



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Pinheiro Bezerra, Italla Maria; Sousa de Oliveira, Ana Karla; Cavalcanti da Silva, Cesar;
Andrade Lima Neto, Eufrásio; Medeiros Cavalcanti da Silva, Ana Tereza
Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para a promoção da
saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho
Saúde em Debate, vol. 36, núm. 93, abril-junio, 2012, pp. 194-203
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341763007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para a promoção da saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho

Strategies or alternative tactics: seeking new ways to promote health assistance between models and working procedures

Italla Maria Pinheiro Bezerra¹, Ana Karla Sousa de Oliveira², Cesar Cavalcanti da Silva³, Eufrásio Andrade Lima Neto⁴, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva⁵

¹Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professora da Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil e da Universidade Regional do Cariri (URCA) – Crato (CE), Brasil.
itallamaria@hotmail.com

²Mestre do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil. Professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
annahkarla@yahoo.com.br

³Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC) da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.
profccs@yahoo.com.br

⁴Doutor em Ciências da Computação pela UFPB – João Pessoa (PB), Brasil. Professor do Departamento de Estatística (DE) da UFPB e do curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.
eufrasio@de.ufpb.br

⁵Doutora em Enfermagem pela USP – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.
anatmc8@yahoo.com.br

RESUMO Objetivou-se analisar o processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros que desenvolvem alguma estratégia alternativa nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB). Utilizou-se de entrevistas e a técnica da Análise do Discurso para construção das categorias empíricas. Evidenciou-se a ocorrência de três categorias pouco consideradas pelos modelos assistenciais tradicionais: autonomia, integralidade e empoderamento. Foi possível, também, apreender uma preocupação dos profissionais entrevistados com o rompimento de práticas tradicionais anteriores, na perspectiva de mudanças no processo de trabalho e busca de novos caminhos para a promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Prática Profissional; Trabalho; Promoção da Saúde.

ABSTRACT The objective of this work was to analyze the work processes of doctors and nurses that develop some alternative strategy in the Family Health Units of the city of João Pessoa, Paraíba. We used interviews and discourse analysis technique for the construction of empirical categories. It was revealed the occurrence of three categories considered by some traditional models of care: autonomy, integrity and empowerment. It was also possible to grasp a concern of the professionals interviewed with the disruption of traditional practices earlier in anticipation of changes in the process of work and seeking new ways to promote health.

KEYWORDS: Professional Practice; Work; Health Promotion.

Introdução

Ao longo dos anos, diante da situação de crise do setor saúde no Brasil, vários modelos assistenciais foram experimentados com propósitos de organizar as práticas de saúde, no sentido de proporcionar sustentação processual para atos e ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde.

Assim, considerando que as políticas de saúde no Brasil refletem o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras, Villas Bôas, Araújo e Temóteo (2008) afirmam que, cada vez mais, tem-se a necessidade de se intervir no processo de produção de serviços e no trabalho dos profissionais, no sentido de redefinir objetos, métodos e instrumentos, na perspectiva do enfrentamento dos problemas impostos por essa realidade.

Nesse contexto, Gonçalves (1992) considera que a análise do processo de trabalho e seus elementos constitutivos, objetos, instrumentos e finalidade do trabalho, conformam arcabouço teórico adotado para nortear o processo de trabalho dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), podendo evidenciar a lógica de produção das ações de saúde e apontar possíveis mudanças nos desenhos das práticas.

Considerando-se que a ESF está estruturada na lógica de Atenção Básica à Saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, é necessário desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, desenvolvendo ações humanizadas, competentes e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

Dessa forma, embora os pressupostos teóricos norteadores em saúde se materializem nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, corrobora-se com Alves (2005) ao considerar a relevância de se refletir criticamente sobre o processo 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).

Em face ao exposto, acredita-se ser preciso trocar velhos por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunitário, a participação democrática no sentido de propiciar soluções para cada

realidade singular. Por fim, é preciso transformar a prática de saúde em processos dinâmicos, participativos e solidários (PEREIRA *et al.*, 2010).

Tendo em vista a urgente necessidade de refletir criticamente sobre o processo de trabalho dos profissionais da ESF, coloca-se como problema a ser superado com base nessas reflexões, a invisibilidade do uso de estratégias ou táticas alternativas às práticas de saúde hegemônicas, muitas vezes utilizadas por médicos e enfermeiros, mas dificilmente reverberadas entre pares de suas respectivas áreas.

