

Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire

Education in health: perspectives of the Family Health Strategy team under Paulo Freire's view

Educación en salud: perspectivas de un equipo de la Estrategia Salud de la Familia bajo la visión de Paulo Freire

Maria Clara Porto Fernandes¹, Vânia Marli Schubert Backes¹

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Grupo de Pesquisas em Educação em Enfermagem e Saúde. Florianópolis, SC

Submissão: 22/04/2009

Aprovação: 23/05/2010

RESUMO

Estudo qualitativo cujos sujeitos de pesquisa foram os membros de uma equipe da estratégia de saúde da família, e teve como objetivo conhecer suas perspectivas sobre a educação em saúde e problematizá-las por meio da concepção dialógica de Paulo Freire. Nos círculos de cultura, os quatro temas geradores: equipe de saúde da família; educação em saúde; prática da educação em saúde no trabalho da equipe e de que maneira melhorar as ações de educação em saúde existentes, foram codificados, descodificados e desvelados criticamente seus conceitos, dificuldades, possibilidades e expectativas em relação a práticas educativas desenvolvidas. O campo de desenvolvimento da pesquisa foi uma Unidade de Atenção Básica em Saúde de Cachoeira do Campo, Minas Gerais. Os resultados demonstraram que a educação em saúde é reconhecida pelos sujeitos como uma responsabilidade, contudo sua prática se depara com entraves culturais e ainda recebe pouco destaque no cotidiano de trabalho.

Descritores: Educação em saúde; Programa Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

Qualitative study whose research subjects were the members of a Health Family Strategy, and has as purpose to know their perspectives about health education and presents them through the dialogical conception of Paulo Freire. In the circles of culture, four themes emerged: family health team, health education, health education practice in team work and how to improve the stock of existing health education, were encode, decode and critically unveiled its concepts, challenges, opportunities and expectations of their educational practices. The field research was the development of a Primary Care Unit of Health of Cachoeira do Campo, Minas Gerais. The results showed that health education is recognized by the subjects as a liability, but its practice is facing cultural barriers, and receives little emphasis in the daily work.

Key words: Health education; Family Health Program; Nursing.

RESUMEN

Estudio cualitativo, cuyos sujetos de investigación fueron los miembros de un equipo de un programa de salud familiar, tuvo como objetivo: conocer las perspectivas del equipo sobre la educación en salud y problematizarlas a través de la concepción dialógica de Paulo Freire. En los círculos de cultura los cuatro temas generadores: equipo de salud de la familia; educación en salud; practica de la educacion de la familia en su trabajo diario y las maneras de mejorar la practica de la educación en la salud, fueron codificados, descodificados y develados criticamente sus conceptos, dificultades, posibilidades y expectativas en relación a sus prácticas educativas. El lugar donde se desarrolló la investigación fue una Unidad de Atención Básica en Salud de Cachoeira do Campo, Minas Gerais. Los resultados demostraran que la educación en salud es reconocida por los sujetos como siendo una responsabilidad, sin embargo, su práctica se ve afectada por barreras culturales y poco reconocimiento en el trabajo diario.

Descritores: Educación en Salud; Programa de Salud de la Familia; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Vânia Marli Schubert Backes. Rua Victor Konder, 54/303. CEP 88015-400. Florianópolis, SC.
E-mail: oivania@ccs.ufsc.br

INTRODUÇÃO

Uma das principais características da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) é a criação de equipes multiprofissionais que devem agir a fim de desenvolver práticas de saúde com integralidade para atender populações delimitadas por áreas geográficas. A política de trabalho preconiza a visão do ser humano de forma contextualizada à suas condições demográficas, epidemiológicas, sócio- econômicas, políticas e culturais para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes.

A partir de um diagnóstico comunitário aprofundado as atuações dos profissionais que compõem estas equipes tendem a criar maior aproximação com o usuário e fundamentam um trabalho sistematizado e contínuo. Este, muito além do caráter curativista e flexneriano, sob a visão de eliminação de doenças, preconiza um compromisso com a promoção da saúde e a qualidade de vida dessas pessoas.

Estas equipes de referência, denominadas como Equipes de Saúde da Família (ESF), devem estar empenhadas em conhecer a realidade da população residente em sua área de abrangência e a incentivar a co-responsabilidade e participação social, na busca por construção e fortalecimento de vínculos. Nesta busca as equipes devem executar ações de vigilância em saúde, relacionadas ao trabalho e ao ambiente dos cidadãos; realizar acolhimento humanizado; prestar atendimento de saúde; exercer visitas domiciliares e criar espaços contínuos e crescentes de atividades educativas.

