

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DO SUBSISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE

HEALTH EDUCATION IN THE PRACTICES OF THE HEALTH PROFESSIONAL SUBSYSTEM

EDUCACIÓN EN SALUD EN LAS PRÁCTICAS DEL SUBSISTEMA PROFESIONAL DE SALUD

Patrícia Madalena Vieira Hermida¹
Cláudia Cossentino Bruck Marçal²
Erika Simas Ebsen³
Ivone Teresinha Schülter Buss Heidemann⁴
Betina Horner Schlindwein Meirelles⁵

Objetivo: conhecer a educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde, na perspectiva de discentes e docentes de pós-graduação. **Método:** pesquisa qualitativa, articulada com o referencial teórico metodológico de Paulo Freire, consistindo de três momentos realizados no Círculo de Cultura – investigação temática, codificação e descodificação – e de desvelamento crítico. Participaram 13 discentes e 3 docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de uma Universidade pública do Sul do Brasil. **Resultados:** foram desveladas dez temáticas em relação à educação em saúde, agrupadas em dois temas: educação em saúde frente à dificuldade de articulação dos saberes na prática profissional; e educação e políticas públicas. **Conclusão:** nas práticas do subsistema profissional de saúde, a educação em saúde, na perspectiva de discentes e docentes de pós-graduação, está vinculada às dificuldades de articulação dos saberes e às fragilidades na relação com as políticas públicas.

Descritores: Enfermagem; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Cultura.

Objective: to understand health education in the practices of the health professional subsystem under the perspective of students and teachers of a Graduate Program. Method: qualitative research, structured from the theoretical and methodological framework of Paulo Freire, consisting of three dialectic moments held in the Culture Circles: thematic investigation; encoding and decoding; critical revelation. There was the participation of 13 students and three teachers of the Graduate Program in Nursing of a public University in southern Brazil. Results: ten themes were disclosed in relation to health education, grouped into two topics: the health education addressing difficulties of articulation of knowledge in professional practice; and education and public policies. Conclusions: in the subsystem health professional practices, health education, in the perspective graduate teachers and students, is linked the difficulties in articulating knowledge and weaknesses in relation to public policies.

Descriptors: Nursing; Health Promotion; Health Education; Culture.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. patymadale@yahoo.com.br

² Fonoaudióloga. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. claudiabruck@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. erikaebesen@gmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. ivonete.heidemann@ufsc.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. betinahsm@ig.com.br

Objetivo: conocer la educación en salud en las prácticas del subsistema profesional de salud, desde la perspectiva de estudiantes y docentes de un Curso de Postgrado. Método: investigación cualitativa, articulada con el referencial teórico metodológico de Paulo Freire, constituido de tres momentos realizados en el círculo de la cultura: investigación temática; codificación y descodificación; y desvelamiento crítico. Participaron 13 estudiantes y tres profesores del Programa de Postgrado en Enfermería de una Universidad pública en el sur de Brasil. Resultados: fueron diez temáticas desveladas en relación con la educación en salud, agrupados en dos temas: la educación en salud frente a dificultad de articulación de los saberes en la práctica profesional; y la educación y políticas públicas. Conclusiones: en las prácticas del subsistema profesional de salud, la educación en salud, en la perspectiva de discentes y docentes del curso de postgrado, está vinculada a las dificultades de articulación del conocimiento y debilidades en la relación con las políticas públicas.

Descriptores: Enfermería; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Cultura.

Introdução

A educação é uma dimensão das práticas de saúde estruturada sobre um processo de trabalho que supõe a transformação de um objeto em um conjunto de relações em que os sujeitos aprendem e tomam consciência de si, do outro e da sociedade da qual participam. Este processo constitui-se como prática social, contribuindo para a formação da consciência crítica dos sujeitos sobre seus problemas com base na sua realidade, estimulando a busca de soluções por meio da organização para a ação individual e coletiva⁽¹⁾. Contudo, a prática educativa é pouco difundida no sistema de saúde, o que aponta para a necessidade de educação permanente para os profissionais, envolvendo novas possibilidades metodológicas de atuação⁽²⁾.

Neste sentido, as Sete Teses sobre a Educação Sanitária, proposta teórica desenvolvida por Briceño-Léon, sociólogo venezuelano estudioso da educação sanitária, aborda como ocorrem as ações educativas. Suas proposições têm enfoque no ser humano, cujas ações diante de uma situação de saúde/doença podem determinar os resultados alcançados no controle, tratamento e prevenção. Segundo esse autor, a educação deve estimular a participação ativa das pessoas, por meio de estratégias não diretivas, impositivas, rígidas e tecnicistas, a fim de promover a participação comunitária⁽³⁾.

