

## Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Health educational praxis of the male nurses of the Family Health Strategy

Cheila Portela Silva<sup>1</sup>  
 Maria Socorro de Araújo Dias<sup>1</sup>  
 Angelo Brito Rodrigues<sup>1</sup>

**Abstract** *This study has a qualitative character and aims to analyze the educational praxis of male nurses of the Family Health Strategy in the city of Sobral, Ceará, Brazil. The data was collected using semi-structured interviews applied to 16 male nurses, besides the observation of this group. All data was organized using the collective subject discourse technique. The dialectic hermeneutic was adopted as a theoretical-methodological referential. We conclude that, in a hegemonic way, the educational processes in health are graded in a behaviorist approach, eminently preventive, in which strategies and resources favor the unidirectionality and non-dialogical of the process. In spite of that, we identified a critical-reflexive movement among male nurses, in the sense of questioning the way of how the educational processes are developed. Anti-hegemonic actions were also evidenced, like the use of educational methods graded in the community's needs and real problems, in which the subjects of approach are built in a horizontal way and in partnership with the community. Thus, the findings of this study show a tension between two educational models: the traditional and the dialogical.*

**Key words** *Education in health, Family Health Strategy, Nurses*

**Resumo** *Este estudo, de caráter qualitativo, teve como objetivo analisar a práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará. A coleta de dados foi realizada junto a dezesseis enfermeiros, através da realização de entrevistas semi-estruturadas e do emprego da observação. A hermenêutica-dialética foi adotada como referencial teórico-metodológico norteador. Pudemos inferir que, hegemonicamente, os processos educativos em saúde estão pautados em uma abordagem comportamental, de cunho eminentemente preventivo, cujas estratégias e recursos favorecem a unidirecionalidade e a não-dialogicidade do processo. Apesar disso, identificamos um movimento crítico-reflexivo entre os enfermeiros, no sentido de questionar a forma como estão estruturados e como são desenvolvidos os processos educativos. Ações contra-hegêmicas também foram evidenciadas, como a utilização de métodos educativos pautados nas necessidades e problemas reais da comunidade, cujos objetos de abordagem são construídos de forma horizontal, em parceria com a comunidade. Assim, os achados deste estudo apontam para uma tensão entre dois modelos educativos: o tradicional e o dialógico.*

**Palavras-chave** *Educação em saúde, Estratégia Saúde da Família, Enfermeiros*

<sup>1</sup>Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (Labsus), Universidade Estadual Vale do Acaraú. Rua Gerardo Rangel s/n, Bairro Derby. 62041-040 Sobral CE. cheportela@gmail.com

## Introdução

Historicamente, a educação em saúde tem sido desenvolvida apoiada em um discurso higienista, que traduz intervenções normalizadoras e autoritárias<sup>1</sup>. Costa<sup>2</sup>, a fim de explicar a natureza deste discurso, trata o tema da educação em saúde a partir de sua vinculação com o Estado e das relações de poder entre classes sociais. Nesta perspectiva, a educação em saúde é entendida como um conjunto de práticas sociais com propósitos ideológicos, políticos e econômicos<sup>3</sup>. Assim, o Estado exerceria sua função de civilizar, normalizar e moralizar a massa populacional, a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas<sup>1</sup>.

A partir da década de 1920, com a institucionalização da enfermagem brasileira e o treinamento de enfermeiras visitadoras para atuar como agentes de educação em saúde (cuja prática estava imbricada dos ideais de normatização), denota-se uma superposição funcional da educação sanitária e da enfermagem, ambas categorias emergentes à época<sup>4</sup>.

Nas últimas décadas, entretanto, há uma notável reorientação do discurso oficial sobre educação em saúde<sup>5</sup>, que, atualmente, passa a ser vinculada às idéias de reflexão crítica sobre a realidade, apoderamento comunitário e transformação do *status quo*, na perspectiva de se criar e ampliar condições de vida saudáveis. Assim, a educação que se deseja implementar objetiva, no plano teórico, não mais a manutenção de elementos ideológicos, mas a formação crítica-cidadã das pessoas, de modo que estas se tornem aptas a intervir de forma autônoma na realidade social.

A atenção básica, cenário do desenvolvimento deste estudo, tem sido apontada como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde nesta perspectiva, em virtude de características como maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais<sup>6,7</sup>.

Os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas - dentre as quais se situa a educação em saúde<sup>8</sup>. Entretanto, para que os processos educativos em saúde se deem de forma comunicacional, transformadora e, portanto, efetiva, a capacitação técnica dos profissionais não deve ser entendida como a simples aquisição de instrumentos e técnicas rígidos que possam ser utilizados, de forma generalizada, em suas ações educativas.

