

Práticas educativas de âmbito coletivo em Unidades de Saúde da Família (USF): saberes e fazeres

Claudia Suely Barreto Ferreira¹, Maria José Bistafa Pereira²

Resumo

O artigo discute os saberes e fazeres correlacionados às práticas educativas em saúde, realizadas em Unidades de Saúde da Família (USF), no município de Feira de Santana, Bahia, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde que as realizam, além de analisar a relação teoria-prática dessas atividades educativas com ênfase na dimensão da singularidade e da inserção sociocultural dos sujeitos envolvidos. Possui abordagem qualitativa, com características exploratórias e descritivas. Apesar dos profissionais afirmarem que a educação em saúde emancipatória é a que se adequa às atividades educativas em âmbito coletivo, a prática efetivada na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município, não ocorre nessa perspectiva. Os motivos destacados pelos sujeitos participantes foram: desinteresse de algumas categorias profissionais na participação dessas atividades, centralização e verticalização das práticas educativas, conduzidas exclusivamente pelos profissionais de saúde, e, ainda, conduta da Secretaria Municipal de Saúde, que favorece a verticalização e centralização. A fragmentação evidenciada nas práticas educativas em saúde nas equipes tem potencial para ser transformada com recursos que possibilitem a trabalhadores e participantes estabelecerem um diálogo marcado pela mediação do conhecimento e pela incorporação de saberes acumulados e culturais, integrados às práticas educativas cotidianas, em uma perspectiva de produzir práxis dialógicas e autonomizadoras.

Palavras-chave

Educação em Saúde. Singularidades. Saúde da Família.

1. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Feira de Santana, Bahia; professora auxiliar na Universidade do Estado da Bahia, Campus Senhor do Bonfim, Bahia. E-mail: claudiasuelyferreira@gmail.com.

2. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo; professora na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: zezebis@usp.br.

Collective educational practices at Family Health Units (USF): knowledge and practices

Claudia Suely Barreto Ferreira*, Maria José Bistafa Pereira**

Abstract

This article discusses the knowledge and practices related to educational practices in healthcare performed at Family Health Units in the city of Feira de Santana, State of Bahia, Brazil, from the perspective of health care professionals who perform those tasks as well as carrying out an analysis of the relationship between theory-practice in those educational activities with emphasis on the dimension of singularity and sociocultural integration of the subjects involved. It has a qualitative approach with exploratory and descriptive characteristics. Although health professionals claim that emancipatory education in health is the one that suits the educational activities in a community-based setting, the practice carried out in the Family Health Strategy in the municipality does not reflect that perspective. The reasons for this as pointed out by the participating subjects were: lack of interest in some professional categories to participate in these activities, centralization and vertical integration of educational practices, which are conducted exclusively by health care professionals, besides the Municipal Health Department policy, which favors vertical integration and centralization. The evident fragmentation in educational health practices found in the teams has the potential to be transformed with the use of resources that will enable workers and participants to establish a dialogue marked by knowledge brokerage and the incorporation of retained and cultural knowledge, integrated into everyday educational practices, with the possibility of producing dialogic praxis and autonomizers.

Keywords

Health Education. Singularities. Family Health.

* Master in Collective Health, Federal University of Feira de Santana, State of Bahia, Brazil; adjunct professor at Bahia State University, Senhor do Bonfim, State of Bahia, Brazil. E-mail: claudiasuelyferreira@gmail.com.

** PhD in Nursing, University of São Paulo; professor at the Ribeirão Preto Nursing School at the University of São Paulo, State of São Paulo, Brazil. E-mail: zezebis@usp.br.

Introdução

O objetivo deste artigo é compreender os saberes e fazeres que conformam as práticas educativas em grupo realizadas por profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana, Bahia. Assumimos a definição de Acioli (2008) sobre práticas educativas em saúde como ações que compreendem relações entre os sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços e portam diferentes saberes, práticas essas configuradas como pedagógicas dialógicas e emancipatórias.