As teses propostas por Briceño-Léon são fundamentadas em dois postulados básicos, que devem guiar toda e qualquer ação de educação sanitária: é necessário conhecer o ser humano; e é necessário contar com o ser humano. Esses

postulados desdobram-se em sete teses que buscam contribuir para a melhora das ações educativas e da participação comunitária: a educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária; a ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado; não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas; a educação deve ser dialogada e participativa; a educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas; a educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-recompensa (resultado ou realização); e a educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva⁽³⁾.

O referencial de Briceño-Léon, que trata da educação sanitária, insere-se nos pressupostos da promoção da saúde que apoiam o desenvolvimento pessoal e social por meio da educação em saúde. Por isso, ambos serviram de orientação teórica para este estudo. A promoção da saúde é definida como um processo que capacita indivíduos e comunidades para atuarem na melhora das suas qualidades de vida, o que inclui maior participação no controle desse processo. Como ações de promoção, destacam-se: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde⁽⁴⁾.

Na abordagem da educação em saúde, a cultura também é um aspecto que merece destaque, embora muitos profissionais, a exemplo dos enfermeiros, ainda realizem a prática educativa

verticalizada, institucionalizada, com abordagens tradicionais, nas quais a cultura não é tomada como referência⁽²⁾. Define-se cultura como um conjunto de elementos que medeiam e qualificam qualquer atividade humana, não determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Inclui valores, símbolos, normas e práticas sobre os quais os atores constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, sustentando as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos⁽⁵⁾. Entende-se que a saúde pode ser vista, sob a perspectiva cultural, como um processo que envolve a interação entre os seres humanos e a construção de significados diante do estar/ser saudável.

A cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Todas as atividades de cuidado são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural denominado Sistema de Cuidados à Saúde. Este sistema seria constituído pela interação de três setores ou subsistemas diferentes – o profissional ou oficial, o tradicional ou *folk* e o popular ou familiar –, cada um veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas, mas, ao mesmo tempo, interligados e, muitas vezes, complementares. O subsistema profissional, que é foco da presente investigação, consiste da medicina científica e é formado pelas profissões de cura organizadas; o tradicional constitui-se pelos especialistas de cura sem regulamentação oficial, como benzedoras, curandeiros e outros; e o popular, representado por não profissionais (próprio indivíduo, família, rede social e membros da comunidade), inclui, como cuidados, remédios caseiros, práticas religiosas entre outras⁽⁶⁾.

Apesar dos avanços da medicina, as práticas alternativas não fazem parte do passado, nem mesmo foram totalmente substituídas pelos preceitos científicos⁽⁷⁾. Saberes e rituais característicos, como das benzeduras e do uso de plantas medicinais, compõem o itinerário terapêutico das pessoas que buscam a cura de suas doenças.

Diante disso, considerando a relevância da temática educação em saúde nas diferentes práticas dos profissionais da área, esta pesquisa tem como questão norteadora: Qual a perspectiva de discentes e docentes de pós-graduação sobre a educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde? Assim, objetivou-se conhecer a educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde sob a perspectiva de discentes e docentes de pós-graduação.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, articulada com o referencial teórico metodológico de Paulo Freire, conhecido como Itinerário de Pesquisa⁽⁸⁾. Participaram 13 discentes e 3 docentes, vinculados à disciplina “Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os discentes são profissionais graduados nas áreas de Enfermagem, Fonoaudiologia e Fisioterapia, matriculados nos cursos de mestrado ou doutorado. Os docentes, doutores em Enfermagem, têm experiência na abordagem do tema investigado em atividades de pesquisa, extensão e ensino com alunos de graduação e pós-graduação, bem como nos grupos de pesquisa. Todos os participantes eram mulheres, solteiras e casadas, na faixa etária de 18 a 55 anos.

O rigor científico do Itinerário de Pesquisa Freireano⁽⁹⁻¹⁰⁾ não restringe a integração de pessoas no Círculo de Cultura e tanto pesquisadores como pesquisados são sujeitos participantes do processo de coleta de dados desse método de pesquisa. Assim, o pesquisador não é apenas aquele que realiza a pesquisa, pois, enquanto pesquisa, é educado, em diálogo com o pesquisado que, ao ser educado, também educa. Nesse processo, ambos se tornam sujeitos numa relação em que crescem juntos. Vale esclarecer que a adesão dos participantes foi voluntária e os pesquisadores, na ocasião docentes e discentes de pós-graduação, também participaram do Círculo, de acordo com o referencial metodológico adotado.

O Itinerário de Pesquisa Temática foi realizado em uma sala de aula do Centro de Ciências da Saúde, por meio de um Círculo de Cultura. Este é um método dinâmico, que busca promover o processo de ensino e aprendizagem de uma infinidade de assuntos e de questões do cotidiano, como trabalho, cidadania, alimentação, saúde, política, religiosidade, cultura, entre outros, sendo um local propício para o exercício do diálogo. Por meio dele é possível levantar, problematizar, compreender e desvelar os temas, ainda que as situações sejam conflitantes ou positivas⁽⁸⁾.

