



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

VÂNIA SAMPAIO ALVES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CONSTITUIÇÃO DE
SUJEITOS: DESAFIOS AO CUIDADO NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador – Dezembro de 2004

VÂNIA SAMPAIO ALVES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CONSTITUIÇÃO DE
SUJEITOS: DESAFIOS AO CUIDADO NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes

Salvador - Dezembro de 2004

Ficha Catalográfica
Maria Creuza F. Silva CRB 5-996

A474e Alves, Vânia Sampaio.

Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família / Vânia Sampaio Alves. -- Salvador : V.S. Alves, 2004.

192 p.

Orientador(a) : Profa. Dra. Mônica O. Nunes.
Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Educação em Saúde. 2. Relação Médico-Paciente. 3. Programa Saúde da Família. I. Título.

CDU 37: 14

VÂNIA SAMPAIO ALVES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CONSTITUIÇÃO DE
SUJEITOS: DESAFIOS AO CUIDADO NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Defesa: 17 de Dezembro de 2004

Banca Examinadora:

Prof. Eduardo Navarro Stotz – Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Prof. Jairnilson Silva Paim – Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA

Profa. Mônica de Oliveira Nunes – Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA

Salvador – Dezembro de 2004

O Conceito do Sujeito

O conceito do sujeito
vem de dentro
ou vem de fora?
O conceito de arvora
a ser sujeito,
peito aberto, cara a cara,
ou se ampara
na surdina
e na demora?

O sujeito tem conceito
todo dia, toda hora
ou se conceitua
sem respeito
sendo o cara
ali na rua
e outro cá,
onde nem cora?

E se o conceito
do sujeito
for medido
na demora
de ser bom
e levar jeito
lá no leito
lá na hora?

E se o conceito
do sujeito,
(ai, meu Deus,
isso apavora!)
for medido
no preceito
de ser ruim
nesse defeito
de tratar
outro sujeito
"não aceito"
como espora?

O sujeito tem conceito
todo dia, toda hora
ou se conceitua
no pleito
sendo o cara
ali na rua
e outro cá,
onde nem cora?

O conceito do sujeito
vence dentro
ou vence fora?

O conceito se arvora
a ser sujeito,
peito aberto,
cara a cara,
ou se ampara
e discrimina
seu espelho
no conceito
d'outro ser
que mora dentro
do sujeito
e lhe sujeita
e lhe namora?

O conceito do sujeito
vem de dentro
ou vem de fora?

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima
Salvador, 2004

RESUMO

A educação em saúde envolve distintas concepções de educação, de saúde e de homem, segundo as quais dois modelos de prática educativa são delimitados: o hegemônico e o dialógico. O primeiro modelo visa a prevenção das doenças e agravos mediante o repasse de conteúdos biomédicos para redução de riscos individuais. O modelo dialógico tem como ponto de partida o indivíduo e sua realidade. Este é reconhecido sujeito da prática educativa, cuja orientação é o desenvolvimento de sua autonomia no cuidado com a própria saúde. Este enfoque é propiciador de práticas educativas socioculturalmente sensíveis. Em conformidade com o princípio da integralidade, a educação em saúde constitui uma das atribuições básicas de todos os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). Espera-se que a prática educativa seja desenvolvida na oportunidade dos contatos com os usuários e a comunidade. O presente estudo teve como objetivo identificar e caracterizar a ação educativa em consultas médicas. Analisaram-se as transcrições literais de 100 consultas: 50 com pacientes hipertensos e 50 com crianças menores de seis anos de idade, conduzidas, respectivamente, por dez médicos do PSF de três municípios baianos. Os resultados apontam ser a atenção clínica no PSF orientada, predominantemente, pelo modelo biomédico. A centralidade conferida ao indivíduo, à doença e à remissão dos sintomas constitui evidência de uma concepção de saúde equivalente à ausência da doença. As narrativas dos pacientes e das famílias são inibidas pelo discurso médico, tornando a consulta impermeável às dimensões psicossocial e cultural do processo saúde-doença-cuidado. A narrativa médica é de conteúdo imperativo: a definição do projeto terapêutico é centralizada no profissional, sem negociação com o paciente. A ação educativa se caracteriza como prescritiva e descontextualizada das condições concretas de vida dos pacientes. O modelo hegemônico de educação em saúde predomina, mas ações orientadas para o desenvolvimento da autonomia dos pacientes, ainda que pontuais e relacionadas a idiosincrasias do profissional, também podem ser identificadas. Conclui-se que os médicos do PSF não têm assimilado em sua prática clínica a natureza integral que constitui eixo de reorientação do modelo assistencial, o que remete à necessidade de capacitação destes profissionais para o diálogo com a diversidade cultural.

Palavras-chave: Educação em saúde, Relação médico-paciente, Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Health education involves different conceptions of health, education and human being according to which two health education practices are defined: the hegemonic and the dialogical. The first one aims at the prevention of disease through the transfer of biomedical contents for reducing individual risks. The dialogical model has the individual and their reality as its starting point. This individual is recognized as the subject of education practice, whose objective is the development of autonomy in caring for their own health. This viewpoint provides socioculturally sensitive education practices. In accordance with the integrality principle, health education constitutes one of the basic attributions of all Family Health Program's professionals. The health education practice should be developed when there are contacts with the users and the community. This study aimed at identifying and characterizing health education action in medical consultations. The literal transcriptions of 100 consultations were analysed: 50 with hypertense patients and 50 with children under six years old, conducted, respectively, by ten Family Health Program's doctors in three towns in the State of Bahia, Brazil. The results indicated that clinical care at the Family Health Program is predominantly guided by the biomedical model. The focus given to the individual, the disease and the remission of symptoms constitutes evidence of a conception of health as the absence of disease. The patients' and families' narratives are inhibited by the medical discourse, making the consultation impermeable to the psychosocial and cultural dimensions of the health-disease-care process. The medical narrative is imperative: the definition of a therapeutic process is focused on the professional, without negotiating with the patient. The health education action reveals itself as prescriptive and decontextualized of the concrete life conditions of the patients. The hegemonic model of health education prevails, but actions guided by the development of patients' autonomy, even if isolated and related to the professional's idiosyncrasies, can also be identified. In conclusion, the Family Health Program's doctors have not assimilated in their clinical practice the full nature that constitutes the axis of the change in the care model. This highlights the need for professional training for dialoguing with cultural diversity.

Key words: Health education; Doctor-patient relationship; Family Health Program

AGRADECIMENTOS

*O conhecimento é uma coisa que exige muitas coisas de nós,
que nos faz sentir cansados, apesar de felizes*

Paulo Freire

Apreendi que o conhecimento não se produz solitariamente, desta produção participaram muitas personalidades. As contribuições de cada uma delas, verdadeira co-autoria nesta obra e na minha vida, são e foram das mais diversas, convergindo sempre, entretanto, quanto ao afeto e ao encorajamento de sempre seguir um coração intuitivo e ávido de experimentar a vida.

Neste momento de conquista, aprendizagem, cansaço e imensa felicidade, eu agradeço à minha família...

À minha mãe, Regina (*in memoriam*), que em nossa tão limitada convivência, deixou-me como legado maior a emoção que me movimenta enquanto ser: o amor ao ser humano.

Ao meu pai, Cândido, por ter semeado entre nós o valor da Educação.

À minha tia, Teresinha, pela amorosidade com que assumiu o desafio de ser mãe substituta das sobrinhas e com elas projetar o futuro.

À minha irmã, Vanessa, pelas conquistas destas nossas trajetórias.

A Jailson, porque o amor é outra forma e fonte de conhecimento.

Aos meus tios, avós e primos, o agradecimento pelo carinho e atenção é precedido pelo pedido de desculpas pela minha ausência tão contestada nos últimos meses.

À outra família... sim, porque a vida me agraciou com muitas famílias, meu profundo sentimento de afeto...

À Isabel Lima, *mãe do coração*, pelo amor generoso e pelas lições de fé. Trilhar a vida, pessoal e acadêmica, re-significou-se após nosso encontro.

À Anamélia Franco, que, como minha primeira professora na graduação em Psicologia, recepcionou-me na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e depois na atividade de iniciação científica neste Instituto. Junto com a arte e os desafios de fazer ciência, aprendemos a amizade fraterna.

Aos amigos, que foram se acumulando e alguns mesmos se desencontrando, agradeço pelas inspirações, pelas lições aprendidas com a história de cada um e com as histórias que vivemos juntos.

À Sílvia Regina, Mônica Silva, Vânia Bustamante, Shirlei Xavier, Claudina, Dalva Monteiro, Daniela Santos e Gilka Tourinho, companheiras neste Mestrado, pelas experiências, dúvidas, anseios, expectativas e angústias compartilhadas no nosso Grupo de Estudo. Assim também a produção do conhecimento se fez contradizendo a solidão.

Àqueles que me desafiam na conquista do conhecimento e no encontro comigo mesma, eu agradeço...

À Mônica Nunes, pela assertividade com que orientou este trabalho, sem limitar ou restringir a liberdade de sua criação. Uma relação orientadora-orientanda dialógica, problematizadora, que promoveu uma busca incessante e produtiva de respostas, algumas, se não muitas, ainda neste momento pesquisadas.

Ao professor Jairnilson Paim, pelas lições do docente comprometido com a formação de consciências críticas na Saúde Coletiva. Pela frase proferida “Vá em frente!”, encorajando o encaminhamento do ensaio apresentado por mim em sua disciplina para publicação em periódico científico. Há frases que nos marcam profundamente e ecoam em nossa alma a cada despertar para um novo dia.

Às professoras Eliane Souza e Leny Trad, pelas contribuições relevantes ao desenvolvimento deste trabalho no Exame de Qualificação.

À turma de alunos acompanhada durante a atividade de tirocínio docente, pelo desafio imposto de exercitar o compartilhar do conhecimento.

À Ester Gelman, cuja escuta psicanalítica tem promovido a elaboração e re-elaboração dos meus projetos de ser na vida e para a vida.

Àqueles que auxiliaram na realização do trabalho e concretização do sonho, também agradeço...

Aos professores Andrea Caprara e Ana Cecília Bastos, coordenadores da pesquisa “*A relação médico-paciente no Programa da Saúde da Família: uma pesquisa-ação com as equipes de saúde da família do Ceará e da Bahia*”, pela disponibilização do banco de dados de que derivou o *corpus* do presente estudo.

À Mônica Silva e Márcia Teresa pelo trabalho conjunto de coleta dos dados.

À Mirela Mota pela tradução do *abstract* deste trabalho e à Vânia Bustamante pelo *resumen* do artigo em anexo.

À Creuza, Bia e Dario, pelo apóio indispensável na Biblioteca.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ISC/UFBA) pela formação profissional diferenciada e compromissada com a realidade político-sanitária do país.

À CAPES, pela bolsa de mestrado concedida.

Aos sujeitos participantes do presente estudo, individualidades da nação brasileira e que a constrói e re-constrói cotidianamente nos mais distintos recantos deste país, mais que gratidão, o desejo e a esperança de estar contribuindo para a superação de desigualdades e a consolidação de práticas humanizadas na saúde pública.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Educação em saúde: revisão histórica e conceitual	15
2.1. Breve histórico da educação em saúde	17
2.2. Entre dois modelos de práticas de educação em saúde	21
3. A prática educativa no Programa Saúde da Família	31
3.1. A integralidade e a reorientação do modelo assistencial	32
3.2. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família	36
3.3. Desenvolvimento de práticas educativas no Programa Saúde da Família	39
4. A construção de uma prática educativa em saúde culturalmente sensível	53
4.1. O conceito antropológico de cultura	54
4.2. Saúde, doença e cuidado: construções socioculturais	59
4.3. Reflexões sobre a construção de uma prática educativa em saúde culturalmente sensível	67
5. Caminho e trilhas metodológicas	74
5.1. Descrição dos dados e dos sujeitos participantes	75
5.2. Da matéria bruta à criação: fases de análise dos dados	77
5.2.1. Fase I – Construção do <i>corpus</i> de análise	77
5.2.2. Fase II – Análise descritiva da estrutura das consultas	81
5.2.3. Fase III – Análise das consultas segundo categorias	84

analíticas e empíricas	
5.3. Considerações sobre o caminho metodológico	86
6. A ação educativa na atenção clínica ao paciente com hipertensão arterial	89
6.1. Atenção à hipertensão arterial	89
6.2. A consulta do paciente hipertenso	93
6.3. A narrativa dos pacientes	98
6.4. A narrativa dos médicos	111
6.5. A ação educativa	119
7. A ação educativa na atenção clínica à saúde da criança	129
7.1. A atenção à saúde da criança	129
7.2. A consulta da criança e sua família	131
7.3. A narrativa das famílias	140
7.4. A narrativa dos médicos	146
7.5. A ação educativa	152
8. Considerações Finais	162
9. Referências bibliográficas	165
Anexo – Artigo “Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial”	172

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo a ação educativa em saúde em consultas médicas do Programa Saúde da Família (PSF). Em conformidade com o princípio da integralidade, a educação em saúde constitui uma das atribuições básicas de todos os profissionais do PSF e os contatos destes com os usuários e a comunidade constituem situações oportunas para o desenvolvimento de práticas educativas (BRASIL, 1997, 2001).

A educação em saúde envolve diferentes concepções de saúde, de doença e de homem. No segundo capítulo deste trabalho, esta constatação é argumentada mediante uma revisão histórica e conceitual, com a definição de dois modelos de prática educativa em saúde: o hegemônico e o dialógico. A distinção entre os modelos aponta os limites da prática hegemônica e os alcances da dialógica. Esta última se mostra mais coerente com a estratégia do PSF e seus objetivos de integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Todavia, o diálogo com usuários e comunidades constitui um desafio vigoroso aos profissionais de saúde.

No terceiro capítulo, aprofunda-se a discussão sobre a prática educativa no contexto do PSF. Poucos trabalhos empíricos têm tomado a educação em saúde enquanto objeto de análise neste contexto. A revisão do estado da arte realizada neste capítulo é iniciada pela descrição de trabalhos realizados em Centros de Saúde convencionais. Deste modo, problematiza-se se a substituição destes centros pelas unidades de saúde da família teria repercutido nas concepções e práticas de educação em saúde. Constata-se que as transformações destas práticas não ocorrem no mesmo ritmo com que se propõe a reorientação dos serviços. A prática educativa em saúde no PSF ainda corresponde ao modelo hegemônico e caracteriza-se fragmentada e secundária. Entretanto, um passo no sentido da transformação desta realidade pode estar no reconhecimento dos profissionais do PSF quanto aos limites do alcance da prática educativa hegemônica. Estes, defrontados com os desafios da prática educativa cotidiana, começam a refletir sobre a pertinência de desenvolvimento de uma prática que tenha como ponto de partida a realidade dos usuários e das comunidades.

Considerar a realidade dos usuários e das comunidades como ponto de partida da prática de saúde implica também em situar os indivíduos em sua cultura. O conceito de cultura não se encontra sistematizado no campo da Educação em Saúde, incorrendo-

se no risco de uma utilização simplista e instrumental de dados culturais (VASCONCELOS, 1998). Neste sentido, no quarto capítulo deste trabalho, propõe-se uma revisão do conceito antropológico de cultura. O conceito assumido como norteador da reflexão tecida é o proposto por Clifford Geertz (1989) e que influencia decisivamente o desenvolvimento da antropologia médica. Os sistemas médicos são concebidos pelos antropólogos como sistemas culturais, constituindo a Biomedicina um dos sistemas médicos.

A relação médico-paciente, segundo estas proposições teóricas, pode ser compreendida como o encontro entre diferentes sistemas culturais (KLEINMAN, 1978, 1980; HAHN, 1995). O desfecho deste encontro pode ser a dominação de um sistema cultural pelo outro ou uma relação dialógica e a reconstrução dos saberes dos atores envolvidos. Admite-se que o desenvolvimento de uma prática culturalmente sensível seja possível, sendo esta essencialmente dialógica. Não se trata, contudo, de uma tarefa simples. A construção desta prática representa, ela mesma, uma transformação cultural, fazendo-se imprescindível uma re-significação da relação com o outro e das práticas de atenção em saúde.

A produção destes capítulos teóricos fundamenta a delimitação do objeto de estudo do presente trabalho. A investigação sobre práticas cotidianas em unidades de saúde da família, mais especificamente sobre a consulta médica, pretende, em última instância, refletir a respeito da racionalidade que as orienta. Em outros termos, pretende-se verificar a conservação de um modelo assistencial – o modelo hegemônico – ou a sua superação no fazer cotidiano dos médicos de saúde da família. Nesta perspectiva, a presente investigação propôs-se a responder: **Como a ação educativa em saúde tem sido assimilada nas consultas médicas do Programa Saúde da Família?**

Os pressupostos desta investigação também se encontram fundamentados nos capítulos teóricos. Segundo as atribuições básicas definidas para os profissionais do PSF (BRASIL, 1997, 2001), ao médico é também atribuída a função de educar em saúde. Sendo as ações de prevenção e de promoção privilegiadas pela estratégia do PSF, as consultas médicas não devem se restringir aos procedimentos estritamente clínicos. Espera-se que o enfoque do médico de saúde da família seja mais abrangente, com a compreensão da produção social da saúde (MENDES, 1996). Nesta perspectiva, a consulta médica deve assimilar ações de educação em saúde, o que significa reconhecê-la como um contexto de atenção oportunizado para a prática educativa em saúde. A assimilação de ações educativas na consulta médica pode ser reveladora, por outro lado,

de uma superação do modelo biomédico, centrado na doença e na intervenção curativa, e a emergência de um modelo integral, com a convergência de intervenções curativas, promocionais e preventivas no âmbito da atenção clínica. Entretanto, entre os modelos *hegemônico* e *dialógico* de educação em saúde, considera-se as práticas educativas no PSF predominantemente orientadas pelo primeiro modelo.

Neste ensejo, o presente estudo tem como objetivo geral identificar e caracterizar ações de educação em saúde ao longo de consultas médicas do PSF. Os objetivos específicos compreenderam: 1) caracterizar a estrutura de consultas médicas do PSF e identificar em que momentos as ações educativas são desenvolvidas; e 2) descrever e interpretar os processos interacionais e comunicacionais entre médicos e usuários e suas implicações para o desenvolvimento da ação educativa.

O caminho e as trilhas metodológicas desta investigação são apresentados e discutidos no quinto capítulo. A relação médico-paciente foi compreendida como encontro intersubjetivo. O presente trabalho consiste em um desdobramento de uma pesquisa mais abrangente sobre a relação médico-paciente no PSF. O tratamento e a análise dos dados realizaram-se segundo três fases consecutivas e complementares: 1) construção do *corpus* de análise; 2) análise descritiva da estrutura das consultas; 3) análise das consultas segundo categorias empíricas. Em observância aos princípios de homogeneidade e heterogeneidade, às ações prioritárias das equipes de PSF e à observação participante, o *corpus* foi composto pela transcrição literal de 50 consultas de pacientes com hipertensão arterial e 50 consultas de crianças menores de seis anos, conduzidas, respectivamente, por dez médicos de saúde da família de três municípios baianos. A análise é de natureza descritiva e interpretativa.

O sexto capítulo apresenta e discute os resultados da análise das consultas com os pacientes com hipertensão arterial. A relação destes pacientes com as unidades de saúde da família se caracteriza pela continuidade da assistência. A hipertensão e necessidades de saúde correlatas figuram como o principal motivo da consulta, com a maioria dos pacientes apresentando uma pressão arterial elevada durante o atendimento médico. A condução destas consultas atende à tendência predominante de centralidade da queixa manifesta, dos exames físicos e laboratoriais. O uso do anti-hipertensivo, segundo prescrição médica, e o controle periódico da pressão arterial são enfatizados na atenção clínica. A narrativa dos pacientes é inibida e interrompida pelo discurso do médico, que centraliza a tomada de decisão quanto ao projeto terapêutico. A ação educativa nestas consultas se apresenta coerente com o modelo hegemônico de

educação em saúde e se caracteriza secundária no projeto terapêutico. Dentre os médicos, destaca-se a atuação de um profissional pela abordagem centrada no paciente e em sua condição de vida. Uma postura propiciadora de uma relação dialógica e do desenvolvimento da autonomia dos pacientes revela-se relacionada a idiossincrasias do profissional. Contudo, a identificação de ações contra-hegemônicas revitaliza a esperança quanto à possibilidade de re-significação da relação com o outro e das práticas de saúde.

Os resultados da análise das consultas de crianças menores de seis anos são apresentados e discutidos no sétimo capítulo. As mães são as principais acompanhantes das crianças nas consultas, embora outros cuidadores, como o pai, a tia, a avó ou outra pessoa da rede social e comunitária, possam comparecer. Em virtude desta particularidade, nestes atendimentos, configura-se uma relação médico-família. A tendência predominante de condução destas consultas se caracteriza pela abordagem que contempla as linhas de cuidado para uma atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2004). Entretanto, esta integralidade é comprometida pela não assimilação da realidade concreta de vida das famílias e das condições sanitárias da comunidade na compreensão dos processos saúde-doença-cuidado. A narrativa das famílias se caracteriza pela sua brevidade. Em contrapartida, os exames físicos e laboratoriais ditam as necessidades de saúde das crianças. A ação educativa se apresenta transversal aos momentos da consulta e se apresenta coerente com o modelo de educação em saúde hegemônico. A atualização das vacinas, o controle do peso, da amamentação/alimentação das crianças são temáticas centrais nestas ações. Entre vermífugos, cremes antialérgicos, antibióticos, antitérmicos, sulfato ferroso e complexos vitamínicos, formas de cuidado com a saúde das crianças são prescritas pelos médicos.

Nas considerações finais, apresentadas no oitavo capítulo, retoma-se o questionamento das razões pelas quais as consultas médicas no PSF não têm sido oportunizadas para o desenvolvimento de uma ação educativa orientada para a constituição de sujeitos co-responsáveis pelo cuidado com a própria saúde. A hegemonia do modelo biomédico, o enfoque na atenção individual e curativa são velhas respostas assinaladas nos resultados. No conjunto, os médicos de saúde da família estudados não têm assimilado em sua prática clínica a natureza integral que constitui eixo de reorientação do modelo assistencial.

Reafirma-se, nas considerações finais, o desafio para o desenvolvimento de uma atenção à saúde integral e culturalmente sensível no contexto do PSF, o que remete

à formação dos profissionais: questão que vem sendo abordada desde o início da implantação das primeiras equipes. Levcovitz & Garrido (1996) pontuam que os primeiros profissionais a aderirem ao PSF responderam, conforme suas características pessoais, às demandas desta nova estratégia de assistência, favorecendo, assim, resultados exitosos verificados naquele momento. Esta consideração encontra-se em consonância com dados levantados a partir do censo sócio-demográfico realizado entre médicos do PSF da Bahia no ano de 2000. Neste Estado, a maioria dos médicos, que também se encontrava alocada nas primeiras equipes implantadas e atuava no PSF há menos de um ano, destacou como principal motivo de ingresso no PSF a identificação com seus princípios e o trabalho em comunidade (FRANCO, 2002; CAPRARA et al., 2003). Reconhece-se, entretanto, que o contingente de profissionais identificados aprioristicamente com a proposta do PSF seja limitado e que a sua expansão, contribuindo para a criação de novos postos de trabalho, demanda a capacitação destes profissionais. Numa avaliação realizada pelo Ministério da Saúde em 2000, coordenadores estaduais do PSF apontaram a formação inadequada dos profissionais como uma das principais limitações para a operacionalização da estratégia (BRASIL, 2000).

A identificação com a proposta do PSF, por outro lado, não responde aos desafios com que os profissionais de saúde têm sido defrontados no cotidiano de suas práticas. A formação acadêmica destes profissionais é principalmente “bancária” e na sua relação com os usuários o que se opera é uma reprodução de normas e de valores da cultura biomédica. Esta circunstância não propicia a constituição dos profissionais como sujeitos do cuidado em saúde. Nesta direção, o perfil destes profissionais evidencia como necessária a sua capacitação para o diálogo com a diversidade cultural.

Como toda reflexão sem ação é puro verbalismo (FREIRE, 2003), recomenda-se, como desdobramento do presente trabalho, a sua continuidade em ação, tanto na forma da atuação profissional no cotidiano dos serviços quanto na forma da pesquisa-participante. Ainda como reflexão, apresenta-se, em anexo, o artigo “*Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*”. Trata-se de um produto intermediário deste trabalho, aceito para publicação pelo conselho editorial da revista Interface – Comunicação, Educação e Saúde, edição de fevereiro de 2005.

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientado para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA e LÓPEZ, 1996). Trata-se, entretanto, de uma compreensão ainda abrangente e introdutória do tema. Para além desta primeira tentativa de definição, a educação em saúde, enquanto campo delineado na interface entre a Educação e a Saúde, configura-se como uma área híbrida, cujo aprofundamento conceitual implica em um desvelamento das racionalidades que orientam esta prática.

O campo resultante da interface entre a Educação e a Saúde tem sido denominado de maneiras diversas: *educação sanitária*, *educação e saúde*, *educação para a saúde* e, mais recentemente, *educação popular em saúde*. Estas expressões têm sido muito freqüentemente tomadas como sinônimas, prevalecendo o emprego da expressão *educação em saúde*¹ (SILVA, 1994). Examinadas mais detidamente, contudo, as preposições e adjetivações podem revelar diferentes concepções de educação, de saúde e de homem.

Silva (1994) revisou a produção científica que relaciona educação e saúde e identificou duas principais tendências de concepções. A primeira delas centra-se no indivíduo e na mudança de hábitos para a prevenção e controle das doenças. Nesta primeira concepção, na qual estaria incluída a *educação sanitária* (saúde do escolar) e a *educação para a saúde*, parte-se de uma concepção de homem a ser educado, porquanto destituído de saber ou detentor de saberes equivocados: assume-se, pois, a propagação de informações de saúde como estratégia educativa. A segunda tendência identificada pela autora privilegia a ação coletiva, reafirmando a participação popular sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Nesta circunstância seria promovida a transformação social mediante ampliação do poder do segmento popular. Nesta

¹ E por esta razão, esta será a expressão adotada no presente texto.

vertente, destaca-se a *educação popular em saúde*. Estas duas tendências polarizadas entre o indivíduo e o coletivo são também reconhecidas por Assis (1998).

A educação em saúde tem sido também abordada enquanto prática social. A Educação e a Saúde, especialmente a prática médica, têm sido definidas enquanto práticas sociais (BRANDÃO, 2004; DONNANGELO, 1979). Constituem práticas cujas dimensões técnicas são reorientadas por uma estrutura social capitalista. Deste modo, são desenvolvidas para corresponder a interesses econômicos, políticos e ideológicos de uma sociedade, respondendo à necessidade de desenvolvimento e manutenção de suas forças produtivas e a reprodução de sujeitos sociais mediante disseminação de tipos de saber.

Concebendo a educação enquanto prática difusa da vida cotidiana, Brandão (2004, p.7) reconhece sua função social como prática circulante: dinâmica que se perfaz, a despeito de sua modalidade formal e da institucionalização, pelos mesmos espaços nos quais circulam as pessoas para “aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar”. Desta forma, compreende-se a educação como prática social a atravessar outras práticas sociais, inclusive as de saúde (MELO, 1987).

Entretanto, a aproximação entre Educação e Saúde não significa necessariamente a constituição de uma unidade. Este lugar que ocupa a educação nas práticas de saúde configura um ponto de reflexão. Com a hegemonia do modelo biomédico, as práticas de saúde voltam-se preferencialmente para as ações curativas, ficando as ações preventivas e educativas confinadas a um segmento restrito do setor saúde: os centros de saúde e as campanhas sanitárias. Esta dicotomia, segundo análise de Silva (1994), evidencia justamente a falta da unidade entre a educação e a saúde, com a ação educativa muito freqüentemente despontando enquanto ação essencialmente instrumental, subalterna e secundária nas práticas de saúde. Assis (1998) ressalta que a educação em saúde, especialmente em seu modelo tradicional, tem se constituído enquanto dimensão instrumental das políticas de saúde, com seu emprego devendo favorecer maior efetividade das ações de controle e prevenção de doenças e agravos e maior adesão da população a estas ações.

As dicotomias indivíduo/coletivo, curativo/preventivo, assim como a dimensão instrumental e a função social são questões a perpassar a educação em saúde enquanto

campo teórico e empírico. A estas podem somar-se outras: as concepções de saúde, as concepções de homem, as estratégias pedagógicas, a dimensão sociocultural do processo saúde-doença-cuidado. Este capítulo pretende avançar na(s) definição(ões) de educação em saúde, a partir de um breve histórico sobre o tema e a identificação dos discursos subjacentes a estas práticas. Pretende-se, ainda, a delimitação e a discussão dos principais modelos de educação em saúde identificados a partir da revisão da literatura.

2.1. Breve histórico da educação em saúde

Enquanto campo de práticas, a educação em saúde tem sido historicamente marcada por um arraigado e disseminado discurso higienista e intervenções normatizadoras. Para compreender a natureza deste discurso, Costa (1987) aborda o tema da Educação e Saúde a partir da sua vinculação com o Estado e relações de poder entre classes sociais. Segundo este autor, mediante um discurso higienista e moralista, o Estado exerceria sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas. Em conformidade com os interesses das classes dirigentes do Estado e do objetivo de controle social sobre as classes subalternas, o discurso desenvolvido em torno da questão saúde no século XVIII foi essencialmente normatizador e regulador. De acordo com Costa (1987, p. 7), “a estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e usos do saber estranhos à sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim do ‘bom’ modo de andar a vida”.

Na segunda metade do século XIX, o crescimento de cidades europeias, em virtude da industrialização, favoreceu a precarização das condições de trabalho, moradia e nutrição das classes populares. Este cenário se configurava uma ameaça às classes dominantes. Por um lado, pelo risco de rebelião dos populares, cuja aglomeração nos bairros poderia precipitar a organização política. Por outro, pelas epidemias que a estas inicialmente acometiam, e que já então eram associadas às suas condições de vida, atingindo em seguida as classes dominantes. Assim, justificavam-se as ações de disciplinamento das classes populares com difusão de regras de higiene e de condutas morais, o exercício do controle social e sanitário (COSTA, 1987).

No Brasil do século XIX, o discurso sanitário segue a tendência européia, concentrando-se nas cidades e desenvolvendo-se em torno da moralidade e disciplinarização higiênica. O hospital, o hospício, a prisão e a escola despontam como espaços de atenção, de cuidado e de educação em saúde. Esta época é identificada por Costa (1987, p. 11) como sendo a de fortalecimento do saber técnico do profissional, exclusivo do poder da cura e do controle sobre a doença, “rotulando as eventuais resistências e os saberes alternativos de cegueira política, ignorância do povo, má-fé dos charlatães”.

O percurso histórico das práticas e concepções de educação em saúde no Brasil é revisado por Smeke e Oliveira (2001). O primeiro momento que as autoras abordam data do final do século XIX e início do século XX. Em virtude das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos, visto que estas acarretavam transtornos para a economia agroexportadora brasileira, desenvolveram-se as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde. Estas se voltavam principalmente para as classes subalternas e se caracterizavam pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização com o respaldo da cientificidade. Acontecimento ilustrativo deste momento foi a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que empregou recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças.

Estas práticas eram orientadas por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, e que não assimilava as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Este discurso atribuía os problemas de saúde à não observância das normas de higiene pelos indivíduos. Na mesma direção, propagava que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiriam a resolutividade dos problemas de saúde. O discurso biologicista predominou no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado, ainda hoje, como orientador de práticas educativas.

A partir da década de 40, algumas transformações começaram a ser verificadas no campo da educação em saúde. Aos sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais

de saúde, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo. No início da década de 60, com o advento da Medicina Comunitária, verifica-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. Entretanto, por trás deste apelo de participação comunitária parece camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade. As práticas de educação em saúde comunitárias partiam, então, do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde devendo ser conscientizadas para tal. Os determinantes sociais destes problemas, contudo, não eram levados em consideração.

Durante o regime militar, o campo da educação em saúde permaneceu inexpressivo em virtude da limitação dos espaços institucionais para a sua realização. Verifica-se uma expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa em detrimento dos serviços de atenção preventiva. Smeke e Oliveira (2001) admitem que durante este período a educação em saúde esteve relacionada à prática do controle sobre os sujeitos.

Em contrapartida, este mesmo regime político despertou uma resistência e insatisfação na população que precipitou, ao longo da década de 70, a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares. Neste contexto, foram retomadas as propostas pedagógicas de Paulo Freire e profissionais de saúde revisaram suas práticas a partir da interlocução com as teorias das ciências humanas por um novo projeto em saúde. Estes movimentos fomentaram as críticas às práticas educativas autoritárias e normatizadoras, apontando ao mesmo tempo para uma ruptura.