Na perspectiva de fortalecimento da capacidade dos sujeitos em suas decisões, as práticas educativas devem ser realizadas de modo que as informações sobre saúde sejam trabalhadas em um processo de comunicação, bem como de relações que possibilitem a elaboração de sentidos contextualizados, considerando a singularidade e a inserção cultural dos envolvidos, para que, dessa forma, ocorra o estabelecimento de diálogos que possibilitem que as pessoas façam suas escolhas, além de contribuir para que tenham uma perspectiva mais consciente de suas decisões e também mais saudável do seu modo de viver.

Além disso, buscamos discutir que elementos das práticas educativas, realizadas em grupo nas USF, podem se configurar como facilitadores ou dificultadores para sua realização.

Método

Optamos pela abordagem qualitativa e os dados foram trabalhados seguindo o método de interpretação das falas, intitulado de análise de conteúdo temático (MINAYO, 2007). Nesse processo de análise, subsídios metodológicos contribuíram para entendermos as concepções que os profissionais possuem sobre práticas educativas em grupo e suas relações na efetivação delas.

O campo de estudo foi o município baiano de Feira de Santana, situado a 108 quilômetros da capital, Salvador, além de ser o maior município em termos populacionais do interior das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul do Brasil (BRASIL, 2015). O município foi escolhido para realização desta pesquisa por ser um dos que implantaram o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e por sediar o 2º Núcleo Regional de Saúde, que engloba ao todo 28 municípios com um total de 1.164.564 habitantes.

Os cenários escolhidos para o estudo foram as USF, cujas equipes desenvolvem atividades educativas em grupo. Vale ressaltar que, em Feira de Santana, as atividades educativas são realizadas em consonância entre as USF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto, do total de 89 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), existentes no município, apenas 56 realizam práticas educativas em grupo, sendo que, dessas equipes, 47 estão situadas na sede do município e 9 nos distritos.

Utilizamos como técnicas de coleta de dados entrevistas semiestruturadas e observação sistemática. Tais técnicas foram escolhidas por possibilitarem a edificação do conhecimento em sua amplitude em pesquisa qualitativa.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/ UEFS), sob o parecer consubstanciado de nº 39226214.8.0000.0053 em 24/02/15, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, foram realizadas as entrevistas, no período de abril a junho de 2015. Ressaltamos que essas entrevistas eram realizadas em salas reservadas, garantindo o anonimato e a privacidade dos participantes, e só ocorriam mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao todo, entrevistamos 12 profissionais de saúde, a saber, enfermeiras, educadores

físicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e agentes comunitários de saúde.

Outro instrumento utilizado para a coleta de dados foi a observação sistemática, definida por Gil (1999) como técnica de coleta de dados, que tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos, possibilitando ao pesquisador conhecer os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. As observações foram realizadas em ambientes diversos, mediante agendamento prévio com profissionais de saúde que realizariam a atividade educativa, seguindo um calendário de planejamento mensal.

Permanecíamos em torno de duas horas e trinta minutos no local da realização das atividades educativas, o que era variável a depender da quantidade de profissionais que participavam da atividade no dia da observação. Os registros das observações eram feitos por escrito, de forma sistemática, durante pequenos intervalos da realização das atividades educativas, de modo a não haver a interferência da pesquisadora na dinâmica dessas atividades.

Para Minayo (2007, p. 141) “uma análise do material recolhido deve atingir a ultrapassagem da incerteza, o enriquecimento da leitura, e a integração das descobertas, que vão além da aparência, num quadro da referência da totalidade social nos quais as mensagens se inserem”. Assim, utilizamos como método a análise temática de Minayo (2007), que teve sua elaboração a partir da análise de conteúdo de Bardin (2009, p. 44), descrita por este autor como o estudo da “fala” e de textos, constituindo-se em um conjunto de métodos e de teorias que pretendem investigar quer o uso cotidiano da linguagem quer a linguagem nos contextos sociais.