Assim, a escolha do itinerário freireano focou na compreensão da temática “promoção da saúde, cultura e educação de saúde” por meio da discussão coletiva com os participantes. A atividade realizou-se em um único dia e teve a duração de três horas, durante o encontro semanal da disciplina. O Círculo de Cultura foi estruturado em duas etapas, nas quais se desenvolveu: Investigação Temática; Codificação e Descodificação; e Desvelamento Crítico⁽⁸⁾. Estas ações ocorreram em ambas as etapas, visto que o “Método Paulo Freire” consiste de três momentos dialética e interdisciplinarmente entrelaçados. Também conhecido como “Itinerário de Pesquisa”, propõe uma sequência de passos que vão se inter-relacionando, num movimento de construção que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida no Círculo de Cultura^(8,9).

Na primeira etapa, houve uma atividade disparadora, por meio do relato de experiência de uma senhora de 88 anos, benzedeira convidada, que nasceu e vive no município de Florianópolis (SC). Ela exerce esta prática desde a infância, quando a aprendeu, observando seu pai benzer. É especialista na benzedura de “zipra” (erisipela – infecção cutânea) e “campainha caída” (inflamação/dor de garganta). A benzedeira relatou como desenvolve sua prática (de benzedura) no cuidado das pessoas que a procuram. Essa etapa objetivou aproximar discentes e docentes, integrantes do sistema profissional de saúde, das práticas populares e provocar discussão e reflexão sobre a articulação entre os diferentes saberes existentes nas práticas dos dois subsistemas de saúde.

Na etapa seguinte, organizou-se o grupo dos discentes e docentes em quatro subgrupos, cada um composto por quatro participantes que receberam aleatoriamente cópias das Teses de Briceño-Leon⁽³⁾. Os grupos discutiram as teses com base no relato da benzedeira e de outras situações de sua experiência profissional, refletindo sobre as práticas dos subsistemas profissional e popular, bem como sobre as suas implicações para a educação em saúde. Foram disponibilizados papel pardo e canetas coloridas para os grupos sistematizarem suas ideias. Além disso, poderiam ser utilizadas outras estratégias lúdicas de apresentação, como teatro ou poesia. Após 20 minutos de discussão, cada grupo expôs suas reflexões no tempo de dez minutos, propiciando debate entre os participantes.

Na discussão das teses, tanto os discentes como os docentes abordaram as mesmas questões norteadoras sobre: experiências profissionais de aproximação dos subsistemas profissional e popular e a lógica das pessoas atendidas nos serviços; compartilhamento de cuidados e saberes entre profissionais de saúde e clientes na perspectiva cultural; aplicação do conceito de cultura nas práticas de educação em saúde do subsistema profissional; e interlocuções entre cultura, educação em saúde e promoção da saúde.

Os temas investigados, codificados e desvelados no Círculo de Cultura ficaram registrados em gravação de áudio das falas das participantes, posteriormente transcritas na íntegra em arquivo Word. As temáticas consistem das investigações levantadas pelos discentes e docentes, não sendo separados por categoria profissional. As informações gravadas foram complementadas com registros realizados por uma das discentes em um diário de campo durante o Círculo de Cultura.

Da investigação no Círculo de Cultura emergiram 10 temáticas, que, mediante o diálogo, foram codificadas e decodificadas em dois temas, dialogados no transcorrer do Círculo e desvelados pelos participantes. O Desvelamento dos temas levantados nos Círculos realizou-se com todos os sujeitos envolvidos no estudo, como sugere o Itinerário de Paulo Freire, cujo método

possibilita realizar a análise dos dados coletados em uma pesquisa. O referencial de Briceño-Léon⁽³⁾, da promoção da saúde⁽⁴⁾ e de cultura, segundo Kleimann⁽⁶⁾, foi utilizado para auxiliar na interpretação dos dados.

Este estudo segue os preceitos da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Parecer n. 783.267, do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSC. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias: uma ficou com os pesquisadores e a outra

com a participante. Para garantir o anonimato, de acordo com os preceitos éticos de pesquisa, os nomes das participantes foram substituídos pelas siglas de Docentes (Do) e Discentes (Di), acompanhadas pelo número sequencial de análise (Do1, Do2... e Di1, Di2...).

Resultados e Discussão

O Quadro 1 mostra 10 temáticas investigadas no Círculo de Cultura desveladas em dois temas relacionados à educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde.