Concordamos, portanto, com Bizzo<sup>9</sup>, quando afirma que “cada situação requer a invenção de

um modelo de ensino”. Nesse sentido, mais necessária do que a aquisição de um “saber fazer” educação rígido, seria a constante reflexão crítica do profissional acerca de sua prática educativa cotidiana, a fim de torná-la aplicável ao contexto dinâmico no qual está inserido.

Freire<sup>10</sup>, Marx e Engels<sup>11</sup> e Campos<sup>12</sup> concordam que o ser humano é capaz de, apesar de pertencer ao mundo, afastar-se deste, estranhá-lo e modificá-lo. Assim, o homem pode olhar para a realidade imediata que o cerca, e que ele próprio produz, de forma crítico-reflexiva e transformá-la. A esse movimento de ação-reflexão podemos chamar práxis, através da qual, “desde a prática se critica o saber; desde o conhecimento se critica a prática”<sup>13</sup>.

Acreditamos, portanto, que a potencialidade de gerar transformações das ações educativas está intimamente associada tanto à forma como tais ações estão sendo estruturadas e desenvolvidas pelos profissionais de saúde, como à maneira que os profissionais concebem as ações educativas que realizam no contexto da comunidade com que se relacionam. A articulação entre as ações desenvolvidas e a reflexão que os próprios profissionais fazem acerca de tais ações constitui o que chamaremos neste estudo de “práxis educativa em saúde dos profissionais”.

Considerando que as políticas e pressupostos teóricos norteadores em saúde se materializam nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, Alves<sup>1</sup> destaca a relevância de refletir criticamente *sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)*, o que justifica o objetivo deste estudo, que consiste em analisar a práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará.

## Eixo teórico-metodológico

A fim de atingir os objetivos estabelecidos, desenvolvemos um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, tendo como sujeitos-informantes do estudo dezesseis enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Sobral.

Em virtude da amplitude do campo de estudo, que contém 27 centros de saúde da família (CSF), optamos pela adoção do sistema de amostragem. Dada a heterogeneidade dos territórios correspondentes aos diversos centros de saúde que fazem

parte da ESF de Sobral, e acreditando que tais diferenças influenciam o desenvolvimento das práticas educativas, a amostra foi selecionada observando a variação máxima nas seguintes dimensões: atividades econômicas do território, localização geográfica (rural ou urbana) e número de profissionais enfermeiros no centro de saúde da família. Assim, este estudo foi desenvolvido em seis CSF. Objetivamos, dessa forma, estudar diferentes cenários socioeconômicos e demográficos possíveis da ESF de Sobral, validando a aplicabilidade deste estudo a todo o seu contexto. A cada centro de saúde da família (CSF) incluído na amostra, foi atribuído um número entre 1 e 6, sendo, portanto, utilizada a denominação CSF 1, CSF 2, CSF 3, CSF 4, CSF 5 e CSF 6, respectivamente.

O CSF 1, localizado em território rural, possui apenas um enfermeiro, para atender a uma população de 1.912 pessoas, divididas em 531 famílias. Neste território, a principal atividade econômica corresponde à agricultura.

O CSF 2, localizado em território periurbano, possui três enfermeiros, para atender a uma população de 3.899 pessoas distribuídas em 1.083 famílias. Nessas condições, em média, cada enfermeiro é responsável por 361 famílias. As principais atividades econômicas do território são o comércio e a produção de cal e pedra, em processos rústicos, de caráter não industrial.

O CSF 3, localizado na região urbana do município, possui cinco enfermeiros e tem responsabilidade sobre 16.196 pessoas, distribuídas em 4.499 famílias. Assim, em média, cada enfermeiro é responsável por cerca de 899 famílias. Embora tenha atividades comerciais, este território possui um caráter essencialmente residencial, não sendo encontradas atividades econômicas de destaque, o que faz com que a sua população exerça atividades econômicas em outras regiões do município.

O CSF 4, localizado no centro da região urbana do município, possui cinco enfermeiros e atende a 10.094 pessoas, distribuídas em 2.804 famílias. Dessa forma, em média, cada enfermeiro é responsável por aproximadamente 560 famílias. Sua principal atividade econômica é o comércio.

O CSF 5, localizado em região periférico-urbana, possui dois enfermeiros na equipe e, assim como o CSF 3, é essencialmente residencial, não possuindo atividades econômicas importantes. Este CSF atende a 6.109 pessoas, distribuídas em 1.696 famílias.

O CSF 6, localizado também na periferia da região urbana, possui quatro enfermeiros e atende a 7.304 pessoas, distribuídas em 2.029 famílias. Possui em seu território uma importante indústria de calçados, com 16.000 funcionários, onde traba-

lha, segundo mapeamento da própria equipe de saúde da família, número expressivo dos habitantes do território.

