

CONHECENDO OS MOTIVOS DA NÃO ADESÃO ÀS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE

KNOWING THE REASONS FOR NONADHERENCE TO HEALTH EDUCATION ACTIONS

CONOCIENDO LOS MOTIVOS DE LA NO ADHESIÓN A LAS ACCIONES EDUCATIVAS EN SALUD

Maria José Sanches Marin ¹
Maria Yvette Aguiar Dutra Moracvick ²
Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues ³
Simone de Carvalho Santos ³
Flávio Henrique da Silva Santana ⁴
Débora Meira Ramos Amorin ⁵

¹ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP – Brasil.

² Médica Dermatologista. Professora do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP – Brasil.

³ Doutoranda em Saúde Pública pela UNESP de Botucatu. Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família do Município de Marília. Marília, SP – Brasil.

⁴ Especialista em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família do Município de Marília. Marília, SP – Brasil.

⁵ Acadêmico do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP – Brasil.

⁶ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Maria José Sanches Marin. E-mail: marnadia@terra.com.br

Submetido em: 01/03/2011

Aprovado em: 15/05/2013

RESUMO

O presente estudo apresenta um desdobramento das atividades realizadas por um grupo de estudantes, tutores e preceptores, que compõe uma proposta do Projeto PET-Saúde da Faculdade de Medicina de Marília em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Tendo como proposta analisar os motivos da não adesão de uma comunidade às ações educativas, foram realizadas nove entrevistas com usuários que, convidados para ações educativas em grupo, não compareceram. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise dos dados possibilitou a elaboração de três núcleos de sentido, os quais revelaram a dificuldade em exercer a cidadania e incompatibilidade com os desejos e possibilidades da comunidade; o desinteresse da população e a ênfase no modelo biomédico permeando as ações de saúde e indicações para desenvolver tais ações. Frente aos desafios a serem enfrentados ao se vislumbrarem mudanças no modelo de atenção, acredita-se na necessidade de rever o processo de trabalho da equipe e reconhecer que as mudanças acontecem de forma lenta e gradual.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Cooperação do Paciente; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This research presents a breakdown of activities performed by a group of students, tutors and preceptors as a proposal of the PET-Health Project of Marília College of Medicine in partnership with Municipal Health Secretary of Marília. Having proposed to analyze the reasons for nonadherence to a community's educational actions nine interviews were conducted with users who, having been invited to participate in education actions within a group, did not attend. Data analysis allowed the development of three units of meaning, which revealed the difficulty of exercising citizenship and the incompatibility with wishes and possibilities of the community; disinterest of the population and the emphasis on the biomedical model permeating healthcare actions, and indications for developing such actions. Facing the challenges to be confronted when glimpsing changes in the care model, it is believed that there is a necessity to review the process of team work and to recognize that changes happen in a slow and gradual way.

Keywords: Health Education; Patient Compliance; Health Promotion.

RESUMEN

Este estudio presenta el desglose de actividades de un grupo de estudiantes, tutores y preceptores que forman parte de una propuesta del Proyecto PET-Salud de la Facultad de Medicina de Marília juntamente con la Secretaría Municipal de Salud de dicha ciudad. Con la propuesta de analizar los motivos de la no adhesión de una comunidad a las acciones educativas, fueron realizadas nueve entrevistas con usuarios que no se presentaron a las acciones educativas en grupo. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. El análisis de datos permitió elaborar tres núcleos de sentido: dificultad en ejercer la ciudadanía e incompatibilidad con los deseos y posibilidades de la comunidad; desinterés de la población y énfasis en el modelo biomédico que impregna las acciones de salud y, finalmente, indicaciones para desarrollar tales acciones. Ante el reto de los cambios en el modelo de atención, es importante considerar la necesidad de rever el proceso de trabajo del equipo y reconocer que los cambios suceden de forma lenta y gradual.

Palabras clave: Educación en salud; Cooperación del Paciente; Promoción de La Salud.