Os registros das transcrições das entrevistas semiestruturadas e as observações das atividades educativas, submetidas às etapas dos procedimentos metodológicos, nos possibilitou uma análise dos elementos

subjéctivos que perpassavam pelos diversos momentos da atividade.

A partir do entrelaçamento dos núcleos de sentidos encontrados e posterior confronto entre esse material e os pressupostos teóricos estudados, foi feita uma análise crítica do estudo englobando os objetivos, o que possibilitou a construção de categorias constituintes empíricas.

Ressaltamos que, para a constituição das categorias empíricas, adotou-se a definição de Assis e Jorge (2010). Segundo essas autoras, uma vez procedida a análise dos elementos é necessário classificá-los seguindo os critérios denominados categorização, que consiste em encontrar conceitos que abranjam elementos ou aspectos com características comuns e que se relacionam entre si.

Resultados e Discussão

Embora a prática educativa em saúde por meio de grupos tenha sido realizada no município majoritariamente pelos profissionais que integram os NASF, ela acontece em comum acordo com os integrantes das equipes da ESF. Ao participarmos das atividades educativas em grupo, coordenadas pelos profissionais de saúde das referidas USF, sedimentamos o nosso processo criativo, pois, como bem ressalta Freire (1996, p. 64) “o próprio encontro entre os sujeitos participantes é potencialmente um contexto de criação e recriação”.

As categorias empíricas constituintes do estudo estão aqui descritas como: “Uma equipe de poucos que suplica pela equipe de todos”; “Vontade de participar que aproxima”; “Uma gestão que não investe em práticas educativas”; “O sujeito e sua (des)construção sociocultural”; e “Repasse de saberes como uma busca pela independência da comunidade”. A análise dessas categorias possibilitou a reflexão sobre as divergências entre os saberes e fazeres que se contrapõem durante a efetivação das práticas educativas em grupo. Destacamos

alguns trechos que revelam as concepções de prática educativa em grupo, emitidas pelos profissionais de saúde, sendo essas traduzidas também nos modos de agir desses profissionais que, por vezes, divergem de suas falas.

Uma equipe de poucos que suplica pela equipe de todos

As afirmações sobre o distanciamento de algumas categorias profissionais das atividades educativas em grupo nos fez ponderar sobre os fatores que as motivam. Além disso, deste processo de investigação emergiu certo estranhamento, que diz respeito ao distanciamento de categorias profissionais que, por muito tempo, foram vistas como aquelas que mais desempenhavam essas práticas educativas na ESF, como é o caso das/os enfermeiras/os.

Com relação a esses profissionais, a desmotivação narrada pelos/as entrevistados/as pode estar atrelada à falta de reconhecimento sobre a importância dessa prática pelos demais profissionais. O que é ressaltado na fala da entrevistada¹²:

Existe uma desmotivação pessoal, a equipe não compreende e acha que você está embromando. “Que horas que você vai acabar com essa conversa fiada!”, já me perguntaram. (Ent. 12, Grupo 8).

Podemos assinalar que esse fragmento de fala traz uma concepção que se faz presente entre profissionais da equipe da Saúde da Família sobre atividades educativas em grupo, o que se constitui em um robusto obstáculo a mudanças de práticas de saúde na perspectiva de construir uma ESF conforme os princípios e diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2002). Também podemos destacar a dificuldade do/a enfermeiro/a de realizar as atividades educativas em grupo pela sobrecarga de atribuições. Além

disso, os gestores e os próprios profissionais de enfermagem e demais categorias de profissionais veem as atividades eminentemente assistenciais como mais importantes, conforme exposto pelo entrevistado 8.

A estrutura exige dados, exige mais números do que o qualitativo. Existe uma sobrecarga em cima da enfermeira, que é a profissional da ESF que mais trabalha, e tirar ela para vir para estas atividades aqui, fica complicado. (Ent. 8, Grupo 4).