Neste atual panorama da atenção primária em saúde, entende-se que o maior desafio das equipes de saúde da família é organizar o trabalho, na conciliação da quantidade de atendimentos prestados com o cumprimento integral de todas as suas atribuições. A visão da estratégia de saúde da família como um excelente campo para a formação, articulação e fortalecimento da interdisciplinaridade e intersetorialidade, é uma ferramenta importante para auxiliar as equipes nesta tarefa.

Neste trabalho a saúde e a educação estão intimamente articuladas, pois são vistas como complementares e essenciais para o progresso da estratégia de saúde da família. Saúde e educação não podem ser dissociadas, caminham juntas, se articulam enquanto práticas sociais⁽¹⁾. A educação em saúde é parte destacada das atribuições dos profissionais integrantes das equipes de saúde da família, e se ressalta ainda mais dentro do processo de trabalho da enfermagem. A prática da educação em saúde requer do profissional de saúde, e principalmente de enfermagem, por sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador⁽²⁾. As próprias bases conceituais da enfermagem preconizam a função do enfermeiro como um educador, afinal não há cuidar sem educar e vice-versa.

Diante do pressuposto de que a educação se estabelece como uma vertente entrelaçada a saúde, se torna responsabilidade dos profissionais da saúde atentar e praticar a educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades⁽³⁾.

As ESF ampliam suas abordagens de saúde e se tornam colaboradoras e responsáveis na construção da cidadania adotando a prática da educação em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. Esta visão cria uma aproximação democrática entre cidadão e órgão público, fortalecendo no discurso da saúde conceitos de educação e também de controle social e participação popular.

Para atender as reais necessidades das populações e das equipes de saúde a problematização aparece como elemento essencial na construção de um processo educativo verdadeiro. Esta é uma possibilidade metodológica que vem lentamente tentando se inserir no campo da saúde comunitária, numa busca pela Educação Popular em Saúde, na qual o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã são promovidos.

A política de Atenção Básica preconiza esta prática, que se encontra em total sintonia com as idéias de Paulo Freire. Para ele educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados⁽⁴⁾. Esta linha de pensamentos converge para a intersetorialidade e interdisciplinaridade e é significativamente mais rica culturalmente e mais produtiva do ponto de vista do conhecimento.

A articulação entre educação e saúde sob o ponto de vista da relação interpessoal, cuidado e respeito, se constitui como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade. Por isso este estudo discute a prática educacional e ressalta as possíveis transformações e a reflexão crítica como instrumentos para fortalecê-la dentro da atenção primária em saúde.

A incorporação da educação em saúde às práticas da estratégia de saúde da família se mostra cada vez mais atual e necessária, principalmente quando esta ocorre a partir da troca de conhecimentos, estabelecendo mais do que um ensino e uma aprendizagem um ato de criar e transformar.

Assim, procurando desvelar e repensar como ocorre a prática da educação nas ações de saúde, a idéia central deste estudo foi propiciar a uma equipe de saúde da família a vivência da problematização e sensibilizá-la frente suas posturas educativas. Este estudo, guiou-se no sentido que o educador Paulo Freire atuava: não de estabelecer esquemas fechados com resolubilidades formadas, mas sim de conhecer a realidade dos sujeitos e conjuntamente com eles visualizar possibilidades de transformações, criando ou ampliando horizontes de trabalho.

A concepção dialógica de Freire pode ampliar as fronteiras de atuação da Saúde da família, com maior resolutividade das ações e melhor impacto dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Considera-se que esta é uma dimensão de fundamental importância na produção de cuidados de saúde, no processo de construção do SUS⁽⁵⁾.

A prática problematizadora promove o diálogo entre profissionais e usuários, a autonomia cidadã, assim como incentiva estes sujeitos a adotarem uma postura ativa em seus ambientes políticos e sociais. Desafiadores e estimulantes, o diálogo e a problematização foram escolhidos como norteadores deste estudo para convidar e instigar a reflexão crítica de uma equipe de saúde da família, fortalecendo assim suas práticas educacionais em saúde.

O objetivo geral deste estudo foi conhecer a prática educativa desenvolvida por uma equipe de saúde da família, desvelar suas perspectivas sobre a educação em saúde e repensá-las dentro de

seus próprios processos de trabalho.

MÉTODO

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa⁽⁶⁾, na qual o processo de investigação foi viabilizado através da inserção dentro das atividades de rotina da equipe de saúde da família da Unidade de Atenção Primária em Saúde Dom Bosco (UAPSDB), no distrito de Cachoeira do Campo, município de Ouro Preto/MG.