Dentre os movimentos que tiveram início na década de 70 e que buscavam romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, destaca-se o movimento da Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2001). Este processo foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais, que assim se dirigiram para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais aproximando-se, deste modo, das classes populares e das organizações sociais locais. A aproximação favoreceu a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nestas populações, o que levou

muitos profissionais buscarem a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados.

A iniciativa de inserção dos profissionais em serviços de saúde que prestavam assistência às classes populares estava integrada a projetos mais amplos, dentre os quais predominava a metodologia da Educação Popular (VASCONCELOS, 2001). Assim sendo, esta metodologia foi sendo assimilada pelos profissionais, constituindo-se, deste modo, em seu elemento estruturante fundamental.

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população/usuários e, através do diálogo, busca-se a compreensão e explicitação do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se, portanto, à passividade usual das práticas educativas tradicionais e hegemônicas. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde, pelos profissionais representados, e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Considerando a potencialidade desta metodologia, Vasconcelos (1999, 2001) vislumbra as experiências de Educação Popular em Saúde como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida.

Nos locais em que a experiência tem sido desenvolvida verifica-se a “emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração” (VASCONCELOS, 1999, p. 30). Em função deste resultado, o autor compreende a Educação Popular em Saúde não como uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar as práticas ali desenvolvidas.

A Educação Popular em Saúde tem convivido no Brasil com as modalidades de serviços tradicionais e hegemônicas. Desde a década de 70, a despeito do amadurecimento da metodologia, estas experiências não deixaram de ser pontuais, alternativas e transitórias. De acordo com Vasconcelos (2001), a generalização destas

experiências constitui um desafio, apontando como dificuldade o embate com a racionalidade dos serviços oficiais e a formação de recursos humanos.

O campo da educação em saúde tem sido, desde a década de 70, profundamente repensado e verifica-se um relativo distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista. Paralelamente, há uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebido como resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. Neste momento, as práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimentos, refletindo no autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos são passíveis de questionamentos. Convive, neste contexto, a emergência de uma clara preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, ou seja, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

2.2. Entre dois modelos de práticas de educação em saúde

Delineavam-se dois grandes modelos de práticas de educação em saúde conforme o breve histórico anterior. A literatura pertinente tem revisado estas duas vertentes. Silva (1994) e Assis (1998) distinguem estes dois grandes modelos de práticas e analisam ser na dicotomia indivíduo/coletividade e na conseqüente tensão entre mudar o indivíduo ou transformar a sociedade que a distinção entre eles se consolida. Assim, enquanto um modelo assumiria o indivíduo como enfoque de sua prática, enfatizando as mudanças de hábitos e comportamentos individuais, um segundo modelo se orientaria para a ampliação de poder da comunidade para que, mediante a ação coletiva, os problemas de saúde fossem enfrentados. O primeiro modelo de educação em saúde corresponde ao hegemônico, também freqüentemente denominado modelo tradicional (DONNEYS, 1991; MOHR e SCHALL, 1992; ASSIS, 1998), o segundo, ao modelo emergente a partir da década de 1970, caracterizado pela crítica ao modelo hegemônico e aclamação da participação comunitária, sendo, por esta razão, muitas vezes denominado modelo crítico (ASSIS, 1998) ou modelo participativo (DONNEYS, 1991; BRICEÑO-LEÓN, 1996). Neste último, inclui-se o movimento de educação popular em saúde.

O pensamento dicotômico pode ser um recurso didático importante, mas não favorece a apreensão da complexidade da realidade social. O presente texto adotará a referência aos dois grandes modelos de práticas no campo da educação em saúde. Esta iniciativa considera como *tendências* as vertentes que emergem destes modelos dicotômicos: o *hegemônico* e o *dialógico*², reconhecendo-se que entre eles podem realizar-se práticas educativas paralelas³, cujas características remetem a aspectos de ambos simultaneamente.

O modelo hegemônico de educação em saúde mantém estreita relação com a racionalidade da biomedicina. A saúde é concebida como ausência de doença, o que leva a prática educativa a acentuar a importância da redução dos riscos e agravos à saúde mediante a adoção de comportamentos e hábitos que se antecipem e, portanto, previnam, processos patogênicos. O enfoque desta prática educativa está no indivíduo, suscetível aos agentes patogênicos e, ao mesmo tempo, responsabilizado pelas medidas preventivas à infecção e ao adoecimento. Em decorrência desta compreensão, serão os indivíduos culpabilizados em caso de seu eventual adoecimento, fenômeno reconhecido como evidência de que não seguiram adequadamente as orientações prestadas pelos serviços de saúde e meios de difusão de informações em saúde. Em conformidade com esta racionalidade, a educação em saúde irá preconizar a prevenção das doenças, não se identificando propostas orientadas para a promoção da saúde.

A prática educativa hegemônica caracteriza-se ainda por seu caráter instrumental, demarcando-se a falta de unidade desta prática com as demais desenvolvidas nos serviços de saúde (SILVA, 1994; ASSIS, 1998). Concebida como ações técnicas com o objetivo de controle e prevenção das doenças, a prática educativa é planejada e executada em separado das ações de assistência. As campanhas de saúde e os grupos educativos conduzidos por profissionais de saúde no âmbito dos serviços ou

² A decisão quanto à denominação dos modelos no presente texto deve-se a razões pragmáticas. A opção pela expressão *modelo hegemônico* em preferência a *modelo tradicional* visa a distinção entre o modelo hegemônico de práticas educativas no campo da saúde e o modelo pedagógico denominado tradicional no campo da Educação, a despeito das correlações entre eles. Com o emprego da expressão *modelo dialógico* de educação em saúde pretende-se enfatizar a interação e os processos comunicacionais entre educador e educando na prática educativa em saúde, dimensão esta que não é tão acentuada nas formulações pedagógicas do modelo crítico ou participativo, cuja tônica incide na relação entre os serviços, sendo estes representados pelos profissionais de saúde, e as comunidades, especialmente as suas organizações políticas, a exemplo dos movimentos sociais locais (ASSIS, 1998; VASCONCELOS, 1998).

³ A noção de práticas educativas paralelas deriva da noção de *pedagogias paralelas* (FREIRE e SHOR, 2003), na qual o educador emprega, simultaneamente, diferentes estratégias pedagógicas podendo

outros espaços comunitários para a abordagem de temáticas específicas, geralmente diagnosticadas pelos técnicos de saúde mediante levantamentos epidemiológicos, são dois fortes ícones do modelo hegemônico.

Nos espaços reservados para a realização das atividades educativas, os profissionais assumem uma postura de autoridade em saúde. São eles portadores de um saber técnico-científico, com *status* de verdade. Os usuários, por sua vez, são concebidos como indivíduos carentes de informações em saúde, pois, se não destituídos de quaisquer conhecimentos sobre a saúde, a doença e o cuidado, seus saberes são equivocados e às vezes até mesmo nocivos à saúde (DONNEY, 1991; ASSIS, 1998; BRICEÑO-LÉON, 1999). Nesta perspectiva, a relação estabelecida entre profissionais e usuários é essencialmente assimétrica e a prática educativa configura uma transmissão de informações em saúde, na maioria das vezes descontextualizada e de cunho moral e disciplinador. A comunicação profissional-usuário é predominantemente informativa, na qual o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, *o que fazer e como fazer* para a manutenção da saúde. Em última instância, a proposta educativa hegemônica visa a substituição dos saberes relativos ao processo saúde-doença e as práticas populares de cuidado correlatas pelo saber biomédico e a adoção de comportamentos e hábitos legitimados como saudáveis.

Para a prescrição de hábitos e comportamentos saudáveis, muitas vezes argumentações persuasivas e coercitivas são adotadas. Enquanto estratégias pedagógicas, predominam as palestras, os grupos educativos, os cartazes, os folhetos e cartilhas, atribuindo ao leitor ou ao ouvinte uma limitada capacidade de interpretação. A comunicação verbal faz uso intensivo de imperativos. A unilateralidade e a limitada possibilidade de interação estão ilustradas, entre outros meios, nas máximas veiculadas nos meios de comunicação de massa: “Não fume! Fumar dá câncer de pulmão!” ou ainda “Use camisinha! A AIDS mata, previna-se!”.

A educação em saúde, segundo o modelo hegemônico, pode ser, então, definida como uma prática de caráter instrumental orientada para a prevenção de doenças e agravos à saúde mediante redução dos riscos individuais pela transformação dos usuários. Por transformação subentende-se, ainda, disciplinamento, moralização e

mesclar estratégias mais tradicionais, a exemplo da fala expositiva, com outras que mobilizem a participação dos educando na construção da aula.

controle dos comportamentos e hábitos dos indivíduos pelos profissionais de saúde. A proposta desta prática educativa em saúde e a concepção de homem a ela atrelada correlaciona-se ao modelo pedagógico tradicional da educação “bancária” (FREIRE, 2003).

A educação “bancária” caracteriza-se por uma relação educador-educando na qual o primeiro assume uma condição de sujeito – sujeito detentor do saber-poder – e o segundo figura como objeto ou “vasilhas” de depósito de conhecimentos. As críticas ao modelo hegemônico de educação em saúde encontraram na teoria e metodologia de Paulo Freire suas principais argumentações. O modelo emergente em educação em saúde – modelo crítico, modelo participativo, educação popular em saúde – foi e continua sendo fortemente influenciado por uma nova proposta pedagógica, denominada libertadora. Segundo esta vertente, o educando também está implicado na produção do conhecimento.

Uma forte crítica às práticas educativas desenvolvidas segundo o modelo hegemônico se refere à sua limitada efetividade, ou seja, ao alcance ou impacto produzido por sua metodologia. Quanto à disseminação de informações em saúde, particularmente por meio de campanhas e veiculadas pelos meios de comunicação de massa, Rice e Candeias (1989) chamam atenção para o efeito temporário desta estratégia quanto a mudanças de hábitos e condutas. As autoras discutem que a população não muda de comportamento em definitivo, mas apenas reage a um estímulo temporário. Com a supressão do estímulo, o comportamento tende a extinção.

Com relação à efetividade e à eficácia da prática educativa, a educação libertadora afirmará que apenas por meio da participação crítica dos educandos esta poderá ser atingida (FREIRE, 2002b). A promoção desta participação, por sua vez, incide sobre a relação educador-educando. Em prol da democracia e da educação democrática, o educador necessariamente precisa romper com o autoritarismo do “bancarismo” (FREIRE, 2002a, p. 25), assumindo como tarefa não mais a mera transmissão de conhecimentos e imposição de verdades, mas propiciando as condições e possibilidades para a produção e construção do conhecimento.

O autoritarismo não se confunde com a autoridade, sendo esta imprescindível à prática educativa. Na relação educador-educando, o primeiro não deixa de ser uma

autoridade para o segundo. Paradoxalmente, é mediante sua autoridade que o educador exerce sua tarefa compromissada com a liberdade dos educandos, dirigindo o processo de ensino-aprendizagem de modo a favorecer o desenvolvimento da autonomia do educando na construção do conhecimento (FREIRE, 2002a, 2003). E a liberdade do educando está exatamente em ser sujeito do processo educativo.

A educação libertadora resgata a condição de sujeito do educando. A concepção de homem da qual parte a teoria freiriana é a de um ser de relações e não apenas de contatos, ser que não apenas está *no*⁴ mundo, mas que efetivamente está *com* o mundo (FREIRE, 2002b). Esta condição confere ao homem a capacidade de problematizar sua realidade e transitar de uma consciência ingênua para uma consciência crítica, sendo a primeira caracterizada por interpretações simplistas dos problemas, enquanto a consciência crítica caracteriza-se pelo pensamento reflexivo que permite aprofundar a interpretação dos problemas e atingir sua causalidade autêntica.

A condição de sujeito também prevê a atividade de integração, concebida como capacidade de “ajustar-se à realidade acrescida da de transformá-la” (FREIRE, 2002b, p. 50). A integração opõe-se à adaptação e ao ajustamento, à sujeição e ao silêncio frente às prescrições e opiniões alheias, e resulta em atos de criação, recriação e decisão. De acordo com Freire, é por meio destes atos que os homens fazem história e cultura.

Ser sujeito é a vocação ontológica do homem na busca constante de *ser mais*⁵ e de humanizar-se. Afirma Freire (2002b) que, mediante as relações *com* e *na* realidade, o homem estabelece uma relação com os objetos do mundo – *objetos cognoscíveis* – e constrói nesta relação um conhecimento sobre o mesmo. Acrescenta o autor que:

Esta relação [...] é feita pelo homem, independentemente de se é ou não alfabetizado. Basta ser homem para realizá-la. Basta ser homem para ser capaz de captar os dados da realidade. Para ser capaz de saber, ainda que seja este saber meramente opinativo. Daí que não haja ignorância absoluta, nem sabedoria absoluta. O homem, contudo, não capta o dado da realidade, o fenômeno, a situação problemática pura. Na captação, juntamente com o problema, com o fenômeno, capta também seus nexos causais. Apreende a causalidade (FREIRE, 2002b, p. 113).

⁴ Grifos do autor.

⁵ Grifos do autor.

Na relação educador-educando, também a postura do educador é realçada na teoria freiriana, sendo distinguida daquela assumida na educação “bancária”. O educador libertador, assim como seus educandos, é um sujeito cognoscente. Deste modo, ao invés de sujeito detentor do conhecimento e da verdade, o educador se reconhece sujeito inacabado e no processo educativo aprende em comunhão com os educandos sobre o objeto cognoscível que mediatiza a relação entre ambos. Superada a contradição que a educação “bancária” imprime à relação entre educador-educando ao distinguir sujeito e objeto do processo educativo, a educação deixa de ser ato de depósito, de transferência de conhecimentos e valores e pode ser compreendida como ato de conhecimento que se dá na relação com o mundo e com o outro. Assim sendo, “O educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os ‘argumentos de autoridade’ já não valem” (FREIRE, 2003, p. 68).

A concepção de sujeito cognoscente, assim como na educação “bancária”, encontra-se negada no modelo hegemônico de educação em saúde. Desta constatação formula-se mais uma das críticas às práticas educativas em saúde orientadas segundo este modelo. Ao tomar os usuários como objeto da prática educativa em saúde e carentes de saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença – todos estes representantes de formas outras de saber. Por outro lado, o conhecimento técnico-científico é assumido como superior ao saber popular e, em consequência, busca-se, através da prática educativa em saúde, substituir este pelo primeiro.

Nesta direção, elaboram-se propostas como a de “vulgarização científica”, que implica a disseminação de conhecimentos científicos numa linguagem acessível ao público leigo (BIZZO, 2002). Esta proposta tem sido identificada como estratégia de educação em saúde para a população, considerando-se que proporcionaria uma democratização do saber científico e seu apoderamento pelos leigos, repercutindo ainda no desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no cuidado com a própria saúde. Bizzo (2002), que critica o modelo hegemônico, no qual apenas o profissional detém o saber técnico-científico, defende que a difusão científica representaria mais do que a simples disseminação e arquivamento de informações em saúde, mas propiciaria a construção de um conhecimento sobre o mundo, capacitando os indivíduos para a ação.

Apesar da crítica que a autora faz ao modelo hegemônico, a proposta de “vulgarização científica” parece dele não se distanciar. Prevalece a concepção de informar aqueles que são carentes de conhecimentos relativos à saúde, à doença e ao cuidado.

Ao invés de negar ou desvalorizar os saberes e práticas populares, o modelo emergente em educação em saúde irá tomar as condições concretas de vida dos usuários como ponto de partida das práticas educativas. Além das condições materiais de existência que, por si, ditarão a viabilidade ou não de adoção de determinados comportamentos e hábitos individuais e/ou coletivos em conformidade com as orientações dos profissionais de saúde, a condição concreta de vida inclui os saberes acerca do processo saúde-doença e as práticas de cuidado assumidas pela população.

O enfoque do modelo emergente desloca-se da redução dos riscos individuais e a prevenção das doenças para os sujeitos a que se destinam as práticas educativas. No lugar de propagação de mensagens e valores persuasivos e coercitivos, inauguram-se tentativas de relações dialógicas. Afirma-se, então, o sujeito como o começo, meio e fim da prática educativa. A metodologia pedagógica a ser adotada deverá ter como ponto de partida o conhecimento sistemático da realidade em que vivem os sujeitos – indivíduos e ou comunidades (HURTADO, 1993). Estes sujeitos são convidados a deixar o silêncio e a passividade diante das práticas dos profissionais de saúde para compartilhar suas experiências de vida. No processo de partilha e verbalização do conteúdo de suas vidas, superam a mera narrativa, aprendendo, assim, mais ainda sobre estas experiências e capacitando-se para atuação criativa frente às dificuldades cotidianas. Reinventando a própria vida cotidiana, vivem-na com outra dimensão.

O diálogo é condição essencial e necessária para a efetiva comunicação entre educador e educando. Sem diálogo não há comunicação, trocas significativas de experiências e construção compartilhada de conhecimento, há apenas comunicados de conteúdos a serem memorizados e arquivados pelos educandos (FREIRE, 2002b, 2003). Será na relação dialógica, portanto, que se dará o encontro entre os sujeitos que, em comunhão uns com os outros, refletem sobre o mundo e, pela ação criativa, o transforma.

O diálogo implica uma relação horizontal entre educador e educando, por isso que a relação dialógica só é possível com a superação da contradição educador-educando: “quem dialoga, dialoga com alguém sobre alguma coisa” (FREIRE, 2002b, p.

116). O estabelecimento do diálogo, segundo Paulo Freire, requer amorosidade, humildade, fé, esperança e uma profunda crença no ser humano e na sua capacidade criativa, na sua vocação ontológica de *ser mais*. Disto decorre que o diálogo não constitui uma técnica, um método ou uma tática pedagógica a que se pode recorrer para atingir determinados resultados. O diálogo implica uma “espécie de postura” (FREIRE e SHOR, 2003, p. 123). Só pode haver o diálogo no instante em que o educador se reconhece sujeito inacabado e reconhece no educando um sujeito que também tem conhecimentos sobre o mundo e que, como tal, é igualmente inacabado. Através do diálogo, educador e educando aprendem juntos, sem negar, entretanto, as diferenças entre eles. Admitem-se as diferenças relativas à natureza do conhecimento que educador e educando podem ter sobre o mundo e o objeto que mediatiza a relação entre eles, sem tomá-las, contudo, como antagônicas (FREIRE e SHOR, 2003).

Sob influência das concepções de homem e de educação pilares da educação libertadora é que se estrutura um novo pensamento sobre educar em saúde, no qual o diálogo entre o saber técnico-científico e saber popular figura enquanto meta e desafio. Briceño-León (1996) define dois princípios essenciais à prática educativa participativa e dialógica. O primeiro afirma ser necessário conhecer o ser humano, e conhecê-lo implica compreender suas crenças, hábitos, papéis sociais e condições existenciais. Para tanto, além da escuta interessada das experiências de vida, é preciso apreender dimensões básicas de seu micro-ambiente – comunidade, família, trabalho –, onde se desempenhada a maioria das ações cotidianas. O segundo princípio afirma ser necessário contar com o ser humano, ou seja, a prática educativa deve incluir de forma ativa e participativa os sujeitos a que se destina. Através do compromisso com indivíduos e coletividades, o profissional de saúde estabelece com eles vínculos de corresponsabilidade para enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano e conseqüentemente para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

Donney (1991) pondera ser a formação de sujeitos conscientes, ativos e capazes de transformar a realidade e a si mesmos o objetivo deste novo marco conceitual em educação em saúde. Há uma ruptura com o enfoque estritamente preventivista, podendo a promoção da saúde se concretizar a partir do momento em que os sujeitos desenvolvem conhecimentos críticos sobre a realidade em que vivem, apreendendo os determinantes sociais do processo saúde-doença. As doenças infecciosas e parasitárias, por exemplo, já não podem ser tratadas exclusivamente no âmbito dos serviços de saúde, com prescrições de medicamentos e de condutas de

higiene, uma vez que remetidas ao problema do lixo não coletado, à falta de saneamento básico no bairro, às condições de trabalho precárias, entre outros.

A educação em saúde dialógica propicia, ainda, a superação da dicotomia entre a prática educativa e as demais práticas de saúde, pois o diálogo se dá nas relações interpessoais. Desta maneira, além dos contextos formais de condução das práticas educativas, a exemplo das palestras e grupos educativos, valorizam-se as relações entre profissionais e usuários estabelecidas nas ações cotidianas, seja no âmbito dos serviços seja na comunidade, como contextos oportunos de educação em saúde. Neste sentido, L'Abbate (1994) e Smeke e Oliveira (2001) concordam quanto à compreensão de que todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo uma condição essencial a esta prática o seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

O modelo dialógico tem sido associado às mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto que estas são promovidas não pela coerção e persuasão autoritária do profissional de saúde, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado. É nesta perspectiva que se trava a discussão relativa ao desenvolvimento de práticas educativas socioculturalmente sensíveis (GOGNA, 1998; CHOR, 1999; FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999), com a construção compartilhada de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado sendo situada no cerne da tomada de decisões de indivíduos e coletividades quanto às estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar a saúde (CHIESA e VERÍSSIMO, 2003).

As distinções entre o modelo hegemônico e o modelo dialógico de educação em saúde estão, abaixo, esquematicamente sintetizadas.

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o modelo hegemônico e o modelo dialógico de educação em saúde

CARACTERÍSTICAS	MODELO HEGEMÔNICO	MODELO DIALÓGICO
Concepção de Educação	Ato de depósito de conhecimentos e de valores	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros
Concepção de Saúde	Ausência de doença	Produção social do processo saúde-doença
Concepção de homem: usuários	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objeto da	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas

	prática educativa	de vida; sujeito da prática educativa
Concepção de homem: profissionais	Detentor de saber técnico-científico com <i>status</i> de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular	Detentor de um saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações reaprende através do diálogo com o saber popular
Enfoque da prática educativa em saúde	Centrado na doença; enfoque estritamente preventivista	Centrado no sujeito a que se destina a prática educativa; enfoque promocional
Objetivos	Redução dos riscos individuais; prevenção das doenças e agravos à saúde	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida
Espaços educativos	Falta de unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde; contextos formais como os grupos educativos	Integração entre assistência e educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa: palestras, folhetos, cartazes, etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão
Ponto de partida	Conhecimento científico; diagnósticos de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; co-participação e coresponsabilidade no diagnóstico dos problemas

Quando comparado ao modelo hegemônico, o modelo dialógico tem sido apontado como o mais adequado à prática de educação em saúde (PEREIRA, 2003) e coerente com a proposta de práticas sensíveis às realidades socioculturais. Chor (1999), ao questionar como o conhecimento científico produzido no campo da saúde pública pode se traduzir em ação preventiva a alcançar mudanças de comportamentos e a manutenção dos novos hábitos e atitudes, considera que os métodos freirianos podem constituir contribuições relevantes à área da saúde.

Entretanto, não se pode deixar de reconhecer os desafios à assimilação de práticas educativas dialógicas no cotidiano dos serviços. A formação dos profissionais de saúde continua sendo conduzida em conformidade com a educação “bancária”, de modo que a relação de ensino-aprendizagem que estes profissionais têm como referência, e que reproduzem nas práticas educativas desenvolvidas nos serviços, é a antidialógica (FREIRE, 2002b, 2003), ou seja, uma relação vertical de transmissão de conteúdos biomédicos. A superação deste antidiálogo nos serviços pressupõe a assimilação de novas concepções de homem, de saúde e de educação, o que imprime, necessariamente, uma nova racionalidade às práticas, uma nova lógica de conduzir as ações de saúde.

Além da formação “bancária” dos profissionais de saúde, o encontro dialógico, em si, já constitui um desafio. Para os profissionais de saúde, o saber técnico acumulado ao longo de sua formação constitui um instrumental de trabalho, é a partir dele que decisões são tomadas no exercício de sua prática. Reconhecer-se portador de um saber inacabado é, portanto, propiciar o confronto, na maioria das vezes angustiante, com as próprias limitações, impotências e frustrações. Assim sendo, o diálogo também pode ser considerado um ato de coragem e, como já antevia Freire (2003, p. 126), nem todos somos corajosos o suficiente: “nem todos temos a coragem deste encontro e nos enrijecemos no desencontro”.

Que os desafios, entretanto, não nos enrijeçam! O presente trabalho pretende contribuir para a reflexão da prática educativa em saúde, no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), e apontar algumas perspectivas para a reorientação das práticas de saúde no sentido da integralidade da assistência.

3. A PRÁTICA EDUCATIVA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza através de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (PINHEIRO e LUZ, 2003), tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando a produção de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a construção do SUS é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. Este modelo, resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial “sanitarista” (PAIM, 2003a), dicotomiza assistência e prevenção. Paim (2003a) discute ser o modelo assistencial uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde. O autor relaciona os principais problemas de saúde identificados quanto ao modelo assistencial durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (PAIM, 2003a, p. 567). Esta realidade apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinalizava a direção que esta reorientação precisava assumir de forma que se adequasse a proposta do SUS, em discussão. Dentre as bandeiras de luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que se sustentavam nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde, estava a bandeira da Integralidade (MATTOS, 2001).

Na década de 1990, tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família. Para acompanhar este debate, principalmente sob a ótica da segunda perspectiva, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. Segundo Paim (2003a, p. 568), modelo de atenção ou modelo assistencial “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

Esta concepção de modelo assistencial fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família implementadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial. A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, através das estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, faz-se necessário análises qualitativas do PSF (ou dos PSFs) em desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa. Em face da relevância deste princípio para a reorientação do modelo assistencial, este capítulo tem o objetivo de refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do PSF e a assimilação do princípio da integralidade nestas práticas.

3.1. A integralidade e a reorientação do modelo assistencial

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (CARVALHO e SANTOS, 2002). Esta, entretanto, seria apenas uma das dimensões do conceito da integralidade. No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e à objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as atribuições dos profissionais do PSF (BRASIL, 2001).

Uma noção de integralidade também relacionada à organização dos serviços e das práticas encontra-se associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde. A política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações. As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública. Em consequência, estas respostas, que assumiam a forma de programas especiais de saúde pública (PAIM, 2003a), caracterizavam-se pela “centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário” (MATTOS, 2003, p. 49). Estas respostas atravessavam os serviços e as práticas de saúde atropelando muitas vezes as necessidades específicas e reais da população assistida. Neste nível, a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas repercutiria na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da

população atendida. No contexto da estratégia do PSF, esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância da saúde, com o qual se propõe trabalhar. Sustentado em três pilares básicos: o território-processo, os problemas de saúde e a intersetorialidade (MENDES, 1996), o princípio da vigilância da saúde contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (PAIM, 2003b).

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, a integralidade seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos:

Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente [...] A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade (MATTOS, 2001, p. 48-49).

A abordagem totalizante do profissional de saúde não se limita, entretanto, à identificação de outros fatores de risco e de doenças não relatadas pelos pacientes. A superação do enfoque estritamente biomédico, centrado em processos patogênicos, implica uma compreensão ampliada de saúde que faz sobressair dimensões da vida social, comunitária e familiar. Assim, a abordagem médica necessariamente precisa tomar o paciente em seu contexto de vida. A estratégia do PSF, nesta direção, elegeu a família como unidade de atenção. E, neste sentido, mesmo quando o paciente é individualmente atendido, a compreensão do seu contexto familiar – natureza das relações, vínculos e redes de cuidado – precisa ser incorporada à abordagem médica. A família, por sua vez, insere-se em um contexto social mais amplo marcado por realidades socioeconômicas e culturais. Assim, a atenção integral aos indivíduos implica o reconhecimento de sua totalidade enquanto ser biológico, ser de relações socioafetivas e ser partícipe de uma sociedade.

Ainda em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não pode se restringir à assistência curativa. À medida em que realiza a investigação da queixa e esclarece o problema ao paciente, o profissional também tem oportunidade de desenvolver ações educativas. Uma situação ilustrativa é a de um atendimento a um paciente com crise hipertensiva, oportunizando a discussão com o médico sobre o que é a hipertensão arterial e sobre os cuidados e atenção necessários para com a própria saúde, além da mera administração da medicação necessária durante uma consulta médica. Atenção curativa e educação em saúde realizam-se, então, durante a consulta ambulatorial, sem que o paciente espere o momento de encontro do grupo dos hipertensos numa determinada data, local e horário para *aprender* sobre o processo saúde-doença por ele vivenciado e sobre estratégias de cuidado: isto expressa integralidade da assistência.

Para que haja assimilação do princípio da integralidade na relação entre profissional de saúde e usuários, o que favoreceria uma intervenção em saúde para além da doença ou do corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos, é necessário superar, ressalta Teixeira (2003, p. 90), mais uma das modalidades de fragmentação no campo da saúde: a “cisão eu-outro”. Para o referido autor, trata-se da necessidade de superação do “monopólio do diagnóstico de necessidades” e de integração da “voz do outro” neste processo (TEIXEIRA, 2003, p. 91). No contexto do PSF, a superação deste monopólio tem se expressado na proposta de construção de vínculos de co-responsabilidade na identificação dos problemas vivenciados pela comunidade, sejam estes problemas do setor saúde ou não, e no estabelecimento de parcerias entre os profissionais e a comunidade para enfrentamento dos mesmos.

Em que dimensões a integralidade, afinal, se processa? Entre outras dimensões, há de se destacar a integração de ações preventivas, promocionais e assistenciais; a integração de profissionais em equipe interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; a integração da equipe de profissionais e das comunidades na identificação dos problemas de saúde e no seu enfrentamento; a integração de partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, nele reconhecendo um sujeito, um semelhante a mim mesmo, inserido em contextos socioafetivos, socioeconômicos e culturais.

O princípio da integralidade implica na reorientação do modelo assistencial. A assimilação deste princípio deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, *locus* de exercício de racionalidades, sejam estas de manutenção do modelo assistencial vigente e hegemônico ou de construção de um novo modelo assistencial. A superação do primeiro, marcadamente reducionista, biologicista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura, enseja a aproximação com o novo modelo: integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

3.2. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1989, 1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para educação em saúde. A consideração do autor justifica-se pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a vida cotidiana da população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Correspondendo ao primeiro nível de atenção à saúde e de menor densidade tecnológica (MENDES, 1996), os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde. Corroborando estas considerações, Mendes (1996, p. 267) enumera as funções de um médico de atenção básica, entre as quais destacam-se prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora, ser comunicador e educador em saúde.

No âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), reconhecido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, de caráter substitutivo da rede básica tradicional, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta equipe seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da região adscrita, identificar situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentar em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver processos educativos para a saúde, voltados para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997, 2001).

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como da renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços, pelos profissionais de saúde representados, e a população assistida. Cordeiro (1996) avalia que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que o PSF corresponderia a uma medicina simplificada destinada para os pobres; antes disso tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde.

Pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas práticas de saúde. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações previstas na proposta do PSF (BRASIL, 1997). Ayres (2001) observa que o reconhecimento de sujeitos nas práticas de saúde está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, dentre as quais encontra-se a estratégia do PSF. De fato, seus objetivos, entre outros, incluem: a) humanização das práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997). Nota-se, a partir destes objetivos, a valorização dos sujeitos e da sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade.

Quanto à reorientação das práticas de saúde, o PSF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde (BRASIL, 1997; SANTANA e CARMAGNANI, 2001), o que significa que a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (MENDES, 1996). Desta maneira, o PSF deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora.

A abordagem da vigilância da saúde contempla o enfoque por problema, contrapondo-se, desta maneira, à atuação orientada por programas (MENDES, 1996). Enquanto o enfoque por programa caracteriza-se pela definição apriorística dos problemas de saúde, traduzindo-se freqüentemente em intervenções verticalizadas, o enfoque por problemas parte do reconhecimento da área adscrita e sua população para a identificação, descrição e explicação dos seus problemas de saúde, para assim sobre eles intervir. Deste diagnóstico da situação de saúde local, espera-se a participação ativa da comunidade, o que favorece o desenvolvimento da consciência sanitária pela possibilidade de compreensão sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

As particularidades da estratégia do PSF remetem a um modelo de educação em saúde que seria mais adequado a seus princípios e diretrizes. Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas, busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade, depreende-se que o modelo dialógico de educação em saúde corresponderia ao modelo mais pertinente para o contexto de atividades do PSF.