Temas	Temáticas desveladas
I – A educação em saúde frente à dificuldade de articulação dos saberes na prática profissional	As práticas educativas dos profissionais de saúde acontecem formalmente. Os profissionais de saúde desconhecem os usuários e suas experiências de saúde. Os profissionais de saúde nem sempre dialogam com os sujeitos. O usuário faz aquilo que ele acredita que funciona. Predominância do paradigma biomédico na prática profissional. Os profissionais de saúde surpreendem-se quando o usuário demonstra empoderamento.
II – A educação em saúde e as políticas públicas	As políticas públicas não estimulam o empoderamento dos sujeitos. As políticas públicas pouco dialogam com o contexto dos sujeitos. As políticas públicas pouco consideram as diferentes realidades dos sujeitos. As políticas públicas são pouco efetivas.

Quadro 1 – Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde na perspectiva de discentes e docentes de pós-graduação. Florianópolis (SC), Brasil. 2013

Fonte: Elaboração própria.

Tema I – Educação em saúde frente à dificuldade de articulação dos saberes na prática profissional

Segundo os participantes, “as práticas educativas dos profissionais de saúde acontecem formalmente”, pois não entendem que a educação em saúde deve ser articulada e estar presente no cotidiano da sua prática profissional e não somente em momentos específicos e de maneira sistematizada:

E isso é muito comum na prática do profissional de saúde ainda, só fazendo educação no momento que eu quero, no momento formal, ou distribuindo panfletos, fazendo uma palestra, sem considerar que todo momento é momento de encontro. Acho que é um aspecto importante. A gente vê isso nas pesquisas, quando encontra e conversa com o profissional de saúde. (Di1).

Embora muitos profissionais de saúde realizem atividades educativas em seu cotidiano de trabalho, a literatura confirma que a educação

em saúde, na maioria das vezes, traduz-se nos grupos ou em momentos determinados pela equipe, nos quais os usuários recebem do profissional as informações e/ou orientações centradas na prevenção e na doença⁽¹¹⁾. Contudo, ressalta-se que, nos serviços de saúde, todas as oportunidades que compreendem interação dos profissionais com os usuários devem ser consideradas propícias para desenvolver a educação em saúde⁽²⁾, em todo o percurso que segue a linha de cuidado, no âmbito coletivo e também individual⁽¹²⁾.

Cabe ainda registrar que, se pensada com foco na promoção da saúde, a capacitação das pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, é uma prática que deve ser realizada em múltiplos espaços, envolvendo organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e também instituições governamentais⁽⁴⁾.

As práticas de cuidado desenvolvidas pelos indivíduos são influenciadas pelas suas crenças e saberes em saúde. Com base nessa premissa, propõe-se uma reflexão sobre conceitos e verdades instituídas no exercício profissional, para que os indivíduos sejam assistidos na totalidade existencial de seu processo vital, bem como a não hierarquização do saber profissional sobre o saber popular⁽⁷⁾. Entretanto, uma das dificuldades ainda encontradas na atividade de educação em saúde é o entendimento de que “os profissionais de saúde desconhecem os usuários e suas experiências de saúde”, sobretudo aquelas vivenciadas no itinerário terapêutico entre os subsistemas popular e profissional:

Tem que resgatar esse conhecer, esse outro. Resgatar o que já fez, diante daquilo que ele já viveu, provavelmente essa situação da “campainha caída”. Que efeito deu certo? O que ele fez e não deu certo? (Do1).

Briceño-Léon⁽³⁾ sustenta que somente conhecendo o indivíduo é possível uma ação eficiente e permanente em saúde. Isto implica em compreender suas crenças, seus hábitos e papéis diante da doença, bem como as circunstâncias em que esse processo foi construído. Além disso, é

preciso saber o que as pessoas pensam e sentem diante de seus problemas de saúde, para promover o processo educativo voltado para a mudança e para a sustentação de um estilo de vida saudável⁽¹³⁾. Para tanto, o saber anterior é o ponto de partida do processo pedagógico da educação em saúde, possibilitando ao profissional conhecer as condições reais da existência das pessoas⁽¹⁴⁾.

Em determinados locais, por exemplo, onde há saberes populares, como benzeduras e o uso de plantas medicinais, se o profissional não se interessar em conhecer a cultura das pessoas e seus itinerários terapêuticos, pode não entender por que determinados problemas de saúde mantêm-se ou por que não conseguem a colaboração e a adesão ao plano de cuidado, que deve ser elaborado juntamente com o indivíduo, com base nas suas crenças e em seus valores, nas suas experiências e vivências.

Os recursos de tratamento, como o chá e as benzeduras, fundados no contexto cultural, configuram alternativas para a terapêutica e possuem dimensão significativa na solução dos problemas, apontando a necessidade de as raízes e os significados sociais atribuídos a esses recursos serem abordados no cotidiano da assistência⁽⁷⁾, embora a rede municipal de saúde de algumas localidades do país já os adotem oficialmente.