Tendo como sujeitos de pesquisa sete agentes comunitárias de saúde, um médico e uma enfermeira membros da equipe de saúde da família da Unidade Dom Bosco, este estudo pautado na concepção dialógica freireana e se desenvolveu por meio de círculos de cultura, concebido pelo referido educador. O fascínio pela idéia de trabalhar e contribuir para o alcance de uma maior liberdade política e cultural do cidadão culminou na escolha de se ter Paulo Freire como marco teórico e metodológico deste trabalho. "Trabalhar com as concepções de Paulo Freire, denota a preocupação dos enfermeiros em transformar a sociedade que estão 'con-vivendo' e 'contextualizando'⁽⁷⁾.

O processo investigativo foi aplicado através do itinerário de pesquisa apoiado em Freire, que é constituído das seguintes etapas metodológicas⁽⁸⁾: Investigação temática, Codificação e Descodificação e Desvelamento crítico. A *investigação temática* foi realizada através de entrevistas dialógicas individuais; formação do círculo de cultura e escolha dos temas geradores; a etapa de *Codificação* concretizou-se em quatro círculos de cultura, ocorrendo muitas vezes também o processo concomitante de *descodificação*; e à *Descodificação e Desvelamento crítico* foram destinados outros quatro círculos de cultura, e finalmente foi realizado um último círculo de cultura voltado para a avaliação do estudo, totalizando um total de nove círculos de cultura.

Para a *Investigação temática e o levantamento de temas geradores*, foram adotadas algumas estratégias: a inserção da pesquisadora dentro da rotina de trabalho da equipe, através do desempenho das atribuições do enfermeiro de saúde da família; a exposição do projeto de pesquisa estimulando o diálogo sobre a temática da educação em saúde e da "metodologia freireana"; exposição de um filme sobre a biografia, as vivências e o legado de Paulo Freire; o reconhecimento territorial e do contexto social da comunidade local. Essa etapa se constituiu como um importante momento de pesquisa já que viabilizou o conhecimento e aproximação com os sujeitos.

Os temas geradores foram elegidos a partir do foco do trabalho: a Educação em Saúde em uma ESF. Inicialmente sob forma de entrevista dialógica, cada membro da equipe foi convidado a expressar suas perspectivas sobre quatro questões provocativas: O que é a equipe de saúde da família? O que é educação em saúde? Como é a prática da educação em saúde dentro do trabalho da equipe? De que maneiras as ações de educação em saúde existentes podem ser qualificadas?

Cada um dos nove profissionais respondeu as questões sobre a relação entre educação e saúde na realidade dos serviços prestados pela equipe. As falas foram registradas em "notas de interação", que expressavam as perspectivas de cada sujeito⁽⁹⁾. Estes foram agrupados em quatro textos correspondentes a cada questão e apresentadas no círculo de cultura que estabeleceu como os temas

geradores a serem problematizados nos círculos de cultura subsequentes.

Em quatro círculos de cultura mensais, de duração média de uma hora e meia, ocorreu a etapa do processo metodológico, denominada *Codificação*. A cada encontro os sujeitos, divididos em trios, recebiam um texto cujo conteúdo apresentava as perspectivas de todo o grupo, frente a uma das questões norteadoras. Estes textos eram entregues respeitando a ordem em que as questões foram levantadas na etapa anterior.

Os círculos de cultura se coordenavam pela leitura discursiva do texto, e cada trio era orientado a destacar neste as idéias comuns e as divergências entre todas as respostas levantadas e apresentadas. Estas idéias centrais e essenciais eram conjuntamente eleitas a serem codificadas e desveladas ao longo dos círculos de cultura. Este momento baseou-se em contextualizar as idéias expostas por eles na primeira etapa (resgatar valores e origens de acordo com a realidade), para isso foram instigados a debater os significados dos temas geradores a partir de suas experiências e vivências.

A próxima etapa metodológica foi a *Descodificação e Desvelamento Crítico*. Para tal finalidade ocorreram quatro círculos de cultura mensais, também de duração média de uma hora e meia, onde foram utilizadas dinâmicas, materiais áudio visuais e confecção de material ilustrativo, que permitiram a sistematização dos temas codificados. Estes eram problematizados a partir de referências teóricas abrangentes a estratégia de saúde da família e da educação transformadora. Por fim, foi realizado um círculo de cultura para uma avaliação conjunta da experiência vivida no estudo.