Vasconcelos (2002, p. 105), sobre essa temática, faz a seguinte observação:

Nas Secretarias Municipais de Saúde, em geral, há um discurso sobre a importância de mudar o funcionamento dos serviços de saúde, mas o que é exigido, insistentemente, dos profissionais é uma maior produtividade de atendimentos individuais, limitando suas disponibilidades para atividades educativas.

O NASF é o elemento novo no contexto da efetivação de práticas educativas em grupo nas USF. Com o surgimento desse elemento, as atividades educativas em grupo foram repassadas para os profissionais que compõem o NASF como se a responsabilidade por práticas educativas contínuas e regulares fosse exclusivamente deles. Já para os profissionais que compõem a ESF, a participação nessas atividades tornou-se pontual. Essa é uma situação observada no decorrer do presente estudo e que se comprova na seguinte fala:

O NASF é muito recente e a equipe da ESF não apreendeu a lidar com isso; a maioria das atividades desenvolvidas é feita só pelo NASF. Em eventos, como Feira de Saúde, aí as equipes da USF e NASF se organizam para fazer juntas. Infelizmente, no dia a dia, é cada um no seu quadrado! (Ent. 8, Grupo 4).

Feuerwerker (1999) enfatiza que a educação em saúde é um campo de

produção de conhecimento, necessariamente transdisciplinar, em que os entrelaçamentos entre filosofia, ciência, tecnologias e práticas apresentam-se de maneira específica, e essa é uma tarefa para todos os campos de saber entrecruzados com a saúde e com a educação, na produção do compromisso ético-político que norteia o movimento da reforma sanitária brasileira.

Historicamente, as atividades de educação em saúde têm tido uma atribuição de “menor” importância, em detrimento das atividades biomédicas. A/o enfermeira/o, particularmente, tem uma relação histórica com a educação em saúde. Em alguma medida, isso se deve ao fato desta/e profissional não se restringir a um núcleo de competência restrito e bem definido, o que a/o possibilita atuar com mobilidade no seu campo de competência.

Corroboramos com Campos, Chakour e Santos (1997, p. 14) que definem campo de competência como os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades, não se caracterizando monopólio profissional da especialidade; ao contrário, seria um campo de intersecção com outras áreas. A educação em saúde é uma atividade do campo de competência cujo desempenho a/o enfermeira/o adjudicou para si.

Hoje, particularmente com a instituição dos NASF, os profissionais que os compõem, por não terem bem delimitados seus espaços ou por não terem ainda conseguido efetivar uma atuação conforme define a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, vêm realizando essas atividades educativas em grupo e, dessa forma, conquistando seus espaços nas USF. Vale ressaltar que, neste estudo, tornou-se perceptível a falta de interação entre os integrantes do NASF com os da equipe da Saúde da Família, em especial no que tange à realização de atividades educativas. Essa situação sinaliza o quanto ainda se reproduz uma prática de atenção fragmentada

e uma perspectiva que se distancia de uma educação em saúde defendida por Feuerwerker (1999). As práticas que tangem a efetivação dessas atividades inter/transdisciplinares nos serviços de saúde pública são a exceção.

Vontade de participar que aproxima

Nos depoimentos dos/as entrevistados/as sobressai a capacidade que os grupos de educação em saúde apresentam em estabelecer vínculos, acolher o usuário, favorecer a compreensão dele sobre a importância do autocuidado e, conseqüentemente, o desenvolvimento da autonomia. Para Gonçalves e Schier (2005), esses eventos levam ao reconhecimento da qualidade de vida como aspecto constitucional do conceito de saúde.

Sobre esta capacidade de formação de vínculos entre os usuários e profissionais de saúde, possibilitada pelas práticas educativas, o entrevistado 8 afirma: “Existe uma reciprocidade daquilo que eu estou propondo, é um público muito carinhoso, muito participativo” (Ent. 8, Grupo 4).