INTRODUÇÃO

A atual Política Nacional de Saúde estabelece princípios e diretrizes distintos do modelo de atenção que por muitos anos perpetuou em nossa realidade, o qual se centra nos aspectos biológicos, na cura da doença, no hospital como principal cenário de atenção à saúde e no protagonismo do profissional médico. Esse modelo, além de não atender às necessidades de saúde da população, demanda expressivo investimento financeiro para sua sustentabilidade.

Na nova proposta de atenção à saúde, define-se como objetivos e atribuições a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, na lógica da vigilância à saúde.¹

Nesta perspectiva, encontra-se em crescente processo de implantação, em todo o território nacional, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se configura como a principal diretriz para a reformulação das práticas de saúde. Estruturalmente composta por uma equipe de profissionais, espera-se que essa equipe seja capacitada para a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, para a identificação de situações de risco à saúde na comunidade assistida e enfrentamento, em parceria com a comunidade, dos determinantes do processo saúde-doença, com vistas ao desenvolvimento de processos educativos voltados para a melhoria do autocuidado dos indivíduos.²

O trabalho em equipe nas unidades de saúde da família deve favorecer o envolvimento e a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, visto que a população de referência é a destinatária do trabalho desenvolvido, pressupondo um processo de democratização das instituições.

A filosofia da ESF busca, portanto, alcançar em longo prazo a alteração da relação entre o cidadão e o Estado, promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e possibilitar a inserção ativa dos indivíduos nos processos de melhoria da qualidade de vida por meio de sua participação na discussão das políticas públicas.³

Esperam-se, portanto, novos compromissos e responsabilidades por parte dos profissionais de saúde, gestores e comunidade, o que demanda novas posturas e formas de agir e pensar frente às necessidades de saúde e os respectivos cuidados.

Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) tem disponibilizado recursos para a organização estrutural das equipes, facilitando o acesso da população aos serviços, além de realizar investimentos na formação e qualificação dos profissionais, a fim de desenvolver uma modalidade de cuidado que promova melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Para caminhar nessa direção, as ações educativas emergem como ferramenta essencial, uma vez que incentivam a autoestima e o autocuidado, por meio de reflexões que conduzem a modificações nas atitudes e comportamentos, para

umentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença.⁴

Assim, compreende-se o conceito de saúde de forma ampliada, o que inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos.⁵

Embora exista a compreensão da necessidade da melhoria das condições de vida da população por meio da educação em saúde, no cotidiano dos serviços se observa grande dificuldade de adesão da população a essas ações educativas, o que causa desapontamento e incompreensão do fato pelos profissionais da equipe, reduzindo as possibilidades de encontro entre os atores necessários ao processo de cuidado.

Tal constatação também se tornou evidente para estudantes, tutores e preceptores da proposta "Higiene em Saúde: reconhecendo as percepções de uma população", desenvolvida na Unidade Saúde da Família (USF), Vila Barros, Marília, apoiada pelo Programa de Educação pelo trabalho para Saúde (PET SAÚDE) da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Marília.

Nessa proposta, que teve como objetivos reconhecer a percepção que a referida população tem sobre higiene e traçar um plano de ação participativo para implementação junto à comunidade, foram realizadas cinco oficinas de trabalhos, usando-se, como motivação para as discussões, diferentes estratégias: uso de imagens, filmes, jogos educativos, uso de tarjetas e construção de cartazes.

Como condição prévia para a realização desses encontros, foram confeccionados convites entregues pelos próprios estudantes ou pelos agentes comunitários de saúde. Para cada oficina foram convidadas cerca de 50 pessoas, sendo que compareciam, em média, 15. Muitas delas não foram as convidadas com antecedência, mas pessoas que passavam pelo local ou que moravam perto. Esse aspecto causou preocupação entre os organizadores. Quais os motivos da não adesão dessa população a tais ações?