Os vinte enfermeiros que atuam nos referidos CSF foram convidados a participar do estudo, dos quais apenas dezesseis consentiram sua inclusão de forma livre e esclarecida, após serem informados dos objetivos, métodos, justificativa e relevância do estudo. Ressaltamos que a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>14</sup> foi tomada como referência no que se refere aos aspectos éticos; além disso, a fase de campo deste estudo foi iniciada apenas após obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

A coleta de informações ocorreu no período de maio a julho de 2007, através das técnicas de entrevista e observação. Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro semi-estruturado, contendo perguntas abertas, que permitiam aos sujeitos responder em seus próprios termos. As entrevistas eram realizadas no próprio espaço de trabalho dos profissionais – os centros de saúde da ESF, mediante agendamento prévio, cuja data e horário eram pactuados com cada sujeito do estudo.

Para a realização da observação, foi utilizado um roteiro semi-estruturado, que contemplava, basicamente, os seguintes tópicos de observação: características do ambiente físico no qual as atividades educativas aconteciam, descrição dos participantes, de seus papéis e formas de relacionamento, desdobramento cronológico das atividades, frequência, recorrência e regularidade de acontecimentos ou achados, descrição das posturas educativas assumidas pelos profissionais, evidências de determinadas perspectivas educativas (educação bancária tradicional, educação dialógica). A utilização do roteiro durante o processo de observação não impediu a consideração de informações consideradas relevantes pelos pesquisadores no campo e não determinadas aprioristicamente na elaboração do roteiro.

As ações educativas observadas tinham natureza diversa. Algumas consistiam em reuniões de grupos de usuários com características comuns (por exemplo, gestantes e idosos), com duração de um turno de trabalho da equipe (quatro horas), conduzidos por enfermeiros. Em cada um dos centros de saúde estudados, foram observadas três atividades desta natureza, já que elas ocorrem mensalmente.

Também foram observadas as ações educativas conduzidas por enfermeiros realizadas diariamente, antes do início do atendimento. Apenas quatro, dentre os seis centros de saúde da família

estudados, realizavam esta atividade de forma sistemática e, em cada um deles, foram observadas dez atividades desta natureza, em um período de duas semanas em cada centro.

Considerando que, durante as entrevistas, os enfermeiros referiram realizar ações educativas durante as consultas individuais, estas atividades também foram objeto de observação. As consultas individuais foram observadas durante ao menos três turnos de trabalho de cada profissional, tendo sido realizadas em um período de seis semanas.

Para a análise dos dados, utilizamos pressupostos da análise de conteúdo<sup>15</sup>. Concomitantemente à coleta dos dados, foi iniciada a fase de pré-análise, na qual realizamos a transcrição das entrevistas. Após a digitação e impressão do material obtido, procedemos ao processo de leitura flutuante, realizando leituras exaustivas do material de análise. A leitura flutuante permitiu inferir que o conteúdo do material obtido era dotado de homogeneidade e exaustividade e que, portanto, poderia ser considerado representativo. A exploração do material permitiu, ainda, a construção de hipóteses e a realização de inferências. A codificação do material consistiu em recortar e associar fragmentos dos textos que fossem representativos das hipóteses e das inferências obtidas, de modo a agrupar elementos que confirmavam-nas ou refutavam-nas. A discussão e a interpretação foram realizadas com base na associação entre as hipóteses, inferências e o quadro teórico adotado neste estudo, a hermenêutica-dialética<sup>16</sup>. Acreditamos que tal referencial teórico-metodológico permite uma atitude compreensivo-crítica dos pesquisadores diante dos contextos e significados sociais. Para a apresentação dos resultados, estes foram ordenados de acordo com duas grandes categorias: práticas hegemônicas e práticas contra-hegemônicas. Em função da sua heterogeneidade, as práticas hegemônicas foram organizadas em duas subcategorias: o pólo operacional e o pólo reflexivo das ações educativas em saúde.

### **O pólo operacional: práticas hegemônicas no campo da educação em saúde**

Predominantemente, os enfermeiros da Estratégia Saúde Família de Sobral referem realizar educação em saúde em determinados momentos em que a comunidade se concentra em grupos específicos. A formação de tais grupos é orientada pelas preconizações do Ministério da Saúde e as ações educativas são programadas de acordo com as “datas comemorativas” estabelecidas nacionalmente, isto é, dias em que são realizadas ações em massa relacionadas

a determinados problemas (como o Dia Mundial de Combate à aids ou o Dia Nacional do Hipertensão). Assim, todos os centros de saúde do município utilizam temáticas genéricas, sem fundamentar-se em peculiaridades e necessidades do território, o que indica que as ações educativas são fortemente orientadas por um programa predefinido.

