

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Sofia Hardman Côrtes Quintela

**PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM ALTERAÇÃO VASCULAR SOBRE
A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE AUTONOMIA**

Santa Maria, RS
2017

Sofia Hardman Côrtes Quintela

**PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM ALTERAÇÃO VASCULAR SOBRE A
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE AUTONOMIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo**

Aprovado em 27 de janeiro de 2017:

**Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)
(Presidente/ Orientador)**

Marta de Vargas Romero, Me. (HUSM)

Stela Karine Braun, Me. (HUSM)

Santa Maria, RS
2017

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM ALTERAÇÃO VASCULAR SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE AUTONOMIA

THE USER'S PERCEPTION WITH VASCULAR DISEASE ON HEALTH EDUCATION AS AN AUTONOMY INSTRUMENT

Sofia Hardman Côrtes Quintela¹, Rosângela Marion da Silva², Bruna Hirano Imbriani³, Fabianne Banderó Höffling⁴, Pâmela Guimarães Siqueira⁵

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar como o usuário com alteração vascular percebe a Educação em saúde no processo de autonomia do cuidado. Trata-se de uma 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 de um município do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2016 por meio de entrevista semiestruturada. Posteriormente, os mesmos foram transcritos e analisados por intermédio da Análise Temática proposta por Minayo, da qual surgiram duas categorias: Atendimento que transmite confiança e (Co) Responsabilização dos usuários e familiares no processo de cuidar. Os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados evidenciaram a importância da horizontalidade e das práticas dialógicas nas relações entre profissionais de saúde e usuários, além da construção do conhecimento e empoderamento do sujeito com relação à sua saúde, fatores decisivos no processo de autonomia do cuidado.

Descritores: Educação em Saúde; Autonomia Pessoal; Doenças Vasculares; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT

This study analysed how the patient with vascular diseases realizes healthy education in the process of personal autonomy. It's a explanatory quality approach research, realized with 12 healthcare users with vascular changes that were in treatment in a multiprofessional ambulatory of a University Hospital in a county of Rio Grande do Sul. The data was collected in the period of august to november of 2016, by a semistructed interview and then, transcripts and analyzed throught a thematic analyses propose by Minayo, wich emerge two categories: Trust in the interdiscipline team and accountability of the healthcare users and families in the care. The ethical aspects of the reasearchs with human beeing were respected in accordance with the 466/12 Resolution of The National Health Council. The results indicate the importance of horizontality and the communicative practices into the health professionals and users relationships, besides the construction of the knowledge and empowerment the patient to his health, decisive factors into the personal autonomy care process. The healthy care users viewed favourably the health education actions in this process.

Keywords: Health Education; Personal Autonomy; Vascular Diseases; Patient Care Team; Ambulatory Care.

¹ Fonoaudióloga, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

² Enfermeira, orientadora; Doutora em Ciências; Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

³ Fisioterapeuta, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

⁴ Assistente social, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

⁵ Enfermeira, coautora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

1 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, incentivar a participação da comunidade nas decisões e planejamento da saúde (SILVA et al, 2014).

Na busca por superar o conceito de saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos, o Sistema Único de Saúde (SUS), na Lei Orgânica da Saúde, incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural (BRASIL, 2015). 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 (BRASIL, 1990), tornando a promoção de saúde dever do profissional de saúde e acrescentando isso ao cuidado ao usuário.

Segundo Oliveira (2011), é primordial para a promoção da saúde, capacitar os indivíduos para o cuidado de si, e isso deve acontecer por meio de ações educativas. Para essa autora, a educação é indicada como principal estratégia para a promoção da saúde da população, pois a saúde é efetivada a partir da autonomia para o autocuidado. 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 (JANINI et al, 2015).

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 com o avanço da idade, a maior parte delas poderia ser evitada por meio de ações educativas. Como existe uma grande incidência entre os fatores de risco das doenças crônicas mais frequentes (DCV, *diabetes mellitus* e câncer), a Organização Mundial da Saúde propõe 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 (PEREIRA et al, 2009).