As reflexões apresentadas neste artigo derivam de pesquisa acadêmica, na qual se buscou analisar o processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros que afirmaram desenvolver alguma estratégia alternativa nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB).

Aspectos Metodológicos

No âmbito da saúde, no que se refere à Atenção Básica, João Pessoa está dividido em cinco Distritos Sanitários que têm como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo de saúde, capitaneada pelas 180 Unidades de Saúde da Família, organizadas para prestar a atenção básica, articulada com a rede de serviços especializados e a rede hospitalar (JOÃO PESSOA, 2006).

Dessa forma, a referida pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, desenvolvida no município de João Pessoa (PB), no período de agosto a dezembro de 2010, teve como *locus* as Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I e II do referido município.

Ao ser realizado um levantamento, a partir de um questionário, foi possível identificar três Unidades de Saúde onde os profissionais afirmaram realizar algum tipo de estratégia ou tática alternativa. Assim, constituem-se como sujeitos da investigação esses profissionais, perfazendo um total de um médico e dois enfermeiros.

Foi utilizada, como técnica de coleta, a entrevista semiestruturada e o material empírico obtido foi agrupado, seguindo passos de acordo com a técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin (2005).

O projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS) da Universidade Federal da Paraíba, o qual foi aprovado com o parecer nº 0148.

Análise e Discussão dos Resultados

Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa (PB), perfazendo um total de duas profissionais enfermeiras e uma médica.

Dentre os Atos de saúde desenvolvidos pelos profissionais de saúde em suas Unidades de Saúde da Família, que não estavam previstos no repertório de atividades dos modelos assistenciais vigentes (Privatista; Campanhista e da ESF), daí serem consideradas estratégias ou táticas alternativas, destacaram-se: terapia de canto; danças circulares; dinâmicas e trabalhos manuais.

Os temas identificados a partir dos depoimentos dos entrevistados geraram as seguintes categorias empíricas, representativas de cada elemento do processo de trabalho: Transformando os modos de atenção em saúde; A música, a dança, as dinâmicas e os trabalhos manuais como rationalidades alternativas na busca pela saúde; Descobrindo novos caminhos para promoção da saúde.

Transformando os modos de atenção em saúde

Para Gonçalves (1992), a capacidade teleológica do homem de antever o produto final do trabalho o constitui agente transformador de seu próprio processo de trabalho. Objeto, no processo de trabalho em saúde, está constituído por processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos, cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades.

Ao relatar um dia típico de trabalho em suas Unidades de Saúde, os profissionais do estudo referiram estratégias alternativas, nas quais se buscou elucidar os elementos do processo de trabalho. Em algumas formas de assistência evidenciou-se, como objeto desse processo, as práticas curativistas focalizadas no individuo, revelando uma transformação no processo de trabalho no

sentido de enxergar os atos de saúde como coadjuvantes das ações de saúde e, portanto, um trabalho com a comunidade e não para a comunidade:

A estratégia é um modelo que ainda não se está implementado por completo, a gente procura acabar com a cultura da medicalização, implementando essas ações educativas; é preciso fazer as atividades educativas não para comunidade, mas com a comunidade [...] (Suj1).

Em harmonia com as ideias dos sujeitos da pesquisa, Faria e Araújo (2010) defendem ser imprescindível que os profissionais de saúde apreendam a necessidade de uma ampliação do objeto de trabalho proposto pelo modelo biomédico, na percepção de que o cuidado envolve muito mais do que a realização de procedimentos, envolvendo também a promoção e o controle de riscos de adoecimento, valorizando as singularidades e apostando na autonomia dos sujeitos, numa relação que é capaz de produzir cuidado.

Entretanto, Feuerwerker (2005) assevera que as ideias e os valores oriundos do modelo Privatista ainda são predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS, salientando que essas ideias e os interesses que elas representam interferem, a todo momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Vale ressaltar que se tem, na ESF, a alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, uma vez que se propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investindo, também, em ações que se articulam com a saúde como condição de vida (TESSER *et al.*, 2010).