A orientação da atenção básica por programas é entendida por Alves<sup>1</sup> como uma abordagem caracterizada pela definição apriorística dos problemas de saúde da comunidade. Dessa forma, não necessariamente os temas predefinidos pelos programas ministeriais são aplicáveis ao contexto da comunidade com que se trabalha. A idéia de descentralização do sistema de saúde abre a possibilidade de que os sistemas locais possam ser dotados de autonomia para que possam decidir sobre a melhor forma de lidar com os problemas da comunidade. Para isso, no entanto, é fundamental que os profissionais conheçam as características e peculiaridades da população adscrita à área de cobertura do centro de saúde, a fim de que se possam propor intervenções adequadas com relação aos seus problemas específicos.

Os principais objetos de abordagem, isto é, as temáticas tratadas nas ações, relacionam-se com as doenças mais prevalentes (numa perspectiva eminentemente preventiva) ou com os cuidados com a medicação (numa perspectiva curativista). Podemos inferir, portanto, que as ações educativas são frequentemente orientadas por doenças específicas, centradas na diminuição das complicações decorrentes de patologias crônicas ou na diminuição da incidência de determinadas doenças agudas. Essa abordagem educativa centrada na doença e com um viés curativista é condizente com o “modelo educacional tradicional”<sup>5</sup>, vinculado a uma visão subjacente biologicista e, portanto, positivista.

As palestras correspondem à principal estratégia referida pelos profissionais para a realização das ações educativas, possuindo, no cenário estudado, um caráter unidirecional, já que se processa pela exposição de informações técnicas pelos profissionais, sem participação ativa da comunidade, que desempenha o papel de receptora das informações.

Confundem-se, portanto, no campo das práticas, os conceitos de educação em saúde e informação em saúde. A informação é o conteúdo do processo de comunicação; este, por sua vez, implica necessariamente que haja interação interpessoal entre os sujeitos envolvidos. O processo educativo, no entanto, está além dos processos de informação ou comunicação, já que a educação é uma “prática social que dá significado à informação, referindo-a ao conhecimento, desenvolvendo a capacidade de

sua compreensão plena pela reflexão e, sobretudo, provendo sua aplicação prática”<sup>17</sup>.

No que se refere a referenciais que norteiem os processos educativos, há significativa valorização, entre os enfermeiros, de referenciais técnicos ou bibliográficos referentes ao conteúdo dos temas expostos nas ações educativas; em contraposição, observamos a ausência de referenciais teórico-metodológicos pedagógicos, o que aponta para o fato de que as ações educativas são realizadas empiricamente, sem a preocupação com a utilização de aparato teórico-tecnológico para sua execução.

Os principais recursos educativos referidos pelos profissionais são os folders, panfletos, álbuns seriados e vídeos educativos. Os recursos utilizados caracterizam-se por conterem, predefinidos, os “ensinamentos” que devem ser “transmitidos” à comunidade. Além disso, a ação educativa, frequentemente, consiste (unicamente) na própria utilização do recurso, que deveria ter papel secundário à relação educativa entre os sujeitos do processo. Assim, se inviabiliza a comunicação (de caráter, necessariamente, bidirecional), imprescindível para que se desenvolva, de fato, um processo educativo – e não informativo<sup>17</sup>. Além disso, em virtude de não ser elaborado pelo município ou pela equipe de saúde, muitas vezes, o conteúdo dos recursos adotados pode refletir em um distanciamento entre a realidade da comunidade e aquela apresentada no material, o que dificulta o interesse e envolvimento das pessoas na ação realizada<sup>18</sup>.

Hegemonicamente, as práticas educativas são consonantes com uma perspectiva educativa bancária, unidirecional e impositiva. Um exemplo ilustrativo consiste na utilização de tabelas indicando as “formas corretas” de alimentar-se, utilizadas, principalmente, por profissionais que atuam na zona rural. Tais tabelas são padronizadas e preconizam a quantidade e tipo de alimentos que devem ser oferecidos à criança em determinados horários.

O fato de os profissionais se referirem ao conteúdo da tabela como “a forma correta” está relacionado com a tendência de o educador demonstrar grande apreço pela informação que quer comunicar<sup>17</sup>. Apesar disso, é preciso considerar que a informação sempre se apresenta como peça de elaboração de conhecimento – e não o conhecimento propriamente acabado. Nesse sentido, a informação é, portanto, “conferida, usada, rejeitada, na provisoriamente e dinâmica da realidade física, social, cultural e humana”<sup>17</sup>.

Assim, em linhas gerais, os recursos utilizados pelo enfermeiro nas ações educativas são de fácil visualização, ilustrados, favorecem a memorização e possuem linguagem acessível, não exigindo,

frequentemente, que as pessoas que a observam necessitem ler o texto para compreendê-la. No entanto, as determinações impostas desconsideram a realidade cotidiana das pessoas a quem se destinam, atuando como uma “fórmula” à qual todos devem adequar seu estilo de vida, o que desfavorece a adesão das pessoas, considerando que “a mudança de padrões de comportamento cotidianos exige mais do que a apreensão de informações”<sup>5</sup>.