No intuito de prevenir e minimizar as consequências das doenças crônicas nos usuários com acometimento cardiovascular, e baseado na tendência e proposta mundial de prevenção e controle integrados das doenças crônicas, em 2013, iniciou-se o Ambulatório Multiprofissional Vascular no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Esse foi proposto pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar da área de concentração Crônico Degenerativo, e desde então fornece atendimento multiprofissional e interdisciplinar aos usuários atendidos pela Equipe médica da Cirurgia Vascular e Angiologia do HUSM.

Em consulta aos dados do HUSM, o Ambulatório Multiprofissional Vascular (AMV) demonstra crescimento em relação ao número de atendimentos. Em 2016 foram contabilizados cento e dezenove (119) atendimentos de janeiro a novembro, número maior que no ano anterior (60 atendimentos). O atendimento é realizado por uma equipe de residentes multiprofissionais (enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e farmacêutico) que tem como objetivo o cuidado integral do usuário, por meio de ações de educação em saúde que visam a 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 exercer 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 (BRASIL, 2015), sendo que dentre os profissionais envolvidos no cuidado a esses usuários, destaca-se 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 (DANIELI, 2006). Além disso, o fonoaudiólogo, sendo um profissional da saúde que atua no âmbito do SUS e faz parte da equipe interdisciplinar, deve promover a saúde integral ao 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, que possibilita ao usuário a autonomia no seu processo de 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 tais questões 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.

2 MÉTODO

Este é um 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 (MINAYO, 2014).

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 nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº CAAE 57048216.8.0000.5346.

O cenário do estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria, especificamente o AMV. 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) 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 a qual funciona 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 e negativos do atendimento no ambulatório e sugestões para melhoria. As entrevistas foram

gravadas em áudio digital mediante autorização do participante, com duração média 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 (MINAYO, 2014).

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” (MINAYO, 2014, p. 316). Para auxiliar na interpretação foram seguidas as etapas de pré análise, exploração do material e tratamentos dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014). 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.

3 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”.

3.1 ATENDIMENTO QUE TRANSMITE CONFIANÇA

Nesta primeira subcategoria 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, Nery (2012) 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.

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 (SCHIMITH et al, 2011).

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 trechos, 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 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 (FIGUEIREDO et al., 2010). O próprio usuário se coloca no local de expectador, possivelmente resultado de longos períodos de atendimento nessa lógica.

Sobre isso Batistella (2007) destaca que a ação pedagógica deve instituir uma relação de aprendizado compartilhado, na qual há uma busca mútua do saber entre os atores envolvidos, devendo afastar-se da visão prescritivista e autoritária da ciência. Para que a

educação seja libertadora, segundo Freire (1987, p. 39), “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”.

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 (FREIRE, 1987). 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 a transformação social (BRASIL, 2007).

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.

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

Os usuários percebem que as suas experiências associadas as 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. Dutra et al. (2016) referem que os profissionais de saúde devem estimular os usuários a superar as dificuldades encontradas durante o tratamento e traçar 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.

Em estudo realizado por Oliveira (2014), ao analisar a participação popular nas ações de educação em saúde, 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. 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 realizado com o objetivo de verificar o impacto de um programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares, percebe-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 (FERRETTI et al, 2014). Janini et al (2015) em pesquisa realizada com idosos concluiu que a educação e a promoção da saúde caminham juntas, sendo um instrumento de autocuidado visto que geram possibilidades para a conscientização e empoderamento do idoso para assim se obter qualidade de vida.