Em um município do interior de Pernambuco, no nordeste do Brasil, pesquisa sobre o uso de plantas medicinais no controle da hipertensão arterial revelou que 39,5% das pessoas com a doença, cadastradas na Estratégia Saúde da Família, utilizam esse recurso terapêutico. Concluiu-se que essas plantas constituem terapia adjuvante no tratamento da hipertensão, o que exige monitorização do manuseio e das espécies utilizadas⁽¹⁵⁾.

Considerando o diálogo como um dos instrumentos de leitura da realidade e de troca de saberes, percebe-se que “os profissionais de saúde nem sempre dialogam com os sujeitos”, o que leva ao desconhecimento sobre as pessoas e suas práticas de saúde. Nesse sentido, a educação ainda está fortemente orientada por uma concepção pedagógica passiva e de transmissão do conhecimento:

Não tem diálogo. O único diálogo é quando se pensa que conversa, mas na verdade não se dialoga; é um monólogo. (Do2).

Isto demonstra que o “saber ouvir” é imprescindível para conhecer as pessoas e trocar experiências. Os enfermeiros, a exemplo dos profissionais de saúde, têm dificuldade de estabelecer com os usuários um diálogo capaz de produzir processos pedagógicos efetivos e adotam, rotineiramente, o processo de ensino verticalizado, no qual apenas eles detêm o conhecimento⁽¹³⁾. A escuta qualificada é um dos princípios que deveriam orientar as práticas educativas, possibilitando meios ao profissional de se aproximar das condições existenciais dos indivíduos⁽¹⁴⁾. Além disto, constitui importante elemento na mediação entre os saberes técnico, científico e popular, aproximando os sujeitos dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

Assim, é estabelecida uma relação antidialógica, que desconsidera os significados construídos pelas pessoas em seu percurso pelo sistema cultural:

Então, às vezes, a gente chega para o usuário com uma outra ideia, de que está fazendo o bem, que vou orientar a usar o chá de malva primeiro. Na verdade, isso não é bem recebido, porque não houve essa conversa. (Di2).

Apesar do uso de chás, por exemplo, ser comum no subsistema popular, a inclusão dessas terapêuticas no subsistema oficial de saúde causa estranhamento nos usuários, sobretudo se a abordagem for impositiva e não dialogada. Isto pode ocorrer devido à carência de educação continuada com ênfase no processo comunicativo solidário e de formação profissional com foco em metodologias participativas para trabalhos de promoção da saúde, como aponta estudo realizado no cenário da Estratégia Saúde da Família⁽⁸⁾.

O indivíduo doente ou aflito pode recorrer a diversas possibilidades de solução para a sua condição, projetando um itinerário terapêutico próprio, pois é com base na cultura que ele escolhe seu tratamento e avalia os resultados, ressignificando sua situação⁽¹⁷⁾. A busca pelo

profissional constitui alternativa quando as outras possibilidades terapêuticas não são capazes de restabelecer a saúde⁽⁷⁾. As expectativas que levam as pessoas a um determinado subsistema de saúde parecem determinar que o “usuário faz aquilo que ele acredita que funciona”. Desta forma, ao procurar o subsistema de saúde, o usuário também espera ter acesso aos símbolos aos quais atribui o significado de cura, como as práticas biomédicas:

Tem a questão da cultura da medicalização. Assim: por que ela deu um chazinho de mel, de malva, eu quero é a Benzetacil, porque é com a Benzetacil que eu fico bom. Aí entra a questão da cultura biomédica. (Do1).

Os indígenas Teréna, por exemplo, realizam inúmeros arranjos e negociações entre o seu sistema de saúde e o profissional na condução do processo terapêutico. Assim, fazem uma leitura do aparato da biomedicina segundo suas perspectivas e utilizam-na em seu próprio benefício⁽¹⁸⁾.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade de os profissionais repensarem suas práticas, uma vez que o desenvolvimento de estratégias educativas, capazes de transformar as condições de vida, requer apreender, compreender e dialogar com os vários aspectos que envolvem as crenças, os hábitos e os comportamentos das pessoas e dos grupos com os quais os profissionais de saúde interagem⁽¹³⁾.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família foi implantada para reorganizar o sistema de saúde, tendo como desafio a inversão do modelo de assistência focado na doença. No entanto, a “predominância do paradigma biomédico na prática profissional” revela o posicionamento dos profissionais diante do usuário, e as relações estabelecidas com ele expressam os valores culturais do subsistema oficial de saúde, sendo os próprios profissionais os responsáveis pela perpetuação do processo biologicista de produção de saúde, o que dificulta as práticas educativas no contexto da promoção:

Mas, às vezes, é a expectativa que o próprio profissional cria. Porque, às vezes, a gente medicaliza: o certo é usar o medicamento! É a medicalização, a gente que vai construindo esse modelo. (Di1).