Para a atenção preventiva, o PSF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos e coletividades. Em uma primeira publicação do Ministério da Saúde de apresentação da estratégia do PSF, enfatiza-se, na definição das atribuições básicas das equipes, que práticas educativas deveriam ser desenvolvidas por todos os profissionais e que estes deveriam “oportunizar os contatos com indivíduos saudáveis ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária” (BRASIL, 1997, p. 15). Em uma publicação mais recente, reitera-se a ênfase da prática educativa enquanto atribuição básica de todos os profissionais que integram a equipe de saúde da família, mas se explicita, como prática educativa, a formação de grupos educativos segundo patologias específicas – grupos de hipertensos, grupos de diabéticos, entre outros (BRASIL, 2001).

Esta revisão do texto que define as atribuições dos profissionais do PSF requer ser analisada criticamente. A sua primeira edição apresenta-se mais abrangente que a segunda no que diz respeito à concepção de educação em saúde. Dela se depreende muito claramente que a prática educativa deveria ser assimilada à abordagem cotidiana

dos profissionais de saúde aos “indivíduos sadios ou doentes”. Integrada às demais práticas de saúde, a ação educativa seria oportunizada nos encontros entre profissionais e usuários, seja no âmbito da unidade de saúde da família, a exemplo da sala de espera, da consulta ambulatorial e mesmo o grupo educativo, seja no âmbito comunitário, podendo referir-se a visita domiciliar e as reuniões com a comunidade. A segunda edição do texto acaba delimitando, ou no mínimo enfatizando, os grupos educativos enquanto contexto de desenvolvimento da prática educativa, retrocedendo, deste modo, à falta de unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde.

Outro retrocesso que se deve ressaltar na segunda edição do texto é que enquanto o primeiro afirmava a importância de se oportunizar o encontro com “indivíduos sadios ou doentes” para desenvolvimento da prática educativa, a segunda edição recomenda a criação dos grupos educativos segundo patologias específicas. O enfoque, portanto, desloca-se do *indivíduo* para a *patologia*.

A problematização aqui introduzida, embora circunscrita ao contexto legitimado pela proposta do PSF para desenvolvimento da prática educativa em saúde, não pretende se restringir a esta dimensão. Mesmo porque o que distingue uma prática educativa hegemônica de uma prática dialógica não é essencialmente o contexto em que esta se realiza. Como discutido no capítulo precedente, o diálogo não constitui uma técnica ou um método, antes disso pressupõe uma postura daquele que ensina frente a quem se ensina. Assim, um grupo educativo pode ser tão dialógico quanto uma relação interpessoal pode ser autoritária, e vice-versa (HURTADO, 1993; FREIRE e SHOR, 2003). A problematização que se pretende aprofundar, portanto, na próxima seção, e que é transversal ao presente estudo, refere-se à racionalidade da prática educativa em saúde no PSF. Embora, a partir da revisão de seus princípios e diretrizes, admita-se ser o modelo dialógico de educação em saúde mais pertinente ao contexto de práticas do PSF, além de sua maior conformidade com o princípio da integralidade e com a proposição de reorientação do modelo assistencial, pressupõe-se que o modelo hegemônico – inevitável, aqui, a redundância – seja a racionalidade hegemônica.

3.3. Desenvolvimento de práticas educativas no Programa Saúde da Família

O PSF tem sido objeto e cenário de inúmeros estudos ao longo dos últimos anos, mas poucos são os trabalhos de natureza empírica que abordam a prática educativa. Nesta seção, serão relatados resultados dos trabalhos identificados, caracterizando-se, a partir deles, o desenvolvimento da prática educativa no contexto do PSF. Mas este não será, entretanto, o ponto de partida. Visando resgatar a compreensão das práticas entre profissionais de saúde atuantes em centros de saúde convencionais, originalmente orientadas pela lógica do modelo médico-assistencial privatista, relatam-se os trabalhos de Pereira (1993) e Machado (1997). As experiências e as concepções de educação em saúde entre equipes de saúde da família e seus profissionais são revisadas mediante os trabalhos empíricos de Moura e Souza (2002), Franco (2002), Alves e Franco (2003), Moura e Rodrigues (2003) e Noronha et al. (2004).

A revisão dos trabalhos segundo os critérios acima descritos constitui, na verdade, um investimento crítico e reflexivo. Terá a reorientação da atenção básica, com a substituição dos Centros de Saúde pelas Unidades de Saúde da Família, representado transformações das concepções e das práticas de educação em saúde?

As representações de práticas educativas em saúde entre profissionais de saúde foi objeto de estudo de Pereira (1993). A pesquisa realizou-se em três Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, nos quais entrevistaram-se médicos, enfermeiros e nutricionistas. A hipótese investigativa da autora era a de que o discurso dos entrevistados fosse construído a partir de uma visão instrumental da educação, ou seja, a educação sendo concebida como um instrumento a que recorre o educador para intervir sobre o educando com fins a determinados resultados.

Expressões como “*ensinar, informar e orientar*”⁶ foram referidas pelos profissionais de saúde ao discursarem sobre a educação (PEREIRA, 1993, p. 75). Também foram referidas, em menor escala, concepções de “*troca de experiências*”, todavia, quanto a este processo, a autora observa que não se realiza efetivamente uma troca de experiências e de idéias, mas sim uma escuta do profissional de informações do paciente, a exemplo do “chazinho” que ele usa para tratar determinada doença. O profissional afirma que aprende com o paciente a partir desta escuta, mas a informação trazida pelo paciente dificilmente é por ele utilizada na sua intervenção clínica. Além do mais, ao prestar informação técnico-científica, o profissional a julga legítima e superior

àquelas trazidas pelos pacientes. Assim, a autora assinala o caráter instrumental desta escuta e suposta troca de experiências, caracterizando-a como uma estratégia de ensino utilizada pelo profissional para fazer com que os pacientes aceitem as informações e recomendações médicas.

Os sujeitos do estudo de Pereira (1993) referiram como trabalho educativo realizado no Centro de Saúde em que atuavam a consulta individual, a sala de espera, os grupos educativos temáticos, as visitas domiciliares e palestras em escolas. Entretanto, os entrevistados não participavam necessariamente deste leque de trabalhos educativos referidos. Entre eles, predominava o atendimento em consultas individuais que, igualmente, foi reconhecido como espaço em que eventualmente poderiam estar desenvolvendo algum trabalho educativo. Ao mesmo tempo, a relação com o usuário foi refletida durante as entrevistas, com os profissionais muitas vezes se questionando o quanto a prática educativa por eles realizada correspondia a uma imposição de valores e mudanças de comportamentos individuais.

Em relação às dificuldades associadas à realização da prática educativa, os profissionais destacaram a comunicação com os pacientes em razão de diferenças socioculturais, do baixo nível de escolaridade e baixa renda dos pacientes. Alguns profissionais julgaram não ser possível educar para saúde pacientes com este perfil sociocultural, figurando-se assim entre eles a imagem da barreira sociocultural intransponível.

Outra dificuldade referida pelos profissionais de saúde diz respeito à participação dos pacientes nos grupos educativos e nas palestras. Os profissionais acentuaram que estes pacientes se dirigiam ao Centro de Saúde para obter atenção curativa, demandavam atendimento clínico e prescrição de medicamentos. Para estimular a frequência e a participação dos pacientes nas atividades educativas, os profissionais fizeram referência à necessidade de oferecer algum atrativo aos pacientes, tal como a distribuição de brindes, de alimentos para mães de crianças desnutridas ou de medicamentos para pacientes hipertensos e diabéticos.

Mas as dificuldades referidas pelos profissionais não se limitaram à condução da prática educativa em si. Eles também assinalaram a cobrança de produtividade do

⁶ Grifos da autora.

serviço de saúde, sendo esta produtividade mensurada pelo número de consultas realizadas por profissional. Sob este prisma, os profissionais justificaram o reduzido, ou quase nulo, engajamento em atividades educativas coletivas.

A conclusão do estudo de Pereira (1993) é de que entre os profissionais de saúde entrevistados, atuantes em Centros de Saúde do Rio de Janeiro, prevalecia uma visão instrumental da concepção de educação em saúde. Arelada a esta visão instrumental, a prevenção das doenças foi apontada pelos profissionais como objetivo primário de toda prática educativa em saúde. Para atingir este objetivo, os profissionais se instrumentavam da educação para intervir sobre o paciente de modo a persuadi-lo quanto à adoção de hábitos de vida saudáveis. A visão instrumental da educação em saúde se expressou, ainda, na clara dicotomia entre prevenção e atenção curativa no discurso dos entrevistados.

Um segundo estudo foi realizado por Machado (1997) com o objetivo de compreender as relações entre as concepções teóricas e as práticas de educação e saúde estabelecidas em um serviço público de saúde. Realizaram-se observação participante e entrevistas com profissionais de saúde com formação universitária atuantes em um Centro de Saúde da cidade de São Carlos, São Paulo. Sob gerência estadual, o Centro de Saúde prestava serviços em atenção básica e em especialidades médicas, havendo sido selecionado pela autora para o trabalho de campo em virtude da realização de atividades educativas em saúde constar entre as atividades previstas do serviço.

Duas atividades formais de educação em saúde vinham sendo realizadas no Centro de Saúde e foram objetos de análise do estudo: o grupo dos idosos e o grupo de adolescentes. Embora Machado (1997, p.5) assumisse como pressuposto de pesquisa que “a função educadora do profissional de saúde não é exercida somente nas típicas ‘atividades educativas em saúde’”, outros contextos ou situações potencialmente educativos não foram explorados no estudo em profundidade. Uma observação importante, entretanto, refere-se aos cartazes e folhetos distribuídos no Centro de Saúde. Embora a diversidade de material e de temáticas abordadas, Machado (1997) afirma que a distribuição dos folhetos e disposição dos cartazes nas áreas de circulação do serviço não era sistemática, inexistindo uma política institucional de informação em saúde. O material educativo era repassado pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde ao Centro de Saúde e, nele chegando, era simplesmente distribuído à população.

Quanto aos dois grupos educativos em desenvolvimento no Centro de Saúde, o estudo demonstra que a atividade não contava com incentivo e valorização da instituição, com o atendimento clínico individual sendo priorizado em detrimento da prática educativa coletiva. De acordo com Machado (1997), o que mantinha os grupos em funcionamento era a iniciativa isolada de alguns profissionais de saúde, a maioria dos quais com formação em Saúde Pública. A maior parte dos profissionais do Centro de Saúde não participava ou apresentava qualquer engajamento na realização dos grupos educativos e até mesmo ignorava a sua existência.

O grupo de idosos era conduzido por uma equipe composta por profissionais das áreas de serviço social, psicologia, medicina (geriatria), fisioterapia e terapia ocupacional. Esta equipe descrevia o grupo como de natureza informativa-educativa. O grupo era realizado semanalmente com duração média de duas horas. Os temas de discussão eram previamente definidos pelos profissionais e os participantes, pessoas com idade a partir de 60 anos, eram selecionados através de uma triagem, atentando-se para critérios igualmente definidos pela equipe de profissionais. Esta havia definido como objetivos do grupo de idosos “estimular o contato social e colaborar na promoção da saúde e na prevenção ou redução do risco de adquirir determinadas doenças” (MACHADO, 1997, p. 94), mas eram excluídos, durante a triagem, candidatos que não apresentassem independência de locomoção e nas atividades cotidianas, que tivessem grau de parentesco com outro participante do grupo, que apresentassem deficiências físicas ou problemas de saúde, a exemplo de depressão. A contradição entre os objetivos definidos e os critérios de inclusão dos idosos ao grupo educativo não se fazia evidente para os profissionais, cuja preocupação era a manutenção do grupo, tendo a frequência dos participantes assegurada durante os oito encontros previstos.

O grupo de adolescentes era conduzido por profissionais das áreas de serviço social, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e medicina. Alguns profissionais eram comuns ao grupo de idosos. O formato do grupo de adolescente era semelhante ao de idosos: os adolescentes eram triados pela psicóloga e selecionados segundo critérios predefinidos, o grupo realizava-se semanalmente, totalizando o número de oito encontros. A particularidade deste grupo é que a sua duração limitava-se a uma hora, pois condicionado à disponibilidade de horário do profissional médico.

Os objetivos do grupo de adolescentes, cujo desenvolvimento era recente no Centro de Saúde, não se encontravam ainda muito claros para os profissionais. O caráter informativo-educativo predominava, com a discussão de temas previamente selecionados pelos profissionais. Adolescentes e seus responsáveis, na maioria das vezes as mães, eram reunidos em salas distintas para a exposição simultânea dos mesmos temas.

Entre os critérios de inclusão dos adolescentes no grupo, tinha-se: não ser gestante, não fazer uso de drogas, não possuir problemas físicos ou psicológicos sérios, não ter irmãos participando do mesmo grupo. À semelhança do grupo dos idosos, são os indivíduos sadios ou ainda sem exposição aos riscos à saúde os aceitos a participar da atividade educativa, o que sugere que a prevenção de doenças e a redução dos riscos individuais eram objetivos essenciais dos dois grupos educativos, excluindo-se, assim, aqueles indivíduos já “afetados”.

A respeito das concepções de Educação e Saúde entre profissionais do Centro de Saúde, Machado (1997) destaca que os grupos de idosos e adolescentes foram referidos pelos profissionais neles engajados, prevalecendo entre os demais profissionais a referência quanto às orientações em consultas individuais. Em contrapartida, as consultas individuais eram, em geral, muito breves. Embora a maioria dos entrevistados tivesse afirmado que todos os profissionais de saúde eram potencialmente educadores em saúde, poucos foram aqueles que se reconheceram como tal no cotidiano do Centro de Saúde. A própria referência à consulta individual enquanto espaço educativo, então, pôde ser repensada, admitindo-se que era muito pouco provável que na rapidez com que se realizava uma consulta sobrasse tempo para educar, repassar qualquer conhecimento.

A educação em saúde foi concebida pelos profissionais como a transmissão de informações, a exemplo do ensino de regras básicas de higiene e de noções de cidadania (coisas que as pessoas precisam saber sobre a vida delas, o conhecimento de leis, entre outros). Machado (1997) concorda com Pereira (1993) ao destacar a visão instrumental da educação entre seus entrevistados, sendo a educação em saúde compreendida por estes como uma estratégia mediante a qual os profissionais podem conseguir com que as pessoas cuidem delas próprias e tenham uma vida saudável.

As concepções e práticas de educação em saúde descritas nos estudos de Pereira (1993) e Machado (1997) são relativas ao modelo hegemônico. A constatação não surpreende, mantém-se coerente com o modelo assistencial vigente nos serviços de saúde que constituíram o cenário de desenvolvimento dos referidos estudos. Os trabalhos que passarão a ser relatos a seguir tiveram o Programa Saúde da Família como campo empírico. Em razão da perspectiva de reorientação do modelo assistencial creditada à estratégia do PSF, a surpresa pode estar por vir. A expectativa é de que novas concepções e práticas de educação em saúde possam estar sendo construídas paralelamente à expansão e fortalecimento da estratégia do PSF no país.

Do acompanhamento de atividades desenvolvidas por equipes de saúde da família no Ceará, Moura e Sousa (2002) constataram ser baixa a oferta de atividades de educação em saúde por estas equipes, ao que se somava o predomínio das ações verticalizadas. As autoras observaram ainda que as orientações individuais oferecidas durante as consultas se restringiam ao simples repasse de informações. Com o objetivo de identificar as causas desta baixa oferta de educação em saúde, bem como das principais falhas no seu desenvolvimento, as autoras realizaram observação participante e entrevistas em equipes de saúde da família de oito municípios cearenses.

Dentre os oito municípios investigados, apenas dois ofereciam atividade de grupos educativos. Além de instalações inadequadas e escassez de material para o desenvolvimento desta atividade, os profissionais referiram dificuldades como a elevada demanda da comunidade por atendimento individual, resistência da população em participar da atividade, falta de motivação e de capacitação dos profissionais para a condução dos grupos educativos. Quanto a esta condução, observaram-se deficiências no processo comunicacional entre profissionais e usuários, tal como a utilização de perguntas fechadas e induzidas que limitavam e inibiam a participação dos usuários.

Moura e Sousa (2002) acentuaram como explicação à baixa oferta de atividades educativas o predomínio do modelo assistencial curativo; a insuficiente cobertura do PSF, elevando a demanda pela atenção curativa; a inadequação de instalações físicas para desenvolvimento das atividades; o despreparo e a desmotivação dos profissionais.

Estudando sobre a relação médico-paciente em equipes de saúde da família na Bahia, Franco (2002) aplicou um instrumento observacional ao longo de consultas conduzidas por vinte médicos. Dentre os itens mensurados pelo instrumento observacional, a *prestação de informação sobre educação da saúde* constou de baixa frequência, não sendo observada em 63,4%, 70,4%, 75,6% das consultas nos três municípios estudados, respectivamente. Este dado reflete um reduzido enfoque preventivo no contexto da consulta médica, prevalecendo a assistência curativa.

Outro dado do estudo de Franco (2002) diz respeito à pequena estimulação da participação do paciente, especificamente na investigação da queixa e na formulação do plano terapêutico. Esta observação revela uma unidirecionalidade da relação médico-paciente, caracterizando, ainda, uma relação que favorece a objetivização do paciente. O estudo demonstra que, dentre dez médicos participantes, quatro consideraram os pacientes sujeitos na maioria das consultas, cinco consideraram apenas em algumas consultas e um em nenhuma das consultas analisadas.

Nas consultas em que o paciente foi considerado sujeito observou-se que: a) a compreensão do paciente a respeito do seu processo saúde-doença era valorizada e suas estratégias de cuidado anteriores à consulta respeitadas; b) o médico explicava sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, esforçando-se para que o paciente o compreendesse; c) buscava-se construir conjuntamente viabilidades para realização das recomendações; d) o médico aproveitava as oportunidades para desenvolvimento da autonomia dos pacientes no cuidado com a saúde. Com relação à condição do paciente enquanto objeto da prática médica, observou-se que esta condição explicitava-se em situações em que a história pelo paciente relatada era desqualificada pelo profissional, quando submetido a julgamentos morais, ou, ainda, quando predominavam práticas etnocêntricas, com o médico assumindo sua condição socioeconômica de vida como referencial nas prescrições de hábitos e comportamentos aos seus pacientes.

Alves e Franco (2003) realizaram uma investigação exploratória⁷, partindo do pressuposto da legitimidade da consulta médica enquanto contexto de educação em saúde. Analisaram-se cerca de 200 consultas ao longo das quais identificaram momentos (episódios) em que considerações sobre fatores de risco à saúde eram tecidas pelo médico ao paciente. Foram identificados 71 episódios, o que sugere que a consulta

médica tem sido um contexto reduzidamente aproveitado para ações educativas. Dentre os episódios, predominaram aqueles tipificados como pertencentes ao modelo hegemônico de educação em saúde, pelas seguintes características: a) comunicação médica informativa e unilateral; b) pequena participação do paciente – *escuta passiva e sujeito sem voz*; c) recomendações médicas descontextualizadas da realidade concreta de vida dos pacientes; d) prescrição de hábitos e de comportamentos saudáveis – *o que fazer e como fazer*; e) comunicação médica coercitiva e persuasiva.

No Ceará, Moura e Rodrigues (2003) investigaram atividades de comunicação e informação em saúde ao longo da assistência pré-natal conduzidas por enfermeiros do PSF. Realizaram-se observação participante, entrevistas e aplicação de questionário entre trinta enfermeiros e trinta gestantes. O estudo assumiu como pressuposto que a escuta ativa e uma prática de comunicação e informação adequada podem contribuir para o desenvolvimento da autonomia das gestantes e que o contexto do PSF estaria sendo favorecedor desta prática.

Os enfermeiros afirmaram que o desenvolvimento da prática de comunicação e informação em saúde, dirigida às gestantes, eram conduzidas em consultas individuais de enfermagem e em atividades grupais. Estas últimas eram realizadas escassamente. Os temas abordados relativos à gestação, parto e puerpério estavam predefinidos no manual de assistência pré-natal editado pelo Ministério da Saúde. Em relação às atividades grupais, Moura e Rodrigues (2003) observaram deficiência no seu planejamento, o que comprometia a sua continuidade. As autoras acentuam, ainda, a relevância de que os enfermeiros compreendam as atividades de comunicação e informação em assistência pré-natal como atividades de educação em saúde. Pode-se considerar que uma maior clareza daquilo que se faz possa potencializar e fortalecer a própria prática.

Dificuldades relacionadas à prática de educação e comunicação em saúde foram relacionadas por profissionais de equipes de saúde da família do município de Vitória da Conquista, Bahia (NORONHA et al., 2004). Com o objetivo de identificar necessidades de capacitação dos profissionais do Programa Saúde da Família, realizaram-se nove grupos focais com agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos das zonas rural e urbana.

⁷ Trata-se de uma investigação-piloto precedente ao projeto do presente estudo.

Paralelamente aos grupos focais, efetuaram-se observações de atividades cotidianas dos profissionais, dentre as quais a realização de grupos educativos e de visitas domiciliares.

Todas as categorias profissionais afirmaram o seu engajamento em atividades educativas e assinalaram a sua relevância para melhoria das condições de saúde da população. Entretanto, os desafios quanto ao desenvolvimento destas atividades foram enfatizados pelos profissionais, destacando-se a comunicação com a comunidade; o sistema de crenças, as práticas populares e a baixa escolaridade da população; a condução e manutenção dos grupos educativos; a composição de grupos para abordagem de temas emergentes da realidade das comunidades (NORONHA et al. 2004).

Os grupos educativos foram apontados como principal atividade educativa desenvolvida no contexto do PSF. Todos os profissionais participam desta atividade, tendo cada qual um turno de trabalho semanal reservado para o seu desenvolvimento. Realizados na unidade de saúde da família ou em outros espaços comunitários, foram citados como grupos mais comuns: hipertensão, diabetes, planejamento familiar, gestantes, adolescentes, saúde bucal e terceira idade.

A despeito da relevância atribuída aos grupos educativos, os profissionais demonstraram desapontamento e frustração quando avaliaram o alcance dos objetivos pretendidos. Assumindo como principal estratégia metodológica as tradicionais palestras, nas quais são transmitidos conhecimentos biomédicos, os profissionais lamentaram a baixa participação da população. Para “atrair” a comunidade e estimular a sua frequência aos grupos educativos, muitas vezes os profissionais recorrem à estratégias de barganha, como o sorteio de brindes ou o anúncio de que procedimentos clínicos serão agendados após a atividade de grupo.

Os usuários que não participam dos grupos educativos ou que não seguem as recomendações e prescrições dos profissionais do PSF são classificados por estes de “resistentes” e para convencê-los muitas vezes são adotadas estratégias de convencimento, caracterizadas pelos próprios profissionais como “terroristas”. Nesta perspectiva, a educação e comunicação em saúde consistem na afirmação enfática dos prejuízos à saúde individual acarretados pela não adesão às orientações e prescrições feitas pelos profissionais.

A imagem da “barreira cultural” apresenta-se com força entre as dificuldades identificadas pelos profissionais à prática educativa. A barreira cultural decorre, segundo os profissionais, da diversidade do vocabulário popular e pela especificidade do vocabulário técnico-biomédico, do saber e das práticas populares quanto ao processo saúde-doença-cuidado, da baixa escolaridade da população assistida e da expectativa desta quanto à assistência curativa e paternalista.

Quanto à dificuldade de comunicação com a população, os profissionais discutiram nos grupos focais a pertinência de desenvolver estratégias comunicacionais mais sensíveis à diversidade cultural. Por outro lado, a proximidade com os saberes e práticas de cuidado da população é limitado, sendo tais práticas na maioria das vezes interpretadas como prejudiciais à saúde, especialmente entre os profissionais com formação universitária. Entre agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem observou-se a motivação de uma maior aproximação com as crenças e saberes populares. Estes últimos consideraram, inclusive, que as crenças e as práticas populares poderiam ser um tema abordado nos grupos educativos. Porém, referiram não se perceberem capacitados para tamanha tarefa.

Assim sendo, a abordagem aos saberes e práticas populares termina por objetivar o convencimento da população quanto à adoção das práticas de cuidado referidas e legitimadas pelos profissionais do PSF. As práticas populares de cuidado, como uso de chás e banhos de ervas, rezas e bênçãos de rezadeiras e curandeiros, entre outras, são desvalorizadas pela maioria dos profissionais de saúde, que chegam inclusive a censurá-las e a proibi-las. Nesta direção, a educação em saúde é encarada pelos profissionais do PSF como uma tarefa especialmente desafiadora, principalmente na zona rural onde as práticas populares encontram-se mais fortemente arraigadas.

Embora tenham apontado os grupos educativos como principal atividade educativa, depreende-se do discurso dos profissionais do PSF, assim como da observação de suas práticas, que a sua relação com os usuários e as famílias é ativamente educativa. Quando tratam da baixa escolaridade da população, por exemplo, os profissionais frisam a preocupação com que cada um, no seu encontro com o usuário e as famílias, reitera orientações de cuidado e atenção com a saúde, seja este encontro na consulta ambulatorial, na recepção da unidade de saúde da família ou durante visitas domiciliares.

Os profissionais identificam, ainda, como um desafio à prática educativa em saúde, fazendo menção especialmente aos grupos educativos, a expectativa da população por uma assistência curativa e paternalista. Caracterizando tal expectativa como uma questão cultural, os profissionais se interrogaram como ser possível desenvolver na comunidade o senso de co-responsabilidade pelos cuidados com a saúde individual e coletiva. Esta é uma meta da educação em saúde com a qual se defrontam sem, contudo, vislumbrar nitidamente os caminhos para atingi-la.

A manutenção dos grupos educativos também preocupa os profissionais do PSF, que admitiram não saber como mantê-los vivos, promovendo a participação da comunidade. Embora os grupos educativos sejam constituídos, na maioria das vezes a sua existência não é contínua em virtude do seu esvaziamento. Os profissionais atribuíram inicialmente este esvaziamento à falta de motivação da comunidade, mas aprofundando a análise da situação reconheceram as próprias limitações na condução da atividade. Afirmaram-se, então, com uma capacitação profissional deficitária para o desenvolvimento da prática educativa. Os grupos educativos conduzidos pelos profissionais médicos, por exemplo, configuram muitas vezes uma extensão da clínica, assumindo o formato de um atendimento clínico coletivo.

De acordo com o trabalho de Noronha et al. (2004), os desafios frente à prática educativa têm produzido inquietações entre os profissionais que integram equipes de saúde da família. Estes questionaram a metodologia empregada, caracteristicamente associada ao modelo hegemônico de educação em saúde, e seus limites para a transformação das condições de saúde das famílias assistidas. Deste questionamento refletiram sobre o desenvolvimento de uma metodologia que tomasse como ponto de partida a realidade da comunidade, o que reconheceram como possibilidade de estreitamento e fortalecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população para enfretamento dos problemas de saúde que acometem a comunidade.

Outro questionamento emergente entre profissionais do PSF refere-se à constituição dos grupos educativos segundo patologias específicas. Os profissionais apontaram a importância de constituição de grupos para abordagem de temáticas específicas em conformidade com problemáticas vivenciadas pela comunidade assistida, a exemplo do alcoolismo e da violência intrafamiliar. Entretanto, a composição destes

grupos foi reconhecida pelos próprios profissionais como sendo muito difícil, retomando como argumentação a questão da insuficiente capacitação profissional para o exercício de uma prática educativa desta envergadura.

Algumas experiências exitosas, ainda que pontuais e sem deixar de enfatizar os desafios de fazê-las avançar, foram relatadas pelos profissionais do PSF de Vitória da Conquista. Dentre estas experiências, destaca-se a composição de grupos educativos que não se centram em patologias ou necessidades de saúde específicas, como os grupos de homens e os grupos de mulheres. Os profissionais ponderaram que esta experiência, que inclui indivíduos sadios e doentes, favorece uma abertura para a abordagem de temas mais apropriados à realidade da comunidade.

A revisão dos trabalhos empíricos desenvolvidos no contexto do Programa Saúde da Família permite uma caracterização das concepções e práticas em educação em saúde que as remete ao modelo hegemônico: enfoque na doença, dissociação entre a prática educativa e as demais práticas de saúde, a concepção de que educar em saúde consiste na transmissão de informações biomédicas, a desvalorização dos saberes e práticas populares em detrimento do conhecimento técnico-científico, a concepção de cultura enquanto barreira intransponível. Nesta perspectiva, pode-se avaliar que a substituição dos Centros de Saúde por Unidades de Saúde da Família, segundo os trabalhos empíricos revisados, não significou transformações imediatas das concepções e práticas em educação em saúde. Este fato, em si, não constitui nenhuma surpresa, mesmo porque as transformações das práticas de saúde não ocorrem no mesmo ritmo com que se propõe a reorganização dos serviços, ainda que aquelas sejam essenciais para a consolidação desta.

A surpresa, talvez, fique por conta das inquietações declaradas pelos profissionais que integram equipes de saúde da família relativas à prática educativa em saúde (NORONHA et al., 2004). Ao experimentar os limites da prática educativa hegemônica, estes profissionais têm-se permitido uma reflexão crítica e o reconhecimento de lacunas em sua formação profissional que restringem o desenvolvimento de uma prática educativa que possa ter a realidade da comunidade como ponto de partida e que, por isso mesmo, reconheça os usuários, as famílias e a comunidade como sujeitos do processo educativo. Esta reflexão certamente constitui um

passo inicial no sentido da construção de novas concepções e práticas de educação em saúde: o primeiro passo de muitos passos necessários.

No sentido da superação da dissociação entre a prática educativa e as demais práticas de saúde, faz-se necessária a compreensão de que a educação em saúde se processa nas relações e nos encontros entre profissionais, usuários e famílias. Trata-se de legitimar a consulta clínica, as interações na sala de espera, o atendimento de enfermagem, as visitas domiciliares como outros contextos de educação em saúde. Esta não se restringe – ou não deve ser restrita – aos grupos educativos. Nesta mesma direção, todos os profissionais da equipe de saúde da família precisam se reconhecer como um educador, um sujeito que, retomando Paulo Freire, educa e é educado em comunhão com os usuários e as famílias e, assim, co-participa da transformação da realidade e, conseqüentemente, das condições de vida e seus impactos sobre a saúde.

Embora a consulta clínica tenha sido referida enquanto contexto de atividade educativa por profissionais que atuavam em centros de saúde convencionais (PEREIRA, 1993; MACHADO, 1997), e sido analisada como tal no contexto do PSF (FRANCO, 2002; ALVES e FRANCO, 2003; MOURA e RODRIGUES, 2003), e mesmo constituindo-se a principal prática desenvolvida pelos profissionais médicos do PSF (FRANCO, 2002; CAPRARA et al., 2003), o seu enfoque nos trabalhos empíricos que abordam a prática educativa em saúde ainda é muito pontual e limitado. Em razão desta lacuna, o presente estudo elege a consulta médica como unidade de análise da ação educativa. Refere-se *ação educativa* por se conceber a prática educativa assimilada a uma outra prática de saúde, a saber a consulta médica. Ou seja, na mesma prática clínica em que o médico ausculta e prescreve medicamentos se faz educação em saúde.

A assimilação da prática educativa ao longo de consultas médicas representa a convergência entre prevenção, promoção e assistência, o que caracteriza a integralidade da atenção. Todavia, a simples assimilação da ação educativa às consultas não representa, por si só, a construção de novas concepções e práticas de educação em saúde. É preciso refletir sobre a racionalidade que orienta a ação educativa do médico de saúde da família, ou seja, o modelo que esta ação assume, pois são os modelos reveladores da conservação ou da ruptura com o fazer hegemônico. Assim, o presente estudo pretende contribuir com a reflexão sobre as práticas de saúde no PSF,

delimitando-se às ações de educação em saúde, questionando como estas ações têm sido assimiladas às consultas médicas.

O modelo dialógico de educação em saúde conforma-se à proposta da integralidade da assistência uma vez que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida. Nesta mesma direção, este modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-a mais sensível a seus destinatários. Para tanto, reconhece-se, entre os muitos passos imprescindíveis à reorientação das práticas de saúde no PSF, a necessidade da transformação da relação profissional-usuário para a construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas. A este respeito, Paim (2002, p. 363) pondera que “apesar da relevância da implantação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes”.

Certamente que os desafios se reafirmam, e com vigor, ao final desta reflexão sobre as práticas de educação em saúde em desenvolvimento no PSF. Afinal de contas, a proposta de reorientação do modelo assistencial, mediante implantação da estratégia do PSF, tem repercutido na construção de novos conhecimentos e práticas em saúde? Como anteriormente discutido, a reflexão crítica sobre os limites do alcance das práticas hegemônicas constitui um passo inicial.