Adesão, do ponto de vista etimológico, do latim *adhaesio*, significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Entende-se ser um processo multifatorial, estruturado a partir da relação entre quem cuida e quem é cuidado e envolve a constância, a perseverança e a frequência.⁶

Nessa perspectiva, ao se referir aos fatores relacionados à adesão, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, por envolver aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Considera-se que, por se tratar de um processo que sofre diferentes influências, facilitar a adesão e aderir às ações de saúde são tarefas que demandam atenção contínua.⁶

Na literatura, a maioria dos estudos que tratam da adesão refere-se ao processo de adoecimento e ao tratamento medicamentoso, dificultando melhor compreensão das condições que podem estar envolvidas com a adesão a ações educativas, pois essas demandam a construção de uma consciência cidadã.⁷

Considerando a importância do desenvolvimento de ações educativas frente à necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde e as dificuldades da equipe em obter a adesão da comunidade, propõe-se um estudo para analisar os motivos da não adesão a tais ações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações e opiniões, com a proposta de aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por alto grau de complexidade interna.⁸

O presente estudo foi realizado na área de abrangência da unidade da ESF Vila Barros, cuja população, segundo dados da SMS, é de 921 famílias, totalizando 3.189 pessoas. Essa unidade conta com equipe multidisciplinar mínima, conforme proposto pelo MS.

A ESF Vila Barros está inserida na região periférica norte da cidade de Marília, SP, no bairro Vila Barros, que corresponde à região mais recentemente ocupada do município. O local teve crescimento populacional mais intenso e desorganizado nos últimos anos, é predominantemente residencial, com poucos estabelecimentos comerciais, nenhum industrial, sem escolas, creches, clube nem quadra esportiva. Há igrejas católicas e evangélicas.

Com a finalidade de compreender os motivos da não adesão, foram entrevistados os nove usuários que haviam recebido o convite para participar das oficinas de trabalho sobre “cuidados de higiene” e que não compareceram à atividade. Os critérios de seleção da amostra foram aqueles que direcionam os estudos qualitativos, ou seja, foi considerado o número de sujeitos em quantidade suficiente para que as questões da pesquisa fossem discutidas em profundidade, com a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos, caso necessário. Nessa perspectiva, o quadro empírico finaliza-se quando se observa a saturação de sentidos nas respostas dos entrevistados.⁸

Para a coleta de dados, realizaram-se entrevistas na própria residência dos participantes, seguindo-se um roteiro previamente estabelecido, que contou com questões referentes ao significado do convite, o motivo da não participação e sugestões para realização de atividades educativas pela unidade de saúde. As entrevistas foram registradas em um gravador digital, com posterior transcrição na íntegra.

O estudo contou com a autorização do Secretário da Saúde do município e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com

seres humanos da Famema. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para referenciar e guiar a análise dos dados, optou-se pela hermenêutica dialética, tendo como referência os princípios do método de interpretação de sentidos, os quais se voltam para a interpretação do contexto, das razões e da lógica das falas, das ações, correlacionando os dados ao conjunto de inter-relações e conjunturas, entre outros corpos analíticos. Trabalha-se com sentidos mais amplos, num movimento de síntese por meio da construção de possíveis significados.⁹

A partir dessa perspectiva, o trabalho de análise inicia-se pela leitura compreensiva do material obtido nas entrevistas, seguida pela aproximação das ideias, caracterizando-as em núcleos de sentido e finalizando com a interpretação destes, o que constitui um momento de síntese.^{8,9}

RESULTADOS E ANÁLISE

A análise dos dados possibilitou a elaboração de três núcleos de sentido, que revelaram a dificuldade em exercer a cidadania e a incompatibilidade com os desejos e possibilidades da comunidade; o desinteresse da população e a ênfase no modelo biomédico permeando as ações de saúde; bem como indicações para tais ações a serem desenvolvidas.

As dificuldades em exercer a cidadania e o desenvolvimento de ações incompatíveis com os desejos e possibilidades da comunidade são exemplificadas nas falas a seguir:

Eu acho que a administração deles lá que tem que vê se não tá bom[...] como eu posso falar, você tem que fazer assim, então eu não duo palpite (E8, fem., 38 anos, dona de casa).