Com ênfase nessa lógica de pensamento, voltada para a mudança da concepção do processo saúde-doença, em outro relato, pode-se perceber que existe uma preocupação no modo de intervir na saúde dos usuários, tendo como objeto as práticas voltadas para doença, revelando uma transformação no processo de trabalho ao programar atos de saúde na perspectiva de considerar as condições de vida do usuário:

[...] temos muitos casos de sofrimento psíquico, de doenças crônicas e cronicodegenerativas, dores e sintomas difusos que podem não estar associadas a nenhum diagnóstico específico, mas a um padrão de comportamento, de atividades, de qualidade de vida, como padrão de alimentação, que precisam ser considerados (Suj 2).

Corroborando a ideia apreendida a partir do relato do entrevistado, Erdmann *et al.* (2009) consideram que a ampliação da concepção de saúde realizada pela reforma sanitária, somada ao crescente processo de descentralização da saúde, acelerado desde a década de 1990, devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde, como no campo da formação profissional.

Nesse enfoque, Silva, Sarreta e Bertani (2007) defendem que a visão de saúde na concepção integral, ao considerar os diversos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, prevê que as ações devam ser desenvolvidas sobre o ambiente e os indivíduos, destinadas à proteção, promoção e recuperação da saúde, e voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem maleficamente sobre a saúde.

Entretanto, Campos *et al.* (2008) alertam para os riscos de se adotar o conceito ampliado de saúde como remédio para todos os males, pois, embora carregue um vistoso discurso sobre a abertura para o social, também reduz a complexidade do processo saúde e doença quando imagina que essa linha de produção da saúde daria conta de toda a complexidade desse processo.

Ainda foi referida pelos profissionais a preocupação sobre o modo de desenvolver as ações educativas, tendo como objeto as práticas tradicionais, ressaltando a forma utilizada para programá-las:

[...] é tentar dinamizar, sair do óbvio, não deixar que fique em caráter repetitivo; fugir do que normalmente se vê nos grupos; dizendo o que faz e não se pode fazer; é preciso voltar-se para o usuário (Suj 3).

Percebe-se, na descrição metodológica das atividades educativas relatadas pelo profissional, uma tendência para sair de ações reiterativas e tradicionais, onde

o sujeito apenas reproduz múltiplas tarefas de caráter instrumental e pouco inovadoras, o que está em harmonia com os pensamentos de Acioli (2008) quando considera que uma das formas de intervenção junto à comunidade para prevenção de agravos e promoção da saúde pode ser realizada por meio da implementação de ações educativas nesse campo que devem ser dialógicas e reconhecer o caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença.

No entanto, para Albuquerque e Stotz (2004) e Alves (2005), tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação e de afirmação de um saber dominante, constituindo um modelo hegemônico, o qual pouco tem atuado na promoção da saúde de forma ampla. As estratégias dessa prática educativa incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, realidade que está se tentando romper, como evidenciado no discurso acima.

Diante do que foi retratado como objeto do processo de trabalho dos profissionais de saúde, percebe-se uma preocupação com a transformação dos modos de assistência em saúde utilizados em seus cotidianos de trabalho. Entretanto, para manipular ou transformar esses objetos, é necessário empregar tecnologias ou meios de trabalho (PAIM, 2008).

A música, a dança, as dinâmicas e os trabalhos manuais como rationalidades alternativas na busca pela saúde

Para Egry *et al.* (2009), no processo de trabalho em saúde, é imperativo o conhecimento de instrumentos que articulem e ao mesmo tempo intervenham sobre objetos para consecução das finalidades. Observa-se que, no trabalho da ESF, as unidades de saúde e as equipes recorrem a diferentes instrumentos, sem, contudo, saber se conseguem reconhecer as necessidades de saúde e se permitem enfrentá-las.

Nessa perspectiva, considerando os instrumentos como saberes alternativos associados a saberes de saúde e empregados em conjunto, como indicam os depoimentos a seguir, música, dança, trabalhos manuais e dinâmicas, foram mencionados como os instrumentos buscados pelos profissionais para intervirem no objeto de trabalho relatado por esses:

[...] Aqui na Unidade tenho a Terapia de canto; é um trabalho com a música (Suj 1).

[...] Realizo práticas corporais [...]; todo mês tem o momento com o grupo de idosos aqui da igreja para dançar as danças circulares com eles [...] (Suj 2).

[...] Temos o Grupo Feliz Idade; evitamos fazer palestras; trabalhamos com trabalhos manuais e com dinâmicas [...] (Suj 3).