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa. A inclusão dos sujeitos no estudo obedeceu as Resoluções nº. 196/96 e 251/97 do CNS/MS que dispõem sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, especialmente no que diz respeito ao Consentimento Livre e Esclarecido. O consentimento de participação foi obtido através de Termo de Consentimento que foi assinado e datado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, processo sob nº 168/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As inúmeras perspectivas surgidas a partir da investigação temática, foram analisadas e de acordo com a abordagem da pesquisa, foi inevitavelmente se direcionando para o aprofundamento dos temas oriundos do próprio processo de trabalho da equipe de saúde da família.

Na descoberta por seus conhecimentos sobre o primeiro tema gerador, o que é uma equipe de saúde da família, os sujeitos apresentam, de maneira mais recorrente, o trabalho em equipe e a promoção da saúde, como seus definidores. Estes dois elementos foram resgatados e trabalhados a respeito de suas inserções dentro da equipe.

O trabalho em equipe foi codificado pelo grupo como ponto primordial para o desempenho da estratégia de saúde da família. Durante a descodificação/problematização, as maiores contribuições dos sujeitos se mostraram através da perspectiva de que o objetivo comum do cuidado e da promoção da saúde da população, somente pode ser alcançado com o trabalho organizado em equipe. Esta percepção unânime foi explanada com exemplos de situações onde

o trabalho descoordenado e a falta de diálogo entre os membros da equipe, resultaram em importantes desgastes interpessoais, em falhas e prejuízos na produção dos serviços prestados pela equipe. Foram levantadas e debatidas as maiores dificuldades enfrentadas por eles no trabalho em equipe: as diferentes maneiras com que cada um desempenha seu exercício profissional, a falta de comunicação e diálogo, e as abordagens negativas na hora de se pensar e resolver um problema.

No círculo direcionado para o *desvelamento crítico*, estas dificuldades foram debatidas. Após leitura e discussão com suporte teórico foram analisadas as situações de conflitos, as fragilidades e as potencialidades desta equipe assim como seus desejos por mudanças, principalmente no sentido de aumentar as relações de respeito e amizade dentro da equipe.

Em relação à promoção da saúde emergiram significados importantes como o da responsabilização profissional e social frente à saúde coletiva e a necessidade dos próprios profissionais e da população de questionar seus preconceitos, valores culturais e familiares. Estes foram reportados como importantes obstáculos para a ampliação das ações de educação e promoção em saúde, especialmente quanto à prática de diferentes metodologias, como a problematização, por exemplo. As divergências entre a teoria e a prática foram descobertas a partir da leitura do texto da Política Nacional de Promoção em Saúde de 2006, do Ministério da Saúde. Como dificuldades para a aplicabilidade desta política foram destacadas: a falta de recursos oferecida pelos gestores e a falta de conhecimento da população sobre esta responsabilidade dos profissionais de saúde da família, o que dificulta as intervenções destes quando elas se fazem necessárias.

A respeito do segundo tema gerador, entendimento da educação em saúde, os sujeitos apresentaram diversas perspectivas, que se agruparam basicamente, em três concepções: Informação, Conhecimento e Entendimento.

A idéia de que a educação em saúde é o repasse de informações, foi fortemente apresentada. Dentro desta idéia, a educação em saúde foi concebida como uma obrigação dos profissionais de informar e explicar quais as atitudes corretas em relação à saúde, evitando assim a "ignorância" das pessoas; estas informações foram colocadas como essenciais para que o cidadão alcance seus direitos ao trabalho, lazer, moradia, emprego, transporte e conseqüentemente a saúde. A alfabetização foi colocada como fator determinante "para se ter conhecimentos", pois sem este pré-requisito as pessoas não têm meios para conseguir informações e aprender. A educação em saúde também foi encarada como um meio para mudar o comportamento das pessoas.

Para alguns, educação em saúde é entendida como: "conhecimento sobre as doenças, suas prevenções, os cuidados, a necessidade de um tratamento adequado e suas conseqüências; sobre o sistema de saúde público e como acessá-lo; sobre o funcionamento do programa de saúde da família e como participar dele dando opiniões; sobre os limites individuais para poder parar, pensar e ter consciência das atitudes em relação à saúde".

Uma outra parte dos sujeitos compreende a educação em saúde como: o "entendimento da população: sobre o problema de saúde que a acomete; sobre as mudanças que precisam fazer para terem mais saúde; do porque se tomar um medicamento; de como se cuidar evitando agravos".