Após a observação da realização das práticas educativas, de forma recorrente, vimos usuários solicitando aconselhamentos individuais aos/às profissionais que coordenavam as práticas educativas, o que denota a confiança e a vinculação profissional/usuário, atributos esses considerados necessários e benéficos no processo de cuidado. Corroboramos com Onocko-Campos e Campos (2006, p. 683) quando afirmam que

Se há uma dimensão produtora da autonomia, é aquela em que por meio do vínculo pode se desenhar um campo de propostas terapêuticas que reloquem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida.

Afinal, se há formação de vínculos entre usuários/profissionais é porque existe

um movimento de superação das atividades voltadas para biomedicina em direção aos aspectos relacionais, sendo esses passíveis do empoderamento da comunidade.

Ainda no contexto de ações desenvolvidas por profissionais/usuários, que envolvem processos relacionais³, averiguamos uma corresponsabilização dos usuários e profissionais no que tange à falta de infraestrutura para a realização de práticas educativas em grupo nas USF, mesmo sendo a gestão a principal responsável por prover esta infraestrutura. Entretanto, devido à apatia dos principais responsáveis, os usuários em comum acordo com os profissionais se embutem de infraestruturas mínimas, que tornam possíveis a continuidade das atividades educativas em grupo, o que é constatado nas falas dos entrevistados 3 e 8:

Agora nossas atividades são realizadas aqui nesta casa cedida por esta senhora da comunidade, antes era na Igreja... Estamos sempre buscando apoio com o pessoal da comunidade para dar continuidade às atividades educativas, porque na USF não tem condições mínimas. (Ent. 3, Grupo 2).

As atividades acontecem dentro da quadra que é um espaço público, porém próximo à USF e de fácil acesso para os participantes. Mas acontece muita coisa fora daqui, eventos, palestras, passeios, caminhadas, enfim uma série de outras atividades. (Ent. 8, Grupo 4).

Outro aspecto relevante nessas falas é o fato dos participantes dos grupos se sentirem acolhidos nos ambientes em que as atividades são realizadas e a facilidade no acesso a esses locais, escolhidos por profissionais e usuários de forma mútua. Sobre este aspecto Onocko-Campos e Campos (2006, p. 684) ressaltam que “as práticas de saúde podem ser

desenvolvidas sobre as pessoas e comunidades ou junto a pessoas e comunidades”. Quando há uma coprodução dessas atividades, há um resgate da autonomia, mesmo que ainda seja limitada, torna-se perceptível o potencial para o desenvolvimento de práticas autonomizadoras. Ainda, de acordo com tais autores,

as formas como as pessoas se relacionam com os outros e com os contextos são fundamentais para pensarmos nos fatores potencializadores de processos de mudanças, de novas leituras sobre si mesmos e sobre o mundo nas comunidades. (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 685).

O fato de os participantes dos grupos de práticas educativas viabilizarem locais na comunidade para a realização dessas atividades nos traz à tona um contexto passível para os avanços no que tange à co-construção da autonomia dos usuários, pois acreditamos que a construção de processos autonomizantes deve ser fruto da reflexão conjunta dos profissionais e usuários sobre a realidade em que estão inseridos, problematizando-a e buscando alternativas para mudanças que reflitam na qualidade de vida desses sujeitos.

Uma gestão que não investe em práticas educativas

Para Vasconcellos (2004, p. 72),

As coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde das secretarias municipais de saúde em vez de investir na reorientação da relação cultural que acontece em cada serviço de saúde, têm-se dedicado principalmente à organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa ou no desenvolvimento de ações

3. Processos relacionais são denominados por Merhy (1998, p. 9) como ações que envolvem tecnologias leves, “produto do encontro de duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e na qual operam um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente com produção de uma acolhida das intenções que estas pessoas colocam nesse encontro, além dos momentos de cumplicidade nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado”.

educativas isoladas, desconectadas da rotina da rede assistencial. Estão mais a serviço do marketing da instituição e de suas lideranças políticas.