Apesar disso, consideramos a importância da utilização de recursos audiovisuais no processo educativo como um auxílio para que se possam estimular outros sentidos nos sujeitos envolvidos, desde que tais recursos não sejam usados como o próprio fim da ação educativa, mas como acessório.

### **O pólo reflexivo: a intencionalidade das ações e o produto do trabalho educativo**

No que se refere aos objetivos referidos pelos enfermeiros na realização das ações educativas, é comum a idéia de “conscientização da comunidade” como um importante objetivo a ser atingido. Os enfermeiros expressam a expectativa de que a transmissão das “informações” ou “conhecimentos” e a demonstração dos riscos a que estão expostas as pessoas da comunidade sejam suficientes para que sejam provocadas mudanças de comportamento individual, no sentido de adotar estilos de vida mais saudáveis.

No entanto, no campo prático, esse mecanismo de causa e efeito não se efetiva, fato reconhecido pelos próprios enfermeiros. Isso porque a “conscientização” ocorre à medida que o próprio indivíduo consegue olhar para sua realidade de forma não mais cotidiana, mas crítico-reflexiva<sup>10</sup>, o que não pode se concretizar pela simples transmissão de informações relacionadas à saúde – embora haja a possibilidade de que novas informações possam sensibilizar as pessoas e convidá-las a olhar sua vida cotidiana a partir de uma nova perspectiva.

As informações transmitidas não poderiam estar, portanto, desassociadas de um compromisso dos profissionais de saúde – refletido em ações concretas – com as transformações entendidas por profissionais e comunidade como necessárias. Dessa forma, o enfoque não deveria estar isoladamente nas mudanças individuais de comportamento, com o objetivo de adaptar a comunidade a conviver com as situações que podem conduzir a doenças minimizando os riscos, mas na busca conjunta de estratégias para redimensionar também os determinantes socioculturais e estruturais das doenças.

Acerca do produto de seu trabalho educativo,

os enfermeiros afirmam que há, de fato, dificuldades em produzir mudanças comportamentais, já que os comportamentos em questão são, muitas vezes, culturalmente arraigados. Isso se deve ao fato de que o comportamento não pode ser modificado apenas em virtude da aquisição de novos conhecimentos, pois também está associado a “percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos”<sup>5</sup>. Os enfermeiros associam a não adesão aos comportamentos por eles prescritos a uma “desvalorização”, pela população, das ações educativas realizadas; os profissionais afirmam, portanto, que a comunidade não “dá importância”, não atribui significado ao discurso educativo dos profissionais de saúde.

O discurso evidenciou, ainda, que os profissionais percebem “diferenças culturais” entre eles e a população atendida, principalmente quando se referem às comunidades rurais. A análise dos discursos e a observação permitiram inferir que tal fato atua como um entrave à comunicação, o que é evidenciado pelo trecho do discurso que afirma que há dificuldade da comunidade em entender as informações repassadas em virtude da baixa escolaridade.

Os “costumes” culturalmente peculiares da comunidade são entendidos como passíveis de comunicação pela insistência em realizar ações de educação em saúde. Propõe-se, assim, a substituição de costumes por outras formas mais saudáveis de viver, o que denota uma supervalorização do saber instituído. Revela-se aí a noção de que o saber técnico-científico tem um caráter messiânico, já que a sua apreensão pela comunidade é capaz de melhorar as condições reais de vida.

Os resultados obtidos por meio da observação realizada neste estudo sistemática corroboram os achados das entrevistas, pois permitiram inferir que constantemente os profissionais adotam uma postura educativa corretiva e impositiva; os comportamentos considerados inadequados pelos profissionais são frequentemente criticados numa perspectiva negativa, explicitamente repreendedora e culpabilizadora. As estratégias educativas consistem, muitas vezes, em estratégias de convencimento marcadas pela idéia de erro-consequência.

Tais posturas educativas revelam a idéia de “infantilização”<sup>9</sup> das pessoas da comunidade, de quem se espera “submissão”<sup>9</sup> e adesão às recomendações feitas pelo profissional. Tal relação baseia-se em noções de dominação e poder, que parecem ser legitimadas pelo fato de os profissionais de saúde deterem o **verdadeiro** saber. No entanto, a “mudança” intentada pelos profissionais não se concretiza a partir de um discurso coercitivo, normativo ou impositivo. A ação humana caracteriza-se

pela criatividade e decisão<sup>19</sup>: só é capaz de criar, decidir, transformar, aquele que for “[...] capaz de, estando no mundo, saber-se nele [...]”<sup>20</sup>.