Particularmente nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento 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 (BRASIL, 2013). Dessa forma, é no processo de apropriação de conhecimento que percebe-se 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)

Sousa (2010) destaca a autonomia do sujeito no processo de educação em saúde, na qual se passa a considerar o usuário como ser livre com direito a voz em relação à sua própria saúde, diferente do ser oprimido, que é repreendido pelo modelo do sanitarismo campanhista, ou do ser valorizado pela ótica do consumo no modelo médico-assistencial privatista. Para o autocuidado ser efetivo, Mendes (2012) refere que não basta dizer às pessoas usuárias o que devem fazer, consiste em reconhecer o papel central dos usuários na atenção à saúde e potencialize neles um sentido de autorresponsabilidade sanitária.

O empoderamento individual, para Salci et al (2013), 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.

As falas também refletem a participação dos familiares e/ou acompanhantes no processo. Questionado sobre a preferência do usuário em ser acompanhado durante atendimento, o Usuário 3 traz:

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

prejudiciais para as suas patologias poderão ser modificáveis. 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 evidenciou a influência da dinâmica familiar na alimentação dos usuários (SILVA et al, 2013). As autoras perceberam que a organização das práticas de vida das pessoas, por viverem em uma estrutura familiar, é norteadas 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. As ações de educação em saúde tem tido sucesso quando ocorre com a participação ativa de usuários, famílias e comunidade nas atividades, atingindo a autonomia dos indivíduos nas práticas do autocuidado e principalmente, na promoção da saúde, abrangendo inúmeros outros aspectos (LOPES et al, 2009).

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.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 tem 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, visto a necessidade para a promoção de saúde no que diz respeito a alterações vasculares.

Destaca-se que esse estudo foi realizado com determinada amostra, refletindo uma realidade local, o que pode não corresponder a outras realidades. Apesar dessa limitação, este estudo se faz importante dada a relevância da temática e por trazer contribuições na discussão sob o ponto de vista do usuário.

Durante a realização e escrita desse trabalho, pôde-se perceber um grande número de 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, além da realização da educação em saúde por equipes interdisciplinares, visto a importância da efetividade das ações para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (Orgs.) **O território e o processo saúde-doença**. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.51-86.

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, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 dez. 2016.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I. 2 ed. Brasília, DF, 2007. 70 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS466/2012. Estabelece sobre Ética em Pesquisa. **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. 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, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_crônicas.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. 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, 2015. Disponível em: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015_final.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

DANIELI, L.C. **Fonoaudiologia Preventiva**. 2006. 37 f. Monografia (Especialização em Fonoaudiologia)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br:8080/xmlui/bitstream/handle/1/1570/Danieli_Leisa_Cristina.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 jan. 2017.

DUTRA, D.D. et al. Doenças cardiovasculares e doenças associadas em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4501-09, abr., 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787/pdf_1906>. Acesso em: 06 jan. 2017.

FERRETTI, A.G et al. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 16, n. 6, p. 720-32, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600001>. Acesso em: 08 jan. 2017.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n.1, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 107 p.

JANINI, J.P.; BESSLER, D.; VARGAS, A.B. de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-90, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

LOPES, E.M.; ANJOS, S.J.S.B. dos; PINHEIRO, A.K.B.P. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-7, abr/jun., 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

MENDES, E.V. **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. 512 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

NERY, V.A.S. **Contribuições das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial**. 2012. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2012. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma3/VALERIA%20ALVES%20DA%20SILVA%20NERY.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

OLIVEIRA, D.L.L.C. de. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 186-8, jan-fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100027>. Acesso em: 12 dez. 2016.

OLIVEIRA, L.C. de et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 18, supl. 2, p. 1389-400, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1389.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 25, n. 6, p. 491-8, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000600004>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27>. Acesso em: 08 jan. 2017.

SILVA, F.M. da et al. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 54-9, jan/mar. 2013. Disponível em: <21(1):54-9<http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a09.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

SILVA, F.M. da et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 347-53, mai/jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300347>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SCHIMITH, M.D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n.3, nov. 201. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

SOUSA, L.B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: A atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, jan/mar, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2017.