Essa hegemonia do paradigma biomédico também foi evidenciada em uma pesquisa sobre a atenção à saúde indígena. Nas aldeias, os postos de saúde com equipe multidisciplinar funcionam de um a três dias por semana e realizam atendimentos pela demanda espontânea, o que ocasiona elevada procura por consultas e faz com que os profissionais priorizem o atendimento no modelo curativo⁽¹⁸⁾.

No entanto, nesse contexto, se, por um lado, o conhecimento biomédico impõe-se sem levar muito em conta as condições efetivas do sujeito para o cumprimento das recomendações profissionais, por outro, diferentes atores constituem alternativas importantes nos cuidados com a saúde, baseados nas experiências individuais e de cada família, sendo empregados concomitantemente sem estabelecer grandes conflitos⁽¹⁸⁾.

O reforço do modelo biomédico também foi revelado em outro estudo nas práticas de promoção da saúde realizadas pelo profissional de enfermagem⁽¹⁹⁾. Contudo, para promover saúde na sua integralidade, as soluções não podem estar focadas somente nos determinantes biológicos. É indispensável que sejam estabelecidas articulações intersetoriais e interdisciplinares⁽²⁰⁾, inclusive para a realização de práticas educativas pelo enfermeiro, as quais podem ser mediadas pela participação popular na tomada de decisões.

Os profissionais têm incorporado ao seu cuidado que as expectativas culturais, quando o usuário se apropria de um fazer do subsistema oficial, são de que ele manifeste passividade e obediência. Assim, “os profissionais de saúde surpreendem-se quando o usuário demonstra empoderamento”:

Eu fiquei surpresa com a mãe [lateralizando o bebê para não regurgitar o leite, na UTI Neonatal]. A gente não imaginava que ela fizesse isso, e que ia dizer “aí, ela tá se afogando, traz oxigênio”... Porque, às vezes, é isso que a gente vê. Então, eu

acho que isso são exemplos de como nossas práticas influenciam na saúde das pessoas depois, onde vão vivenciar a saúde e a doença também. (Di3).

Isto evidencia que a apropriação do conhecimento técnico pelo usuário parece gerar perplexidade, confrontando o profissional com as expectativas do sistema oficial de saúde sobre o usuário, pautadas em um fazer prescritivo em que “um fala e o outro obedece”.

É esperado que o diálogo entre profissionais e usuários seja horizontal e tenha como propósito a emancipação do sujeito, visando desenvolver a saúde individual e coletiva. Nessa perspectiva, novas formas do profissional intervir na realidade de saúde devem pautar-se no respeito e na confiança nas potencialidades dos indivíduos com os quais interage e pactua parcerias nas ações de educação em saúde⁽²⁾. Cabe registrar que a educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas abrange toda a ação sanitária, seja ela formal ou não⁽³⁾.

Tema II – Educação em saúde e políticas públicas

Para os participantes da pesquisa, “as políticas públicas não estimulam o empoderamento dos sujeitos”, pois são introduzidas por estratégias que pouco valorizam a participação desses na melhoria das suas condições de vida e de saúde:

[...] o Governo, através desses programas de combate às doenças, como a de Chagas, faz com que as pessoas comecem a refletir assim: “eu não preciso me esforçar para juntar dinheiro e construir minha casa de maneira adequada. O Governo vem e faz”; ou então: “se a culpa da doença de Chagas é do barbeiro, a minha parte é deixar o Governo entrar e matar o vetor”. (Di3).

O empoderamento tem destaque na promoção da saúde, uma vez que, por meio dele, os indivíduos e a comunidade podem adquirir o domínio sobre suas vidas, obtendo informações para tomar decisões a favor da sua saúde⁽⁴⁾. Uma das formas de se desenvolverem as práticas de empoderamento dos usuários dos serviços de saúde é

por meio das atividades educativas, pois o acesso à informação é fundamental para a realização de escolhas saudáveis.

Em relação às políticas de saúde, destaca-se que o empoderamento pode favorecer o repensar sobre elas⁽²¹⁾. Mas, a quem interessa esse repensar? Será que há interesse político em formar sujeitos empoderados, com o objetivo de os responsabilizar pelos seus cuidados?

Ainda há serviços que trabalham na lógica assistencialista, priorizando ações curativas às de promoção, diante da crescente demanda de atendimentos que lhes é atribuída. Pensar um novo modelo de assistência passa pela qualificação dos profissionais, inserindo o empoderamento como pilar da sua prática de cuidado, uma vez que têm como função a promoção da saúde⁽²¹⁾, levando à maior participação e autonomia dos usuários nas ações.

Os dados também apontam que “as políticas públicas pouco dialogam com o contexto dos sujeitos”, nos seus aspectos culturais e de emancipação:

[...] o que as políticas públicas fazem é simplesmente jogar a informação, como se aquela pessoa fosse ignorante e não soubesse nada. E o Governo vai depositando conhecimento, e a pessoa não entende o porquê daquilo... enquanto o certo deveria ser conhecer aquela pessoa e trabalhar com aquilo que ela já tem. Então, no caso, saber o que seria transformado. (Di3).