4. A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE CULTURALMENTE SENSÍVEL

Cada cultura tem sua própria verdade

José Luiz dos Santos

As práticas educativas em saúde hegemônicas têm sido alvo de muitas críticas, principalmente pela sua baixa efetividade (RICE e CANDEIAS, 1989). Entre os limites reconhecidos destas práticas destaca-se a não consideração dos aspectos psicossociais e culturais imbricados no processo saúde-doença e na própria adesão às orientações educativas (GOGNA, 1998; CHOR, 1999; FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999). Quanto a este respeito, as ciências sociais, e particularmente a antropologia médica, têm acumulado uma produção de conhecimento sobre concepções de doença e cura entre diferentes grupos sociais, evidenciando saberes paralelos ao saber biomédico, que, construídos a partir da experiência de vida individual, familiar ou comunitária, repercutem sobre a tomada de decisão dos indivíduos quanto aos cuidados com a saúde.

Os saberes biomédico e popular sobre o processo saúde-doença-cuidado têm sido descritos no campo das ciências sociais como construções socioculturais. Assim sendo, o encontro entre profissionais de saúde e usuários pode ser compreendido como o encontro entre diferentes culturas (KLEINMAN, 1978, 1980; HAHN, 1995), cujo desfecho pode ser a incomunicabilidade ou uma re-construção criativa e compartilhada do saber. Para que este último desfecho se efetue, admite-se imprescindível o reconhecimento do usuário – historicamente feito objeto da ação biomédica – sujeito “culturalmente situado”, cabendo ao profissional, “situar biograficamente a pessoa – o indivíduo socializado em pessoa – no seu meio ou na sua cultura” (FREYRE, 2004, p. 130).

A despeito da crescente reflexão sobre as dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado, bem como da sua implicação às práticas educativas,

não se tem verificado uma discussão sistemática sobre o conceito de cultura no campo da Educação em Saúde. Entre os profissionais, tais dimensões muitas vezes figuram como “barreiras culturais” intransponíveis, às quais se atribui o limite do alcance da prática educativa (PEREIRA, 1993); outras vezes, admite-se ser necessário o desenvolvimento de práticas sensíveis à realidade concreta de vida das comunidades (NORONHA et al., 2004). Nestas duas possibilidades, contudo, a concepção de cultura mostra-se restrita. Nesta direção, Vasconcelos (1998) adverte para o risco do uso instrumental e simplista de dados culturais. A adoção de uma concepção restrita de cultura, assumindo-a como equivalente a saberes e práticas populares, pode conduzir à mera adaptação de conteúdos das informações transmitidas pelos profissionais de saúde às crenças e ao vocabulário locais. Este propósito de adaptação dista do intento da construção de uma prática educativa culturalmente sensível, constituindo-se, em sua essência, uma estratégia autoritária de manipulação.

Feitas estas ponderações iniciais, apresenta-se como objetivo do presente capítulo realizar uma revisão do conceito antropológico de cultura. A partir desta conceituação, pretende-se avançar quanto à reflexão sobre o encontro entre profissionais e usuários com seus respectivos saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e a possibilidade de construção de uma prática educativa em saúde culturalmente sensível.

4.1. O conceito antropológico de cultura

Os sentidos atribuídos à cultura podem ser múltiplos, tanto no senso comum quanto na antropologia. Alguns de seus sentidos comuns foram listados por Santos (2004), sendo cultura muitas vezes relacionada ao nível educacional, às manifestações artísticas, aos meios de comunicação de massa, às festas e cerimônias populares, ao modo de vestir, à comida, ao idioma de um povo, e assim por diante. Outros sentidos, já superados pela antropologia, foram revisados por Laraia (2004): cultura como resultado de diferenças genéticas ou de diferenças do ambiente físico.

Um conceito antropológico de cultura foi primeiramente sistematizado por Edward Tylor, em 1871, correspondendo a um “todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (TYLOR apud

LARAIA, 2004, p. 25). A relevância deste conceito para a antropologia naquela ocasião situava-se na superação da idéia de aquisição inata. Segundo a definição de Tylor, a cultura não era decorrente de mecanismos biológicos ou determinada pelas condições geográficas, antes disso, representava um complexo de conhecimentos e habilidades humanas aprendidos através da vida social.

A concepção de Tylor estava, entretanto, passível de muitos equívocos (LARAIA, 2004). Sob influência da noção iluminista de natureza humana, como destacado por Geertz (1989), Tylor admitia ser possível uma análise das culturas de modo a apreender suas causalidades e regularidades, conduzindo assim, à formulação de leis universais. Nesta perspectiva, a diversidade cultural era compreendida como uma decorrência de distintos estágios evolutivos, estando a cultura européia no estágio mais evoluído (SANTOS, 2004; LARAIA, 2004). Além de equivocada, a concepção de Tylor favorecia o preconceito e relações discriminatórias em relação às diferentes culturas.

A respeito do conceito de cultura proposto por Tylor, que fora re-elaborado por outros antropólogos, Geertz (1989) afirma que, ao invés de esclarecedora, a noção de um *todo complexo* confunde o entendimento do conceito de cultura. Assim, o autor considerou a pertinência de proposição de um conceito mais limitado e especializado, por conseguinte teoricamente mais poderoso. O conceito de cultura, então, proposto por Geertz é essencialmente semiótico, deslocando-se, assim, da descrição objetiva dos fenômenos culturais manifestos para a formulação de suas supostas leis regentes, para o empreendimento de uma análise interpretativa das redes de significados implicados nestes fenômenos e na organização da vida social.

O conceito de cultura em Geertz repercute incisivamente na redefinição da concepção de homem e na tarefa etnográfica do antropólogo. Sem negar a “unidade básica da humanidade” (GEERTZ, 1989, p. 27), a diversidade cultural pode ser reconhecida e compreendida longe de equívocos e preconceitos. Por outro lado, a ruptura com os universais culturais, preconizados pela antropologia clássica, permite que a cultura seja compreendida não como fenômeno estático ou estanque, mas sim como processo dinâmico que constitui.

Muitos estudos da antropologia clássica ao longo do século XIX e início do século XX foram influenciados pela concepção iluminista de homem, segundo a qual

existiria uma natureza humana regularmente organizada e imutável (GEERTZ, 1989). De acordo com esta perspectiva, a cultura podia ser compreendida como uma indumentária ou uma espécie de moda local, sendo os homens, em sua essência, os mesmos homens em quaisquer localidades, tempo histórico ou circunstâncias. Para Geertz, não é possível assegurar que esta concepção tenha desaparecido por completo do pensamento antropológico contemporâneo, mas sua insustentação é evidente, uma vez que “o que o homem é pode estar tão envolvido com onde ele está, quem ele é e no que ele acredita, que é inseparável deles” (GEERTZ, 1989, p. 26).

A concepção iluminista de homem criticada por Geertz é definida por ele de “estratigráfica”, segundo a qual o homem seria constituído por camadas hierarquicamente superpostas de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A cultura corresponderia à camada mais superficial e a investigação sobre o homem dar-se-ia mediante o estudo isolado de cada camada pelas ciências correspondentes – biologia, psicologia, sociologia e antropologia. O processo investigativo segundo esta perspectiva é assim descrito por Geertz (1989, p. 28):

À medida que se analisa o homem, retira-se camada após camada, sendo cada uma dessas camadas completa e irreduzível em si mesma, e revelando uma outra espécie de camada muito diferente embaixo dela. Retiram-se as variadas formas de cultura e se encontram as regularidades estruturais e funcionais da organização social. Descascam-se estas, por sua vez, e se encontram debaixo os fatores psicológicos – “as necessidades básicas” ou o-que-tem-você – que as suportam e as tornam possíveis. Retiram-se os fatores psicológicos e surgem então os fundamentos biológicos – anatômicos, fisiológicos, neurológicos – de todo o edifício da vida humana.

A contribuição específica da antropologia para esta investigação estaria no estudo da cultura em busca da identificação de uniformidades empíricas universais e do estabelecimento de suas relações com as demais camadas de composição do humano. Em conformidade com este princípio, realizaram-se estudos de diferentes culturas, havendo fenômenos comportamentais e institucionais, a exemplo da religião e do casamento, sido objetivamente descritos sob a orientação da noção de um *consensus gentium*, ou seja, a idéia de que era possível identificar regularidades transversais a todas as culturas. Estas regularidades seriam reforçadas, por sua vez, pelos achados biológicos, psicológicos e sociológicos.

Geertz propõe a substituição desta concepção estratigráfica das relações entre as dimensões da vida humana por uma síntese, na qual os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais possam ser analisados como variáveis de sistemas unitários. Esta síntese parece estar bem enunciada por Santos (2004) ao afirmar que a cultura não diz respeito apenas a um conjunto de práticas e concepções, partes da vida social; a cultura diz respeito a todos os aspectos da vida social. Em termos caricaturais, a cultura não corresponde, portanto, à cobertura do bolo, conforme aludia o pensamento iluminista, mas sim a um ingrediente especial que interage com os demais e constitui a liga entre eles.

De acordo com as palavras do próprio Geertz (1989, p. 32), “a cultura é melhor vista não como complexos de padrões concretos de comportamento – costumes, usos, tradições, feixes de hábitos –, como tem sido o caso até agora, mas como um conjunto de mecanismos de controle [...] para governar o comportamento”. Esta idéia de mecanismos de controle é relevante para o conceito de cultura proposto pelo autor. Do reconhecimento de que o desenvolvimento biológico e cultural da espécie humana processaram-se paralela e sinergicamente, Geertz explica tais mecanismos de controle extragenéticos como constituídos por sistemas de símbolos significantes: a linguagem, a arte, o mito, o ritual, entre outros. Mediante tais sistemas de símbolos significantes é que o homem se orienta e comunica na vida social. Trata-se de uma consequência da especificidade da evolução da espécie humana:

Como nosso sistema nervoso central – e principalmente a maldição e glória que o coroa, o neocórtex – cresceu, em sua maior parte, em interação com a cultura, ele é incapaz de dirigir nosso comportamento ou organizar nossa experiência sem a orientação fornecida por sistemas de símbolos significantes. O que nos aconteceu na Era Glacial é que fomos obrigados a abandonar a regularidade e a precisão do controle genético detalhado sobre nossa conduta em favor da flexibilidade e adaptabilidade de um controle genético mais generalizado sobre ela, embora não menos real. Para obter a informação adicional necessária no sentido de agir, fomos forçados a depender cada vez mais de fontes culturais – o fundo acumulado de símbolos significantes (GEERTZ, 1989, p. 35).

Por símbolo, Geertz compreende tudo aquilo que possa ser usado para conferir um significado à experiência. Estes símbolos, a princípio, estariam dados aos indivíduos, existindo na sua comunidade antes mesmo de seu nascimento e

permanecendo mesmo após a sua morte. Entretanto, isto não quer dizer que tais símbolos sejam estáticos. Ao contrário, podem sofrer alterações – acréscimos ou subtrações. A historicidade e as particularidades destes símbolos para culturas específicas são ressaltadas por Geertz. Durante toda a existência, os indivíduos de todas as culturas fazem uso de símbolos socialmente compartilhados para os mesmos fins: “para fazer uma construção dos acontecimentos através dos quais ele vive, para auto-orientar-se no ‘curso corrente das coisas experimentadas’” (GEERTZ, 1989, p.33).

O conceito de cultura proposto por Geertz (1989, p. 37) apresenta-se, então, como “**sistemas de significados criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas**⁸”. De acordo com o referido autor, sem tais sistemas ou padrões culturais, o comportamento humano seria virtualmente ingovernável, em decorrência da falta de sentido de seus atos e emoções, e sua experiência não assumiria qualquer forma. Em outros termos, não existiriam os próprios homens.

Pensar a cultura como conjunto de mecanismos simbólicos para significação da experiência vivida implica admitir que a sua compreensão não pode ser limitada à observação de suas diversas formas de expressão. Mais que meramente descrever tais manifestações, Geertz declara ser preciso apreender os significados compartilhados e estruturantes da organização da vida social. Neste sentido, Santos (2004, p. 45) assinala que “lendas ou crenças, festas ou jogos, costumes ou tradições – esses fenômenos não dizem nada por si mesmos, eles apenas o dizem enquanto parte de uma cultura, a qual não pode ser entendida sem referência à realidade social de que faz parte, à história de sua sociedade”. Para Geertz (1989), a cultura é o contexto no qual os comportamentos e acontecimentos sociais podem ser descritos e tornado inteligíveis.

O conceito semiótico de cultura afirma um homem que não é universal. A noção iluminista de natureza humana é substituída pela de individualidades. O que o homem é varia de acordo com a sua cultura, com os sistemas simbólicos a que recorre para significar-se e viver em comunidade. Para Geertz, se há alguma coisa que possa ser veementemente afirmado é que a cultura modela os homens como indivíduos separados.

⁸ Grifos nossos.

A tarefa etnográfica também é redefinida a partir do conceito semiótico de cultura. Admitindo-se ser esta um texto público, ao antropólogo – e a quem mais possa interessar a compreensão da cultura – cabe a construção de uma leitura desta cultura, orientada pela indagação a respeito da importância das manifestações culturais e seus significados. Todavia, adverte o próprio Geertz (1989) que esta leitura será sempre uma aproximação, interpretações de segunda e terceira mão. Uma leitura em primeira mão é de exclusividade dos “nativos”, disto decorrendo que a interpretação antropológica da cultura faz indispensável, além da observação participante, a conversa com estes sujeitos. Quanto ao acesso às culturas alheias ser inevitavelmente sempre marginal, Geertz (1989, p.14) pondera que isto não incorre em nenhuma fatalidade, pois, sobretudo, “não é necessário conhecer tudo para poder entender uma coisa”.

A relevância do conceito semiótico de cultura está na possibilidade da interpretação das culturas, com apreensão mínima dos símbolos e dos significados compartilhados por diferentes povos e grupos sociais, e na conseqüente redução da perplexidade que suas manifestações possam, a princípio, invocar ao não-nativo. Mediante a interpretação das culturas, pode-se compreender que tipo de homem são os “nativos” e, para além de atitudes discriminatórias, entender que cada cultura tem sua própria lógica. Estas considerações são sintetizadas por Geertz (1989, p, 17): “o ponto global da abordagem semiótica da cultura é, como já disse, auxiliar-nos a ganhar acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido um tanto mais amplo, conversar com eles”.

O conceito semiótico de cultura proposto por Geertz será norteador das reflexões tecidas neste capítulo quanto à possibilidade de construção de práticas educativas em saúde culturalmente sensíveis. Antes, contudo, realiza-se uma revisão da abordagem antropológica cuja análise contempla saúde, doença e cuidado como construções socioculturais.

4.2. Saúde, doença e cuidado: construções socioculturais

Segundo Geertz (1989, p. 36), entre a experiência corpórea e o que é preciso saber a respeito para significá-la existe um “hiato de informações”, um vazio a ser preenchido por símbolos significantes fornecidos pela cultura. Esta consideração

constituiu-se em um princípio axiomático na antropologia médica contemporânea. A doença consta entre tantas outras experiências da vida humana que requer ser significada e a construção de seus sentidos não é apenas um acontecimento individual, a interpretação dos sintomas identificados se processa em função dos contextos socioculturais de que participam os indivíduos (ADAM e HERZLICH, 2001). Nesta mesma direção, a compreensão das concepções de saúde-doença e das práticas de cuidado correlatas entre diferentes grupos sociais apenas pode ser efetuada perante sua contextualização social e cultural.

O avanço do campo da antropologia médica, observado nas últimas décadas do século XX, é examinado por Young (1982), que destaca duas principais vertentes: a antropologia da *sickness* e a antropologia da *illness*. Estas caracterizam-se pelo desenvolvimento de um sistema conceitual centrado nas particularidades sociais e experienciais de doença e cura. Enquanto a antropologia da *sickness* analisa a doença enquanto produção da organização e relações sociais, a antropologia da *illness* privilegia a análise da percepção e significação da experiência da doença. No presente texto, prevalece a perspectiva da antropologia da *illness*, sendo revisado o modelo teórico-conceitual desenvolvido pelo antropólogo Arthur Kleinman, apontado por Young como o autor mais influente e prolífero desta vertente.

A antropologia da *illness* é caracterizada por Young (1982) pela proposição conceitual de modelos explicativos da doença, modelos estes que oferecem subsídios para a análise da tomada de decisão dos indivíduos quanto à busca por terapeutas e/ou terapias em situação de episódios de doença. Um autor contemporâneo ao Kleinman destacado por Young pela contribuição relevante ao desenvolvimento da antropologia da *illness* é Byron Good. Este autor, segundo a revisão de Young (1982), definiu a doença enquanto texto interpretável. Mais do que um conjunto de sintomas que possam ser classificados segundo categorias nosológicas, a doença constitui uma configuração semântica, condensando uma rede de significados. Com a expressão rede semântica da doença⁹, Good (apud YOUNG, p. 263) qualifica “rede de palavras, situações, sintomas e sentimentos que estão associados a uma doença e que lhe confere sentido para a pessoa que sofre”¹⁰. Cada doença apresentaria, de acordo com Good, configurações distintas de

⁹ Do original “semantic illness network”.

¹⁰ No original, “network of words, situations and feeling which are associated with an illness and give it meaning for the sufferer”.

significados, encontrando-se no cerne de sua rede semântica elementos simbólicos centrais¹¹.

Para o campo da antropologia, as proposições teóricas de Good foram inovadoras ao ressaltar que as declarações dos indivíduos sobre a doença experienciada precisavam ser interpretadas no contexto social e simbólico desta experiência, conferindo-se atenção especial ao modo como estas declarações mudavam ao longo do tempo e das circunstâncias (YOUNG, 1982). Good e Kleinman aproximam-se estreitamente em relação a estas ponderações e à contraposição ao reducionismo do modelo biomédico.

Kleinman propôs seu modelo teórico-conceitual para a compreensão da saúde, doença e cura enquanto um sistema cultural no final da década de 1970 (KLEINMAN, 1978). Antevia naquela ocasião que a definição deste modelo propiciaria a descrição de sistemas médicos particulares, bem como permitiria a comparação transcultural entre diferentes sistemas médicos. Nesta aplicabilidade situava-se a principal vantagem de sistematização do modelo.

O modelo teórico proposto por Kleinman fundamenta-se na premissa de que sistemas médicos são simultaneamente sistema social e sistema cultural, constituídos, desta maneira, por sistemas de significados intrínsecos a relações sociais e contextos institucionais. O conceito de cultura adotado pelo autor é o semiótico: “sistema de significados simbólicos que molda a realidade social e a experiência pessoal”¹² (KLEINMAN, 1978, p. 86). A influência de Geertz ao modelo teórico de Kleinman é assinalada por Young (1982).

A saúde, a doença e o cuidado articulam-se a aspectos da realidade social como sistemas culturais e como tal não podem ser compreendidos isoladamente um do outro. Estes sistemas, existentes em todas as sociedades, foram denominados por Kleinman (1978) de sistemas de cuidado em saúde¹³. A maioria destes sistemas apresenta três setores ou arenas sociais nas quais a doença é interpretada para seu enfrentamento, são eles: o popular, o profissional e o paraprofissional¹⁴. O setor popular

¹¹ Do original “core symbolic elements”.

¹² No original, “system of symbolic meanings that shapes both social reality and personal experience”.

¹³ Do original “health care systems”.

¹⁴ Do original “folk”.

inclui a família e as redes sociais e comunitárias. Do setor profissional participam profissionais de saúde cuja legitimidade é reconhecida pelo Estado. O setor paraprofissional, por sua vez, é constituído pelos agentes de cura não oficiais, a exemplo das rezadeiras e curandeiros. De acordo com Kleinman (1978), estes setores e seus subsetores são responsáveis pela produção de diferentes realidades clínicas, estas compreendidas como construções socioculturais da doença e do respectivo objetivo de cura.

Os sistemas de cuidado em saúde desempenham certas funções clínicas essenciais: 1) a construção cultural da enfermidade (*illness*) como uma experiência psicossocial, socialmente aprendida e sancionada; 2) a construção cultural de critérios gerais de avaliação para orientar a tomada de decisão quanto à procura de práticas terapêuticas e de terapeutas (seja profissionais ou paraprofissionais), bem como para a avaliação da eficácia de terapêuticas existentes anteriormente e independentemente do episódio de doença; 3) os processos cognitivos e comunicativos envolvidos no gerenciamento dos episódios de doença, incluindo operações como nomeação, classificação e explicações significativas pessoais e socialmente; 4) a atividade de cura, incluindo todos os tipos de intervenção terapêutica: dietas, psicoterapia, medicamentos, rituais de cura, entre outros; 5) a adoção deliberada ou não de comportamentos que promovam a saúde (medidas preventivas) ou o adoecimento; 6) o gerenciamento de resultados terapêuticos, incluindo a cura, a recorrência dos sintomas, cronicidade, seqüelas e morte (KLEINMAN, 1978, 1980).

A descrição destas funções clínicas deve ser precedida pela definição de duas categorias teóricas: *disease* e *illness* (KLEINMAN, 1978, 1980, 1988). Trata-se de diferentes maneiras de explicar a doença¹⁵. Assim sendo, *disease* refere-se a disfunções de processos orgânicos ou psicológicos. Não necessariamente reconhecida culturalmente, corresponde a categorias nosológicas definidas pelo modelo biomédico. A *illness* refere-se à experiência do indivíduo, sua família e rede social, dos sintomas e sofrimentos produzidos pela *disease*. A experiência da *illness* é subjetiva, pois decorrente da percepção do indivíduo dos processos corporais cuja disfunção repercute imediatamente na sua vida cotidiana com comprometimento no desempenho de algumas atividades, mas a construção de seus significados procede em um contexto

sociocultural. Assim, os significados atribuídos a *illness* estão estreitamente relacionados à história de vida do indivíduo e à sua relação com o grupo social a que pertence – família e rede social.

A experiência da *illness* é construída a partir de reações pessoais, sociais e culturais a episódios de *disease*. É nesta perspectiva que a sua elaboração constitui uma função clínica essencial dos sistemas de cuidado em saúde, despontando como primeiro estágio de cura. Kleinman (1980) esclarece que a construção cultural da *illness* como experiência psicossocial implica, portanto, na produção de significados para a *disease*, que, ao mesmo tempo em que a explica, proporciona meios de controle sobre a mesma. Em outros termos, o cuidado se inicia através da experiência da *illness*.

As categorias de *disease* e *illness*, contudo, não são estáticas e por completo antagônicas, há entre elas uma inter-relação dinâmica e complexa (KLEINMAN, 1980). Nas doenças crônicas, a complexidade desta inter-relação apresenta-se mais evidente, considerando Kleinman que nem sempre é fácil distingui-las. Nestes casos, a *illness* pode existir mesmo na ausência de manifestação de sintomas e esta pode ser desencadeada em virtude da *illness*. Em relação a *disease*, Kleinman afirma que todos os seus sintomas são moldados pela experiência da *illness*, isto porque nela estão envolvidos a percepção das primeiras manifestações da *disease*, como também uma resposta afetiva, processos cognitivos e avaliação dos sintomas, e sua comunicação verbal e não verbal. Esta inter-relação explica, por exemplo, como indivíduos com uma mesma *disease* podem descrevê-la de maneira muito diversa – inclusive atribuindo-lhe rótulos distintos –, conferir a seus sintomas maior ou menor importância e assumir práticas de cuidado singulares. A inter-relação entre *disease* e experiência da *illness*, bem como suas implicações para as práticas de cuidado podem ser assim sintetizada:

Sem a *illness* não há nenhuma significação associada à doença. Isto porque a *illness* é sempre uma construção cultural. Sem a contextualização da *disease* em um contexto de significado, não há uma base para opções comportamentais, nenhuma orientação para o comportamento de busca de saúde e a aplicação de terapia específica. Conseqüentemente, o principal mecanismo pelo qual a cultura afeta o paciente e sua

¹⁵ Na língua inglesa, verifica-se a distinção entre patologia (*disease*), enfermidade (*illness*) e doença (*sickness*). Esta mesma nuance não é observada na língua portuguesa.

doença é via a construção cultural de categoriais e experiências da *illness*¹⁶ (KLEINMAN, 1980, p.78).

As funções clínicas essenciais de um sistema de cuidado em saúde, como visto, abrangem outros processos além da construção cultural da *illness*, embora seja esta indispensável ao desencadeamento das demais. Uma segunda função clínica corresponde à definição dos critérios orientadores da tomada de decisão relativa à busca de cuidado e sua especificidade, mantendo esta uma coerência com as categorias de *illness*. As práticas de cuidado adotadas podem variar – e freqüentemente variam – entre os setores popular, profissional e paraprofissional, assim como entre indivíduos e suas famílias. O mesmo pode ser afirmado quanto à avaliação da eficácia das práticas de cuidado disponíveis.

No que diz respeito às funções clínicas de atividade de cura e gerenciamento dos resultados terapêuticos, Kleinman (1978, 1980) discute que a cura, objetivo último de todo sistema de cuidado em saúde, pode assumir duas feições distinguíveis, embora relacionadas: a *curing of disease* e a *healing of illness*¹⁷. A primeira diz respeito ao estabelecimento do controle efetivo das disfunções dos processos orgânicos e/ou psicológicos, ocasionando assim a remissão dos sintomas. A segunda implica o processo de significação pessoal e social para a experiência da *illness* e os problemas criados pela doença à vida cotidiana.

Uma terceira categoria de cura referida por Kleinman (1978, 1980) é a *cultural healing*, que inclui especialmente a *healing of illness*. A *cultural healing* pode ser efetuada mediante rituais de cura, através dos quais valores ameaçados e tensões sociais podem ser reafirmados. Neste caso, a cura é avaliada como bem sucedida porque a doença e a terapêutica assumida recebem explicações significativas. Desta maneira, uma doença que em algum momento foi reconhecida como uma ameaça à integridade

¹⁶ No original, “Without illness, there is no signification attached to the disorder. That is why illness is always a cultural construction. Without setting disease in a context of meaning, there is no basis for behavioral options, no guide for health-seeking behavior and the application of specific therapy. Hence, the major mechanism by which culture affects the patient and his disorder is via the cultural construction of illness categories and experiences”.

¹⁷ Optou-se pela não tradução das expressões *curing of disease*, *healing of illness*, *cultural healing* e *cultural iatrogenesis* em razão dos motivos explicitados em nota de rodapé anterior sobre as nuances de tais expressões na língua inglesa não reproduzível na língua portuguesa. Em relação às referidas expressões, considera-se importante a apreensão das distinções estabelecidas pelo autor.

física, psicológica ou social, seja para o indivíduo, sua família ou comunidade, pode ser culturalmente significada, sem que necessariamente a manifestação de seus sintomas tenha sido redimida. Os casos de transtornos psiquiátricos podem derivar exemplos bastante ilustrativos da *cultural healing*.

A respeito da atividade de cura, Kleinman (1978, 1980) discute que como a construção da experiência da *illness* é uma operação cultural, assim como a definição dos critérios de avaliação da eficácia das práticas terapêuticas, é muito provável a instauração de conflitos entre as realidades clínicas e a expectativa de cuidado e cura entre setores e subsetores dos sistemas de cuidado em saúde. O fenômeno é denominado por Kleinman de *cultural iatrogenesis* e pode produzir como consequência a não adesão do paciente à terapêutica proposta pelos serviços de saúde oficiais, a sua insatisfação com o tipo de assistência prestada, o uso inadequado de recursos de cuidado disponíveis, assim como práticas de cuidado profissionais ineficientes.

A discussão a respeito do encontro entre indivíduos de diferentes setores dos sistemas de cuidado em saúde e os possíveis desfechos da interação entre eles e suas repercussões para a atenção à saúde é fortalecida pela definição dos modelos explicativos¹⁸. De acordo com Kleinman (1980), estes constituem um modelo conceitual que oferece subsídios para a análise empírica dos processos cognitivos e comunicacionais transversais às práticas de cuidado. O encontro clínico entre médico e paciente foi privilegiado por Kleinman como contexto de análise (Young, 1982).

Segundo Kleinman (1978), as relações médico-paciente e paciente-família podem ser analisadas e comparadas como transações entre diferentes modelos explicativos. Nesta direção, Kleinman (1980) assinala quatro perspectivas possíveis de análise: 1) o estudo de modelos médicos pode informar sobre sua concepção de doença e como esta orienta o projeto terapêutico; 2) o estudo de modelos de pacientes e suas famílias pode revelar sobre a construção de sentidos da *illness* e sobre a escolha e avaliação das práticas terapêuticas; 3) o estudo da interação entre modelos explicativos de médicos e pacientes pode demonstrar o desenvolvimento de processos comunicacionais e propicia análise de suas dificuldades; 4) o estudo de modelos explicativos de setores e subsetores dos sistemas de cuidado em saúde pode ser revelador dos mecanismos pelos quais o contexto cultural e a estrutura social afetam a

relação médico-paciente e outras relações de cuidado. Neste ensejo, a despeito das limitações do modelo teórico de Kleinman, considera-se pertinente assinalar a sua relevância para a análise empírica do encontro entre médicos e pacientes com suas respectivas concepções de saúde, doença e cuidado. Esta análise é essencial para a reflexão quanto à possibilidade de construção de práticas de saúde culturalmente sensíveis.

Os modelos explicativos são definidos por Kleinman (1978,1980) como explicações a um episódio de doença e ao cuidado terapêutico adotado. Em sua estrutura, os modelos explicativos devem oferecer respostas a todas ou a algumas das seguintes questões: 1) a etiologia da doença; 2) patofisiologia; 3) o início de manifestação dos seus sintomas; 4) o curso da doença e avaliação de sua gravidade; 5) tratamento. A distinção entre os modelos explicativos deve-se, em parte, ao alcance quanto à resposta a estas questões. Os modelos médicos tendem a ser mais abrangentes que os modelos de pacientes e suas famílias.

Os modelos explicativos diferem ainda quanto a sua força analítica, o nível de abstração, a articulação lógica, o idioma e suas metáforas. Kleinman (1978, 1980) caracteriza o modelo explicativo médico como orientado principalmente pela categoria *disease*, relacionando-se ao modelo teórico-científico biomédico. Disto decorre ser o modelo explicativo médico predominantemente abstrato, altamente técnico e expresso em um idioma impessoal, objetivo e científico. Os modelos explicativos de pacientes e familiares, por sua vez, são orientados pela categoria *illness*, caracterizando-se pela concretude do seu idioma e uso recorrentes de metáforas, levando em conta os problemas acarretados pela doença à vida cotidiana. Circunstâncias como escolaridade e classe social são apontadas por Kleinman (1980) como variáveis que influenciam a escolha dos idiomas e metáforas.

Para Kleinman (1978, 1980), o encontro clínico nada mais é do que a resultante de transações entre modelos explicativos de médicos, pacientes e, eventualmente, seus familiares. Os desfechos destas transações podem ser múltiplos, a depender do nível de tradução operada entre os idiomas utilizados por médicos e pacientes para a descrição e compreensão do episódio de doença. Entretanto, para esta tradução concorrem muitos fatores, sendo o principal deles a relação de poder instituída

¹⁸ Do original “explanatory model”.

entre seus participantes. A interação clínica é na maioria das vezes dominada pelo médico, com seu modelo explicativo prevalecendo na definição do diagnóstico e do projeto terapêutico. Kleinman (1980) acentua que a troca de informações entre médico e paciente, na maioria destes encontros, é mínima, sendo o paciente estimulado a prestar informações para esclarecimento da *disease*. A experiência da *illness*, freqüentemente, não é objeto de atenção da prática clínica e a sua não valorização pelos médicos acaba por inibir a sua narrativa, mesmo que espontaneamente, pelo paciente:

Na prática, os leigos não oferecem voluntariamente seus [modelos explicativos] aos profissionais de saúde ou, quando o fazem, os relatam de forma bastante curta, explicações em uma única frase porque eles são embaraçados quanto a revelar suas crenças em um contexto de atenção à saúde formal. Eles temem serem ridicularizados, criticados ou intimidados devido a suas crenças parecerem equivocadas ou absurdas do ponto de vista médico profissional¹⁹ (KLEINMAN, 1980, p. 106).