Esses aspectos abordados por Vasconcelos ficam evidenciados na fala do entrevistado 8, para quem,

quando se fala em ESF, prevenir é a primeira coisa que deve acontecer e para prevenir, faz-se necessário práticas educativas, educação permanente e a gente não tem nada a não ser a vontade e o imprevisto muitas vezes. (Ent. 8, Grupo 4).

As ações de prevenção de doenças e tratamento, promoção e recuperação da saúde precisam ocorrer de forma indissociável, conforme previsto na ESF, e quando a prática de saúde for demarcada por esta indissociabilidade, estaremos conformando-a na perspectiva da integralidade. Focar as práticas educativas exclusivamente como recurso de prevenção de saúde também é uma concepção mais restrita e não comprometida com a emancipação dos sujeitos.

Diniz e Figueiredo (2009) salientam que um maior aporte de recursos financeiros vem sendo destinado a áreas específicas da atenção à saúde, como a biomédica, que apresentam enfoque mais curativo, enquanto outras tentam se desenvolver por meio de estratégias que demandem menor quantidade desses recursos. A falta do incentivo financeiro e estrutural para a realização de práticas educativas corrobora para que o tradicional modelo autoritário e normativo de educação em saúde mantenha-se dominante e que o discurso de culpabilização do usuário ganhe forças.

A desmotivação também se assenta na falta da participação da população em práticas educativas e, quando há participação, ela está condicionada a um atrativo, uma espécie de “recompensa”:

Na verdade, o usuário busca a unidade

porque quer algo em troca. Quando eles procuram o médico, recebem a receita. Eles vão para o médico atrás de receita, atrás de remédio e eles conseguem isso. E quando eles chegam pra gente, a gente oferece o quê? (Ent. 9, Grupo 5).

Atrativos materiais podem motivar a população a participar de práticas educativas em grupos. No entanto, é preciso atentar para que elas não se constituam a partir de preconceitos dos profissionais, que, por trabalharem com uma comunidade carente, associam esta carência a uma constante necessidade de premiar o usuário por sua participação nas mais diversas atividades. A comunidade de fato procura algo, como todo ser humano, entretanto essa “recompensa” não necessariamente necessita ser um bem palpável.

A comunidade busca caminhos para galgar sua autonomia e, nesse sentido, as práticas educativas em saúde refletem as significações que são dadas a esse ato cuidador, pelas diversas esferas, permitindo a realização de resultados mais ou menos comprometidos com os interesses dos usuários e mais ou menos passíveis de produzir processos autonomizantes.

O sujeito e sua (des)construção sociocultural

A luz de Vasconcelos e Brito (2006, p. 67),

cultura representa a somatória de toda a experiência, criações e recriações ligadas ao homem no seu espaço de hoje e na sua vivência de ontem, configurando-se como a real manifestação do homem sobre o mundo. Cultura é terreno movediço das significações, em perene mudança. Apresenta-se como o novo vir a ser.

Nesse sentido, o entrevistado 9 afirma:

Como trabalho inserção cultural? Depende do público. Independente da comunidade, se é hipertenso e diabético, vamos trabalhar

tal ponto; é adolescente vamos trabalhar tal ponto, não difere de uma comunidade para outra, difere apenas se os grupos são diferentes. (Ent. 9, Grupo 5).

O que se depreende a partir dessa afirmação é que o processo educativo efetivado nesses grupos tem suas ações orientadas por instrumentos técnicos de intervenção na realidade, sem buscar o conhecimento e a compreensão das necessidades a partir da observação dos problemas, identificação de seus determinantes e análise de soluções alternativas. A reflexão em profundidade sobre essa questão provavelmente resultaria na busca de soluções, inclusive fora do âmbito do processo educativo, como alternativa prioritária.

De acordo com Vasconcelos (2004), atualmente, há duas grandes interfaces da relação educativa entre os serviços de saúde e a população: os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana dos profissionais com a população nos serviços de saúde. A segunda interface, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, permite um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. Entretanto, essa aproximação pode ter uma nuance negativa, em que o profissional, devido a sua proximidade com a comunidade, acredita poder decidir quais as reais necessidades da comunidade, sem uma consulta prévia aos mais interessados, neste caso, os usuários.