De modo geral os sujeitos se consideram agentes promotores de educação em saúde, e citaram o respeito mútuo entre usuários e equipe, como cooperador desta promoção. "Os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Então é preciso avaliar realmente estes objetivos e se de fato está trazendo mudança na vida das pessoas"⁽¹⁰⁾.

Na codificação destas idéias, os sujeitos expressaram as dificuldades que grande parte da população apresenta para entender as informações que eles tentam passar, gerando um processo repetitivo e cansativo frente à "ignorância" das pessoas. O medo, a vergonha, a timidez e a coação da população apareceram como barreiras ao processo educacional que vem sendo feito pela equipe. Ao longo dos círculos ficou demonstrado que a maior dificuldade reside na abordagem para criar o processo educativo com estas pessoas, sendo necessário repensar como este processo vem sendo feito. Foi discutida a idéia de que o repasse de informações de forma vertical e depositária não se apresenta como bem sucedida na história da educação em saúde, ainda mais quando o foco é o usuário, como preconizado pelo atual modelo de saúde comunitária brasileira. Neste sentido, consideramos este conceito sobre a responsabilidade dos educadores em saúde⁽²⁾, amplo e atual:

A tarefa do educador em saúde é a de levar o indivíduo ao entendimento das questões ligadas a ela, e então, de acordo com a necessidade, ele próprio saberá como agir desde que a forma de educação oferecida seja realmente transformadora, criativa, abra o leque de possibilidades e tenha real valor cotidiano⁽²⁾.

A possibilidade dialógica, de troca de conhecimentos e da educação horizontalizada e libertadora mostraram-se como grandes desafios para as duas partes, profissionais e usuários. A educação autoritária e impositiva presente na casa e na escola, foram relatadas como repressoras a inserção destas possibilidades ao longo de suas formações. A educação se refere ao desenvolvimento das pessoas desde que nascem e durante toda a vida nos seus processos de satisfação de suas necessidades⁽¹¹⁾. Este desenvolvimento educacional ocorre nas relações sociais e pode ser utilizado como instrumento de dominação ou libertação. Na história da Educação no Brasil, ela vem sendo predominantemente um instrumento de dominação.

Os sujeitos descrevem que a crença sobre o profissional da saúde ser o detentor do saber e a população vazia de conhecimento, é um senso comum ainda arraigado na realidade local e que isso os impede de realizar atividades educativas de uma forma mais dinâmica, dialógica e problematizadora. Contudo esta mesma crença demonstrou ser uma barreira para os próprios sujeitos na busca por possibilidades de se realizar o processo educativo como de real ensino e aprendizagem e quiçá de criação e transformação.

Foram demonstrados pelos sujeitos, bloqueios que impedem a participação espontânea, autônoma e a valorização dos próprios saberes. Esta postura é entendida e justificada pelo pouco contato com uma educação que visa à emancipação e valorização dos saberes individuais.

A descodificação e o desvelamento crítico sobre educação em saúde foi problematizado a partir de teorização sobre educação transformadora: a sensibilidade e o respeito como ferramentas para a educação, e sobre clínica ampliada, como possibilidade de

enxergar holisticamente os cidadãos e suas necessidades de cuidado. Durante esta problematização emergiu a idéia de que na grande maioria das vezes a educação é apenas uma retificação de erros. Os sujeitos perceberam que há uma forte tendência de se ensinar ao outro aquilo que, eles acreditam que não deva ser feito. Referem que a população habituada a esta prática, adota basicamente duas condutas: insistem em demonstrar seus erros afim de “finalmente aprender” ou “serem educados”; ou amendrontados omitem suas práticas em relação à saúde, a fim de não serem advertidos. Desta maneira se estabelece entre profissional e população um processo vicioso de demonstrar e corrigir erros, baseado no medo.

A ilustração de material áudio visual sobre educação transformadora despertou a sensibilidade sobre posturas educacionais e de cuidados. Esta discussão é referendada por Vasconcelos et al⁽¹¹⁾ que conseram que o aprendizado do ensinante ao ensinar não se dá necessaria-mente através da retificação que o aprendiz lhe faça de erros cometidos. O aprendizado do ensinante ao ensinar se verifica a medida que o ensinante, humilde, aberto, se ache permanentemente disponível a repensar o pensado, reverse em suas posições; em que procura envolver-se com a curiosidade dos alunos e dos diferentes caminhos e veredas, que ela os faz percorrer.