As diferenças socioculturais a que os profissionais fazem referência influenciam suas formas de inserção na comunidade e, sob certa perspectiva, eles trabalham – para produzir saúde – para outras pessoas, pertencentes a uma realidade muitas vezes não familiar, apenas compartilhada com a comunidade em função das atividades laborais do profissional. Assim, enquanto para a comunidade a saúde assume o caráter de objetivo ou “bem a ser conquistado”<sup>21</sup> (que depende de diversos fatores, dentre os quais os serviços de saúde), para os profissionais, na condição de prestadores de serviços, a saúde assume caráter de produto de sua força de trabalho, possuindo, dessa forma, valor de troca. O que ocorre, portanto, é que muitas vezes o profissional não se identifica com seu produto de trabalho, que lhe parece **alheio, estranho**.

Dessa forma, parece não haver identificação e motivação com relação ao trabalho educativo, que corresponde apenas a um encargo, uma atividade obrigatória para a qual não se consegue definir um produto perceptível.

Com o intuito de atenuar o estranhamento entre comunidade e profissionais de saúde, em Cuba, os “médicos da família” devem residir na própria comunidade em que trabalham; dessa forma, os profissionais são também parte da comunidade e o que os torna capazes de um maior envolvimento na busca por mudanças até mesmo de caráter socioestrutural no contexto em que estão inseridos<sup>22</sup>.

Uma proposta para minimizar os efeitos das diferenças entre profissionais e comunidade é colocada por Gazzinelli *et al.*<sup>5</sup>, que falam da importância de o profissional “agregar ‘valor’ na Educação em Saúde”, reconhecendo que as pessoas da comunidade têm valores diferentes dos seus, que devem ser considerados na escolha dos meios para desenvolver suas práticas educativas cotidianas.

Um outro ponto de destaque no discurso dos profissionais diz respeito à busca da comunidade por tratamentos curativos, em detrimento do interesse por ações preventivas; dessa forma, os profissionais sentem-se pressionados a atender a demanda curativa do centro de saúde, já que a comunidade espera respostas imediatas das ações de saúde de que participam.

Há dificuldade, portanto, em associar o serviço de saúde à “saúde propriamente dita”, já que a procura pelo centro de saúde se dá apenas no estado de doença. As práticas do serviço de saúde só são significativas para a população, portanto,

quando resultam na cura imediata das doenças. Em função disto, há uma forte tecnologização (no sentido de utilização excessiva de tecnologias duras, segundo a concepção de tecnologias de Mehry<sup>23</sup>) da prática nos serviços de saúde, como resultado da influência, ainda significativa, do modelo flexneriano de assistência à saúde.

Considerando que, no processo de trabalho em saúde, são necessárias tecnologias distintas, Merhy<sup>23</sup> as diferencia em leve, leve-dura e dura. Assim, enquanto a tecnologia leve está situada no campo das relações entre o trabalhador de saúde e usuário/paciente, as tecnologias leve-duras referem-se aos saberes profissionais estruturados. Por sua vez, as tecnologias duras consistem no complexo instrumental utilizado no processo de trabalho, incluindo máquinas, equipamentos para exames, medicamentos e outras ferramentas de trabalho que, tradicionalmente, estão no centro das representações acerca das necessidades de saúde.

No Brasil, o modelo assistencial predominante até poucas décadas atrás se caracterizava pela “prática ‘hospitalocêntrica’, pelo individualismo e pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis [...]”<sup>24</sup>. Na vigência desse modelo, pode-se assistir a uma desvalorização e até mesmo ao abandono das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde em todas as suas dimensões”<sup>24</sup>.

Embora a reorientação do modelo assistencial (na qual se insere a ESF) seja uma proposta formalmente concreta, no campo das práticas, permanece em construção e, em virtude disso, co-existem elementos de ambos os modelos de atenção à saúde. Também, na sociedade como um todo, paira a noção de que os serviços de saúde associam-se com estados de doença e não com a dinâmica da saúde.

Essa ideologia da sociedade medicalizada pode, de fato, influenciar o trabalho educativo dos profissionais de saúde, já que o reconhecimento de seu trabalho parece estar na dependência da utilização de tecnologias duras, como os medicamentos e os procedimentos diagnósticos. Sob essa perspectiva, esse entrave à realização das ações educativas possivelmente escapa ao controle imediato dos profissionais de saúde, tendo em vista o caráter macro-ideológico dessa questão.

### **Novas práticas e a reorientação do modelo educativo hegemônico: anseios e ensaios**

A necessidade de reavaliar e aperfeiçoar a prática educativa no âmbito profissional-individual é nitidamente expressa no discurso dos enfermeiros, o que aponta para a necessidade de que os proces-

sos de capacitação e educação permanente supram as necessidades dos profissionais relacionadas aos processos educativos. No que concerne às atribuições da enfermagem no âmbito da educação, há uma identificação profissional dos enfermeiros com a pedagogia, que, segundo a perspectiva dos profissionais, assume papel relevante no contexto do trabalho em enfermagem e tem sido encontrada associada tanto ao campo como ao núcleo do trabalho de enfermagem.