Diante de situações adversas e complexas de adoecimento, pobreza e exclusão vivenciadas pelas comunidades mais periféricas, o recurso à arte, cultura, atividades físicas e laborativas e socializações apareceram como alternativas para romper com a manutenção do modelo medicalizante, dentro da ESF (UCHÔA, 2009).

Entretanto, ainda é preciso que se reflita sobre o uso consciente da arte nos serviços de saúde, de forma a manter uma atitude ética relacionada ao respeito à autonomia do cliente em desejar a presença do uso da música, por exemplo, no espaço terapêutico e sua escolha em determinados momentos (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

Por outro lado, Krug *et al.* (2010), em estudo sobre o processo de trabalho na ESF, evidenciaram uma reclamação desses profissionais por mais autonomia no trabalho como um aspecto favorável à manutenção do processo e um incentivo à experimentação de novas formas de produzir saúde.

Diante desses aspectos, percebe-se que os profissionais veem nas Unidades de Saúde um espaço em que podem exercer sua criatividade e, conjuntamente com a comunidade, construir novas formas de fazer saúde, não se resumindo ao habitual dos demais programas, caracterizados por sua verticalidade e assistencialismo.

Descobrindo novos caminhos para promoção da saúde
Considerando o trabalho da Terapia de Canto implementado pelo profissional de saúde, percebe-se em seus depoimentos que, além de considerar os benefícios da música para os usuários, enfatiza-se que a importância

do vínculo entre comunidade e profissionais de saúde, tomado como elemento essencial para estreitamento dessa relação e efetivação da promoção da saúde, conforme se depreende do discurso a seguir:

A gente precisa que a comunidade participe dessa promoção da saúde e isso só acontece quando a gente encurta esta questão do vínculo, da distância [...] (Suj 1).

Schimidt e Lima (2004) e Machado (2007) reforçam a noção de que o vínculo envolve afetividade, ajuda, estímulo à cidadania e autonomia. No entanto, em estudo sobre a Humanização na Atenção Básica, Coelho e Jorge (2009) evidenciaram que, nas Unidades estudadas, ainda ocorre um atendimento acompanhado de modos de atenção baseados apenas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários, e fortalecendo apenas a valorização do pólo doença.

Nessa perspectiva, tendo a comunidade como sua aliada, torna-se mais fácil efetivar as ações de Promoção da Saúde, finalidade mencionada pelo sujeito da pesquisa, quando relata que o grupo de música é uma forma de efetivar a Promoção da Saúde:

A terapia do canto se trabalha visando o vínculo com a promoção da saúde [...] a gente está oferecendo dentro da ESF esse espaço não para falar sobre doenças, problemas de saúde, mas para falarem entre si, eles crescerem entre si, conhecendo melhor a realidade deles (Suj 1).

Defendendo essa forma de atuação junto à comunidade, Machado e Vieira (2009) salientam que, embora o modelo 'biologicista', centrado na doença, ainda seja forte no país, quer seja incorporado na prática dos profissionais ou na percepção da população, a ESF foi proposta como uma dinâmica diferente para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade, fazendo-se necessário que os profissionais tenham visão integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No entanto, Ronzani e Silva (2008), apesar de corroborarem essas ideias, destacam que conciliar necessidades de saúde e orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde da população de forma dialógica e interativa, ainda é um desafio vivenciado na ESF pelos profissionais no cotidiano, pois ainda não consideram os usuários como sujeitos e participantes do planejamento em saúde.

Ao pronunciar, em seu discurso, que a Terapia de canto é um espaço para o crescimento do usuário, o profissional de saúde demonstra seu empenho em utilizar a autonomia do cliente, como uma nova ferramenta de trabalho. Tal manifestação aponta para a integralidade da atenção à saúde.

Leonello e Oliveira (2010) concordam que a integralidade, dentre outros aspectos, relaciona-se à atitude do profissional de saúde frente aos sujeitos, criticando e opondo-se a uma visão reducionista que visualiza o sujeito como objeto, isto é, como uma doença, um aparelho fisiológico ou uma queixa pontual. Defendem, pois, uma visão ampliada e, portanto, integral do cuidado à saúde, partindo das necessidades de saúde dos sujeitos assistidos, considerando seus modos de viver e enfrentar os problemas de saúde.

A mudança de comportamento dos usuários através das práticas sobre seu corpo, como a utilização das danças circulares, também constituíram finalidade do processo de trabalho para um dos profissionais selecionados pelo estudo.