Quando abordado o terceiro tema gerador, sobre a prática da educação em saúde dentro do trabalho de equipe, os sujeitos analisaram que a prática mais expressiva é através dos grupos de gestantes, planejamento familiar, hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) e nas caminhadas promovidas pelas agentes comunitárias de saúde a este grupo. Mas acontece principalmente através das orientações, seja feita por cartazes, através da rádio, nas consultas, distribuição de medicamento ou visitas domiciliares. Segundo eles a educação em saúde ainda precisa ser mais praticada e melhorada. Como justificativa para a prática ainda tímida, apareceram: a grande demanda de pacientes; a falta de envolvimento, compromisso e interesse dos profissionais para com a população; a falta de informação dos usuários; a falta de material de divulgação e de veículos para que as informações saiam da Unidade e se estendam à comunidade. Foi apresentado que muitas vezes a população procura a Unidade pelo medo da doença, desviando seu interesse e o da equipe, pela prática educativa.

Nos círculos de cultura a equipe afirmou que seu conceito de saúde está começando a mudar e que, através desta mudança talvez o trabalho de educação possa ser mais presente e continuado. Os sujeitos percebem a necessidade de mudanças, quando dizem que a prática ainda deixa muito a desejar e que mais ações educativas poderiam ser feitas para a população.

As experiências e sentimentos em relação às práticas educativas populares, foi exposto como fator desmotivante, seja pela falta de participação da população, ou que esta só participa dos eventos quando há um atrativo, uma espécie de “recompensa”, como por exemplo, quando os profissionais ofertam um lanche, um sorteio ou mesmo à presença do médico para realizar renovações de receitas. Esta evidência, deixa claro que atender os interesses da população é realmente um aspecto importante na promoção de práticas educativas, contudo foi ressaltado que é preciso atentar para que estes interesses não sejam julgados a partir de um pré-conceito dos profissionais.

Para promover um processo educativo efetivo, as reais

necessidades de ações, seus focos e sua abordagem precisam ser previamente estabelecidos, traçando objetivos educacionais. “Para a mudança acontecer é preciso ocorrer aprendizagem significativa, que possibilita a aquisição de conhecimentos e informações. O aprender em/com um grupo é um movimento permanente que depende da convivência e da aderência de seus membros bem como da consistência e da fluência de seus mediadores/coordenadores⁽¹²⁾”.

Uma estratégia para que estes objetivos se tornem claros para os sujeitos envolvidos, e mais facilmente se tornem interesses comuns, é levantar problemas e soluções através de investigação e diálogo com os usuários. Contextualizar a realidade e criar identificação com os usuários, através do conhecimento de suas necessidades, é um passo para se vencer os desafios natos de um processo educativo.

Buscar os saberes e as necessidades da comunidade é, um processo de interação que possui um valor ético, que é o respeito ao conhecimento obtido por cada pessoa no seu trabalho e na vida⁽¹³⁾. Para se educar é preciso ter abertura e flexibilidade, capacidade para observar e de se interar com o grupo de atores sociais envolvidos⁽¹⁾.

Sem um referencial teórico-metodológico que guie os sujeitos em suas práticas educativas grupais, estas se desenvolvem sob forma de palestras e quando contam com a participação popular, esta se faz por meio de perguntas e respostas, ou dinâmicas recreativas. Diante do desejo por melhorias, exposto pelos profissionais, a idéia desta discussão concluiu que a maneira com que as práticas vêm sendo promovidas e desenvolvidas não atende aos seus desejos de transformações. De modo geral, “percebe-se que há necessidade de inserção da cultura e da participação popular no processo de educação em saúde, e quando essa participação se dá através da conscientização dos indivíduos envolvidos no processo, ela se transforma em educação no sentido pleno”⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O quarto tema gerador que reflete sobre como as ações educativas da equipe poderiam ser qualificadas, foram detectadas inúmeras possibilidades: aumentar o espaço físico e melhorar a infra-estrutura da Unidade criando espaços para promover mais atividades e receber a população; o conhecimento e a inserção de novas técnicas e metodologias que aumentassem a participação da comunidade; técnicas para melhorar e aumentar a divulgação dos serviços e atividades oferecidas pela Unidade; criar mais grupos educativos; ouvir mais os usuários e trabalhar o preconceito. Nota-se que estas possibilidades, correspondem a soluções de problemas sentidos por eles.

Práticas mais dialógicas e dinâmicas que instiguem maior participação popular e uma maior atuação profissional, mostraram-se como metodologias interessantes e qualificadoras do trabalho da equipe. Contudo debatendo teoria e prática, a timidez foi referida como principal causa para o distanciamento entre elas.