Além das reflexões de caráter individual, também foram expressas – e com mais frequência – outras relacionadas com as condições de trabalho que têm sido proporcionadas para o enfermeiro da ESF, enquanto organizadora da atenção básica. Nesse aspecto, embora a reorientação do modelo assistencial seja reconhecida pelos profissionais, que atribuem à saúde pública o caráter preventivo e promotor de saúde, expressando o desejo de realizar “*algo maior*” na comunidade, há um sentimento expresso de que, no campo das práticas, não são oferecidas condições de trabalho para que essa reorientação se concretize.

A demanda curativa excessiva que deve ser atendida pelos profissionais é vista como um dos principais entraves à realização de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde; essa necessidade de estar no atendimento da demanda da unidade, segundo os profissionais, os distancia da comunidade. Dessa forma, a comunidade só pode ser vista pelos profissionais sob o enfoque da doença, o que dificulta que o profissional conheça a realidade cotidiana da comunidade, seus determinantes socioculturais e, conseqüentemente, inviabiliza a execução de ações educativas numa perspectiva promotora de saúde contextualizada e comprometida com a realidade social.

Embora tenha sido demonstrado que a lógica educativa hegemônica no município de Sobral está intimamente associada com o modelo educativo tradicional, pudemos identificar, no entanto, que existe um movimento reflexivo-crítico dos enfermeiros no sentido de redimensionar as práticas educativas, o que já tem sido ensaiado concretamente através de novas posturas e ações educativas.

Nesse sentido, alguns profissionais apontam o diálogo como principal instrumento educativo e, nessa perspectiva, o processo educativo mostra-se não mais unidirecional, mas dialógico e pautado na escuta dos problemas reais da comunidade, possibilitando sua participação ativa (e não mais passivo-receptora) nos processos educativos. Interatividade é característica fundamental de uma “modalidade comunicacional emergente” e, em função disso, estabelece o pressuposto de que, na

atualidade, está havendo uma transição da modalidade *de massa* para a modalidade *interativa*<sup>17</sup>.

A respeito do distanciamento dos profissionais com relação à comunidade, os profissionais reconhecem a necessidade de conhecer a realidade da comunidade. Dessa forma, a “transmissão de informações” é associada à “troca de experiências”, de modo que o saber instituído alcance a comunidade de forma contextualizada e aplicável, a partir do reconhecimento de seus determinantes socioestruturais e valores culturais.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde são entendidos como potencializadores das ações educativas, tendo em vista que habitam a comunidade e têm mais familiaridade com as demais pessoas. Dessa forma, se reconhece que, pelo fato de os agentes comunitários pertencerem à comunidade, conhecem as pessoas e a realidade da comunidade, o que facilita o relacionamento educativo. Além dos agentes comunitários de saúde, outras formas de participação popular são valorizadas pelos profissionais, que afirmam ser positivo o fato de algumas pessoas “tomarem a frente junto” com os profissionais na organização das ações educativas.

Os profissionais fazem, ainda, referência à participação da comunidade na escolha dos temas a serem tratados nas ações educativas, o que contribui para que os objetos de abordagem do trabalho educativo sejam, de fato, consonantes com as necessidades reais da comunidade. A partir dos problemas identificados, os profissionais propõem construir seu próprio material educativo, que reflita diretamente a realidade da comunidade, através da utilização de fotos ou imagens que ilustrem a própria comunidade.

Com base nas distintas concepções de educação, de saúde e homem, é possível estabelecer dois modelos de prática educativa: o modelo tradicional, que “visa à prevenção de doenças e agravos mediante o repasse de conteúdos biomédicos para redução de riscos individuais” e o modelo dialógico, que tem como ponto de partida o indivíduo e sua realidade<sup>5</sup>. Pode-se, afirmar, portanto, que os ensaios de redimensionamento do modelo educativo aqui demonstrado são compatíveis com as premissas do modelo educativo dialógico.

Outro fator a ser destacado consiste na utilização de outros espaços da comunidade para a realização das ações educativas, o que faz com que o profissional, de fato, penetre a realidade da comunidade. Além disso, tem-se buscado parcerias com outros órgãos e instituições da comunidade, o que denota o caráter intersetorial do trabalho educativo dos enfermeiros, o que vai ao encontro das pre-

missas da abordagem holística e cooperativa proposta pelo campo da Saúde Coletiva e presente nas acepções de promoção da saúde que norteiam as práticas desse campo.