Acreditamos que as determinações verticalizadas, que partem do nível central e chegam até as comunidades, desvalorizam o fato de que todos têm cultura, e de que é a cultura que determina as particularidades em cada comunidade. Além disso, as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem.

Nesse contexto, Langdon e WiiK (2010) definem cultura como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo. Trata-se de elementos sobre os quais os sujeitos constroem significados para as ações e interações sociais. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas.

Para o entrevistado 5, a inserção sociocultural do sujeito nas práticas educativas ocorre quando os profissionais de saúde realizam atividades culturais em datas comemorativas:

A gente aproveita datas que ligam a cultura, a época do ano, São João ou Natal. Então a gente aborda temas referentes à data oportuna em que está todo mundo no clima da data. (Ent. 5, Grupo 2).

A referência à necessidade de realizar práticas educativas diferenciadas em datas comemorativas traz uma importante reflexão no que concerne à cultura: o profissional de saúde também é imbuído de cultura, portanto é interessante percebermos que essas datas comemorativas fazem parte de uma cultura regional e que o profissional de saúde está inserido nesse contexto.

Para Boehs et al. (2007, p. 312), é importante que o profissional realize um olhar “para si mesmo”, suas crenças, seu estrato social, sua origem étnica, reconhecendo seus próprios valores para aprender a diferenciá-los dos valores e práticas dos usuários com os quais estabelece relações de cuidado. Dessa forma, ressaltamos que o profissional desenvolverá uma percepção diferenciada com relação à comemoração de determinadas datas, que para ele está repleta de sentidos e significados, embora para o usuário possa não representar muita coisa.

Nesse sentido, estabelecer um diálogo que possibilite explorar os significados apreendidos pelos participantes do grupo de educação em saúde se torna uma prática

diferenciada e construtiva para novas descobertas da produção do cuidado.

Repasse de saberes como uma busca pela independência da comunidade

O modelo de educação em saúde hegemônico continua sendo o tradicional, cujas estratégias incluem informações verticalizadas, que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, focalizam a doença e a intervenção curativa e fundamentam-se no referencial biologicista do processo saúde-doença. Nesse contexto, Schall e Struchiner (1999) inferem que esta prática estabelece uma relação entre profissionais e usuários que é essencialmente assimétrica, uma vez que aquele detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto este precisa ser devidamente informado.

Observamos que, nas equipes de Saúde da Família do município pesquisado, as práticas educativas realizadas têm características eminentemente tradicionais, opostas às afirmações expressas pelos profissionais de saúde, que preferem realizar práticas educativas emancipatórias e dialógicas. O fragmento de fala a seguir ilustra isso:

A proposta da ESF é autonomia em saúde. Para que esta autonomia aconteça, a gente precisa entender sobre saúde, entender o porquê da atividade de lazer, o porquê da atividade de socialização. Nós estamos sempre buscando novos espaços e também estimulando a autonomia do grupo, fazendo com que eles mesmos construam o modelo de saúde que eles querem para a comunidade. (Ent. 8, Grupo 4).

A ambiguidade detectada na postura dos profissionais, que relatam a esperança de que o usuário tenha atitude de controle sobre sua própria vida, aja com autonomia, avalie os serviços de saúde e seja mais atuante e que, ao mesmo tempo, perpetua atitudes autoritárias,

é perceptível no discurso do entrevistado 1:

Um dia, tinha uma participante que é hipertensa, não estava tomando medicação. Coloquei todo mundo sentado e falei que a informação que a gente tem dava suporte para a gente dizer não faça e faça. Então quando a gente fala é para o bem delas. Não é porque a gente quer dizer toda hora, “aqui eu mando”. Tem casos que a gente precisa mesmo pressionar, para exibir ali o exemplo. (Ent. 1, Grupo 1).