[...] essas práticas têm ajudado a mudar algumas pessoas, servindo para se abrir e se reconhecer, e participar um pouco mais do processo; favorece na conscientização dos usuários sobre a sua rotina, padrão de vida, quem sabe a partir daí promover alguma mudança [...] (Suj 2).

Percebe-se que, ao inserir práticas corporais no seu processo de trabalho, a profissional tenta superar a visão predominantemente assistencialista para articular atos que envolvem saúde e condições de vida, respondendo assim a questão da preocupação com a grande demanda de usuários com doenças crônicas em sua unidade.

Zago e Silva (2003) assinalam que a dança, ao permitir a maior convivência entre os integrantes,

proporciona-lhes maior confiança em si e nas outras pessoas, afastando-se o sentimento de solidão e isolamento, proporcionando, por exemplo, a adoção de hábitos de vida mais alegres que antes não conseguiam realizar.

Entretanto, falar em mudança de comportamento requer uma proposta que não se limite a informações pontuais, ressaltando que apenas o conhecimento em si, em relação à saúde e à doença, não é suficiente para promover saúde, constatação corroborada por Freire (2009), ao afirmar ser fundamental a motivação da pessoa no processo de aprendizagem, que precisa ocorrer a partir de um processo dinâmico de ação de um sujeito, um ser social e de relações, objetivando promover uma autonomia nas decisões sobre a realidade que o cerca.

Para Alves (2005), a transmissão de informações aos usuários em função de uma mudança em seu comportamento é uma estratégia que toma os usuários como carentes de informação e utiliza informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, estabelecendo, dessa forma, uma relação assimétrica entre profissional e usuário, que está longe do conceito e da necessidade de educação em saúde como um modelo dialógico.

A preocupação com a mudança de atitude e a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, sobretudo com os idosos que constituíam a maior parte de sua clientela, também motivou os profissionais a inserir as danças circulares como atividades de seu processo de trabalho:

[...] é a mudança de atitude, porque a partir daí as pessoas podem, elas mesmas, nutrir essa busca pela qualidade de vida (Suj 2).

Para Moretti *et al.* (2009) é consenso que a aquisição de ‘qualidade de vida’ engloba aspectos interligados e que têm relação com as condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação das necessidades humanas básicas. Entretanto, o termo qualidade de vida abrange outros significados e integra várias dimensões de conhecimento, experiências, valores individuais e coletivos, e construção de sujeitos de direitos, sendo, no entanto, uma construção social que se realiza dada uma base territorial, por meio da intersetorialidade e da participação social.

Diante dessa realidade, Bodstein (2005) assevera que a efetividade das iniciativas de melhoria da saúde

e da qualidade de vida implica um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária, tornando-o mais efetivo na medida em que considerasse o processo de (re)construção de identidades culturais, o fortalecimento da cidadania e das redes sociais.

Desse modo, embora a profissional de saúde não faça menção ao termo empoderamento, percebe-se uma aproximação com essa ideia, uma vez que a partir do momento que visa mudança de comportamento, sendo essa proporcionada com atos de promoção da saúde voltados para as condições de vida dos usuários, essa propõe, como ela mesma relata, uma mudança de atitude, voltada a busca da qualidade de vida. Para tanto, é necessário que crie ao usuário possibilidade de tomada de decisão consciente sobre sua saúde.

Nesse contexto, Machado, Vieira e Silva (2010), partindo do entendimento que empoderamento está voltado para a aquisição de poder técnico e político pelos indivíduos e pela comunidade, defendem que o poder e controle das pessoas sobre o seu destino produzem ações concretas e efetivas na tomada de decisão para o atendimento das prioridades, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde.

Ainda foi possível evidenciar que ao inserir novas formas de implementar as ações educativas no Grupo Feliz Idade, a partir de dinâmicas e trabalhos manuais, identificou-se como finalidade a tentativa de consideração das diversas experiências de vida ali reunidas para implementação dessas ações:

A gente procura considerar as experiências dos usuários para construir com eles os temas e realizar as dinâmicas [...] (Suj 3).

Ao considerar as experiências da comunidade, aponta-se para a superação de um modelo de educação em saúde pautado por normas com sessões programadas. Nessa perspectiva, Teixeira (2007) e Colomé e Oliveira (2008) defendem que a busca das necessidades da comunidade, a partir de suas experiências, é um processo de interação que possui um valor ético. Desse modo, a educação em saúde como prática que capacita indivíduos e grupos para se auto-organizarem a desenvolver ações, considerando suas próprias prioridades, orienta e

estimula a participação dos sujeitos nas ações dirigidas à melhoria de suas condições de vida e saúde.