Uma última consideração a respeito dos modelos explicativos é de que eles são, em parte, idiossincráticos e, em parte, construções socioculturais. Como tal, não constituem eventos estáveis, sendo-lhe característico mudanças constantes. O modelo explicativo de um paciente, por exemplo, pode mudar em consequência de encontros clínicos em que teve contato com o modelo explicativo do médico ou, então, em decorrência de haver vivenciado anteriormente um episódio de doença semelhante ao atual. Além disso, a difusão de informações médicas pelos meios de comunicação é outro fator contribuinte para a constante re-elaboração de modelos explicativos. Nesta flexibilidade, pode-se vislumbrar a potencialidade da prática educativa em saúde para a re-significação de concepções de saúde, doença e cuidado.

4.3. Reflexões sobre a construção de uma prática educativa em saúde culturalmente sensível

¹⁹ No original, “In practice, laymen either do not volunteer their EMs [explanatory models] to health professionals or, when they do are embarrassed about revealing their beliefs while in formal health care settings. They fear being ridiculed, criticized, or intimidated because their beliefs appear mistaken or nonsensical from the professional medical viewpoint”.

Uma limitação do modelo teórico-conceitual proposto por Kleinman refere-se ao enfoque conferido à prática clínica. Para o autor, a relevância do modelo estava na possibilidade de avaliar esta prática, especialmente a qualidade da interação e dos processos comunicacionais entre médico e paciente, de modo a promover uma maior eficácia da atenção médica. Assim, o encontro clínico e principalmente a atenção a pacientes portadores de doenças crônicas foram privilegiados nas análises do autor. Desta maneira, o modelo proposto não contempla a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Esta limitação é reconhecida por Kleinman (1980), que considera possível o desdobramento do modelo no sentido de sua ampliação.

Apesar desta limitação, as considerações teóricas de Kleinman oferecem subsídios de extrema relevância para a reflexão pretendida nesta seção: é possível o desenvolvimento de práticas educativas em saúde culturalmente sensíveis? Se possível, que transformações são necessárias às práticas hegemônicas? Para incrementar esta reflexão, as proposições dos antropólogos Robert Hahn e Gilberto Freyre e do educador Paulo Freire serão articuladas àquelas já então revisadas de Geertz e Kleinman.

O ponto de partida desta reflexão não poderia ser outro senão o conceito de cultura. A definição proposta por Geertz (1989) favorece o esclarecimento de que as concepções de saúde e doença e as práticas de cuidado correlatas não constituem em si a cultura, mas apenas fenômenos observáveis e passíveis de interpretação, desde que socioculturalmente contextualizados. Nesta direção, a antropologia médica tem aprofundado a análise da influência da cultura na percepção e experiência da doença, assim como na escolha das práticas terapêuticas e na decisão de quando buscá-las.

Na concepção de cultura como sistemas de símbolos significantes historicamente criados e orientadores dos comportamentos, sustenta-se o modelo teórico-conceitual de Kleinman (1978), que concebe sistemas médicos como sistemas sociocultural. De acordo com este modelo, a biomedicina figura como mais um entre muitos sistemas médicos, sendo descrita pelo autor como o produto de um contexto social, político, econômico e cultural particular: a sociedade capitalista (KLEINMAN, 1995). Esta mesma circunstância justifica a sua hegemonia na contemporaneidade, motivo pelo qual a revisão de seus pressupostos se faz indispensável para a reflexão então proposta.

Uma descrição extensiva das especificidades do modelo biomédico foi realizada por Kleinman (1995). A biomedicina se fundamenta em um paradigma unitário, admitindo a existência de uma verdade universal a respeito do corpo, da doença e do tratamento. A tolerância a paradigmas médicos alternativos é frágil ou inexistente. Em conformidade com esta característica, o modelo biomédico reconhece uma única cadeia de causas para as doenças, sendo esta localizada no corpo e explicada em termos de disfunções fisiológicas. Assim sendo, a biologia é imperativa. A realidade sobre a doença corresponde àquela que pode ser vista pelo microscópio e atestada pelos exames laboratoriais, sendo a narrativa do paciente e sua experiência psicossocial posta em segundo plano, quando não totalmente desprezadas.

A categoria *disease* é a chave da biomedicina, a sua visão terapêutica não confere nenhuma atenção à experiência de sofrimento do paciente e sua família. Esta é deliberadamente traduzida em termos objetivos de *disease* e, em decorrência disto, o projeto terapêutico é construído sem legitimar o sofrimento e sem qualquer inclinação em significá-lo ao paciente. Nesta mesma perspectiva, verifica-se a tendência de “eufemização do sofrimento”²⁰ (KLEINMAN, 1995, p. 35). Esta e outras questões psicossociais, a exemplo do alcoolismo, violência e envelhecimento, têm sido cada vez mais submetidos a um processo intenso de medicalização, sendo transformado em *diseases* psiquiátricas. Kleinman (1995) adverte que este processo de medicalização obscurece a identificação de determinantes políticos e econômicos do processo saúde-doença, cuja compreensão caracterizaria a categoria *sickness* (KLEINMAN, 1988), pouco aprofundada pelo autor.

Da análise crítica destes pressupostos e tendências da biomedicina, é que antropólogos como Kleinman, Hahn e Freyre argumentam que para o desenvolvimento de práticas culturalmente sensíveis e, portanto, integrais e humanizadas, faz-se imprescindível a superação de limitações impostas pelo reducionismo do modelo biomédico. A concepção da doença enquanto fenômeno simultaneamente biológico e sociocultural encontram-se no centro das argumentações e proposições teóricas dos autores.

Para Kleinman (1988), a medicina deve ocupar-se tanto do controle dos processos da *disease* (*curing of disease*) quanto do cuidado com a experiência da *illness*

(*healing of illness*). Em relação a doenças crônicas, a necessidade de contemplação destas duas dimensões do cuidado se apresenta ainda mais consistentemente:

Quando visto a partir de situações humanas de doenças crônicas, nem a interpretação do significado dos sintomas nem o manejo de emoções profundamente sentidas dentro das relações pessoais íntimas podem ser rejeitados como tarefas periféricas. Eles constituem, ao contrário, o foco da medicina. Estas são atividades com as quais os médicos deveriam estar engajados. O fracasso em conduzir estas questões é uma falha fundamental no trabalho do médico²¹ (KLEINMAN, 1988, p. 253).

A proposta de uma prática clínica que leve em conta a experiência da *illness* é referida por Kleinman (1988, p. 255) como “cuidado psicossocialmente sensível”²². O seu desenvolvimento constitui um desafio e sua concretização demanda, segundo análise do autor, transformações na formação médica, institucionais e políticas.

Quanto à formação médica, Kleinman (1980, 1988) argumenta ser necessário capacitar os médicos e os profissionais de saúde, em geral, para acessar e interpretar as narrativas da *illness*, uma vez que os pacientes e suas famílias seriam, a princípio, resistentes a pronunciarem espontaneamente estas experiências de forma aprofundada no contexto dos serviços oficiais de saúde. Esta prática clínica, contudo, não se limitaria às narrativas dos pacientes, mas deveria incluir o desenvolvimento da habilidade de condução de uma mini-etnografia, o que implicaria o reconhecimento do contexto social e cultural de vida do paciente e sua família. Kleinman (1988) considera, por exemplo, que entre as atividades curriculares dos estudantes de medicina deveria constar visitas às famílias e comunidades para a observação dos comportamentos e práticas de cuidado em saúde. Certamente, atividades como estas favorecem a aproximação dos profissionais de saúde com diferentes culturas, como também a leitura e significação de concepções e práticas populares que, culturalmente descontextualizadas, possam parecer sem lógica, absurdas e abomináveis.

²⁰ Do original “euphemization of suffering”.

²¹ No original, “When viewed from the situation of chronic illness, neither the interpretation of illness meaning, nor the handling of deeply felt emotions within intimate personal relationships can be dismissed as peripheral tasks. They constitute, rather, the point of medicine. These are the activities with which the practitioner should be engaged. The failure to address these issues is a fundamental flaw in the work of doctoring”.

²² No original, “psychosocially sensitive care”.

O contato mais estreito com a comunidade também pode representar maior proximidade entre os diferentes setores do sistema de cuidado em saúde. Kleinman (1988) lembra que os médicos tendem a ser mal informados a respeito das práticas de cuidado populares adotadas por seus pacientes, mesmo sendo este conhecimento relevante para a compreensão quanto à não adesão ao projeto terapêutico proposto ou quanto à restrição dos resultados obtidos. Para o autor, um desafio à biomedicina consiste em reconhecer a importância de tais práticas e da influência dos agentes de cura populares na atenção e significação da experiência da *illness*. Em geral, os pacientes hesitam em fazer referência às práticas de cuidado não biomédicas, que supõem serem desprezadas pelos médicos, e estes, por sua vez, tendem a não considerar ou mesmo questionar a respeito. Neste sentido, Kleinman (1988, p. 262) afirma que “o respeito ao ponto de vista do paciente deveria incluir uma **disposição para aprender**²³ sobre o uso dos assim chamados terapeutas alternativos”²⁴.

Mas as transformações necessárias ao desenvolvimento de práticas de saúde culturalmente sensíveis devem ser operacionalizadas também no âmbito dos serviços. Kleinman (1988, p. 258) é enfático ao considerar que “sem um suporte institucional apropriado, é muito improvável que o que possa ser aprendido nas escolas e nos programas de residência seja aplicado na prática concreta”²⁵. A instauração deste suporte institucional remete para a reorientação de modelos assistenciais dominantes. Nesta perspectiva, evidencia-se a amplitude dos requisitos necessários ao desenvolvimento de novas concepções e práticas de saúde. Trata-se, na verdade, de uma transformação cultural que demanda a construção de novos sentidos ao cuidado em saúde. As considerações de Hahn (1995) e Freyre (2004) são convergentes às de Kleinman quanto a esta conclusão.

Para superação de limitações do modelo biomédico, Hahn (1995) propõe o desenvolvimento de uma medicina antropológica²⁶, que:

²³ Grifos nosso.

²⁴ No original, “Respect for the patient’s viewpoint should include a willingness to learn about the use of so-called alternative practitioners”.

²⁵ No original, “Without the appropriate institutional support, it is very unlikely that would be learned in medical school and residency programs would be applied in actual practice”.

²⁶ Do original, “anthropological medicine”.

reconhece as raízes sociais e culturais das idéias e das atitudes tanto de profissionais quanto de leigos acerca da doença; que reconhece completamente a etiologia da doença nas condições ambientais sociais e culturais assim como nas condições fisiológicas; que também admite os efeitos socioculturais nos processos terapêuticos e de cura e respeita o contexto social de cura; e que atenta para o bem-estar de agentes de cura assim como de seus pacientes. A medicina antropológica integra uma perspectiva sociocultural com uma perspectiva biológica no âmago da educação médica, prática médica, pesquisa e arranjos institucionais²⁷ (HAHN, 1995, p. 265).

A medicina antropológica pode ser considerada um modo de denominar práticas de saúde integrais e socioculturalmente contextualizadas. Uma outra denominação é enunciada por Freyre (2004, p. 126) como medicina compreensiva ou compreensivista, cuja premissa não seria outra senão “procurar compreender ou alcançar o doente o mais possível na sua totalidade de pessoa ou de indivíduo socializado em pessoa”. A totalidade a que faz referência o autor inclui a família, as redes sociais (amigos, vizinhos, colegas de trabalho) e suas características socioculturais.

O aporte das ciências sociais e notadamente da antropologia à medicina é reconhecidamente fundamental para o desenvolvimento de práticas de saúde culturalmente sensíveis. No que diz respeito à prática educativa, a teoria do educador Paulo Freire pode oferecer contribuições relevantes.

Na apresentação da teoria da ação antidualógica e da ação dialógica, Freire (2003) discorre sobre a invasão e a síntese cultural. A ação antidualógica orienta-se para a conquista e manipulação, podendo esta assumir diferentes formas, desde as mais evidentes até as mais sutis, como é o exemplo do paternalismo. A ação dialógica, ao contrário, é comprometida com a emancipação dos sujeitos.

A ação antidualógica tem como característica proeminente a invasão cultural, que consiste na “penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem

²⁷ No original, “...accepts the social and cultural roots of both professional and lay ideas and lay ideas and attitudes about sickness; that fully recognizes the etiology of sickness in social and cultural as well as physiological and environmental conditions; that also acknowledges sociocultural effects in therapy and healing processes and respects the social context of healing; and that address the well-being of healers and their patients alike. It integrates a sociocultural perspective with a biological one at the core of medical education, medical practice, research, and institutional arrangements”.

sua expansão” (FREIRE, 2003, p. 149). Neste sentido, Freire qualifica esta ação como uma violência aos indivíduos da cultura invadida, os quais figuram como objeto da ação dos invasores. Estes são os que ditam, prescrevem, modelam, opinam. Dos invadidos espera-se apenas sujeição e adaptação.

A maneira como pensam e vivem os invadidos pode até ser de interesse dos invasores, mas este conhecimento é aplicado em favor da conquista e manipulação, impondo-se aos invadidos outros padrões culturais. Nesta ação, os invadidos são conduzidos a olhar o mundo sob a ótica dos invasores, que os fazem crer na superioridade de sua cultura. Na assertiva da inferioridade da cultura dos invadidos se fortalece o poder dos invasores. Estes crêem veementemente na sua superioridade cultural e, assim, dispõem-se a depositar nos invadidos, como que num ato benevolente, o seu conhecimento e a lhes prescrever condutas. Nesta ação, não há necessidade de ouvir os invadidos, mesmo porque o que eles possam ter a dizer sobre sua visão de mundo não é considerado de valor.

Para a superação da invasão cultural, Freire (2003) afirma ser preciso a dissolução da dualidade entre invasores e invadidos. Trata-se da mesma condição necessária ao diálogo, sendo este ao mesmo tempo responsável pelo estabelecimento de uma relação do “não-nativo” com o mundo e a cultura dos “nativos” de modo que aquele possa estar *com* estes como companheiros e não *sobre* ou *dentro*, sobrepujando-os.

A ação dialógica, portanto, implica o encontro entre sujeitos. Ao contrário da ação antidialógica, o “não-nativo” e os “nativos” estabelecem entre si uma relação de co-laboração para a transformação da realidade (FREIRE, 2003). Ao invés da conquista e manipulação, a ação dialógica orienta-se para a adesão, sendo esta construída mediante a relação dialógica e o compromisso com a liberdade dos sujeitos. Nesta direção, Freire (2003, p. 167) distingue adesão de aderência: “adesão *conquistada*²⁸ não é adesão, porque é ‘*aderência*’ do conquistado ao conquistador através da prescrição das opções deste àquele. A adesão verdadeira é a coincidência livre de opções”. De acordo com esta distinção, a adesão implica o reconhecimento de sujeitos, socioculturalmente situados, e respeito à sua autonomia.

²⁸ Grifos do autor.

Nesta perspectiva, a conseqüência da ação dialógica é a síntese cultural. Conforme Freire (2003, p. 180), nesta ação os atores não chegam ao mundo popular como invasores, mas sim para “conhecê-lo com o povo e não para ‘ensinar’, ou *transmitir*, ou *entregar*²⁹ nada ao povo”. Assim, a ação dialógica inicia pelo reconhecimento da realidade em que vivem os sujeitos do povo e apreensão de sua cultura. O propósito, entretanto, não é a manipulação, como procede na invasão cultural, mas a construção de uma síntese mediante ação conjunta e criativa dos sujeitos. Ao invés da imposição de modelos e prescrições, os sujeitos decidem juntos quanto à ação que exercerão sobre a realidade. O saber que orienta esta ação é uma reconstrução, visto que já não corresponde ao saber original de um ou outro sujeito, mas de um saber compartilhado por ambos, sintetizado. Nesta interação, os sujeitos se enriquecem, o saber teórico de um se fortalece no saber empírico do outro e vice-versa.

A partir da revisão teórico-conceitual empreendida neste capítulo, pode-se concluir pela possibilidade de construção de uma prática educativa em saúde culturalmente sensível, sendo esta essencialmente dialógica. Para tanto, faz-se necessária a superação do reducionismo do modelo biomédico e da dicotomia entre profissionais de saúde e usuários, como sujeitos e objetos das práticas. Sendo saúde, doença e cuidado construções socioculturais, apenas mediante o diálogo e a síntese cultural pode-se desenvolver práticas educativas culturalmente sensíveis. Como discutido, os desafios à construção desta prática são muitos e vigorosos. Esta construção representa, ela mesma, uma transformação cultural, ao exigir a re-significação da relação estabelecida com o outro e das práticas de atenção à saúde.

²⁹ Grifos do autor.

5. CAMINHO E TRILHAS METODOLÓGICAS

A verdade é sempre a realidade interpretada

Oswald de Andrade

A atividade de pesquisa compara-se à do artesão: da natureza extrair a matéria bruta e com uma imagem esboçada na mente e auxílio de algumas ferramentas escolhidas dar vida e alma à criação. Esta é uma experiência vivida no desenvolvimento do presente trabalho e este capítulo pretende descrever o caminho percorrido desde a extração da matéria bruta, a coleta dos dados e construção do *corpus*, até a análise descritiva e interpretativa produtora de um texto ainda inédito, criação da pesquisadora. O esboço da imagem desta criação, composto pelos pressupostos de pesquisa, está delineado ao longo dos capítulos precedentes, momento de revisão conceitual e do estado da arte. As ferramentas para lapidação da matéria bruta, ou melhor, dos dados, foram especialmente buscadas dentro de um marco conceitual teórico-metodológico construído a partir da interface entre o campo da educação e o campo das ciências sociais, especialmente a antropologia médica.

A decisão por uma abordagem descritiva e interpretativa dos dados foi orientada por uma primeira compreensão do objeto. A ação educativa em consultas médicas do PSF se desenvolve em um contexto do qual participam alguns sujeitos: o médico, o paciente e, eventualmente, sua família. Outros contextos circunscrevem a este primeiro, como a proposta da estratégia do PSF, a equipe de saúde a que pertence o profissional médico, a organização do PSF no nível municipal. O próprio encontro entre os sujeitos participantes é potencialmente um contexto de criação e recriação, como diria Paulo Freire. Mediante a descrição aprofundada das consultas, buscou-se apreender o movimento dinâmico da interação entre os sujeitos participantes e com a análise interpretativa, a compreensão das racionalidades orientadoras das ações neste encontro produzidas.

Os dados que constituem o *corpus* do presente estudo são secundários, ou seja, produzidos inicialmente para responder a outras indagações de pesquisa. A coleta destes dados, os critérios de seleção dos sujeitos participantes e a observância de considerações éticas serão expostos na seção a seguir. O tratamento dos dados realizou-se segundo três fases: 1) construção do *corpus* de análise; 2) análise descritiva da estrutura das consultas; 3) análise das consultas segundo categorias empíricas. Cada fase caracteriza-se por buscar contemplar objetivos específicos no conjunto da investigação, por isso a relação entre elas é de complementaridade.

5.1. Descrição dos dados e dos sujeitos participantes

O presente estudo consiste em um desdobramento da pesquisa “*A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: uma pesquisa-ação com as equipes de saúde da família do Ceará e da Bahia*”³⁰, realizada institucionalmente – Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/UFC), Departamento de Saúde Comunitária de Universidade Federal do Ceará e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) – entre setembro de 1999 e setembro de 2001, com o financiamento do CNPq.

Com o objetivo de caracterizar a relação médico-paciente no contexto de práticas das equipes de saúde da família nos estados do Ceará e da Bahia, foram adotadas, na referida pesquisa, diferentes estratégias metodológicas para a coleta de dados. Na Bahia, realizaram-se³¹: a) um censo sócio-demográfico do médico do Programa Saúde da Família do estado da Bahia, mediante entrevista estruturada realizada por via telefônica; b) aplicação de um instrumento observacional; c) observação de consultas médicas e gravação das mesmas em áudio; d) transcrição das consultas; f) atividade de intervenção, sob a forma de oficina, com médicos do PSF de três municípios baianos; g) registro em diários de campo (CAPRARA et al., 2003).

Para a construção do *corpus* de análise do presente estudo, primeira fase de tratamento dos dados, foram tomadas as transcrições literais das consultas e o registro

³⁰ Estudo financiado pelo CNPq, processo 521228/98.

³¹ Integrei o grupo de pesquisa na Bahia, na condição de bolsista de iniciação científica, durante os seus dois anos de duração. Dentre as atividades desenvolvidas ressalto a minha participação na etapa de coleta de dados, particularmente da observação, transcrição e revisão das consultas que compuseram o *corpus* de análise do presente estudo.

em diários de campo relativos à observação das mesmas. Observaram-se 408 consultas ambulatoriais realizadas por 20 médicos do PSF de três municípios baianos. Cada profissional teve, em média, 20 consultas observadas em pelo menos dois turnos de trabalho. O tempo de duração das consultas variou de 2 a 72 minutos, com a maioria das consultas apresentando duração média de 8 a 15 minutos.

A gravação das consultas realizou-se sob consentimento dos sujeitos participantes. Os médicos assinaram termo de consentimento informado. Os pacientes eram informados ao entrarem no consultório para a consulta sobre a presença do observador, que se apresentava e oferecia breve explicação sobre a pesquisa, explicitando que o médico era o sujeito em foco, esclarecendo, ainda, que era facultativa a sua permissão para o acompanhamento da consulta. Decidiu-se pelo consentimento verbal do paciente, havendo este sido registrado em áudio, visando evitar o constrangimento de apresentar um documento para ser lido e assinado por uma população com baixo nível de escolaridade.

A participação dos sujeitos na pesquisa foi facultativa. Todos os médicos foram sorteados e em caso de recusa realizou-se novo sorteio. Com relação aos pacientes, a observação das consultas não obedeceu a um critério quanto à seleção destes participantes, apresentando estas características bastante diversificadas quanto ao sexo, faixa etária e necessidade de saúde. Para todos a situação da pesquisa era esclarecida até que demonstrasse total compreensão, sendo esclarecidas dúvidas eventuais. Em caso do paciente não permitir a presença do observador no consultório durante a consulta, este desligava o gravador e retirava-se de imediato, sem qualquer objeção ou tentativa de convencimento.

As consultas foram transcritas em sua íntegra e sistematicamente revisadas, visando-se a confiabilidade da transcrição e a minimização das lacunas decorrentes de trechos não compreendidos no primeiro momento da transcrição. O conjunto de consultas de cada médico participante constitui um texto no qual cada consulta é identificada por um número de acordo com a seqüência temporal em que foram realizadas. Após transcrição e revisão das consultas todos os nomes referidos ao longo das mesmas, seja de profissionais da equipe, de pacientes ou seus familiares, foram omitidos, assegurando-se com este procedimento o anonimato dos participantes.

Os municípios de observação das consultas foram selecionados segundo critério geográfico, sendo um da região metropolitana, um da região litorânea e um da região do semi-árido do Estado. Entre os médicos participantes, quatro atuavam no PSF da primeira região, seis da segunda e dez da terceira.

A observação das consultas foi participante. O observador permaneceu no interior do consultório médico, procurando posicionar-se no local mais discreto e neutro possível, buscando intervir o mínimo na rotina de trabalho e na interação entre médico e paciente. Entretanto, reconhece-se a influência de sua presença na dinâmica da interação observada ainda que esta tendesse a ser minimizada com o transcorrer do tempo, ao menos para o médico.

5.2. Da matéria bruta à criação: fases de análise dos dados

A análise dos dados efetuou-se processualmente em três fases: 1) construção do *corpus* de análise; 2) análise descritiva da estrutura das consultas; 3) análise das consultas segundo categorias empíricas. Os procedimentos de análise correspondentes a cada fase, bem como os respectivos objetivos, serão expostos a seguir.

5.2.1. Fase I – Construção do *corpus* de análise

A primeira fase da análise teve o objetivo de construir o *corpus* da presente pesquisa, ou seja, a seleção do conjunto de textos analisados (BAUER e AARTS, 2002). A construção do *corpus* partiu do conjunto de 408 consultas transcritas já referidas. Este conjunto de consultas apresenta uma heterogeneidade no que diz respeito à idade, ao gênero, às necessidades de saúde dos pacientes e à sua relação com a unidade de saúde – primeira consulta ou consulta de acompanhamento terapêutico e/ou avaliação do estado de saúde. Como um *corpus* caracteriza-se pela uniformidade temática, dentre as 408 consultas foram selecionadas aquelas que, por tratarem de um tema específico, compuseram o *corpus* de análise desta pesquisa.

O critério de seleção das consultas para a construção do *corpus* foi delineado a partir das “responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica” preconizadas pela NOAS-SUS 01/2001, que se estendem à estratégia do Programa Saúde da Família e incluem: a) controle da tuberculose; b) eliminação da hanseníase; c)

controle da hipertensão; d) controle da diabetes mellitus; f) ações de saúde bucal; e) ações de saúde da criança; e, f) ações da saúde da mulher. A partir da definição destas atribuições às equipes de saúde da família e de observações de campo, foram selecionadas dentre o conjunto de 408 consultas aquelas nas quais os pacientes se incluíam em dois grupos específicos, conforme suas necessidades de saúde: o grupo de pacientes com hipertensão arterial e o grupo de crianças com idade entre 0-5 anos. Havendo decidido assim pelo critério de composição do *corpus*, a primeira fase da pesquisa consistiu na identificação destas consultas a partir da revisão do conjunto das 408 consultas disponíveis.

Este critério de seleção justificou-se, ainda, pela distinção quanto às necessidades de saúde dos sujeitos e, por conseguinte, das intervenções preventivas e promocionais pertinentes. Enquanto a hipertensão arterial caracteriza-se pela cronicidade do quadro clínico, o que demanda normalmente a mudança de hábitos e de comportamentos do sujeito hipertenso, as crianças com 0-5 anos de idade são consideradas os sujeitos mais suscetíveis aos agentes ambientais, sendo freqüentemente acometidas por doenças infecciosas e parasitárias, a exemplo das verminoses, diarreias, problemas respiratórios e dermatites.

A decisão de trabalhar com dois grupos de usuários teve como referência as considerações de Tobar e Yalour (2001), que recomendam um certo nível de heterogeneidade da amostra – ou melhor, do *corpus* – dos estudos de desenho descritivo. Esta heterogeneidade, segundo os autores, pode proporcionar certo nível de generalidade das inferências. Desta maneira, a seleção das consultas para análise pretendeu assegurar a homogeneidade do *corpus*, mediante a delimitação temática das consultas, mas ao mesmo tempo preservar um nível de heterogeneidade que enriquecesse a própria análise.

A partir da revisão do conjunto das 408 consultas, identificou-se o total de 71 consultas com pacientes com hipertensão arterial e 79 consultas com crianças com idade entre 0-5 anos. O número de consultas referentes aos dois grupos, que somados corresponde a 36,8% do total de consultas realizadas pelos médicos participantes, aponta a relevância dos grupos selecionados.

Para cada médico realizou-se uma distribuição do número de consultas realizadas para cada grupo de usuários. O resultado foi uma variação de 0-10 consultas

com pacientes hipertensos e de 0-9 consultas com crianças com idade entre 0-5 anos, conforme mostra o Quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – Distribuição do número de consultas realizadas segundo grupo de usuários por médico

Médicos	Número de consultas com hipertensos	Número de consultas com crianças 0-5 anos	Total
M1	5	3	8
M2	5	2	7
M3	5	4	10
M4	4	6	10
M5	0	9	9
M6	2	8	10
M7	1	2	3
M8	4	3	7
M9	3	4	7
M10	6	3	9
M11	4	5	9
M12	0	8	8
M13	1	1	2
M14	6	3	9
M15	2	1	3
M16	8	0	8
M17	0	8	8
M18	2	5	7
M19	10	0	10
M20	3	4	7
Total	71	79	151

Esta variabilidade levou à decisão quanto a um novo critério de seleção das consultas. Considerando-se que a consulta médica é a unidade de análise do estudo, mas que ao mesmo tempo uma aproximação com uma rotina do médico na atenção à clientela em foco era pretendida, a decisão foi a de incluir no *corpus* as consultas daqueles profissionais que somavam um número mínimo de quatro consultas por grupo de usuários. Para aqueles com mais de quatro consultas, o número de consultas analisadas foi definido pelo critério de saturação. O Quadro 3 abaixo demonstra o número de consultas por grupo de usuários analisadas por médico.

Quadro 3 – Distribuição do número de consultas analisadas segundo grupo de usuários por médico

Médicos	Número de consultas com hipertensos	Número de consultas com crianças 0-5 anos	Total
M1	5	-	5
M2	5	-	5
M3	5	4	9
M4	4	5	9
M5	-	6	6
M6	-	5	5
M8	4	-	4
M9	-	4	4
M10	6	-	6
M11	4	5	9
M12	-	5	5
M14	5	-	5
M16	7	-	7
M17	-	7	7
M18	-	5	5
M19	5	-	5
M20	-	4	4
Total	50	50	100

Assim, o *corpus* foi composto por 50 consultas com pacientes com hipertensão arterial e 50 consultas com crianças com idade entre 0-5 anos, realizadas por dez médicos respectivamente. Três profissionais apresentam consultas para os dois grupos de usuários (M3, M4 e M11), o que, para fins de análise, fortalece a comparação da ação educativa desenvolvida em consultas dos dois grupos. Apenas os profissionais M7, M13 e M15 apresentaram número de consultas inferior a quatro para os dois grupos de usuários, não integrando assim o conjunto dos sujeitos participantes do presente estudo.

Quanto aos profissionais cujas consultas compuseram o *corpus*, tem-se a seguinte caracterização. Dos médicos que atenderam aos pacientes com hipertensão arterial, seis eram do sexo feminino, oito atuavam no município da região do semi-árido baiano, um na região litorânea e um na região metropolitana. Quanto aos profissionais que atenderam às crianças, seis eram do sexo feminino, cinco atuavam na região litorânea, três na região metropolitana e dois na região do semi-árido. Além de caracterizar os sujeitos participantes do estudo, estas informações atravessaram a análise interpretativa das consultas, uma vez que constituem variáveis contextuais.

5.2.2. Fase II – Análise descritiva da estrutura das consultas

A segunda fase da pesquisa teve como objetivo analisar a estrutura das consultas do *corpus*. Para tanto, estas foram previamente codificadas, distinguindo-se consultas para cada grupo com as iniciais “CH” (consulta com hipertensos) e “CC” (consultas com crianças), sendo estas iniciais acrescidas de números correspondentes à seqüência de disposição das consultas no texto. Em seguida, elaborou-se uma matriz descritiva com sete colunas, conforme demonstrado no Quadro 4.

As consultas foram descritas por profissional, de modo que cada médico teve uma matriz preenchida para cada grupo de usuários, com as respectivas consultas dispostas em linhas. Com a descrição detalhada das consultas, obteve-se uma primeira sistematização dos dados, descrevendo-se a interação entre o médico, o paciente e, eventualmente, seus familiares, bem como as ações desenvolvidas ao longo dos momentos da consulta, que previamente foram definidos como: 1) Anamnese e investigação do problema de saúde; 2) Realização do exame físico; 3) Definição do diagnóstico, com esclarecimento do problema de saúde; 4) Definição do projeto terapêutico e de acompanhamento; 5) Ação educativa em saúde.

A definição destes momentos previstos para uma consulta considerou o modelo clínico biomédico, centrado na anamnese diagnóstica e intervenção curativa. Pressupondo-se que, pela priorização das ações preventivas e promocionais, as consultas médicas no PSF não se restringiriam a procedimentos estritamente clínicos assistenciais, a ação educativa foi incluída como mais um momento esperado para estas consultas em particular. A expectativa era de que as ações educativas não se apresentassem, contudo, como um momento isolado dos demais, mas sim que estivessem assimiladas a estas consultas de tal maneira que atravessassem os outros momentos da mesma.

A partir da análise descritiva da estrutura das consultas, pretendeu-se compreender o modelo de atenção característico destas consultas. Através desta estratégia buscou-se identificar o predomínio de uma atenção mais curativa ou de uma atenção integral. A não assimilação de ações educativas na consulta foi interpretada como um fenômeno característico do predomínio do modelo curativo.

Com a pressuposição de que nem toda consulta apresentaria o desenvolvimento de ações educativas, a análise descritiva da estrutura das consultas também teve o objetivo de tornar compreensível que fatores ou circunstâncias favoreceriam ou dificultariam o desenvolvimento destas ações na consulta médica do PSF. A análise da estrutura das consultas com pacientes hipertensos e com crianças com idade entre 0-5 anos de idade pretendeu, ainda, identificar semelhanças ou particularidades nas ações de educação em saúde para cada grupo.