Olha, eu até fiquei tuntum do jeito que eles explicaram no dia que veio[...] só que na hora apareceu uma faxina e, sabe, a gente que vive de bico [...] (E1, fem., 33 anos, faxineira).

O grupo do pão me interessou, outros eu não quis participar mesmo (E2, fem., 35 anos, desempregada).

Embora a participação social seja considerada uma prerrogativa da proposta do SUS, estudo sobre o Programa Saúde da Família (PSF) revela a ausência do usuário como protagonista do seu próprio viver e da produção de seu cuidado, visto que a equipe ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito.¹⁰ Os avanços na participação e no trabalho em equipe não têm garantido a construção de um projeto assistencial comum.¹¹

A participação democrática nas decisões e ações que definem o destino da sociedade brasileira vem sendo duramente conquistada, haja vista a tradição autoritária e excludente que tem constituído a sociedade brasileira ao longo da história.¹²

Chama a atenção o fato de que a cidadania “não é algo natural”, posto que está submetida a regras sociais e culturais. Nas sociedades coletivistas, como essa em que vivemos, “o todo prevalece sobre as partes, a hierarquia é o princípio básico e o que vale é a relação”. Assim, se o indivíduo não tem alguma ligação com pessoa ou instituição de prestígio, ele é tratado como inferior.⁷

A partir do exposto, considera-se que a efetividade das ações de educação em saúde depende da construção de vínculos entre as pessoas e os profissionais de saúde, com vistas ao estabelecimento de metas que levem às mudanças de comportamento na promoção da saúde e do bem-estar.¹³

Pautando-se nas falas dos sujeitos, constata-se também a existência de “desinteresse da população e ênfase no modelo biomédico, permeando as ações de saúde”, conforme:

[...] esses grupos que têm ai é pra pressão alta e eu não tenho pressão alta nem diabetes (E5, masc., 53 anos, auxiliar de pedreiro).

[...] porque tudo que passam assim para a gente ver, eu já tou experiente dentro daquilo, sobre a pressão, às vezes sobre o câncer, então a gente já sabe [...]. (E6, fem., 27 anos, vendedora ambulante).

Nós aqui só é visto como paciente e nós vê eles como médico (E1, fem., 33 anos, faxineira).

Eu nem pensei assim, eu não dei importância [...]. (E3, fem., 54 anos, dona de casa).

No atual cenário de atenção à saúde, mesmo que se tenham clara definição e compreensão da necessidade de mudanças, a valorização da cura, do uso de medicamento e do aspecto biológico como a única forma de obter melhora nas condições de saúde ainda está presente no imaginário tanto dos usuários como da equipe. Isso pode dificultar sua adesão e, conseqüentemente, o delineamento conjunto de medidas que visem à promoção e à prevenção, de forma a atender às necessidades das pessoas.

Salienta-se, ainda, que os casos de resistência revelam, muitas vezes, que as pessoas estão se sentindo desvalorizadas ou não está havendo um verdadeiro diálogo entre os saberes da equipe e dos usuários. Destaca-se também que, na confrontação de saberes, é importante considerar a complexidade articulada no núcleo de histórias e a cultura que a explicita, obtendo-se, assim, a compreensão para a dificuldade de adesão.¹⁴

Parece, portanto, que a falta de adesão da população às medidas de atenção à saúde na busca de melhoria da qualidade de vida demanda estratégias que envolvam a criatividade e o reconhecimento das suas necessidades.

No entanto, em análise crítica da literatura sobre a adesão/ não adesão ao tratamento de pessoas com doenças crônicas,

foi constatada reduzida concepção do papel do paciente no processo de aderir ao tratamento, pois os profissionais o consideram submisso ao serviço de saúde, limitando, dessa forma, sua possibilidade de participação ativa.¹⁵

Os usuários entrevistados indicaram possibilidades de se obter mais adesão da comunidade às ações educativas, o que envolve mais divulgação, melhor comunicação, aumento do número de reuniões e diversificação das temáticas discutidas, conforme seguintes relatos:

Eu acho assim, que tinha que reunir mais[...] aí juntava tudo, a comunidade, e a gente poder ajudar e fazer coisa melhor porque eu já vi em outros bairros o posto junto com a comunidade [...]. (E1, fem., 33 anos, faxineira).