Entretanto, essa perspectiva subjacente ao modelo da ESF, ainda pode ser um desafio para muitos profissionais de saúde, como ressaltam Toral, Conti e Slater (2009) ao revelarem que a prática pedagógica em saúde ainda se mantém baseada na ideia de que a compreensão do saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas, desconsiderando a história de vida do indivíduo, suas crenças, valores e sua subjetividade.

Ainda sobre o processo de educação em saúde, Boehs *et al.* (2007), em um estudo sobre a interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e cultura, relatam que ainda hoje grande parte dos profissionais de saúde bem intencionados trabalha com o conceito de cultura do início do século XX em que o outro (usuário/cliente) não sabe, ou não possui algo.

Entretanto, ao considerar as experiências dos usuários, subtende-se que a profissional de saúde não se insere nessa realidade, já que, ao utilizar-se de estratégias na tentativa de sair do habitual de um grupo educativo, ela também visa considerar o conhecimento prévio do usuário, como mostra o depoimento a seguir:

[...] A gente parte do princípio que é preciso considerar que todo mundo tem o conhecimento prévio [...] (Suj 3).

Com essa percepção de que o profissional não é dono do saber e que se precisa considerar o conhecimento dos usuários, para, em torno disso, planejar seus atos de saúde, aponta para uma educação de saúde além da transmissão, não se limitando às informações pontuais e focalizadas.

Acioli (2008) defende que no processo educativo em saúde é fundamental considerar o outro como sujeito detentor de conhecimento e não mero receptor de informações, uma vez que o processo de interação e de abertura ao saber do outro propicia uma construção compartilhada de conhecimentos e de formas de cuidado diferenciadas, pensamentos que estão em consonância com a proposta da profissional de saúde, uma vez que essa, ao intervir na saúde do usuário, considera que esse tem o conhecimento prévio, que deve ser respeitado.

No entanto, ainda se observa no âmbito da ESF que não é uma tarefa fácil para alguns profissionais de saúde repensar suas práticas educativas dentro de uma visão mais ampla de saúde, como propõe tal modelo. Muitas vezes, o profissional de saúde, por acreditar estar socialmente investido de autoridade sanitária, pensa possuir, sob monopólio, o conhecimento verdadeiro e absoluto sobre os temas que envolvem saúde e doença, e dessa forma impõe, em nome de interesses maiores da coletividade, o tipo de comportamento que os indivíduos devem assumir (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Os trabalhos manuais também citados como instrumentos do processo de trabalho pela profissional de saúde selecionada para o estudo, têm por finalidade tornar os participantes mais ativos e atraídos pela atividade:

[...] espere-se ainda que eles se sintam mais atraídos, que se sintam ativos; que não fique cansativo e para isso eu também tento inserir trabalhos manuais [...] (Suj 3).

Machado, Vieira e Silva (2010) assinalam que a produção de saúde através de processos articulados de promoção requer um esforço e exercício coletivo para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que viabilizem e incorporem práticas saudáveis e habilidades por parte do usuário como elemento de concretude dessa proposta, numa perspectiva democrática que valorize a inserção dos membros da sociedade como seres ativos, autônomos e participativos.

Entretanto, embora seja uma forma diferente de atuar e implementar as ações de educação em saúde, não se pode afirmar que essa estratégia, de fato, contribui para a saúde do usuário, podendo ser considerada apenas como um artifício para atrair usuários ao grupo. Horta *et al.* (2009), ao fazerem uma análise sobre a promoção da saúde, com algumas experiências apontadas como inovadoras das práticas em saúde, dentre elas grupos de artesanato e de trabalhos manuais, afirmaram tratar-se de experiências pontuais, realizadas de maneira não sistematizada, sem maiores resultados práticos.

Considerações Finais

A análise dos elementos do processo de trabalho dos profissionais que operacionalizam estratégias ou táticas alternativas revelou como ‘objeto desse processo’, diferentes modos de intervir na saúde da comunidade, cooptando os usuários para uma participação mais ativa na busca pela promoção da saúde, tanto individual quanto comunitária.