Quadro 4 - Matriz descritiva da estrutura das consultas

Consulta	Anamnese e investigação do problema	Exame físico	Definição do diagnóstico/ esclarecimento do problema	Definição do projeto terapêutico e de acompanhamento	Ação educativa	Observações
Código da consulta	Caracterização do paciente: idade, vínculo com a unidade de saúde (primeira consulta ou consulta de acompanhamento), acompanhantes do paciente. Descrição da introdução da consulta, apresentação da queixa e/ou motivo da consulta, segundo narrativa do paciente e/ou familiares sobre o problema de saúde e práticas de cuidado adotadas anteriores à consulta (itinerário terapêutico). Condução da investigação do problema e de outras necessidades de saúde pelo médico.	Descrição do momento da realização do exame físico, aspectos enfocados.	Descrição do momento em que o médico comunica (ou não) o diagnóstico, esclarece o problema ao paciente. Narrativa do médico sobre o problema, vocabulário utilizado e verificação da compreensão do paciente.	Descrição do momento em que um projeto terapêutico e de acompanhamento para o paciente é definido. Participação do paciente e/ou família na definição do projeto. Recomendações e prescrições médicas e incorporação (ou não) das práticas de cuidado familiares.	Descrição das ações educativas desenvolvidas, seja em momento específico ou nos momentos anteriores da consulta. Considerações de fatores de risco relacionados aos problemas de saúde abordados e orientações de cuidado e atenção à saúde.	Registro de informações contextuais da consulta. Observações de diário de campo.

5.2.3. Fase III – Análise das consultas segundo categorias analíticas e empíricas

A terceira e última fase de análise dos dados foi orientada por categorias analíticas e empíricas, definidas a partir do marco conceitual teórico-metodológico delineado para o estudo e da leitura intensiva das consultas. Esta leitura foi realizada durante a fase anterior de descrição das mesmas e, em um momento posterior, quando as matrizes descritivas foram lidas na íntegra.

Nesta fase, o profissional médico foi tomado como unidade de compreensão, pretendendo-se apreender regularidades no desempenho da condução da consulta, sem, contudo, deixar de vislumbrar particularidades. Para tanto, uma nova matriz foi construída para cada categoria empírica, com as linhas correspondendo aos profissionais.

As categorias analíticas foram definidas e discutidas nos capítulos precedentes, sendo elas: integralidade da consulta; modelos explicativos e ação educativa. Estas foram operacionalizadas mediante categorias empíricas correspondentes, apresentadas e descritas no Quadro 5, a seguir.

Mediante uma leitura temática das descrições das consultas, esta fase analítica pretendeu, em complementaridade à fase anterior, apreender as racionalidades orientadoras da atenção médica, salientando os principais temas abordados e assimilados à compreensão do processo saúde-doença-cuidado dos pacientes. A *integralidade da consulta* foi tomada como uma condição favorecedora para a assimilação da ação educativa. Outro objetivo foi a descrição e a interpretação do processo comunicacional e dos modelos explicativos de médicos e pacientes, pressupondo-se que o encontro entre os modelos explicativos de médicos e pacientes poderia configurar tanto uma circunstância a dificultar quanto a favorecer o desenvolvimento de ações educativas. O desdobramento deste encontro foi objeto de análise aprofundada. Por fim, o objetivo de descrever e caracterizar a *ação educativa*, assim denominada por constituir mais uma ação dentre aquelas realizadas pelo médico ao longo da consulta. A *ação educativa* foi operacionalmente definida como *orientações de cuidado e atenção à saúde*. Com esta categoria empírica pretendeu-se incorporar ao processo analítico uma compreensão ampliada de educação em saúde.

Quadro 5 – Categorias analíticas e descrição das categorias empíricas correspondentes

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS	DESCRITORES DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS
Integralidade da consulta	Condução da consulta	A condução da consulta é centrada na queixa do paciente ou a condução da consulta com investigação de outras necessidades ou problemas de saúde; Incorporação das dimensões psicossocial e sociocultural na compreensão da condição de saúde do paciente.
Modelos Explicativos	Narrativa do paciente/ família sobre o problema de saúde e práticas de cuidado familiares	Descrição dos sintomas e concepções sobre a hipertensão e sobre a saúde da criança; Descrição de práticas de cuidado anteriores à consulta desenvolvidas pelo paciente e/ou família: usos de chás, xaropes caseiros, medicação alopática conhecida pela família (por exemplo, anti-térmicos), entre outras.
Modelos Explicativos	Narrativa do médico sobre o problema de saúde e definição do projeto terapêutico	Enunciação do diagnóstico pelo médico, vocabulário médico, verificação da compreensão e concordância do paciente com o enunciado; Definição dos procedimentos subseqüentes: exames, prescrições, consultas de retorno, ação educativa.
Ação educativa	Orientações de cuidado e atenção à saúde.	Abordagem e recomendações quanto à dieta (dieta hipossódica, aleitamento/ desmame), ao tabagismo, ao consumo de álcool, aos exercícios físicos regulares, à condição de trabalho, à condição de moradia (ambiente doméstico, saneamento, coleta de lixo, fornecimento de água potável), à higiene pessoal, entre outros; Consideração das condições concretas de vida e das práticas de cuidado do paciente/família; Participação do paciente: prescrição de comportamentos e hábitos X comunicação dialógica e desenvolvimento da autonomia do paciente e/ou família no cuidado com a saúde.

5.3. Considerações sobre o caminho metodológico

A análise da ação educativa realizada pelo médico de saúde da família privilegiou uma abordagem metodológica que contemplasse a compreensão no seu contexto de produção, desta opção derivando uma análise precedente da estrutura das consultas. Estas, por sua vez, foram consideradas como práticas cotidianas dos médicos resultantes da sua interação com os pacientes e, eventualmente, seus familiares. Deste modo, as consultas foram analisadas salientando-se as interações e os processos comunicacionais estabelecidos entre os sujeitos participantes.

Em coerência com estas pressuposições, a perspectiva etnometodológica foi adotada como caminho metodológico (COULON, 1995). A etnometodologia apresenta como premissa teórico-metodológica que as práticas rotineiras não são fenômenos sociais estáveis, preexistentes às interações dos atores. As práticas cotidianas são concebidas, então, como resultantes de um processo contínuo de criação dos atores implicados. Trata-se de uma perspectiva metodológica reflexiva, orientada para a descrição e compreensão dos métodos – *etnométodos* – que regem as práticas e relações sociais, isto é, as regras e os modos de proceder que se atualizam nas interações sociais e que são, por natureza, observáveis, descritíveis e analisáveis. Nesta direção, a análise das consultas pretendeu aproximar-se das racionalidades orientadoras das ações desenvolvidas pelos médicos no momento clínico, em especial daquelas implicadas na realização, ou não, das ações educativas.

A consulta foi tomada como momento de encontro intersubjetivo em potencial, do qual médico e paciente participam exercendo influência um sobre a ação do outro. Considera-se que a consequência deste encontro pode representar, em um extremo, uma relação de manipulação – e a relação médico-paciente tem sido largamente concebida como esfera de exercício de poder médico – ou, em um outro extremo, uma relação que visa a construção da autonomia do paciente. Para análise aprofundada da interação e do processo comunicacional entre médico e paciente, principalmente de suas repercussões na ação educativa, recorreu-se a estratégias de análise da conversação e da fala (DREW, CHATWIN e COLLINS, 2001; MYERS, 2003) para uma análise mais detida de interações específicas reconhecidas como relevantes

para a compreensão do objeto. Deste modo, e em conformidade com a perspectiva etnometodológica, visou-se uma descrição mais densa do processo de construção da interação, momento a momento, por médico e paciente.

A exaustividade do tratamento dos dados figura entre os princípios da etnometodologia, entendida como mecanismo mediante o qual se busca ir além da “tendência a só explorar elementos favoráveis às hipóteses dos pesquisadores” (COULON, 1995, p. 86). Em conformidade com este princípio, considera-se que a estratégia de análise adotada, dividida em fases de trabalho com objetivos distintos, favoreceu uma relação da pesquisadora com o material empírico que, de acordo com Minayo (1992), pode ser caracterizada como interrogativa. A leitura exaustiva das consultas, bem como o processo intermediário de descrição sistemática de sua estrutura, suscitou o questionamento contínuo acerca do objeto – *o que é mesmo uma ação educativa?* –, além de outros questionamentos paralelos, e promoveu o movimento dialético do empírico à teoria e ao empírico uma vez mais. Este movimento acarretou, ainda, reflexão acerca dos pressupostos de partida, de modo que o *imprevisto* pudesse emergir dos dados analisados.

Essa relação estabelecida com os dados empíricos e suas implicações podem ser assumidas como uma contribuição positiva do caminho metodológico adotado neste estudo. Entretanto, como todo caminho metodológico para apreensão da realidade social, seu alcance não poderia deixar de ser limitado. Um limite decorre da natureza do próprio material de análise. As observações das consultas foram pontuais, não sendo possível apreender sobre a continuidade do processo educativo em consultas subseqüentes com o mesmo paciente e em outros momentos interativos. Também não se tem alcance sobre ações educativas realizadas em outros contextos, tais como os grupos educativos e as visitas domiciliares, bem como sobre as conseqüências destas ações sobre o comportamento dos pacientes e de suas famílias. Todavia, a extensão do número de consultas analisadas pode permitir algumas aproximações em razão da diversidade de situações contempladas: consultas nas quais o médico revisa com o paciente o projeto terapêutico definido em consulta anterior e investiga se o paciente vem seguindo devidamente as recomendações recebidas; consultas de pacientes que freqüentam grupos educativos; consultas nas quais os pacientes declaram não adesão às recomendações e prescrições médicas; consultas em que práticas populares são

assumidas pelos pacientes paralelamente ou em substituição às prescrições médicas, entre outras.

À semelhança de toda criação artesã, o que se tem ao final é uma imagem aproximada da realidade ou, como diz a epígrafe deste capítulo, uma verdade acerca de uma realidade interpretada.

6. A AÇÃO EDUCATIVA NA ATENÇÃO CLÍNICA AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

*Não comerei da alface a verde pétala
Nem da cenoura as hóstias desbotadas
Deixarei as pastagens às manadas
E a quem mais aprover fazer dieta.*

(...)

*E eu morrerei feliz, do coração
De ter vivido sem comer em vão.*

Vinicius de Moraes

A atenção ao paciente hipertenso consta entre as responsabilidades e ações prioritárias das equipes de saúde da família (BRASIL, 2001). Esta atenção deve ser iniciada pela busca ativa de casos na comunidade, seja mediante visitas domiciliares ou rotina de aferição da pressão arterial (PA) de usuários. O acompanhamento ambulatorial e domiciliar do paciente hipertenso deve incluir a assistência farmacêutica e a educação em saúde.

Neste capítulo, a atenção clínica ao paciente hipertenso será analisada não apenas em termos da assistência prevista e normatizada, mas especialmente quanto à dimensão da relação médico-paciente. Compreende-se que a condução da consulta médica e a assimilação da ação educativa são resultantes de um encontro intersubjetivo e da conseqüente correlação entre a autoridade médica e a autonomia do paciente.

6.1. Atenção à hipertensão arterial

Analisaram-se cinquenta consultas ambulatoriais conduzidas por dez médicos de saúde da família em três municípios baianos. A maioria das consultas foi conduzida por profissionais do município do semi-árido (80%), que tinha como característica proeminente na ocasião de coleta dos dados (2000) a constituição de uma rede de serviços de saúde integrada, favorecendo o acesso à média complexidade, e uma assistência farmacêutica descentralizada, sendo a medicação prescrita entregue pelo próprio médico durante a consulta, circunstância esta que permitia ao profissional

explicar mais detidamente sobre o seu uso e os horários de administração. Em consultas aos pacientes analfabetos, estes profissionais podiam recorrer, e frequentemente assim o faziam, às características da medicação para distingui-las, a exemplo da cor da embalagem, formato ou cor dos comprimidos. Nos municípios litorâneo e metropolitano, nos quais observaram-se, respectivamente, 8% e 12% das consultas analisadas, as realidades dos sistemas de saúde local eram muito semelhantes. A referência e contra-referência não eram asseguradas em virtude da desarticulação entre os serviços e a assistência farmacêutica era insuficiente. No município litorâneo, a farmácia municipal encontrava-se fechada e a distribuição de medicamentos temporariamente suspensa na ocasião de observação das consultas; no município metropolitano, vários medicamentos estavam em falta. Estas particularidades dos contextos municipais repercutem na atenção ao paciente hipertenso e no desenvolvimento da ação educativa ao longo da consulta médica.

Os pacientes com hipertensão assistidos nas consultas analisadas têm seu perfil descrito no Quadro 6, a seguir. Na sua maioria, são do sexo feminino (82%) e com mais de 50 anos de idade (58%). A relação com a unidade de saúde da família caracteriza-se pela continuidade da assistência, havendo 72% dos pacientes sido atendidos em ocasião anterior à consulta analisada, seja pelo médico ou outro profissional da equipe de saúde. Entretanto, esta continuidade não representa necessariamente uma estabilidade do vínculo com o médico, visto a rotatividade deste profissional nas equipes. Observa-se, contudo, que os registros das consultas anteriores e dos procedimentos adotados em prontuários contribuem para a retomada da atenção ao paciente por diferentes profissionais. Esta circunstância também pode incidir sobre a ação educativa. Uma situação ilustrativa é a de uma médica (M11) que recupera da leitura do prontuário de uma paciente a recomendação quanto à dieta feita por outra profissional que atendia na unidade de saúde: *“aí ela orientou a senhora a fazer a dietazinha, não foi?”*, para então indagar se a paciente vinha seguindo a orientação da dieta e a reiterar.

As consultas analisadas foram motivadas principalmente pela hipertensão (62%) e a maioria dos pacientes encontrava-se com a pressão arterial elevada (64%) no momento da consulta. A queixa relativa à hipertensão incluía a observação de sintomas associados à elevação ou “descontrole” da pressão, a avaliação do efeito da medicação prescrita pelo médico e os efeitos colaterais por esta acarretados.

Quadro 6 - Caracterização dos pacientes com hipertensão arterial assistidos nas consultas analisadas

	N	%
Sexo		
Feminino	41	82
Masculino	9	18
Faixa etária		
35-40	7	14
41-50	10	20
51-60	12	24
61-70	12	24
Mais de 70	5	10
Idade não registrada	4	8
Relação com a Unidade de Saúde da Família		
Consulta ou procedimento de acompanhamento	36	72
Primeira consulta	12	24
Não registrado	2	4
Motivo da consulta		
Hipertensão	31	62
Outro problema de saúde	19	38
Pressão arterial no momento da consulta		
Alta	32	64
Normal	9	18
Não registrado	9	18
Uso de medicação para hipertensão		
Uso conforme a prescrição médica	25	50
Paciente abandonou uso da medicação	9	18
Paciente não usa medicação para hipertensão	7	14
Uso em desacordo com a prescrição médica	6	12
Nenhuma informação sobre o uso	2	4
Uso suspenso pelo médico	1	2
Práticas de cuidado populares		
Nenhuma referência	36	72
Uso de “remédios caseiros” para hipertensão	7	14
Uso de “remédios caseiros” para outro problema de saúde	7	14

A maioria dos pacientes (80%) encontrava-se sob a prescrição médica quanto ao uso de medicação para a hipertensão. Destes, 50% relataram o uso conforme a

prescrição, 18% afirmaram haver descontinuado o uso por conta própria e 12% referiram usar a medicação prescrita em desacordo com a orientação médica, freqüentemente reduzindo a sua dosagem. A maior freqüência quanto à descontinuidade do uso da medicação prescrita foi observada entre os pacientes mais jovens, com idade entre 35-40 anos. Dos sete pacientes assistidos com esta faixa etária, quatro tinham recebido a prescrição de anti-hipertensivo e três não deram continuidade ao seu uso.

Em contrapartida, a referência ao uso de remédios caseiros, seja para a hipertensão ou outro problema de saúde, foi reduzida (28%), havendo esta em todos os casos sido feita espontaneamente pelos pacientes. A referência às práticas populares de cuidado, como discutido adiante, não implica necessariamente sua assimilação ao projeto terapêutico. Por outro lado, a reduzida referência a estas práticas não pode ser tomada como representativa da realidade. A inibição dos pacientes à referência destas práticas no contexto dos serviços oficiais de saúde é assinalada por Kleinman (1980) e Vasconcelos (1996).

Esta breve descrição da atenção ao paciente hipertenso introduz algumas questões aprofundadas nas seções seguintes. Ressalta-se desde então a condição de sujeito dos pacientes assistidos nas consultas analisadas. Talvez estes não tenham sido tão enfáticos quanto o poeta na epígrafe deste capítulo a expressar suas escolhas relativas ao cuidado com a saúde, mas na afirmação feita por 30% destes pacientes quanto à descontinuidade total ou parcial do uso da medicação prescrita pelo médico pode estar enunciada uma forma de resistência ou de exercício de autonomia.

A consulta de um senhor de 60 anos suscita uma reflexão sobre esta questão. Há dois anos ele havia sido atendido na unidade de saúde, sendo na ocasião solicitados alguns exames e prescrito um anti-hipertensivo. Os exames não foram feitos, o paciente não retornou à unidade de saúde e quanto à medicação declarou haver mantido o consumo em dias alternados, em desconformidade com a prescrição de uso diário. Explica à médica (M19) que manteve o uso da medicação porque observou melhoras dos sintomas de que se queixara na consulta anterior. O senhor refere ainda a ação do agente comunitário de saúde, que *“pega no pé”*, mas deixa claro que sua ida à unidade devia-se a uma *“folguinha”*. A pressão é verificada durante a consulta, a médica, com um tom irônico, comunica *“tá de 21...”* e avisa que orientará o agente comunitário para aumentar a vigilância.

A interpretação e negociação de uma possível resistência ao projeto terapêutico definido pelo profissional de saúde, por sua vez, não pode ser efetuada sem que se opere uma atenção integral, socioculturalmente situada e centrada na narrativa do paciente. Na possibilidade de uma escuta interessada, pode-se esboçar uma ação dialógica.

6.2. A consulta do paciente hipertenso

A análise das consultas dos pacientes hipertensos aponta três tendências de condução pelos médicos. A primeira caracteriza-se pela centralidade da queixa manifesta pelo paciente, dos exames físicos e laboratoriais, e pela ênfase conferida ao uso da medicação e controle da pressão arterial. A segunda tendência distingue-se pela ampliação da investigação de outros problemas de saúde, com realização de uma anamnese clínica extensa e abordagem de fatores de risco à saúde. Nesta tendência, a dimensão psicossocial, que diz respeito ao sofrimento do paciente e suas relações afetivas com a família e a participação desta no cuidado, poderá ser suscitada em decorrência do tipo de pergunta formulada pelo médico, sem que no entanto seja incorporada à condução da consulta e compreensão da condição de saúde do paciente. A última tendência observada caracteriza-se principalmente pela abordagem médica centrada no paciente e em sua condição de vida. Sem deixar de atentar para o problema de saúde manifesto, o médico formula questões ao paciente que possibilita a este a ampliação de sua narrativa e conseqüentemente de compreensão do problema.

A primeira tendência é a dominante. A rotina de atenção ao paciente hipertenso de sete médicos é por ela orientada – M1, M2, M8, M10, M11, M16 e M19. A segunda tendência foi observada entre dois médicos (M3 e M14) e apenas um profissional (M4) mostrou-se orientar pela terceira das tendências descritas.

De acordo com a primeira tendência, a consulta pode ser iniciada pela apresentação de resultados de exames laboratoriais, pela queixa do paciente ou pela verificação do médico quanto ao uso da medicação e controle da pressão arterial. Os resultados de exames irão subsidiar a construção da narrativa do médico sobre o problema. A estes, soma-se a realização do exame físico durante a consulta, que na maioria das vezes consiste em uma verificação do estado geral do paciente e na aferição

de sua pressão arterial. Esta, porém, pode ser aferida antes da consulta por outro profissional da equipe de saúde.

A constatação de pressão arterial elevada é imediatamente seguida pela indagação do médico a respeito do uso da medicação prescrita. Nesta direção, a consulta de uma senhora de 52 anos foi iniciada pela investigação do controle da pressão arterial, com a médica (M16) fazendo menção à “dieta dos remedinhos”: *“Como é que está a senhora depois da dieta dos remedinhos, tá melhor?”*.

Nestas consultas, a dimensão psicossocial do processo saúde-doença pode emergir, na maioria das vezes espontaneamente, mas a escuta da questão pelo médico pode ser comprometida pela ênfase conferida à medicação ou ao esclarecimento diagnóstico. Em uma consulta com um senhor de 74 anos, a médica (M16) questiona sobre algum aborrecimento, ela mesmo antecipando uma resposta negativa. O paciente refere que sentiu uma *“raiva”* naquela manhã. As possíveis razões desta *“raiva”*, entretanto, não são investigadas pelo médico, embora acabe atribuindo a alteração da pressão a esta condição. Mais importante que uma escuta interessada sobre a *“raiva”* experienciada pelo paciente naquela manhã, parece ser a conclusão diagnóstica:

M: Mas aconteceu alguma coisa, teve algum aborrecimento? Não.

P: Teve doutora, cala a boca que eu tive uma raiva tão grande, doutora.

M: Então foi por isso.

Na segunda tendência de condução da consulta com o paciente hipertenso, uma anamnese extensa é realizada pelo médico, o que repercute na duração da consulta, em geral mais longa que as referentes à tendência anterior. A anamnese inclui investigação de outros sintomas não relatados inicialmente pelo paciente, de fatores de risco individuais, como tabagismo e consumo de bebida alcoólica, de antecedentes mórbidos familiares e quanto à realização de exames preventivos (ginecológico). As perguntas formuladas pelo médico são favorecedoras de uma narrativa do paciente que não se restringe à descrição dos sintomas observados. O profissional M3 introduziu uma de suas consultas com a indagação *“O que é que está lhe incomodando mais? O que é que está mais lhe chateando?”*. A resposta do paciente, um senhor de 62 anos, foi de que sempre foi *“uma pessoa muito sã”*, mas que uma semana antes sentira uma tontura na rua e logo imaginou se tratar de *“um problema de pressão”*. Não havendo sido a

pergunta do médico sobre a doença, o paciente pôde falar em saúde e contextualizar a observação do sintoma e a construção de sua própria hipótese diagnóstica – a experiência da *illness* (KLEINMAN, 1980).

A extensão da anamnese também pode ser favorecedora de emersão da dimensão psicossocial. Em uma consulta de uma senhora de 67 anos, o médico (M3) indaga se a paciente era responsável pelo preparo de suas refeições e ela prontamente começa a falar sobre sua família. A senhora lamenta-se de que todos os filhos mais velhos tenham casado e já não morem com ela, restando apenas o “*seu velho*” e o filho caçula que não pára em casa: “*Saiu todo mundo e me deixou só*”. Entretanto, a abordagem ao psicossocial mostra-se superficial, sem incorporação desta dimensão à compreensão da condição de saúde da paciente. O discurso médico quanto ao uso da medicação é retomado logo em seguida: “*Então tá bom. Vamos tomar esses remedinhos aí esses dias, depois...*”. A paciente dá continuidade ao seu relato, acrescentando: “*Tem hora que eu fico sentida...*”.

Uma outra situação ilustrativa do contraste entre a anamnese clínica extensa e a abordagem superficial da dimensão psicossocial pode ser destacada das consultas conduzidas pelo profissional M14. Aprofundando a investigação da queixa de uma senhora de 48 anos referente a dor no peito e dormência no braço, a médica indaga se a paciente observava agravamento da dor em caso de esforço físico ou por ocasião de algum *aborrecimento*. A resposta é de que o *aborrecimento* fazia a dor no peito piorar, passando a paciente então a narrar sobre suas preocupações. Ela afirma que seu problema não seria exatamente a pressão, mas sim “*nervoso*”. Refere a relação com o neto, que diz adorar, e declara o medo de morrer, emocionando-se e chorando durante a consulta. A médica a consola, buscando lidar com a situação, mas demonstra certa insegurança na abordagem e rapidamente muda o tom da conversa retomando considerações sobre a medicação:

M: Um neto bonito desse, saudável... Agora se a senhora ficar assim, se deixar os problemas tomarem conta, então é que não vai ficar saudável, não vai poder curtir o neto, né? Se é isso que tá contribuindo pra pressão da senhora não controlar, a senhora tem que procurar não deixar atingir, tá certo?, e tomar o remédio.

P: Tá bem.

M: Tá bom? A senhora [...] já tava sem tomar o remédio, dois deles, não foi?

Uma condução diferenciada da consulta foi observada com relação ao profissional M4. A abordagem médica leva em conta a condição de vida do paciente. Em uma de suas consultas, uma paciente queixa-se de tosse e tem resultado de exames laboratoriais para apresentar. Ela comenta que tem um novo emprego e o médico aborda a temática, assimilando-a à condução da consulta. A paciente narra com muito entusiasmo sobre o emprego de camareira em um hotel e sobre as condições de trabalho. A tosse é inicialmente associada pela paciente a um banho que tomara de madrugada, mas a conversa sobre o novo emprego permite ampliar esta primeira compreensão. Através da formulação de perguntas pelo médico – estratégia de problematização –, a paciente prossegue sua narrativa detalhando sobre as atividades desenvolvidas e refere manuseio de produtos de limpeza sem utilização de equipamentos de proteção. O médico indaga se o início da tosse não teria sido concomitante ao novo emprego, a paciente confirma e acrescenta ser “muito alérgica” e vir fazendo uso inclusive de um antialérgico. O problema de saúde da paciente é remetido à atual condição de trabalho, esta exclama ao médico “*não são os meus pulmões não!*”. Esta compreensão do problema permite ainda à paciente repensar sua conduta no trabalho, com o médico a incentivando a ser mais assertiva no local de trabalho, visando maior proteção para a sua saúde. Nesta direção, o médico assinala que a paciente pode requisitar no emprego que suas refeições tenham menos sal, em razão de ser hipertensa, bem como que seja providenciado equipamentos de proteção para manuseio dos produtos de limpeza. A seguir, um recorte desta interação:

P: E a comida lá também tem muito sal.

M: A senhora avisou que a senhora é hipertensa e tem que comer com pouco sal?

P: Falei ainda não.

M: Não? Tem que falar.

[...]

M: É bom conversar com o pessoal lá desse produto que tão usando na roupa, né? [...] E tão lhe dando máscara pra proteção lá, não?

P: Não.

M: Tem que pedir pra eles, né? Conhece a máscara de proteção?

P: Eu conheço, mas lá não dão não.

Com relação a esta consulta, pode-se afirmar que a problematização da queixa da paciente e sua contextualização, com uma escuta atenta e interessada sobre as

condições de trabalho no novo emprego, pôde propiciar a transição de uma consciência ingênua em direção a uma consciência mais crítica (FREIRE, 2002b). A tosse passa a ser compreendida não como consequência de um banho frio ou de fragilidade dos pulmões da paciente, situações sobre as quais o alcance de sua ação seria inevitavelmente restrito, mas ao ser remetida à condição de trabalho vislumbra-se uma ação transformadora da realidade que incide sobre a saúde da paciente. A reflexão sobre esta ação resulta da interação estabelecida entre médico e paciente, aquele contribuindo para que esta se reconheça sujeito no exercício de sua autonomia.

A descrição de uma segunda consulta do profissional M4 enriquece as considerações a respeito desta terceira tendência de condução das consultas. Uma senhora de 72 anos, obesa, queixa-se de dor pelo corpo e refere que teve disenteria dias antes da consulta e que está sem usar a medicação para a pressão. A abordagem do médico distingue-se daquela observada entre os outros profissionais, ao invés de repreender a paciente pela descontinuidade do uso da medicação e repetir que ela não deve ficar sem usá-la um dia que seja, o médico indaga “*por que, o que aconteceu?*”. A senhora explica que a farmácia municipal encontrava-se fechada e a distribuição de medicamentos suspensa. A situação da paciente e sua família é de muita pobreza e ela vive o dilema de ter que optar entre comprar a medicação, que compreende que precisa usar continuamente, e a alimentação. A decisão foi pela subsistência e os remédios não puderam ser adquiridos.

A história familiar da paciente e sua condição socioeconômica é escutada pelo médico e assimilada à abordagem de seu problema de saúde. A narrativa da paciente é extensa, estimulada pela formulação de perguntas pelo médico, e refere o desemprego na família, a ajuda aos filhos desempregados, os cuidados com os netos. A despeito de toda adversidade, o médico não deixa de acreditar na capacidade criativa da paciente e na possibilidade de transformação desta realidade. A situação da suspensão da distribuição de medicamentos da atenção básica era um problema reconhecido por médico e paciente. A previsão era de que a farmácia municipal voltaria a funcionar dali a um mês. A pressão da senhora já estava elevada em razão da descontinuidade do uso da medicação, razão pela qual o médico não deixa de indagar: “*como fazer para comprar o remédio?*”. A pergunta traz à tona o projeto da paciente de fazer uma “*puxadinha*” na frente da casa para que ela e o marido possam vender “*bananinha*,”

farinhinha...”. Este projeto mais que viabilizar a aquisição de medicamentos, propiciaria uma melhora da condição de vida de toda a família.

A postura do profissional M4 diante de seus pacientes distingue-se não apenas pela escuta compromissada e assimilação da dimensão psicossocial e da condição concreta de vida à condução da consulta, mas também pela maneira como se despede destes: “*Tchau, felicidades pra senhora*”. O compromisso do médico reflete no estreitamento do vínculo, sendo a consulta subsequente agendada não para apresentar resultado de exames ou verificar o controle da pressão, mas para uma *conversa*: “*Quarta-feira a gente conversa de novo aqui no consultório?*”. O enfoque da atenção não está na doença, mas no sujeito portador de uma biografia (FREYRE, 2004). Ao longo das consultas deste profissional, delineia-se a construção compartilhada de um projeto futuro de felicidade (AYRES, 2001), o que ultrapassa a mera remissão dos sintomas mediante uso continuado de medicamentos.

Nas três tendências de condução das consultas com o paciente hipertenso, verifica-se a predominância de uma abordagem orientada pelo modelo biomédico. A ênfase conferida aos sintomas e detalhamento de sua descrição, ao uso da medicação e controle da pressão arterial põe em evidência uma atenção orientada para a doença, a construção da categoria *disease*, em detrimento de uma abordagem médica integradora da história de vida, sofrimentos e anseios, condições concretas de vida dos pacientes. A atenção também é essencialmente centrada no indivíduo. Em apenas uma das consultas a família foi convocada pelo médico (M2) a comparecer ao atendimento de um paciente hipertenso e com um propósito bem definido: assegurar que a paciente idosa tomasse as medicações conforme a prescrição médica.

Estas considerações indicam que a maioria das consultas ao paciente hipertenso não corresponde a uma atenção integral. Esta, além de socioculturalmente contextualizada, reconheceria no paciente um sujeito transformador da realidade e agente co-responsável pelo cuidado com a própria saúde. A identificação de uma tendência contra-hegemônica entre as consultas analisadas aponta a possibilidade de reorientação da prática de saúde dominante.

6.3. A narrativa dos pacientes

A narrativa dos pacientes, em conformidade com as considerações teóricas de Kleinman (1980), limita-se, na maioria das vezes, à descrição dos sintomas observados, muito pouco revelando de seus modelos explicativos. A narrativa estimulada pelos médicos é aquela que lhe oferecerá maior detalhamento para o esclarecimento diagnóstico da *disease* e informações relativas a fatores de risco à saúde. Em consultas de avaliação do projeto terapêutico, a narrativa do paciente pode ser inibida pela apresentação de resultados de exames laboratoriais ou pela consulta ao prontuário e revisão de procedimentos e prescrições anteriores. Narrativas sobre as relações familiares e as condições concretas de vida podem ser interrompidas pelo médico, cujo discurso enfoca o indivíduo, a doença e sua medicalização.

A narrativa do paciente também poderá ser inibida ou interrompida em razão de julgamentos morais e recriminações proferidas pelo médico. Nesta direção, uma paciente de 40 anos é silenciada pelas extensas falas da médica (M19), que não propicia uma reflexão quanto aos possíveis fatores implicados no problema de alcoolismo vivenciado pela paciente. Antes disso, a paciente é tratada de “*teimosa*”, rotulada “*alcoólatra*”. No lugar de uma escuta interessada, a paciente é culpabilizada por continuar a beber e não frequentar as reuniões dos alcoólicos anônimos (AA), conforme recomendação da médica. Há ainda desvalorização da paciente por parte da profissional, que ao se despedir desta afirma-lhe “*esse cabelo branco seu não tá servindo para nada*”. Nesta consulta, tem-se ilustrada uma condução da relação médico-paciente que, segundo Kleinman (1980), não pode promover a livre expressão do paciente, com apresentação de suas crenças e práticas de saúde.