Mais divulgação. Muita coisa o pessoal não fica sabendo [...]. (E7, masc., 63 anos, aposentado).

Tá faltando mais comunicação entre o pessoal do posto e a gente aqui que é paciente (E4, fem., 23 anos, dona de casa).

Eu acho melhor chamar gente de fora para explicar melhor[...] porque sempre a mesma coisa, não come isso porque faz mal [...]. (E9, masc., 49 anos, catador de material reciclável).

Embora a comunidade tenha colocado o desinteresse, a impossibilidade e a valorização dos aspectos relacionados à atenção curativa como condições que impedem a participação nas atividades educativas, os participantes manifestam, em seus depoimentos, que há necessidade de mais incentivo, de melhor comunicação, além da diversificação das ofertas de atividades que permitam a interação social e a promoção da saúde.

Destaca-se, na última fala, que, ao sugerir “gente de fora” para realizar as ações educativas, essas são desenvolvidas de forma autoritária, discursiva e repetitiva, sem se considerar a individualidade dos sujeitos e a complexidade em que estão envolvidos.

A esse respeito, resgatam-se também as considerações de que, na atualidade, as práticas educativas em saúde não devem se prestar a controlar e a disciplinar as pessoas, mas à construção de sujeitos ativos para o autogerenciamento e autocuidado da saúde.¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar às considerações finais do estudo, é preciso reconhecer que, embora as falas dos usuários tenham revelado aspectos importantes para a tomada de decisão frente à proposta de desenvolvimento de ações educativas em saúde, é necessário que também se identifique a visão da equipe, considerando que esta pode estar revestida de preconceitos que

necessitam ser desvelados frente aos inúmeros fatores que envolvem a adesão ao cuidado em saúde.

Além disso, é importante salientar que o estudo foi realizado em uma única USF, que apresenta características específicas, apesar de ser possível que outras comunidades enfrentem problemas semelhantes.

Ao analisar a fala dos usuários que foram convidados e que não aderiram às ações educativas, constatam-se os inúmeros desafios a serem enfrentados ao se vislumbrar mudanças no modelo de atenção, uma vez que elas constituem a principal forma de empoderamento dos sujeitos, preparando-os para o exercício do autocuidado e autonomia. As práticas educativas para a atualidade, portanto, devem articular a singularidade e a complexidade que envolvem as pessoas e a comunidade.

As dificuldades de adesão dos entrevistados revelam os enfrentamentos necessários, sendo que, em primeiro lugar, é preciso rever o processo de trabalho e reconhecer que as mudanças são lentas, graduais e com possibilidades de avanços e retrocessos.

Na perspectiva de mudanças no modelo de atenção a saúde, pode-se afirmar que o PET-Saúde constitui uma potente iniciativa, uma vez que favorece a formação e capacitação de profissionais pautadas em novos conceitos e práticas que levam à compreensão ampliada do conceito de saúde-doença, bem como do reconhecimento da complexidade em que se insere o processo de cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005; 9(16):39-52.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997
3. Lopes MLS, Almeida MJ. Participação popular e controle social: a experiência de Londrina. *Espaço Saúde.* 2001;2(2).
4. Aerts D. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas de vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(4):1020-8.
5. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):S4-6.
6. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2004; 9(16):91-104.
7. Da Matta R. A casa e a rua. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1991.
8. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.
9. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.
10. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
11. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(2):323-31.
12. Carvalho MCAA. Participação social no Brasil hoje. São Paulo: Polis; 1998.
13. Spinato IL, Monteiro LZ, Santos ZMSA. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(10):256-64.
14. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1639-46.
15. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(Sup 2):2299-306.
16. Renovato RD, Bagnato MHS. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(3): 554-62.