Apesar disso, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) visa, por meio de suas diretrizes, o reconhecimento e a valorização das culturas populares na composição das práticas de cuidado e educação em saúde⁽¹⁶⁾. O modelo atual de atenção à saúde reconhece a cultura das pessoas, buscando apreender sua visão do mundo. Reconhecer o contexto social e familiar produz argumentação para exercer uma educação em saúde focada na realidade, com compreensão do mundo vivido pelo indivíduo. Dessa forma, o processo educativo pode possibilitar que as próprias pessoas construam um novo conhecimento⁽²⁾.

Uma política pública que tenha a centralidade no indivíduo em toda a sua integralidade como ponto de partida fundamental requer o encontro e o diálogo com as pessoas atendidas e o conhecimento detalhado da sua condição de vida, valores e cultura. Ainda no tocante às políticas públicas, aponta-se que a necessidade de um conhecimento global do usuário deve considerar intervenções territoriais. Assim, um programa de governo não pode ser pensado da mesma forma para todo o país, mas deve levar em conta as diferentes realidades dos territórios⁽²²⁾. Contrariamente, os participantes deste estudo expressaram que “as políticas públicas pouco consideram as diferentes realidades dos sujeitos”. Muitas vezes, nem dos profissionais e nem dos usuários:

Em alguns municípios nordestinos, nas campanhas contra a dengue, os agentes de saúde chegam e colocam veneno para o mosquito da dengue na caixa d'água, sem se relacionar com a comunidade, sem saber que em função de ser lugar muito seco tem pouca água lá dentro. Aí, depois passa algum tempo, e as pessoas estão intoxicadas, as crianças estão adoecendo. (Do2).

Ressalta-se que as políticas públicas devem partir, antes de tudo, não da análise e do projeto de quem detém o poder, mas do conhecimento das reais necessidades de quem será atendido, buscando a responsabilidade autêntica e pessoal desse sujeito⁽²²⁾.

Essa questão das políticas públicas também permeia a qualificação profissional, haja vista a carência de capacitação para entendimento e incorporação da Política Nacional de Promoção da Saúde, apontada em um estudo com equipes de Saúde da Família de um município catarinense⁽⁸⁾. O investimento em qualificação pode acionar práticas potencializadoras do trabalho em equipe, com vistas à promoção da saúde⁽²³⁾, o que pode ser efetivado por meio de políticas públicas específicas.

Emergiu neste estudo que “as políticas públicas são pouco efetivas”, sinalizando suas fragilidades, como mostra a fala do participante:

Se esse tipo de abordagem prescritiva de educação em saúde nas políticas públicas fosse efetivo, todo mundo estaria sem doença crônica. Não teria dengue, não teria Aids, porque todas essas campanhas estariam adiantando. Mas, o que a gente percebe, é que o objetivo de realmente atingir as pessoas no momento que deveriam ser atingidas não é alcançado. (Do1).

Uma análise da implementação de eixos prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) revelou diversos avanços, mas também importantes desafios, como a necessidade de progredir na ação intersetorial, buscando articular ações destinadas a públicos específicos, encaminhar projetos destinados à melhoria da mobilidade urbana e na inclusão de pessoas com deficiência e idosos⁽²⁴⁾.

As políticas públicas para a educação em saúde, como parte da promoção da saúde, exigem articulação e trabalho intersetorial para tornarem efetivas as ações, o que demanda um trabalho coordenado entre o governo, o setor saúde e outros setores sociais e econômicos^(4,16).

No âmbito mundial, estudo que analisou as estratégias de promoção da saúde e refletiu sobre os desafios de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis com vista à qualidade de vida dos indivíduos afetados, destaca que as experiências comunitárias bem-sucedidas são importantes para estabelecer propostas de implantação de políticas atuais mais efetivas. Além disso, é necessário grande empenho por parte dos tomadores de decisão e dos líderes em saúde de todos os países do mundo para os desafios a serem superados⁽²⁵⁾. Entende-se que esses aspectos devem ser considerados no contexto nacional, na busca por melhorias nas políticas públicas, almejando uma educação mais adequada à promoção da saúde da população.

Considerações Finais

No subsistema profissional de saúde, a educação em saúde enfrenta dificuldades de articulação dos saberes nas práticas, as quais foram

relacionadas, pelos participantes deste estudo, à atuação dos profissionais, entendendo-se ser este o principal agente de mudança das práticas educativas. A educação em saúde e as políticas públicas também evidenciaram fragilidades, apontando a necessidade de reflexão sobre a temática pelos gestores, formuladores e reguladores dessas políticas.