Apenas nas consultas conduzidas pelo profissional M4, cuja abordagem foi distinguida na seção anterior, pôde-se verificar uma estimulação da narrativa dos pacientes, de modo que a descrição dos sintomas pudesse ser contextualizada, levando-se em conta as relações familiares e condições concretas de vida. Acima, foram analisadas duas destas consultas, demonstrando-se como a estratégia de problematização conferiu uma transcendência da compreensão do problema de saúde e como a sua re-significação repercutiu na elaboração de alternativas de enfrentamento do problema experienciado pelos pacientes.

Em uma terceira consulta do profissional M4, a problematização amplia a narrativa da paciente e compreensão do problema. Uma senhora de 46 anos se dirigiu

espontaneamente à unidade de saúde para aferir a pressão devido a uma dor de cabeça muito forte. Constatou-se uma pressão muito elevada (PA 20x12). Durante a consulta, a paciente narra que sua pressão sempre foi normal. O médico estimula esta narrativa, indagando sobre o que mais incomodava à senhora naquela manhã além da dor de cabeça. Ela responde que *“está se sentindo doente”*. O médico prossegue a investigação da queixa problematizando-a: *“O que aconteceu de diferente então essa semana?”*. A partir de então, a *“doença”* passa a ser enunciada pela paciente em outros termos: *“Meu marido bebeu, doutor, e aí eu toda vez que ele bebe eu fico nervosa”*. A questão do alcoolismo do marido, fato concreto da experiência de vida da paciente e que contextualiza a sua queixa, é assimilada à condução da consulta e abordagem terapêutica. Em comunhão e cumplicidade, médico e paciente re-significam a *“doença”* e refletem sobre o cuidado com a saúde da família. Nesta consulta, a paciente é medicada ainda na unidade de saúde em razão da pressão encontrar-se muito elevada, mas o diagnóstico de hipertensão não é concluído e o projeto terapêutico consiste em aferições periódicas da pressão e agendamento de uma próxima consulta médica. O médico e a paciente decidem por uma consulta para o marido na unidade, com o profissional assumindo o compromisso de assisti-lo no enfrentamento do alcoolismo: *“se a senhora conversar com ele e ele tiver interesse, eu posso ajudá-lo”*.

Embora uma narrativa aprofundada do problema de saúde e sua contextualização na experiência de vida do paciente possa conferir maior integralidade à atenção clínica, a narrativa da maioria dos pacientes assistidos nas consultas analisadas caracteriza-se pela sua superficialidade. Ainda assim, a análise destas narrativas suscita algumas questões relativas à construção da experiência da *illness* e sua repercussão para o cuidado em saúde.

Kleinman (1980) acentua ser a construção da experiência da *illness* uma função clínica essencial dos sistemas de cuidado em saúde, implicando esta construção em um processo de significação dos sintomas percebidos. Nas consultas analisadas, é possível destacar aspectos da construção da experiência da *illness* pelos pacientes, o que repercute inclusive em um movimento de busca de conhecimento sobre sua condição de saúde. Entretanto, *a construção e a re-construção de sentidos* para a hipertensão não é potencializada pelo médico ao longo das consultas. Além da relevância deste processo para a atenção clínica, presume-se ser esta circunstância oportuna para o desenvolvimento da ação educativa, especialmente quando a ausência de sintomas da

hipertensão compromete a construção da experiência da *illness* e, conseqüentemente, o desenvolvimento de outras funções clínicas essenciais, como a tomada de decisão do paciente relativa a práticas terapêuticas e de cuidado com a saúde.

A cronicidade da hipertensão pode não ser incorporada à experiência da *illness* de alguns pacientes, cuja observação dos sintomas apresenta-se associada a uma noção de temporalidade ou sazonalidade. Esta concepção produz conseqüências quanto ao uso da medicação prescrita, podendo esta ser descontinuada em virtude da observação de remissão dos sintomas. As narrativas de dois pacientes explicitam esta concepção. A primeira se refere a uma senhora de 54 anos cuja queixa é de que o coração agita nos dias quentes; na segunda, um senhor de 56 anos atribui variação da pressão ao tempo. Em ambos os casos, as narrativas não são seguidas de qualquer consideração esclarecedora dos médicos:

M: Sim, a senhora tá sentindo o que?

P: Eu tô sentindo uma... aqui no joelho e mais um problema que quando o dia tá quente eu não tenho ânimo pra fazer nada, sabe?, até pra limpar a casa, eu preciso limpar aos poucos, descansar, e já aconteceu também eu cair duas ou três vezes. Quando o dia tá quente, agora o dia tando frio eu tô bem. Não posso fazer nada nas carreiras...

M: Hum, hum.

P: Se eu correr, o meu coração agita...

M: Se corre?

P: É, eu não posso fazer nada... correr, não posso viajar com pressa, tem que ser tudo devagar.

M: E quando tá frio, se a senhora corre, o coração não agita não?

P: Não.

M: Não?

P: Só quando está quente.

P: É... Eu tiro a pressão quase toda a semana, tem semana que tá com quatorze, tem semana que tá com quinze, tem semana que tá com treze. Varia por causa do tempo também, né?

A referência quanto ao comprometimento no desempenho das atividades cotidianas constitui uma observação relevante para a construção da experiência da *illness*. Na mesma direção, a observação de sintomas como dor de cabeça, dor no peito,

palpitações, tontura, dormência no braço, falta de ar, falta de ânimo, mal-estar e insônia podem ser relacionados pelos pacientes à hipertensão e justificar a busca de atenção médica e a adoção de cuidados. O trecho a seguir é de uma consulta de uma senhora de 58 anos que se queixa de tontura. Em sua narrativa, ela explicita que a decisão de procurar atendimento médico foi orientada pelas restrições impostas pelo sintoma em realizar suas tarefas domésticas:

P: Porque quando eu deitava assim, a cabeça rodava, eu passei um dia e meio assim, aí na próxima vez que (?) eu vou pro médico, não vou ficar em casa não. [...] Me proibia de subir escada, limpar as tampas, fazer as coisas, sabe?, ficava com medo de cair, né? Mas agora eu faço tudo, agora, só não fiz faxina, né?

A construção da experiência da *illness*, por sua vez, não implica necessariamente reconhecer-se doente e incapacitado. Identificaram-se tanto narrativas de doença quanto narrativas de saúde entre os pacientes hipertensos, o que se mantém coerente com as considerações de Kleinman (1980) a respeito da possibilidade de uma mesma *disease* poder ser percebida e descrita de modos muito diversos por diferentes indivíduos. Assim sendo, enquanto uma paciente de 43 anos afirma ao médico sua hipertensão: “*eu tenho muita pressão alta*”, mesmo quando constatada durante a consulta uma PA 10x8; outra paciente de 54 anos, apresentando muitos sintomas, conclui ser muito sadia:

P: Ó, doutor, o que eu ‘sente’... quer saber o que eu sinto, né? O que eu ‘sente’ é assim, uma dor nas pernas, nos braços, assim aquela moleza, aquela fraqueza... que eu sinto é isso aí, de vez em quando dá tontura... e é isso que eu sinto, mais nada, mais nada. **Sou até muito sadia, né?** Então eu sei do problema da pressão, tomo esses medicamentos aqui... Então, é o problema que eu ‘sente’ é isso.

A adesão à prescrição médica, como aludido na narrativa anterior, relaciona-se estreitamente à construção da experiência da *illness*. Saber-se hipertenso pode ter como conseqüência o uso contínuo da medicação prescrita. Neste caso, a adesão é autêntica, porque livre escolha de acatar as recomendações recebidas dos médicos, não significando mera aderência (FREIRE, 2003). Nesta perspectiva, a adesão pode ser

compreendida como uma expressão do exercício de autonomia do paciente no cuidado com a própria saúde.

Esta expressão da autonomia do paciente é valorizada e incentivada pelo médico. A narrativa de uma senhora de 80 anos, portadora de deficiência visual, sobre sua adesão às recomendações recebidas quanto a uma dieta hipossódica e sem gordura é, neste sentido, elucidativa:

P: ...de vaca eu não como nada, nem leite, só requeijão, se eu achar um ‘taquinho’ sem sal. Quem vai na fazenda pra ver um sem sal pra mim?

Acompanhante (AC): Essa só na França.

P: Comer a galinha e tirar do couro a galinha, o médico passou. E... e o peixe, mas de carne, outra carne nenhuma eu como, como não, senhora.

M: E o sal?

P: Vixe! Sal ele disse pra passar vinte, lá, muitas léguas. A gordura nem ver.

M: Nem encostar.

P: Lá, porque as meninas cozinha, eu sei que não deixa de não botar. Mas eu sinto. “Ó, mãe, come de colher”, “Não, senhora, colher não deixa eu ver a gordura”, me enganando. Eu não sou besta. Larga a mão, larga a mão, quando eu vejo... “Ó, minha fia, melou minha mão, toma pra lá”. Faça seu jeito de outra coisa. Eu vejo, agora vem me dar de colher, de colher não vejo a gordura. Mas, na mão da gente não vê?! Vê tudo. “Cês quer me matar, cês quer me matar? Toma a sua gordura”.

M: É. Tá certa. A senhora tá certa. Joga duro com esse povo, dona C.

P: Fritura, fritura nem vê, fritura nem vê.

AC: Vá compreendendo...

P: Nem vejo. Não quero. “Ó, mãe, a senhora quer um pedaço de ovo?”, “O médico falou pra mim não comer ovo. Vou comer pra me teimar? Fique lá com suas coisas”.

M: Tá certa!

AC: Aí é cismada.

P: É meus carocinho de feijão?

M: Se todo mundo fosse assim, tava bem demais.

P: É meus carocinho de feijão? Oi não tem carne, eu não tô caçando carne. Cozinho meu feijãozinho bem cozido, escaldei bem escaldadinho (?) Tem uma verdura, joga pra cá a verdura. Mas negócio de carne?!

M: É por isso que tá forte desse jeito, dona C.

Entretanto, a autonomia do paciente no cuidado com a saúde pode assumir outras expressões que não a adesão à prescrição médica. A observação de efeitos colaterais do anti-hipertensivo pode levar a descontinuidade total ou parcial do seu consumo, ou ainda a sua substituição por “remédios caseiros”. Em ambas as circunstâncias, o paciente poderá ser repreendido pelo médico com a advertência de que

não pode ficar sem usar a medicação. Nesta abordagem, os efeitos colaterais da medicação, comumente referidos pelos pacientes como “alergia” ou “intoxicação”, não são necessariamente esclarecidos pelo médico. Na interação transcrita a seguir, uma senhora de 57 anos declara ao médico (M1) que suspendeu por conta própria a medicação e argumenta a sua decisão. A medicação é substituída pelo profissional que enfatiza que o uso deverá ser continuado mesmo com a observação de efeitos colaterais:

M: Agora, dona B., por que a senhora diz... o que foi que a senhora sentiu e disse que não deu bem com o remédio?

P: Ah, doutor, mas eu sentia ‘gonia’, falta de fôlego muito.

M: Falta de fôlego?

P: Sim, fôlego, criatura, uma fadiga enorme, como se... Olhe, eu deitava assim uma horinha, quando fechava o olho piorava, aquela coisa ‘tum, tum, tum’ no coração. Eu abria assim o olho, parecia que eu ia se acabando de uma vez. Sentava na cama com aquela agonia, aquela agonia [...] mas amanheci o dia assim, criatura, com aquela ‘gonia’ grudenta, aquela fadiga, aquela falta de fôlego, o coração agitado, ‘tum, tam!’

[...]

M: Você parou tudo?!

P: Parei os comprimidos que tava me dando muito ‘avexame’

[...]

M: Se a senhora sentir moleza... assim, se tiver sentindo o corpo muito mole, com muito sono, não pára de usar o remédio!

Uma paciente de 60 anos assume a opção de substituição da medicação alopática pelo “remédio caseiro”. A narrativa quanto a esta segunda opção não é tão explícita quanto a anterior. Assim sendo, a senhora relata inicialmente que está sem usar a medicação para a pressão há alguns dias porque esta teria acabado e ela não foi buscar mais na unidade de saúde. Em seguida, acrescenta que havia suspenso o seu uso e aguardava pela consulta para conversar com a médica (M8) sobre a dor de cabeça que associava à medicação. A pressão da senhora é verificada durante a consulta e a médica observa que, embora continue elevada, tem-se o menor valor aferido desde que a paciente iniciou acompanhamento da hipertensão na unidade: “*É, de todas as vezes que você vem aqui, acho que é a mais baixa, né?*”. A paciente se anima com esta observação – “*Tô melhorando, graças a Deus!*” – e revela, então, que vem fazendo uso de um chá. Entretanto, nenhuma consideração é tecida pela médica a respeito, mesmo diante do fato de um possível efeito terapêutico do referido chá, mais uma vez enfatiza-

se a continuidade do uso da medicação, que é substituída por outra que supostamente não produzirá os mesmos efeitos colaterais:

M: Pressão alta também baixa, viu? Agora ficar sem tomar o remédio, aí...

P: Mas a pressão hoje tá boa, graças a Deus, quer dizer não tá...

M: Tá abaixo um pouquinho, né?

P: Eu tô fazendo um chazinho, tô tomando um chá...

M: Tem quantos dias sem tomar o remédio?

A autonomia do paciente quando não corresponde à adesão à prescrição médica não é reconhecida e valorizada pelo médico. Sem uma disposição do profissional para a compreensão das práticas populares de cuidado e a abertura de um espaço para negociação, o que se observa é uma ação antidialógica e culturalmente invasiva (FREIRE, 2003), na qual as práticas populares são largamente marginalizadas. Os médicos, na maioria das vezes, sequer indagam sobre as ervas utilizadas pelos pacientes que fazem menção ao uso de chás para o cuidado da hipertensão.

Identificou-se um nível diferenciado de tolerância a estas práticas, contudo, em algumas consultas. Trata-se de interações nas quais o médico afirma ao paciente que ele pode fazer o uso de chás desde que mantenha o consumo da medicação:

AC[filha]: Ela tem medo de tomar chá usando a medicação. Pra ela tem que parar isso aqui pra tomar um chazinho de cidreira. Eu já falei pra ela que ela pode até engolir junto, fazer beber o líquido, ela tem medo.

M: Não tem problema nenhum, nenhum, não.

P: Porque eu tô tomando... capim santo com...

M: Erva cidreira...

P: Com chuchu que me ensinaram que era bom, com chuchu.

M: Verdade, é bom mesmo.

AC: Siriguela também, né?

M: Tudo é bom e não faz mal não.

P: É?

AC: Não precisa parar esse aqui. Ela pára esse aqui pra tomar o chá, ela tem medo de tomar junto.

[...]

M: Esse remédio aqui é mais pra controlar o problema do coração, tá entendendo? Então por isso que não pode parar, mesmo tomando o chazinho, tá certo?

Um profissional (M1) estabelece uma relação diferenciada frente às práticas populares de cuidado. Trata-se de um médico estrangeiro, proveniente de um país latino americano, que atua em uma equipe de saúde da família na zona rural, onde os agentes comunitários recomendam o uso de chás na comunidade. Este médico acolhe algumas receitas referidas por seus pacientes hipertensos. Além da força das práticas populares de cuidado no contexto de atuação deste profissional, o acolhimento que faz destas práticas parece justificar-se pela compreensão de que “*isso aí tem remédio também*”. Assim, ele distingue em sua prática o “*remédio de farmácia*” e o “*remédio caseiro*”. A recomendação que faz quanto ao uso deste último, parece o assemelhar ao primeiro, incluindo a descrição da prescrição no receituário, a definição de dosagem terapêutica e a posologia:

M: E como que o senhor prepara o chá de chuchu?

P: Ferve ele.

M: Ferve a folha?

P: É.

M: Porque o que é bom, por exemplo, o senhor ferver a água, né?, e pegar a folha de chuchu picadinhas...

P: Colocar dentro?

M: Isso, e colocar uma colher de sopa para uma xícara, certo?, colocar as folhas. Aí chega, abafa com um pires, deixa uns dez minutos. Depois suspende o pires e vai tirar aquela gotinha de vapor, isso aí tem remédio também... [...] É bom o senhor continuar bebendo assim pelo menos no mínimo duas xícaras de chá de chuchu por dia, certo?

Em relação à autonomia do paciente hipertenso, identifica-se em muitas das consultas analisadas um sujeito em busca de conhecimento sobre a sua condição de saúde, conhecimento este que poderá ser traduzido na conquista de uma maior independência no cuidado com a própria saúde. Esta disposição do paciente hipertenso, que Freire (2003) apreciaria como expressão de sua vocação ontológica de *ser mais*, ser sujeito, repercute na relação médico-paciente. O médico é levado a compartilhar com os pacientes mais questionadores informações sobre sua saúde, o que não se processaria espontaneamente, como evidencia aquelas consultas nas quais o paciente assume uma postura mais passiva.

O movimento de busca de conhecimento e autonomia pode ser ilustrado pelo questionamento quanto à medicação prescrita. Uma senhora havia recebido do médico

(M1), em consulta anterior, a medicação fornecida por um laboratório diferente. A diferença entre as embalagens suscita na paciente a dúvida quanto à manutenção da prescrição, razão pela qual ela inicia a consulta atual com a apresentação de sua dúvida, que o médico esclarece. Esta mesma paciente formula outras questões ao médico ao longo da consulta, buscando informar-se sobre os resultados dos exames laboratoriais, que haviam sido registrados em seu prontuário pelo médico sem qualquer comunicado, e sobre a pressão aferida durante a consulta. Ainda sobre a pressão, um outro paciente que havia chegado à unidade de saúde com uma crise hipertensiva (PA 24x16) indaga ao médico (M3) sobre os valores de normalidade:

P: O normal de pressão normal é quanto?

M: O normal, normal é doze por oito.

No comunicado de que a pressão arterial está elevada, o médico muitas vezes recorre a diminutivos ou outras expressões pouco esclarecedoras, o que também poderá suscitar a busca de informações mais objetivas pelo paciente. No trecho abaixo, o paciente, um senhor de 73 anos, demanda saber o que o médico quer dizer por uma pressão “*um pouquinho alta*”:

M: ...tá um pouquinho alta.

P: Tá alta?

M: Tá. O senhor está com dor de cabeça...?

P: Tô não.

M: Tontura, nada...? Comeu mais sal por esses dias, não?

P: É, como, mas pouco, não é? **Tá de quanto?**

M: Tá de 18 por 95. Noventa, né? Tá um pouquinho mais alta do que ontem.

Outra estratégia de busca de conhecimento sobre a condição de saúde identificada entre os pacientes é a solicitação de exames laboratoriais ou complementares ao médico. O trecho a seguir é ilustrativo desta busca e da apropriação do conhecimento biomédico pela paciente (39 anos):

P: ...porque eu tô precisando desse tipo de exame, porque eu tenho colesterol alto e o triglicérides tem um bom tempo que não faço, e ultimamente eu tenho sentido muita dor de cabeça, mal-estar terrível e insônia. Eu acordo às vezes quatro horas da manhã e não consigo dormir mais. E nas últimas vezes eu medi minha pressão e tava um pouco alta.

M: Quanto?
P: 15 por 12.
M: 15 por que? Por doze?
P: A mínima.

Esta disposição dos pacientes em saber sobre sua condição de saúde, entretanto, pode não ser oportunizada pelo médico para o desenvolvimento da autonomia do paciente com o cuidado com a própria saúde. Nesta situação, o profissional não responde às indagações ou dúvidas a ele dirigidas ou oferece uma resposta superficial e estritamente biomédica, conforme demonstram as interações abaixo:

M: O senhor tem alergia a algum tipo de remédio?
P: Tenho. Se eu tomar Dipirona minha perna incha. Fica igual a um pilão, Ó.
Não sei o que é isso.
M: Mais algum remédio que o senhor se sente mal?
[...]
P: É, deu aquela doença, labirintite. **É da pressão alta, né?**
M: Fora esse dia, internou mais alguma vez?

P: Só tem que eu tô com um calor enorme no corpo. **Será que é o que?**
M: Deve ser a menopausa.

Em outras interações, uma relação de poder é claramente instituída pelo médico, sustentada no monopólio do conhecimento biomédico. Esta circunstância pode implicar em restrições no oferecimento de esclarecimentos requisitados pelo paciente relativo à sua saúde. Em uma consulta de uma senhora de 70 anos, a obtenção da informação sobre o resultado do exame de colesterol apenas foi obtida mediante sua perseverança. Após entregar os resultados de exames laboratoriais e esperar sua apreciação pela médica (M14), a paciente é comunicada de que os exames “*estão jóia*”. A senhora tem um interesse particular pelo exame de colesterol. A médica, mesmo diante do interesse manifesto pela paciente, afirma-lhe que “*ainda não cheguei lá. Tô vendo aqui anemia, não tem anemia, não tem infecção, o exame da tireóide que eu pedi também foi bom. E a pressão?*”. Desta maneira, a profissional demarca o seu controle na condução da consulta. Quando finalmente informa sobre o exame de colesterol, restringe-se a afirmação “*tá beleza*”. A senhora, no ápice de sua busca de conhecimento

sobre sua condição de saúde, indaga “*quanto está?*”, obtendo como resposta “180”. Diante desta resposta, a senhora ainda precisa conferir se “180” significa um valor dentro da normalidade para finalmente comemorar sua autonomia. Em exame anterior, o colesterol estava bastante elevado, em torno de 340 mg/dl, e desde então ela vem usando a “*brigela*” e avalia, mediante o exame recente, a eficácia do cuidado assumido por ela com a sua saúde.

Em contraste com esta situação, alguns pacientes podem apresentar-se ao médico assumindo uma condição de extrema passividade e de desapropriação de conhecimento sobre si mesmo e sua saúde. Nesta perspectiva, pacientes podem não saber informar sobre há quanto tempo sabem que são hipertensos, quais medicamentos utilizam e referir os nomes destes ou mesmo informar a própria idade. Esta condição pode ser abordada de duas maneiras: ou o médico e outros profissionais da equipe de saúde assumem uma postura paternalista, sendo a consulta ao prontuário do paciente um recurso empregado para a obtenção das informações necessárias sem que seja preciso requisitá-las ao paciente; ou o médico oportuniza a consulta para estimular o paciente a atender a sua vocação de ser sujeito (FREIRE, 2003). Na interação a seguir, pode-se acompanhar o esforço do médico (M2) para envolver de modo ativo a paciente de 61 anos na condução da consulta e fazê-la apropriar-se de informações relativas à medicação usada, inclusive seus nomes. A estratégia empregada é a problematização, com o médico não repetindo a prática de outros profissionais de revisar o prontuário. O resultado desta interação é surpreendente. A senhora que chega à consulta sujeitando-se ao saber e à decisão dos profissionais de saúde, que lhe entregavam a medicação de cujo nome ela não precisava se apropriar, questiona o médico no momento em que este lhe entrega a medicação no final da consulta, expressando dúvida quanto a sua correção. Esta situação é oportunizada pelo médico para consolidar a condição de sujeito emergente:

M: Qual o motivo da consulta, dona M.?

P: Pegar o remédio.

M: A senhora não sabe o nome do remédio que usa não?

P: A menina me falou aquele dia, mas esqueci.

M: A senhora tem pressão alta há quantos anos, dona M.?

P: Sei lá. Faz um bocado de tempo que eu tomo remédio.

M: O que é um bocado de tempo?

P: Uma porção de anos.

M: Tem mais de 10 anos que a senhora tem pressão alta?

P: É.

M: Quinze anos?
P: Menos.
M: Então, dez anos. E a senhora, nesse período todo, toma remédio?
P: Tomo.
M: Todo dia certinho?
P: Sim.
M: Mas não sabe o último remédio que está tomando?
P: Esse primeiro aqui mas...
M: É Hidroclorotiazida
P: É esse?
M: Não é Hidroclorotiazida?
P: Não sei se é esse. A menina me falou, mas eu não decoro. Não sei.
[...]
M: Mas não sabe o nome do remédio?
P: Não. Naquele dia ele achou o nome aí e me deu o remédio que eu tô tomando até hoje.
[...]
M: Foi Propanolol e Hidroclorotiazida.
P: Foi.
M: Um de manhã e outro de noite, né?
P: É.
M: Um de cada, né isso?
P: É. Quer dizer que o nome é um só?
M: Não. Propanolol é um, Hidroclorotiazida é outro.
P: Ah! Eu tomei um bocado de vez “Hidroclorotiazida”, já tem muitos anos. Eu levei um bocado de tempo tomando ele. Pegou agora, já tem uns dois meses que tô tomando ele que o médico passou.
[...]
M: A senhora vai tomar o Propanolol, viu dona M.? Um comprimido de manhã e um comprimido à noite, só. O outro não toma não, tá bom?
P: Eu já tô tomando esses dois mesmo.
M: Não, mas a senhora tem lá duas qualidades de remédio, tem o Propanolol e a Hidroclorotiazida, aí não vai tomar a Hidroclorotiazida, só vai tomar o Propanolol, um de manhã e um de noite.
P: Tá.
M: Tá certo?
P: Tá. Um só eu tomo duas vezes. Tomo um de manhã e um de noite. Tá
M: Tá certo?
P: Tá.
M: Como é que toma?
P: Toma para dormir e de manhã depois eu tomo café.
M: E qual é o nome do remédio?
P: Me esqueci. Hidroclor... né?
M: Não é Hidroclorotiazida não, é o outro. É o Propanolol.
P: Ah, é o Propanolol.
M: Viu? o Hidroclorotiazida a senhora não vai tomar.
P: Tá.
M: Tá certo?
P: Tá.
M: Só vai tomar o Propanolol.

P: Que é os dois.
M: Que agora a senhora tá tomando só de noite. Agora vai passar a tomar um de manhã e um de noite.
P: Tá.
M: Tá certo?
P: Tá.
[...]
P: Olha, eu acho que não é esse remédio não.
M: Você quer...
P: Tô duvidando aqui que não é esse.
M: Cadê dona...
P: Porque você sabe, né?, tomar um remédio... de outro aí...
M: Mas é o mesmo, dona...
P: Com certeza, né?
M: A mesma coisa.
P: É doutor?
M: É o mesmo nome [...] só a embalagem que modifica, viu?

A respeito da busca de conhecimento sobre a condição de saúde-doença e da autonomia do paciente, é importante ressaltar a sua independência em relação à faixa etária ou outra característica do paciente. A análise das consultas evidencia que mesmo pacientes idosos são capazes de atender à vocação de ser sujeito, agente co-responsável pelo cuidado com a própria saúde. Esta observação contesta considerações de alguns estudiosos da relação médico-paciente, cuja afirmação é de que pacientes com um determinado perfil – idosos, pacientes com baixa renda, com ocupações profissionais pouco qualificadas, baixa escolaridade – tendem a preferir uma relação paternalista com seus médicos, assumindo perante estes uma postura passiva e dependente (ROTTER e HALL, 1993).

6.4. A narrativa dos médicos

A narrativa dos médicos nas consultas de pacientes hipertensos caracteriza-se por ser predominantemente biomédica e prescritiva. A ênfase desta narrativa recai sobre o uso da medicação, sendo a ação educativa secundária e superficial. Conforme observação teórica de Kleinman (1980), o modelo explicativo do médico freqüentemente não é exposto ao paciente. Ao contrário, a comunicação quanto à pressão arterial verificada durante a consulta ou a respeito dos resultados de exames não

são esclarecedoras. Expressões evasivas ou o emprego de diminutivos caracterizam os enunciados médicos.

Expressões como “*um pouquinho alta*”, “*pressão rebelde*”, “*mais de 20...*”, “*tá de 21...*”, “*tá boazinha*”, “*alta para a pessoa*”, “*pressão altinha*”, “*tá boa*”, “*está ótima*”, “*tá muito alta*”, “*não é normal não*” são empregadas pelos médicos para comunicar a respeito da pressão arterial aferida. Com relação a estas expressões, depreende-se que elas não favorecem uma compreensão do paciente quanto a sua real condição de saúde. A pressão arterial de um senhor que declara vir fazendo uso da medicação em desconformidade com a prescrição é enunciada pelo médico (M11) como “*pressão altinha*”. Trata-se de uma PA de 20x10, considerada hipertensão grave (SANTOS e SILVA, 2002), gravidade esta que não pode ser dimensionada pelo paciente em decorrência da expressão empregada pelo médico, o diminutivo “*altinha*” sugere inclusive menor importância à PA verificada. Neste mesmo sentido, um outro profissional (M16) comunica a uma paciente, cuja queixa é exatamente relativa aos efeitos colaterais da medicação, que a prescrição do cardiologista devia-se à constatação de “*um probleminha*” em seu coração evidenciado pelo eletrocardiograma.

Em uma única consulta, verificou-se uma comunicação sobre a pressão arterial propiciadora de apropriação do saber biomédico pelo paciente. Após aferir a pressão de um senhor de 58 anos, o médico (M1) indaga se ele conhece os números e então esclarece sobre os valores de normalidade:

M: ...a pressão tá de dezesseis por nove e meio, quase dez. Um pouquinho alta ainda, viu?

P: Um pouco alta, né?

M: Um pouquinho alta, e esse dez... O senhor conhece os números?

P: Conheço.

M: Esse dez aqui é alto, viu? O ideal é que fique abaixo de nove. Aqui tá cem, né? Abaixo de noventa no caso, certo?

Uma consideração semelhante ao enunciado da pressão arterial pode ser feita em relação à medicação. Esta nem sempre é referida pelo nome, com os médicos fazendo menção a suas características visuais como a cor da embalagem, a cor ou o formato do comprimido, ou mais uma vez empregando ordens de grandeza: “*comprimido grandão*”, “*comprimido alvinho*” e “*remedinho*” são alguns exemplos.

Esta observação pode lançar luz ao fato de alguns pacientes não saberem informar em suas consultas sobre a medicação já utilizada ou em uso para tratamento da hipertensão.

A narrativa do médico sobre a hipertensão, entretanto, poderá ser ampliada, com o médico explanando sobre o tema. Esta narrativa pode ser qualificada de *dissertativa* (FREIRE, 2003), visto que não há qualquer participação do paciente na abordagem do tema, sendo sua escuta *passiva e silenciosa*. Outra característica desta narrativa, verdadeiro depósito de conteúdo biomédico, é a não verificação da compreensão do paciente, com expressão de sua concordância ou de dúvidas.

O objetivo da narrativa médica apresenta-se bem definido: conquistar a adesão do paciente à prescrição. O trecho transcrito a seguir refere-se à consulta de uma paciente que, em tratamento na unidade de saúde, já fez uso de vários medicamentos sempre queixando-se dos efeitos colaterais. O médico (M2) já efetuou várias substituições da prescrição e está na iminência de encaminhar a paciente para um serviço de média complexidade, pois avalia que seus recursos terapêuticos estão se esgotando. Ele *disserta* sobre a hipertensão e suas complicações como argumentação em favor do uso da medicação:

M: ...a pressão da senhora, dona M., está 18 por 9. Não é uma pressão boa para a senhora não.

P: É, é mais complicado, né?

M: Não é complicado, dona M. Repare, a senhora tem algumas alterações no exame físico e isso desgasta o coração, né?, o coração não está batendo mais com aquela força que batia há alguns anos atrás, certo? E isso muito provavelmente é por causa da pressão alta. Então a pressão alta desse jeito, ela começa a alterar o coração e outros órgãos também, né?, rim, uma série de órgão. E provavelmente afetou o coração da senhora, certo? O seu coração tá dando sinais que está com insuficiência. O que é isso? Ele não consegue mais bombear o sangue, né?, de uma maneira que a senhora deixe de sentir falta de ar para qualquer coisinha que a senhora faça, tá certo? Isso em parte é devido a essa pressão alta. A senhora tem que tomar remédio para ajudar ao coração a trabalhar melhor, né?

A narrativa do médico sobre a hipertensão freqüentemente acentua o risco, o perigo, sugerindo ao paciente ser a hipertensão uma ameaça constante, o que justifica, por outro lado, a imprescindibilidade da incessante vigilância. Em uma de suas consultas, o profissional M3 ressalta a importância do cuidado com a seguinte

consideração: “*Pressão a gente fica... tem que ter um cuidado danado, né? Pressão é um negócio traiçoeiro*”. Outro profissional (M11) retrata a ausência de sintomas da hipertensão como um perigo, assinalando a importância da aferição periódica:

M: ...então, não sente dor de cabeça, tontura...

P: Nem tontice (?) eu sinto mesmo é o meu braço esquerdo...