Fez-se essencial evidenciar a origem da citada timidez ou “intimidação”, expressa pelos sujeitos. Reflexo persistente de uma prática educacional dominadora e repressora chegou-se ao consenso, de que o diálogo deve ser iniciado na educação familiar e estimulado pela educação formal mudando a concepção cultural do processo de educar. A expressão de idéias como um ato natural e espontâneo de autonomia, liberdade e emancipação foi entendido como dificultoso já que exige uma mudança de hábitos, que acontece de forma lenta. E para tal, depende da percepção voluntária, do

desejo, do tempo e do ritmo de cada um de mudar-se. Cada um, a seu modo pode aprender e descobrir novas dimensões e possibilidades da realidade na vida. A educação torna-se um processo de formação comum e permanente⁽¹⁶⁾.

A discussão mostrou que, para os desejos por transformação se tornarem aplicáveis à realidade, é necessário proporcionar espaços de reflexão pessoal e coletiva a partir de questionamentos e planejamento estratégico, resgate de valores, busca por conhecimentos, trabalho, emancipação ideológica e determinação profissional.

A incorporação, dentro da Estratégia de Saúde da Família, de uma educação que propõem o diálogo como base, valorizando-o como ato político, revela a abrangência, a atualidade e a aplicabilidade das idéias freireanas na saúde⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que os membros de uma equipe de saúde da família reconhecem e aceitam seus papéis como educadores em saúde. Porém as descobertas sobre este papel e como ele deve ser desempenhado é um processo recente que vêm vivenciando. A agregação de significados a este papel, dentro de suas formações pessoais e profissionais, foi um mérito deste estudo.

Analisando criticamente as perspectivas destes profissionais sobre a educação em saúde e como vêm desempenhando-a, foi encontrado o modelo tradicional (biomédico, informativo e preventivo de doenças), como o norteador adotado para as práticas desta equipe, sendo o mais difundido e aceito também pela comunidade local.

Perspectivas relacionadas a uma educação emancipatória e libertária também foram apresentadas, como por exemplo, na idéia da educação em saúde como mediadora da legitimação dos direitos dos cidadãos. O diálogo, a troca de conhecimentos, os questionamentos, uma necessidade de educação continuada e a participação popular, citados como qualificadores da educação em saúde, também representam uma concepção mais ampla da educação e uma importante abertura para transformações positivas. Contudo, constatou-se que a prática cotidiana da educação em saúde está intimamente relacionada à educação depositária e vertical, contrapondo-se a uma ótica mais ampla que atende as complexidades da nova saúde pública. Esta propõe uma abordagem que busca fortalecer a consciência crítica das pessoas, para uma participação ativa no delineamento de suas circunstâncias de vida.

Este estudo comprovou que a possibilidade de troca conjunta de saberes entre equipe de saúde e usuários do serviço é uma visão teoricamente moderna, apresentando-se como uma prática inovadora e na realidade ainda ínfima. Esta prática se depara com barreiras culturais muito arraigadas, o que impossibilita a abertura necessária para a inserção do cidadão/usuário como sujeito ativo no processo educativo. Pelas próprias políticas excludentes ou pela falta de disposição profissional, ficou claro que esta abertura ainda não está reconhecida, conquistada e legitimada, impedindo progressos e avanços na prática da educação em saúde.

Com este trabalho os sujeitos perceberam e demonstraram que a educação em saúde é um processo gradativo, e por isso

permanente. Esta percepção é de grande valia para a prática da equipe de saúde da família, pois possibilita a incorporação natural das práticas educativas de forma referencial e ininterrupta.

A educação em saúde como prática que capacita indivíduos e grupos para se auto-organizarem a desenvolver ações a partir de suas próprias prioridades, orienta e estimula à participação dos sujeitos nas ações dirigidas à melhoria de suas condições de vida e saúde⁽¹⁸⁾. Esta idéia foi sistematicamente trabalhada com os sujeitos. Instigá-los a sentirem-se capacitados e estimulados à busca e adesão de novos conhecimentos no campo da educação, evidenciou uma necessidade de ação, configurada por eles como metas a serem alcançadas.

A partir deste ponto houve uma descoberta e um planejamento de ações que poderiam ser articuladas de forma integrada com os outros setores da sociedade e com o ambiente comunitário. O reconhecimento das habilidades, responsabilidades, e a visão das possibilidades e das limitações da equipe foram frutos deste trabalho.