A cultura foi identificada, ao se permear tanto as dificuldades de articulação dos saberes na prática profissional como as fragilidades no que concerne às políticas públicas, salientando a sua relevância na temática educação para a promoção da saúde. Nesse sentido, é imprescindível a articulação entre as políticas de promoção e de educação popular em saúde, as quais podem contribuir para a mudança do modelo biomédico, com reflexo na maior autonomia e participação dos sujeitos em ações de saúde que sejam significativas para os seus modos de viver.

Destarte, as falas dos participantes demonstraram que a educação em saúde, nas práticas do subsistema profissional de saúde, deve possibilitar a troca de saberes entre todos os envolvidos, permitir-lhes expor suas opiniões e reflexões, bem como decidir sobre o seu tratamento, embora a predominância do modelo biomédico apresente-se como uma dificuldade para a prática educativa emancipatória.

Conclui-se que a educação em saúde, nas práticas do subsistema profissional de saúde, na perspectiva de discentes e docentes de pós-graduação, está vinculada às dificuldades de articulação dos saberes e às fragilidades na relação com as políticas públicas.

O estudo apresenta o entendimento de um grupo de discentes e docentes de um Curso de Pós-Graduação em Enfermagem sobre a temática investigada. Logo, os resultados não permitem generalizações para outros contextos, mas podem suscitar novas pesquisas capazes de ampliar o conhecimento sobre a educação em saúde na prática do subsistema profissional, as quais devem considerar a participação e o envolvimento da população, a fim de gerar transformações na realidade.

Referências

1. Fundação Nacional de Saúde (BR). Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I. Brasília (DF); 2007.
2. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2013 [citado 2014 ago 13];22(1):224-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100027>
3. Briceño-Léon R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad saúde pública* [Internet]. 1996 [cited 2012 June 10];12(1):7-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000100002>
4. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. In: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. 1986. [cited 2014 dez 13]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
5. Langdon EJ, Wiik FV. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev latino am enferm* [Internet]. 2010 [citado 2013 abr 17];18(3):173-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California (USA): Regents; 1980.
7. Soares NA, Morgan BS, Santos FBO, Matozinhos FP, Penna CMM. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2014 [citado 2014 ago 16];22(1):83-110. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11450/8988>
8. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da saúde na atenção básica: estudo baseado no método Paulo Freire. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 (citado 2015 abr 4); 19(8):3553-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
10. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
11. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da saúde da família na perspectiva do usuário. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2012 [citado 2014 out 7];16(41):315-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200003>
12. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia saúde da família. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2013 [citado 2015 abr 4];15(1):103-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15246>
13. Fava SMC, Nunes ZB, Gonçalves MFC, Nogueira MS. Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. *Saúde transform soc* [Internet]. 2011 [citado 2014 out 7];2(1):81-7. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1065/1289>
14. Franco TAV, Silva JLL, Daher DV. Educação em saúde e a pedagogia dialética: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. *Informe-se prom saúde* [Internet]. 2011 [citado 2014 out 7];2(7):19-22. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/grpos%20ed.pdf>
15. Nunes MGS, Bernardino AO, Martins RD. Uso de plantas medicinais por pessoas com hipertensão. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [citado 2016 mar 15];16(6):775-81. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1960/pdf>
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de educação popular em saúde. Brasília (DF); 2012.
17. Mello ML, Oliveira SS. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde soc* [Internet]. 2013 [citado 2014 ago 2];22(4):1024-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400006>
18. Ribas DLB, Concone MHVB, Pícoli RP. Doenças e práticas terapêuticas entre os Teréna de Mato Grosso do Sul. *Saúde soc* [Internet]. 2016 [citado 2016 abr 20];25(1):160-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00160.pdf>

19. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rêgo RMV, Passos MLL. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. *Esc Anna Nery rev enferm* [Internet]. 2011 [citado 2014 set 24];15(3):610-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300024>
20. Dalmolin IS, Faria LM, Perão OF, Nunes SFL, Meirelles BHS, Heidemann ITSB. Dialogando com Freire no círculo de cultura: uma estratégia de promoção da saúde. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [citado 2016 abr 10];10(1):185-90. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8298/pdf_9382
21. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2013 set 22];17(11):2923-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>
22. Sawaya AL. Políticas públicas: pontos de métodos e experiências. *Estud av* [Internet]. 2006 [citado 2014 jun 7];20(56):131-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142006000100010>
23. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *REME rev min enferm* [Internet]. 2011 [citado 2014 ago 9];15(2):165-73. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/25>
24. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 [citado 2016 fev 15];19(11):4301-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014>
25. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev panam salud publica* [Internet]. 2013 [citado 2016 fev 15];34(5):343-50. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>

Artigo apresentado em: 16/2/2016

Aprovado em: 10/6/2016

Versão final apresentada em: 12/6/2016