Para levar adiante o processo de cooptação dos usuários, os profissionais de saúde utilizam alguns ‘instrumentos alternativos’ aos processos de trabalho usuais, dentre os quais, a dança, a música, as dinâmicas e os trabalhos manuais, utilizando-se de outros saberes, para além dos saberes da saúde, para empoderar os usuários e fazê-los repartir suas experiências exitosas com outros membros da comunidade.

Quanto às ‘finalidades’ do processo de trabalho, evidenciou-se a ocorrência de três categorias pouco consideradas pelos modelos assistenciais tradicionais: autonomia, integralidade e empoderamento. Foi possível também, apreender uma preocupação dos profissionais entrevistados com o rompimento de práticas tradicionais anteriores, na perspectiva de mudanças no processo de trabalho e busca de novos caminhos para a promoção da saúde.

Ressalta-se, ainda, que as estratégias desenvolvidas pelos três profissionais de saúde, também indicam um avanço quanto à implementação de ações educativas na perspectiva de romper com ações pontuais e focalizadas, limitadas à transmissão de informação, características ainda comuns na implementação nas ações de educação em saúde.

Assim, esses conhecimentos merecem ser discutidos pelos gestores e profissionais de saúde, no sentido de ampliar a inserção de diferentes instrumentos que permitam intervir na saúde da comunidade, desvelando o fato de que esses podem impulsionar mudanças no modelo assistencial vigente, abrindo possibilidades para sua superação. ■

Referências

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, jan./fev. 2008, p. 117-121.
- ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 15, mar/ago. 2004, p. 259-274.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, set./fev. 2005, p. 39-52.
- BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I.E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, abr./jun. 2006, p. 262-269.
- BOEHS, A.S. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito cultura. *Texto e contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007, p. 307-314.
- BODSTEIN, R.C. A. Institucionalização da avaliação como estratégia de fortalecimento da atenção básica. *Boletim Abrasco, Rio de Janeiro*, v. 94, 2005, p. 14-15.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A implantação da unidade de saúde da família*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, set./out. 2009, p. 1523-1531.
- COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, set. 2008, p. 347-353.
- EGRY, E.Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia Saúde da Família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 43, n. especial 2, dec. 2009, p. 1181-1186.
- ERDMANN, A.L. et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 3, mai./jun. 2009, p. 288-294.
- FARIA, H.X.; ARAÚJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, 2010, p. 429-439.
- FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do Sistema Único de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, set./dez. 2005, p. 489-506.
- FIORIN, J.L. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto/Edusp, 2005.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.
- HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Revista Atenção Primária em Saúde*, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, jul./set. 2009, p. 293-301.
- KRUG, S.B.F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, jan./jun. 2010, p. 77-88.
- JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de João Pessoa*, estabelecido para o triênio 2006-2009. João Pessoa, 2006.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. *Promoção da saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lente, 2004.
- LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 3, mai./jun. 2010, p. 366-370.
- MACHADO, M.F.A.S. *Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora*. 2007. 197f (Tese) - Fortaleza: Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2007.
- MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009.
- MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C.; SILVA, R.M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, jul. 2010, p. 2133-2143.
- GONÇALVES, R.B.M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR).
- MORETTI, A.C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2009, p. 346-354.

- PAIM, J.S. *Desafios para saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- PEREIRA, A.D. *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, mar. 2010, p. 55-61.
- RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./fev. 2008, p. 23-34.
- SCHIMIDT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de Programa de Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004, p. 1487-1494.
- SILVA, E.; SARRETA, F.O.; BERTANI, I.F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o sistema único de saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 16, n. 1, jan./jun. 2007, p. 81-103.
- TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mar. 2007, p. 155-159.
- TESSER, C.D. *et al.* Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010, p. 42-56.
- TORAL, N.; CONTI, M.A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009, p. 2386-2394.
- UCHÔA, A.C. Experiencias innovadoras de cuidado en Programa de Salud de la Familia (PSF): potencialidades y límites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 29, abr./jun. 2009, p.299-311.
- VILLAS BÔAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TEMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no Programa Saúde da Família na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago. 2008, p.1355-1360.
- ZAGO, A.V.; SILVA, A.S. Dançando com a terceira idade. *A terceira idade*, São Paulo, v. 14, n. 28, set. 2003, p. 54-73.

Recebido para publicação em Janeiro de 2011

Versão definitiva em Fevereiro de 2012

Supporte financeiro: Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba (Fapesq-PB)

Conflito de interesse: Inexistente