Foram percebidas muitas inseguranças frente a se criar e estabelecer um processo educativo contínuo tanto dentro da equipe, como desta com a população. Contudo as discussões levantadas e a problematização geraram apoio e suporte a estes anseios. As vivências dos círculos de cultura foram sensibilizadoras e essenciais para que os próprios sujeitos criassem abertura a novos conhecimentos e assumissem novas práticas e metodologias como potencializadoras de seus trabalhos em saúde.

Certamente esta atitude foi o passo fundamental para as relações de troca de conhecimentos, realizadas e trabalhadas neste estudo, se mostrando como uma possibilidade infinita de interação e de manutenção de relações interpessoais. Na etapa conclusiva da pesquisa era possível perceber que as perspectivas da equipe iam ao encontro da idéia de que promover um viver qualificado se faz educando, promovendo saúde e bem estar aos cidadãos.

A avaliação dos sujeitos diz que esta pesquisa foi importante para que eles dedicassem mais atenção e avaliassem suas posturas como agentes promotores de saúde da família. Destacaram a relevância desta em suas formações, já que se sentiram enriquecidos com conteúdos teóricos e principalmente instigados a um processo de busca por transformações, o qual acreditam, dará resultados positivos às práticas de saúde da equipe. Foram demonstradas mudanças de posturas e a adoção de novas atitudes frente ao processo educacional da própria equipe e desta em relação aos usuários.

Em suas falas os sujeitos se demonstravam ora como ensinantes, ora como aprendizes, e outras vezes não esclarecidos sobre estes papéis. Foi interessante observar a percepção e a reflexão dos sujeitos quanto a estes papéis e que de fato eles não são absolutos e estagnados. Entendeu-se que fazer educação, criar e transformar são constantes na vida dos indivíduos. Os limites deste estudo crítico e participativo dentre alguns fatores, esbarraram no fator tempo que é determinado pelos sujeitos da pesquisa e na perspectiva desafiadora do papel destes mesmos sujeitos, como protagonistas e co-responsáveis pelas evidências, reflexões e ações desencadeadas. Ao pesquisador o desafio de fazer pesquisa com e não sobre, requerendo uma postura de abertura e atenção ao novo, dedicação e constante reflexão e sistematização das evidências para validação conjunta dos resultados e tomadas de decisões.

REFERÊNCIAS

1. Wayhs RI. Ressignificando o sofrimento cotidiano da família da criança e do adolescente com o diagnóstico de câncer a partir de uma prática cuidativa-educativa problematizadora [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
2. Oliveira HM, Gonçalves MJE. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(6): 761-3.
3. Ministério da Saúde (BR). Portal eletrônico do Ministério da Saúde. Brasília; 2004. [citado em: 2008 maio 1]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php#saudedafamilia>.
4. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
5. Backes VMS, Boehs AE, Heidemann ISB, Kleba ME, Wosny AM. Pensamento de Paulo Freire e sua aplicação na pesquisa em Enfermagem e Saúde. In: *Anais do III Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud*; 2008 Mai 06-09; San Juan, Porto Rico. San Juan: Universidade de Porto Rico; 2008. p. 13-15.
6. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1999.
7. Saue R, Brito VR, Giorgi MDM. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: Saue R, organizador. *Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis: UFSC; 1998.
8. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 49ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
9. Ludke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.
10. Ambrozano RM. *Enfermagem formação interdisciplinar do enfermeiro*. São Paulo: UNICID; 2002.
11. Vasconcelos LP, Arantes MB, Salomão OL, Döhlhoff SMGS, Sasski TH. Educação em saúde e a reforma sanitária: subsídios para discussão. XV Encontro de Educadores de Saúde Pública; e I Encontro Estadual de Educação em Saúde. 1987 set; São Paulo (SP), Brasil. São Paulo; 1987.
12. Freire P. *Professora sim, tia não, Cartas a quem ousa ensinar*. São Paulo: Olho D'água; 1993.
13. Teixeira E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(1) 155-9.
14. Souza KR. *Para uma pedagogia da saúde no trabalho: elementos para um processo educativo em saúde do trabalhador [dissertação]*. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
15. Sousa LB, Aquino PS, Fernandes JFP, Vieira NNFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. *Rev Enferm UERJ* 2008; 16(1): 107-12.
16. Gadotti M, Yamazaki AA, Gomes AMV, Ciseski AA, Mânfió AJ, Maldonado CA, et al. *Perspectivas atuais da educação*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
17. David HMSL, Acioli, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(1): 127-31.
18. Colomé JS, Oliveira DLLC. A educação em saúde na perspectivas de graduandos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* 2008; 29(3): 347-53.