Há uma crença de que a população mais carente é destituída de saberes e, por isso, deve se submeter às imposições daqueles que se consideram detentores do único saber válido no que se refere à saúde da comunidade.

Na maioria dos serviços, ocorre a reprodução de ações educativas normatizadoras e centradas apenas na orientação de hábitos individuais considerados saudáveis. Segundo Vasconcellos (2004), essa forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento com os serviços, do processo de transformação social, por meio do diálogo de saberes, e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde.

A relação estabelecida entre profissionais e usuários é desigual já que o profissional é o detentor do saber técnico-científico, com status de “verdade absoluta”, enquanto o usuário é visto como desprovido de conhecimento, o que lhe concerne à necessidade de ser devidamente informado.

Para haver uma prática da educação em saúde pautada na perspectiva da emancipação é preciso romper com a verticalidade da relação profissional-usuário e as trocas interpessoais devem ser valorizadas. O usuário deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento

das estratégias de luta e enfrentamento.

As práticas educativas realizadas em grupos nas USF do município de Feira de Santana são centradas no repasse de informações sobre patologias e terapias medicamentosas, apesar de a maioria dos profissionais que as realizam reconhecerem a importância da dimensão educativa/participativa e de empoderamento do usuário e, em alguns momentos, citarem que as efetivam. Entretanto, o que pudemos observar contradiz essa afirmação.

Considerações finais

As práticas educativas mais empregadas nas equipes ESF do município de Feira de Santana são as que utilizam métodos pautados na pedagogia tradicional, apesar dos discursos dos profissionais que as efetivam sinalizarem suas aproximações teóricas com as pedagogias emancipatórias.

Há uma supervalorização do saber científico sobre o saber popular, bem como suas culturas e inserções socioculturais.

Entendemos que a prática educativa em saúde deve ser desenvolvida a partir de uma construção coletiva em que profissionais e usuários possam constantemente dialogar buscando o entendimento mútuo e reconhecendo os diferentes e as diferenças.

A educação em saúde na ESF, no município, não vem sendo consolidada na perspectiva emancipatória e dialógica por diversos motivos, dentre os quais destacamos: desinteresse de algumas classes profissionais na participação dessas atividades; centralização e verticalização das práticas educativas, conduzidas única e exclusivamente pelos profissionais de saúde; além da ausência de incentivo da SMS, no que tange à infraestrutura e aos recursos materiais.

É possível mudar o formato em que as práticas educativas em saúde são efetivadas nessas equipes, articulando teoria e prática como forma de mediação do conhecimento, utilizando ferramentas como a incorporação de saberes acumulados e culturais para integrar, nas práticas educativas cotidianas, práxis dialógicas e autonomizadoras, superando as dicotomias.

Referências

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.

ASSIS, M. M. A; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa: método e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 139-157.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2009.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 312-317, abr./jun. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013, p. 59. Seção 1. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 24 jun. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/2015/>. Acesso em: 17 jan. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/84126/1/S0102311X1997000100025.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

CAMPOS, O. T. R, CAMPOS, S. W. G. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-687.

DINIZ, M. C. P; FIGUEIREDO, B. C.; SCHALL, V. T. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 533-556, abr./jun. 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: FEUERWERKER, L; ALMEIDA, M.; LLANOS, C. M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1 – Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999. p. 47-81.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora”: uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 271-279, abr./jun. 2005.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, p. 175-190, maio/jun. 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 20 jul. 2016.

MERHY, E. E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. **Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira**, 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

MINAYO, M. C. de. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007. 141p.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 4-6, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: GONSALVES, E. P. (Org.). **Educação e grupos populares: temas (re)correntes**. Campinas: Alínea, 2002. p. 99-116.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 72-77, jan./jun. 2004.

VASCONCELOS, M. L.; BRITO, R. H. P. B. **Conceitos de educação em Paulo Freire**. São Paulo: Vozes, 2006.

Submetido em 1º de outubro de 2016.

Aprovado em 31 de outubro de 2016.