com base nas necessidades da população, pois têm a importante função na promoção da saúde à população em geral, tornando-se aspecto fundamental para a qualidade de vida.

Então, ao analisar os relatos dos usuários, considera-se que eles percebem positivamente a educação em saúde no processo de autonomia no cuidado. Esse é um importante dado a ser considerado no norteamo de ações de propósito educativo, tendo em vista a necessidade para a promoção de saúde no que diz respeito a alterações vasculares.

Destaca-se que este estudo foi realizado com determinada amostra, refletindo uma realidade local, o que pode não corresponder a outras realidades. Apesar dessa limitação, este estudo faz-se importante dada a relevância da temática e por trazer contribuições na discussão sob o ponto de vista do usuário, pois existem pesquisas relacionadas ao tema Educação em Saúde, porém são raros os relatos nessa temática que trazem a perspectiva interdisciplinar, sobressaindo-se estudos realizados pela enfermagem.

Assim, sugerem-se relatos do envolvimento de outros profissionais no cuidado ao usuário e de práticas de educação em saúde por equipes interdisciplinares, visto a importância da efetividade das ações para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva FM, Budó MLD, Girardon-Perlini NMO, Garcia RP, Sehnem GD, Silva DC da. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 mai/jun [citado em 12 dez 2016]; 67(3):347-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300347
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1990 20 set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
4. Oliveira DLLC de. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 jan-fev [citado em 12 dez 2016]; 64(1): 186-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100027
5. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde debate* [Internet]. 2015 abr/jun [citado em 12 dez 2016]; 39(105):480-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>
6. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 jun [citado em 12 dez 2016]; 25(6):491-8. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000600004
7. Danieli LC. Fonoaudiologia Preventiva [monografia de especialização]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fonoaudiologia; 2006.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012.
10. Nery VAS. Contribuições das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial [dissertação]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de saúde, Programa de pós-graduação em enfermagem e saúde; 2012 [citado em 02 jan 2017]. Disponível em: <http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma3/VALERIA%20ALVES%20DA%20SILVA%20NERY.pdf>
11. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab educ saúde* [Internet]. 2011 nov [citado em 05 jan 2017]; 9(3):479-503. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>
12. Figueiredo MFS, Rodrigues JF Neto, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010 jan/fev [citado em 02 jan 2016]; 63(1): 117-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>
13. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
14. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I. 2. ed. Brasília, 2007.
15. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF de, Lima AS de, Santos JS, Souto HC. Doenças cardiovasculares e doenças associadas em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. *Rev pesq cuid fundam* (Online) [Internet]. 2016 abr [citado em 06 jan 2017]; 8(2):4501-09. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787/pdf_1906
16. Oliveira LC de, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface comum saúde educ*. (Online) [Internet]. 2014 [citado em 07 jan 2017]; 18(Suppl 2):1389-400. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1389.pdf>
17. Ferretti AG, Gris A, Mattiello DPA, Teo CRPA, Sá C. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. *Rev salud pública* [Internet]. 2014 dez [citado em 08 jan 2017]; 16(6):807-820. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600001
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012 [citado em 07 jan 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
20. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2013 jan/mar [citado em 08 jan 2017]; 22(1):224-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27
21. Silva FM, Budó MLD, Garcia RP, Sehnem GD, Schimith MD. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2013 jan/mar [citado em 08 jan 2017]; 21(1): 54-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a09.pdf>

Recebido em: 29/09/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 16/05/2017

Publicado em: 01/01/2019

Autora responsável pela correspondência:

Sofia Hardman Côrtes Quintela

Rua Lênio de Moura Moraes, nº 155

Bairro Farolândia, Sergipe, Brasil

CEP: 49.031-040

E-mail: sofiahcq@hotmail.com