A autonomia da comunidade é aqui valorizada pelos profissionais, contrapondo-se ao discurso hegemônico, em que os comportamentos devem ser mudados em uma direção predefinida. Nesta nova perspectiva, as escolhas da comunidade são valorizadas, cabendo ao profissional o papel de mediatizá-las, utilizando como instrumento o conhecimento técnico-científico. Inverte-se, portanto, a ordem dos meios e fins: se antes o objeto de abordagem era o próprio sujeito e a transmissão do saber instituído pelo sujeito era o fim da ação educativa, agora o objeto de abordagem é o problema real e palpável, cuja resolução será buscada por profissionais e comunidade, utilizando o saber popular e científico como instrumento.

A técnica de observação adotada neste estudo permitiu identificar que, de fato, há uma tendência de alguns profissionais a assumir uma postura educativa dialógica durante as consultas, pactuando horários de medicações e refeições a partir da rotina do próprio paciente. Nesse sentido, os profissionais buscam envolver o paciente no tratamento, buscando favorecer a participação ativa deste. Além disso, alguns profissionais possuem uma visão ampliada dos fatores que determinam mudanças de comportamento, considerando fatores socioculturais, como relações de gênero e poder, além de determinantes macroestruturais, como saneamento e condições socioeconômicas.

### Considerações finais

Segundo os profissionais participantes deste estudo, a ideologia de sociedade medicalizada tem assumido novos contornos com a implementação da Estratégia Saúde da Família, ao expressarem que a população tem reconhecido a função educativa do centro de saúde não unicamente dentro da perspectiva curativista. Apesar disso, entendem que a autonomia e a participação dos sujeitos ainda não é vista com familiaridade pela população que, convivendo com a lógica educativa bancária, identifica como ação educativa aquela em que ocorrem explanação de temas, informativos.

Dentro dessa lógica, é possível que novas práticas e atitudes – que utilizem a problematização dos saberes de forma participativa, em busca da resolução de problemas reais – não substituam antigas práticas já encaradas com “naturalidade” sem que haja um estranhamento por parte da comunidade.

Os profissionais acreditam que a superação do modelo tradicional exige processualidade; da mesma forma, entendem que o produto de seu trabalho educativo será concreto apenas em longo prazo.

Os achados desta pesquisa apontam, portanto, para uma tensão entre dois modelos educativos: o tradicional e o dialógico. Parecem co-existir no cenário da Estratégia Saúde da Família de So-

bral elementos de ambos os modelos, sendo o primeiro hegemônico e o segundo, uma tentativa de consolidação dos pressupostos do SUS. Observamos, portanto, que os próprios profissionais, a partir das dificuldades sentidas, buscam novas formas de fazer saúde, o que efetiva a práxis – isto é, a capacidade de refletir sobre o cotidiano e transformar as práticas naturalizadas.

## Colaboradores

CP Silva, MSA DIAS e AB Rodrigues participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

## 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 (Botucatu)* 2005; 9(16):39-52.
2. Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cad. Cedes* 1987; 4:5-27.
3. Donangelo MC. Medicina na sociedade de classes. In: Donangelo MC, Pereira L, organizadores). *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1979. p. 29-68.
4. Candeias NMF. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na faculdade de saúde pública da universidade de São Paulo - 1925 a 1967. *Rev. Saude Publica* 1988; 22(4):347-365.
5. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):200-206.
6. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad Saude Publica* 1998; 14(Supl. 2):39-57.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
8. Mendes A, Marques RM. *O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho?* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Bizzo MLG. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):307-314.
10. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3ª ed. São Paulo: Moraes; 1980.
11. Marx K, Engels F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
12. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2):219-230.
13. Lefebvre H. *Lógica formal e lógica dialética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1995.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.

16. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: enfermagem**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2003.
18. Chiaravalloti VB, Morais MS, Chiaravalloti Neto F, Conversani DT, Fiorin AM, Barbosa AA, Ferraz AA. Evaluation of compliance with dengue fever prevention: the case of Catanduva. **Cad Saúde Pública** [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2007 jun 12]; 18(5):[cerca de 9 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000500025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500025&lng=en&nrm=iso)
19. Freire P. **Extensão ou comunicação**. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
20. Santos AFT. **Desigualdade social e dualidade escolar: conhecimento e poder em Paulo Freire e Gramsci**. Petrópolis: Vozes; 1990.
21. Minayo MC. Um desafio sociológico para a educação médica. **Rev Brasileira de Educação Médica** (ABEM) 1991; 15(1):25-32.
22. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
23. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodríguez RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Práxis na saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes Técnicos Institucionais Programa Saúde da Família. **Rev. Saude Publica** 2000; 34(3):316-319.

---

Artigo apresentado em 08/09/2007

Aprovado em 11/12/2007

Versão final apresentada em 18/12/2007