M: Mas isso aí a senhora tem que ter cuidado. A senhora tem que ter cuidado porque o quê que acontece? Já que a senhora não sente nada, então, aí já vai correndo pra poder ver se a pressão está alta, como a senhora não sente nada, aí é mais perigoso a pressão está alta, a senhora não sabe quando é que está alta. Aí é mais perigoso, viu?

O controle da pressão, mediante uso contínuo da medicação e aferição periódica na unidade de saúde, são a tônica da narrativa médica. Como visto na seção anterior, a experiência da *illness* não é levada em conta na abordagem médica, a narrativa do paciente é inibida, de modo que a orientação da clínica do médico de saúde da família é a *disease*, sendo o controle dos sintomas sua prioridade – a *curing of disease* (KLEINMAN, 1988).

O projeto terapêutico é definido pelo médico sem participação ou negociação com o paciente. Neste sentido, a narrativa deste não será levada em consideração no momento da prescrição. Assim, por exemplo, na consulta da paciente que narra que o coração agita nos dias quentes e que nos dias frios se sente bem, a prescrição é de uso diário e vitalício. A paciente, cuja história pregressa é de descontinuidade de uso da medicação, não consegue completar o que seria possivelmente uma expressão de sua concepção de cuidado compatível com a sua noção de temporalidade da hipertensão:

M: ...pra pressão pode tomar um comprimido todos os dias...

P: Mas se eu tiver sentindo ou...?

M: Sempre!

P: Sempre, né?

M: Agora em diante a gente vai usar, certo?, até a gente tiver... mas, em geral, uma pessoa depois com essa pressão alta a gente acha que **tem que usar o remédio por toda a vida, viu?**

P: É sem parar, né?

M: Hum, hum. Então vai tomar um comprimido todos os dia pela manhã, certo?, esse aí.

P: Tá bom.

Um outro profissional (M3), ao enfatizar o uso da medicação, compara esta à alimentação:

M: ...uma vez que começa a pressão, começou a tomar a medicação, tem que tomar a medicação sempre. É como se fosse a comida, né?, tem horário pra comer, tem horário pra tomar o remédio também.

Nestas duas últimas interações, compreende-se que no “tá bom” ou simplesmente no silêncio, encerra-se a possibilidade de uma ação dialógica, centrada na narrativa do paciente. A não escuta também obstaculiza a negociação, sendo muitas vezes a prescrição reiterada pelo médico sem que seja considerada a relação estabelecida pelo paciente com a medicação. No lugar da negociação, o que se verifica é uma tentativa de convencimento pela transmissão de informação biomédica, na qual são acentuados os danos à saúde conseqüentes da não adesão à prescrição – ou melhor, da não aderência. Neste sentido, tem-se uma ação médica antidialógica orientada para a conquista. A narrativa abaixo é elucidativa:

M: Não pode não [tomar a medicação uma vez ao dia], tá bom? Principalmente a senhora que o coração já tá sentindo um pouco os efeitos da pressão. E se a senhora continuar sem controlar a pressão, isso pode progredir, progredir, progredir, o coração crescer e não ter mais jeito. Então tem que tratar enquanto pode se resolver, tá bom?

A negociação quanto à prescrição foi observada em uma única consulta. A motivação da profissional (M14), contudo, parece estar mais na garantia de continuidade do uso da medicação pela paciente do que no exercício de sua autonomia, mediante uma escolha informada quanto à natureza do medicamento. O anti-hipertensivo que a paciente vinha usando fora prescrito um ano antes por profissional de outro serviço de saúde. Trata-se de uma medicação não disponível naquela unidade. A médica questiona se a paciente está podendo comprá-la, repetindo que não pode ficar sem o remédio da pressão: “*E tá podendo comprar ele? Tá usando o remédio?*”. A paciente refere que tem conseguido comprar a medicação, parcelando a compra em duas vezes. A médica oferece a possibilidade de substituir a medicação por uma outra

disponível na unidade caso a paciente esteja tendo dificuldade em adquiri-la. Ressalta que o “*da farmácia*” é melhor, porque mais novo, os disponíveis na unidade seriam mais antigos e por isso não tão bons, mas pondera que a substituição é possível, o importante é que a paciente não fique sem usar a medicação: “*Vou manter... a não ser que a senhora não possa comprar... aí a gente vai tentar passar o daqui, o que não pode é ficar sem tomar o remédio*”. A paciente decide, então, que após acabar a quantidade comprada na farmácia, solicitará à médica a prescrição do remédio distribuído na unidade.

O projeto terapêutico definido pelo médico é avaliado por este mediante acompanhamento do resultado terapêutico almejado: o controle da pressão. Assim sendo, a substituição da medicação ou o aumento de sua dosagem são procedimentos previstos e mesmo anunciados aos pacientes como parte do projeto terapêutico. Destaca-se nesta prática a busca do “*remédio que dê certo*”. Como se pode observar na interação a seguir, esta busca se sobrepõe muitas vezes à ação educativa:

M: Ela tá de vinte e um por doze, viu?, a pressão, dona A. Sua pressão é muito alta.

P: Tem que controlar muito o negócio de sal, né?

M: Hum, hum. Tem que ver o sal, tem que ver isso aqui, tem que ver também a medicação. Toda vez... tem pressão também que são mais rebeldes, assim, pressão que é mais rebelde pra controlar. Mas o... agora a gente vai aumentar a quantidade, observar o sal e se não... **a gente vai trocar o remédio, viu?**

Tem que procurar o remédio que dê certo.

P: Que dê certo...

M: Certo?

A narrativa médica referente à medicação caracteriza-se pela sua extensão e repetição das recomendações. Em algumas consultas, a extensão desta narrativa é bastante pronunciada. Para aqueles profissionais que efetuam a entrega da medicação ao paciente durante a consulta, a explanação sobre a administração da mesma pode ser ainda mais minuciosa, utilizando-se da informação visual. Mais uma vez, a narrativa do médico apresenta-se predominantemente *dissertativa*, com o paciente escutando passivamente a informação transmitida. Após devidamente informado, o paciente poderá ainda ser responsabilizado pela não adesão à prescrição e pelos possíveis danos a sua saúde. Nesta direção, uma médica (M19) adverte sua paciente de que “*depende só de vosmecê...*”.

A interação transcrita a seguir ilustra a narrativa do médico quanto à medicação. Trata-se de uma primeira consulta na unidade de uma senhora de 63 anos. A pressão foi verificada antes da consulta por outro profissional de saúde que informa sobre a aferição à médica (M11). Esta, entretanto, não compartilha a informação com a paciente. A postura assumida pela profissional é caracteristicamente paternalista (ROTER e HALL, 1993). Embora refira os nomes dos medicamentos prescritos, a médica explora principalmente de sua característica visual na hora de orientar a paciente sobre o uso:

M: Olha, a senhora vai tomar esse remedinho aqui um comprimido de manhã, um de noite, tá?

P: Tá.

M: Aí depois é que eu vou dar mais, deixa ver se a senhora vai se adaptar. E esse de cá a senhora vai tomar metade do comprimido, tá?, tem um comprimidinho aqui, a senhora parte no meio.

P: Partir no meio...

M: Isso, aí toma metade desse comprimido pela manhã, só metade pela manhã, desse daqui todo rosinha e branco, esse daqui é um de manhã e um de noite, tá bom?

P: Toma esse daqui primeiro, depois toma o outro, né?

M: Isso, só que esse daqui é um de manhã e outro de noite, e esse daqui é só meio de manhã, tá tudo escrito aqui direitinho.

P: Tá.

M: E a senhora vai pegar um comprimidinho desse aí e pedir uma aguazinha pras meninas pra tomar, tá bom?

P: Tá.

M: (?) esse e esse. Segunda-feira a senhora vai... então esse branquinho aqui ó, esse branquinho. Como é que toma, esse branquinho?

P: Partindo no meio...

M: Toma uma bandinha só, e esse aqui do metalzinho, um de manhã e um de noite, né? Então esse daqui a senhora vai tomar um agora, só vai tomar lá pra meia-noite, tá bom? E aí, amanhã de manhã, a senhora toma meio desse e toma um desse de noite. Só tô dando a senhora agora porque a senhora tá com pressão alta, mas o horário pra senhora tomar é de manhã e de noite, viu? Segunda-feira a senhora vem aqui pra tirar a pressão, pra ver como é que tá, viu?

P: Tá.

Além da hipertensão, observa-se entre as consultas analisadas a medicalização de outras questões de saúde, nas quais a dimensão psicossocial do problema poderia ser ressaltada na condução da consulta e abordagem terapêutica. Esta é uma característica

do modelo biomédico destacada por Kleinman (1995, p. 35), cuja consequência é a “eufeminização do sofrimento”.

A medicalização da dimensão psicossocial do processo saúde-doença pode ser verificada na consulta a uma senhora de 52 anos, que é iniciada pela indagação da médica (M8): *“Tá tomando remédio pra pressão?”*. A paciente relaciona o aumento da pressão arterial a uma situação experienciada: *“Agora, não sei, por causa de uns problemas que me aconteceu, fiquei preocupada e ela voltou a subir aí...”*. Entretanto, esta situação não é explorada pela médica, que solicita que a paciente descreva os sintomas observados por ela: *“O que é que a senhora sente?”*. A paciente descreve detalhadamente os sintomas, acrescentando ao final desta descrição a observação de que *“agora, é o que eu tô lhe dizendo, eu não sei se é por causa dos problemas que aconteceu nesses dias, fiquei muito nervosa, preocupada, deitava, não conseguia dormir, eu não sei”*. A respeito dos problemas e preocupações experienciados pela paciente a médica também nada saberá, pois a construção de sua hipótese diagnóstica localiza a causa do problema no corpo, ressaltando uma disfunção orgânica, e, deste modo, desconsiderando a experiência vivida e o sofrimento dela derivado:

M: E fale uma coisa: a senhora tem menstruação normal ainda?

[...]

P: De um ano pra cá ficou assim, de três em três meses.

[...]

M: Olha, a senhora tá com cinquenta e dois anos é mais ou menos o... tem gente que até antes disso a menstruação vai embora, vai mais cedo, (?) tá? E normalmente ela não vai embora duas vezes, vai, falha um pouco, vem (?) depois torna a ficar um tempo sem vir, tá? Já são os sintomas da menopausa e esses sintomas que a senhora sente: insônia, irritabilidade, dor de cabeça, tudo isso pode ser menopausante, né? Que diminui o estrógeno, que é hormônio feminino, a menopausa pode causar isso, certo?

[...]

M: Nós vamos manter a mesma medicação da pressão e eu vou acrescentar uma outra medicação pra esse sintoma da menopausa, pra tomar alguns dias à noite, tá certo?

P: Tá bom.

Na narrativa de outra profissional (M19) verifica-se a medicalização do alcoolismo. Trata-se de uma consulta referida na seção anterior, na qual a paciente é silenciada pelas extensas falas da médica. Esta, que rotula a paciente de alcoólatra, ressalta ser o alcoolismo uma doença ao mesmo tempo em que culpabiliza a paciente

pelo não enfrentamento do problema. A narrativa da médica é imperativa e enfatiza os danos à saúde acarretados pelo consumo de álcool, acentuando ser este um importante fator de risco à saúde, embora não seja o único ou o mais proeminente. Segundo a narrativa da médica, a paciente, pela “teimosia”, figura como o principal fator de risco à própria saúde. A doença e a morte são centrais nesta narrativa, denotando uma estratégia para o convencimento quanto à importância do cuidado com a saúde:

M: Você tem vários fatores de risco para ter um enfarte, para ter um derrame, o álcool é um deles, a pressão alta também e a teimosia é o pior que tem, você é teimosa, não quer se cuidar, aí quando tiver um problema diz ‘Oh, meu Deus! Oh, meu Jesus!’, chama os santos do céu todo, não vai mais ter jeito. Já viu alguém com derrame, já viu? Nunca viu ninguém ficando com a boca torta, sem poder andar não?

P: Já.

M: Quer ficar assim?

P: Não.

M: Já viu alguém com cirrose, com a boca inchada, o olho amarelo, já viu isso? Por que você não se cuida? Por que você não quer se ajudar? Me explique, nem é tanto assim parar de beber eu sei que você não está bebendo mais como bebia, não é?

P: Eu não tava bebendo não, aí voltei a beber num dia desse aí...

M: Por que você é alcoólatra! Você sabe o que é uma pessoa ser alcoólatra? Alcoólatra...

P: A boca tá amargando...

M: Sabe o que é? O alcoólatra ele não consegue parar de beber depois que ele começa, você pode ficar vinte anos sem beber, no dia que você pegar um copo, vai ficar bêbada **porque isso é uma doença** e a única coisa que depende de sua vontade é você parar de beber porque se você continuar assim não vai acontecer nada de bom para você. Você sabe que eu tive um paciente alcoólatra que eu perdi, que morreu afogado em uma poça d’água? Ele caiu bêbado e morreu afogado de tão bêbado que ele tava. [...] Você se conscientize que você tem um problema e que você não pode tocar em álcool. Se você veio para alguma palestra do AA, se você veio para alguma palestra você viu, evite o primeiro gole, evite a primeira dose, quantas vezes você ouviu isso?

Sendo a narrativa do médico tão enfática quanto à doença e sua medicalização, pode-se compreender porque a ação educativa nas consultas médicas de pacientes hipertensos apresenta-se tão secundária. Hierarquicamente, o projeto terapêutico preconiza o uso da medicação em conformidade com a prescrição, a aferição periódica da pressão arterial na unidade de saúde para acompanhamento do efeito terapêutico da medicação que, caso seja considerada insuficiente para o controle da

hipertensão, poderá ser substituída por outra ou ter sua dosagem elevada, e por último e marginalmente, a ação educativa, com recomendações de dieta hipossódica e sem gordura e realização de exercícios físicos, como caminhadas. Apenas dois profissionais (M10 e M19) fazem menção aos grupos de hipertensos, recomendando a participação dos pacientes nesta atividade como parte do projeto terapêutico. A discussão quanto ao desenvolvimento da ação educativa ao longo da consulta médica será aprofundada na seção a seguir.

6.5. A ação educativa

A consulta do paciente hipertenso orienta-se predominantemente pelo modelo biomédico. Neste sentido, observam-se três circunstâncias quanto ao desenvolvimento da ação educativa: 1) consultas estritamente curativas, nas quais a ação educativa não faz parte da abordagem terapêutica; 2) consultas em que a ação educativa é assimilada em sua condução, sendo, contudo, secundária no projeto terapêutico; 3) consultas em que este projeto caracteriza-se pelo equilíbrio entre a medicalização, o controle da pressão arterial e o desenvolvimento da ação educativa. Dentre estas três circunstâncias, a segunda é preponderante.

Nas consultas em que a ação educativa não está assimilada em sua condução e abordagem terapêutica, a atenção clínica privilegia a medicação, sendo preciso encontrar o “*remédio que dê certo*” para o controle da hipertensão. Em um projeto terapêutico exclusivamente medicamentoso, a consulta médica não é oportunizada para o desenvolvimento da ação educativa.

O enfoque medicamentoso poderá contribuir ainda para que ações de cuidado do paciente com sua própria saúde – expressão de sua autonomia – não sejam reconhecidas e potencializadas pelo médico. A consulta de uma senhora de 68 anos é ilustrativa desta consideração. A médica (M14) inicia a consulta investigando o uso do anti-hipertensivo e acentua que “*tem que tomar o remédio*”. A pressão arterial está elevada na ocasião do atendimento, a paciente afirma que sua P.A. é “*descontrolada*”. Esta observação da paciente é seguida pelo comentário médico de que “*vai ter que obter o controle dela*”. Imediatamente a este comentário, a paciente anuncia que vem seguindo uma dieta hipossódica e reduzindo o consumo de gordura: “*Não como... não*

como mais muita gordura, não como sal...”, o que parece indicar uma concepção de cuidado da paciente que vai além do uso da medicação. Entretanto, esta ação de cuidado referida não é estimulada pela médica que conclui: *“eu vou aumentar esse remédio pra senhora”*.

Entretanto, as ações de cuidado do paciente hipertenso quando coerentes com a prescrição médica e orientadas para a redução de riscos individuais são, em geral, valorizadas e incentivadas pelos profissionais. Um senhor de 62 anos, que afirma ser uma pessoa sadia, refere autonomia na atenção e cuidado com a saúde e adesão às prescrições médicas. A partir da suspeita de que a pressão arterial estava elevada, dirigiu-se a uma farmácia para verificá-la e depois a um serviço de saúde, onde o profissional que lhe atendeu recomendou que comesse sem sal, deixasse de tomar café e fumar. O senhor afirma ao médico (M3) que há uma semana vem seguindo à risca tais recomendações, sem, contudo, deixar de assinalar o desafio de assumir estas restrições. O médico o encoraja, nesta oportunidade, a dar continuidade aos “novos hábitos”:

M: É para continuar assim, viu? Não é para...

P: Deixei [de fumar] a semana passada.

M: Não vá esquecer não.

A investigação de fatores de risco à hipertensão – tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo, dieta, antecedentes de cardiopatias na família – pode integrar a anamnese clínica. Entretanto, a relação entre estes fatores de risco e a hipertensão não é necessariamente explicitada pelos profissionais aos pacientes, principalmente quando a resposta destes é negativa. A anamnese clínica oferece subsídios para a definição diagnóstica – construção da *disease* –, não constituindo um momento da consulta oportunizado para a ação educativa. A seguir, um recorte da anamnese conduzida pelo profissional M2:

M: ...na família da senhora tem história de pressão alta? De os pais da senhora, tios...?

P: Meus pais, não lembro. Naquele tempo eles não iam no médico.

M: A senhora não sabe dizer?

P: Não sei.

M: E diabetes?

P: Diabetes não.

M: E derrames?

P: Não... Minha mãe que morreu de... não sei, foi... porque naquele tempo aquele povo não ia no médico. Ela morreu assim de repente. Eu não sei se foi... ela dormia toda hora. Ela só andava cochilando. Ela morreu assim de repente. Mas naquele tempo o povo não ia no médico.

[...]

M: Dona M., me diga uma coisa. A senhora fuma? Já fumou na vida?

P: Não. Algum tempo eu fumava assim um pouquinho, mas graças a Deus eu deixei.

M: Bebe?

P: Não.

M: Dona M., a senhora deita ali na maca que eu vou lhe examinar.

Dentre os fatores de risco à hipertensão, a alimentação destaca-se como o mais referido pelos profissionais. A abordagem quanto à dieta do paciente hipertenso, contudo, restringe-se a recomendação de redução do consumo de sal e de gorduras. A orientação geral é de que *“tem que comer bem pouco sal”* ou ainda *“não tocar em sal”*, conforme observa a profissional M11 em uma de suas consultas:

M: E tá comendo muito sal?

AC: Não.

P: Não, pouquinho.

M: Pouquinho, né? Gordura também não?

AC: Também pouquinho.

Contudo, sem levar em consideração as condições concretas de vida dos pacientes, estas recomendações quanto à dieta caracterizam-se essencialmente prescritivas, implicando muitas vezes na enumeração de alimentos que deverão ser incluídos ou excluídos da dieta do paciente, tomando o profissional como referência sua própria realidade socioeconômica:

M: Cortar fritura, cortar gordura, passar a tomar só leite desnatado.

P: Só tomo leite desnatado mesmo.

M: Iogurte desnatado, queijo, somente queijo branco, verdura, fruta, não comer manteiga, abacate, ovo...

P: Eu não posso comer (?).

M: Graças a Deus, mas a clara do ovo a senhora deve comer, na sua idade...

A observação da dieta pode ser incorporada ao discurso de alguns pacientes enquanto ação de cuidado necessária. Uma senhora de 63 anos, que antes era atendida em outro serviço de saúde, solicita ao médico (M3) que lhe oriente quanto à “*comida*”, esclarecendo que o profissional do outro serviço havia apenas prescrito medicamentos. Esta solicitação pode ser interpretada como uma concepção de cuidado à hipertensão mais integral por parte da paciente, que parece perceber que a condução da consulta atual não se diferenciaria daquela que tivera no serviço de saúde anterior:

M: O remédio, tá tomando certinho, direitinho?

P: Certinho, todo dia de manhã e de tarde. Agora, só o que não passou pra mim foi assim comida.

M: Hum.

P: Pro mode eu saber direitinho. Porque tem hora que retoma as comida, daqui a um pouco não dá certo.

O questionamento desta paciente, que explicita a sua busca de conhecimento para o exercício do cuidado autônomo com a própria saúde, reorienta a condução da consulta, sendo o enfoque médico quanto ao uso da medicação deslocado para a revisão da dieta. A abordagem do tema inicia de modo a estimular a participação da paciente, com o médico questionando “*Qual é a comida que a senhora acha que come e não dá certo?*” e com a senhora enumerando os alimentos que compõem sua dieta. Entretanto, a recomendação médica quanto à dieta não se afasta muito do modelo prescritivo:

M: Qual é a comida que a senhora acha que come e não dá certo?

P: Como feijão, arroz...

M: Hum?

P: ...a carne...

M: Sim.

P: Eu fico imaginando se é a carne...

M: Feijão, arroz...

P: Sim.

M: ...não tem problema.

P: Sim.

M: A carne, não deve ser...

P: Certo. E verdura...

M: ...não deve ser gordurosa, né?

P: É.

M: Uns pedaço de pelanca... a gente cozinha a carne, tá lá aquela...

P: É...

M: ...aquela camada de gordura.

P: É.

M: Então, tem que tratar a carne direitinho e deixar só a parte vermelha e tirar a parte das gorduras. Preferir a carne cozida ao invés de fritar no óleo, não é? Isso aí não é bom. Então é preferível... aí a gente faz assim, aquela farinha de pão, né?

P: É.

M: Passa na farinha de pão e passa o ovo, no ovo, né?

P: É.

M: Não é legal fazer isso.

P: Certo.

M: Então, o ideal é cozinhar a carne...

P: É.

M: ...com verduras. E diminuir em tudo, o que? Que não pode botar muito?

P: O sal.

M: O sal. Pronto. Então é tirar a gordura, tirar o sal. Pensar sempre assim.

Além da dieta, os profissionais podem fazer recomendações quanto à realização de caminhadas, redução do peso, de consumo de bebida alcoólica e de cigarro, sempre numa perspectiva prescritiva. Evidencia-se que a ação educativa desenvolvida nestas consultas tem como objetivo a redução de riscos individuais. Em coerência com esta orientação, fatores de risco relacionados à condição de vida deixam de ser abordados.

Na interação transcrita a seguir, uma senhora de 40 anos realiza sua primeira consulta na unidade de saúde de família, havendo esta sido agendada pelo agente comunitário de saúde. A paciente relatou a este que em uma consulta ginecológica realizada em outro serviço foi informada de que sua pressão estava alta. A médica (M16) investiga sobre sintomas relacionados à hipertensão, a paciente é assintomática e afirma que, como não tem o hábito de verificar a pressão, não sabe se esta é sempre alta, nunca fez uso de medicação para hipertensão. A narrativa da paciente, contudo, não sobressai, são os profissionais de saúde que a declaram hipertensa. O projeto terapêutico é definido pela médica – com a escuta silenciada da paciente – e inclui a prescrição de um anti-hipertensivo, aferição da pressão arterial a cada dois dias na unidade, dieta, caminhada diária, consulta de retorno para avaliação terapêutica. O nome do anti-hipertensivo não é referido à paciente, com a médica fazendo menção ao “*remedinho*”. Neste projeto terapêutico, contudo, o uso da medicação tem um peso maior que as possíveis ações de cuidado com a saúde que a paciente possa vir a desempenhar, com o médico antecipando a possibilidade de aumento da dosagem da medicação ou a sua substituição na consulta de retorno caso a sua pressão não tenha sido controlada:

M: Viu e antes do remédio acabar, então mais ou menos daqui a 20 dias a senhora vai voltar pra gente ver se o remédio está controlando.

P: Tá bom.

M: Se não tiver, a gente vai ou aumentar a dose ou ver outra medicação, tá?

P: Tá.

M: E enquanto isso faz a dietinha.

No que diz respeito à “*dietinha*”, a sua recomendação não parte da realidade da paciente, mesmo quando esta menciona sua preferência pelo “*sal*”. A referência feita pela médica à “*comida gorda, comida pesada, comida muito forte*” não leva em consideração os possíveis sentidos destes alimentos para a paciente, sentidos estes socioculturalmente construídos e compartilhados na comunidade assistida pela equipe de saúde da família. Na consulta em questão, tanto as observações quanto à dieta e a recomendação de caminhadas caracterizam-se prescritivas, sendo logo em seguida retomadas as considerações quanto à medicação e o controle da pressão arterial. Sob esta perspectiva, depreende-se o *status* secundário da ação educativa no cuidado ao paciente hipertenso:

M: E a comida como é que é? Puxada no sal?

P: O sal aí eu gosto...

M: [Risos] Vai ter que fazer uma dieta, tirar o sal, tirar as massas, principalmente a fritura, tá bom?

P: Tá.

M: Comida gorda, comida pesada, comida muito forte, nada disso. Ficar basicamente com verduras e frutas, muito líquido, tá certo?

P: Tá.

M: E se puder andar um pouquinho, é bom pra senhora andar uns 40 minutos todos os dias no comecinho da manhã ou no finalzinho da tarde, certo?

P: Tá.

M: No plano, com sapatinho de saltinho, saltinho, tá bom?, sapatinho fechado com um saltinho... não tem que ser reto não, tem que ser um sapato que tenha um saltinho fechado, com saltinho, certo?

P: Tá certo.

M: Pra poder aumentar a circulação da senhora e facilitar. Vai tomar esse remedinho todas as noites, vai vir aqui de dois em dois dias... pra ver a pressão.

A relação entre a alimentação e as concepções de saúde, doença e cuidado entre indivíduos das classes populares tem sido descrita em estudos etnográficos

(LOYOLA, 1984; MONTERO, 1985; FERREIRA, 1998; OLIVEIRA, 1998). De acordo com estes estudos, a concepção de saúde entre populares apresenta-se freqüentemente associada à noção de força e resistência física. Em conformidade com esta concepção, o enfretamento da doença implica a restituição da força ao corpo, principalmente através da alimentação e do repouso. A qualidade da alimentação pode ser reconhecida nas classes populares como fator de proteção e alimentos classificados como “fortes”, “pesados” e “quentes” podem ser valorizados como fonte de sustentação e força (LOYOLA, 1984, p. 153). As consultas médicas analisadas no presente estudo, contudo, mostram-se impermeáveis à dimensão sociocultural das concepções de saúde, doença e práticas de cuidado entre pacientes com hipertensão arterial.

Dentre as consultas analisadas, em apenas três observa-se um certo equilíbrio no projeto terapêutico definido pelos profissionais (M8 e M10) entre a medicalização, o controle da hipertensão e a assimilação da ação educativa orientada para o desenvolvimento de ações de atenção e cuidado com a saúde. Trata-se de consultas nas quais a extensão da narrativa médica confere uma importância equilibrada às recomendações feitas nas três direções. Entretanto, o equilíbrio observado não caracteriza uma rotina do profissional, visto que o padrão observado na maioria de suas consultas é o mesmo já destacado, ou seja, o *status* secundário da ação educativa no projeto terapêutico. Também nestas consultas, a orientação da atenção clínica é predominantemente biomédica e prescritiva, não sendo levado em conta a condição concreta de vida dos pacientes. A seguir, uma síntese do projeto terapêutico definido pela médica M10, cuja característica é o equilíbrio da importância das recomendações feitas:

M: Tem que participar do grupo de hipertenso, porque eu acho que vai ter um monte de sugestão, né?, do que deve fazer pra melhorar, **porque não é só remédio, não é só dieta. É dieta, remédio, exercício...**

P: É.

M: Paz... [...] Todo dia de manhã (?) comprimido, e dieta hipossódica, quer dizer pouquíssimo sal na comida, controlar a pressão duas vezes por semana aqui durante quinze dias e depois trazer o resultado dos exames, tá bom?, freqüentar o grupo de hipertensos. **Então, é se alimentar bem e tratamento.**

A referência ao grupo de hipertensos e a recomendação de participação dos pacientes nesta atividade educativa coletiva é observada apenas em consultas de dois

profissionais: M10 e M19. Além do grupo de hipertensos, foram referidos ainda o grupo de terceira idade, em uma consulta a uma senhora “poliqueixosa” (M16), e as reuniões dos alcoólatras anônimos (AA), em uma consulta a uma senhora com problema de alcoolismo (M19). Todas estas referências convergem quanto à delegação de um outro espaço ou contexto para o desenvolvimento de ações educativas ou para a abordagem de questões psicossociais. No trecho a seguir, a médica M10 fala a respeito do grupo de hipertensos a uma paciente, ressaltando que a atividade poderá auxiliar o controle da pressão:

M: Nunca ouviu falar não na reunião de gente que só tem pressão alta?

P: Não.

M: (?) todo mundo que tem pressão alta. Não acompanha não?

P: Não.

M: Pois é aqui de quinze em quinze dias.

P: Hum, hum.

M: É bom a senhora participar porque vai lhe ajudar a controlar sua pressão.

P: Ah é, tá certo.

A reunião do AA é compreendida pela profissional (M19) como espaço em que a paciente poderá “*aprender*” como parar de beber, produzindo uma expectativa na paciente quanto à natureza desta atividade, um lugar de escuta passiva – a “*palestra*”:

M: Você já tá vindo pro AA, pra reunião dos alcoólicos anônimos, que eu lhe falei pra você vim?

P: Não.

M: Você veio alguma vez?

P: Não tem ninguém.

M: Como não tem ninguém?

P: Veio ninguém, só tem mesmo uma pessoa, duas pessoas.

M: (?) você vem aqui pra ver gente ou para aprender coisas pra se ajudar a parar de beber?

P: É que não tem ninguém pra conversar, pra falar nada. Aí a gente tem que vim pra ouvir a palestra, né?

Estas referências dos profissionais quanto às atividades educativas coletivas são reveladoras de sua concepção de educação em saúde, cuja tônica é a transmissão de informações biomédicas dos profissionais aos usuários. Trata-se do modelo hegemônico de educação em saúde. O alcance deste modelo, contudo, é percebido como limitado em

uma auto-avaliação feita pela médica M19, que, após atender uma série de pacientes que sucessivamente repetem a não adesão à prescrição do anti-hipertensivo e da dieta hipossódica, expressa sua frustração e descontentamento: “*É, minhas palestras, consultas não tão adiantando nada, rapaz, vou me embora*”.

O modelo hegemônico de educação em saúde mantém-se coerente com a orientação biomédica das consultas ao paciente hipertenso. O enfoque na doença e no indivíduo são alicerces da ação educativa que objetiva, mediante a prescrição de hábitos e condutas, a redução de fatores de risco individuais e prevenção de complicações à saúde derivadas da hipertensão.

Dentre as consultas analisadas, entretanto, identifica-se uma abordagem que se distingue do modelo de educação em saúde hegemônico. A condução das consultas pelo profissional M4 privilegia o desenvolvimento da autonomia dos pacientes, ampliando a sua compreensão do problema e reflexão quanto a uma intervenção sobre a realidade que o contextualiza e determina. Esta é uma abordagem que assume como ponto de partida o indivíduo, não a sua doença. O objetivo final da ação médica não está na remissão dos sintomas, mas na promoção do cuidado autônomo com a saúde e outras dimensões da vida, a exemplo da geração de renda. Evidentemente que este profissional assume uma postura que propicia uma relação dialógica ao acreditar no potencial criativo de seus pacientes-sujeitos.

A exceção, por vezes, merece mais destaque que a norma, especialmente quando se tem como pano de fundo de investigação uma proposta de reorientação de práticas de saúde, como é o caso da estratégia do PSF. A força da exceção identificada na presente análise reside justamente na afirmação de que por maior que seja o desafio de re-significar a relação com o outro e o cuidado em saúde esta não constitui uma transformação da ordem do impossível. Neste sentido, pode-se, ainda, declarar que na exceção se revitaliza a esperança.

7. A AÇÃO EDUCATIVA NA ATENÇÃO CLÍNICA À SAÚDE DA CRIANÇA

A atenção à saúde da criança tem sido tradicionalmente priorizada pelas políticas e ações de saúde, mediante as quais se pretende a redução de indicadores de morbimortalidade. Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a “*Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*” com o objetivo de promover uma assistência integral e mais humanizada à população infantil (BRASIL, 2004). As linhas de cuidado para uma atenção integral às crianças são definidas neste documento e incluem: 1) ações da saúde da mulher; 2) atenção à gestante e ao recém-nascido; 3) promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, com prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, e combate à desnutrição e anemias carenciais; 4) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; 5) imunização; 6) atenção às doenças prevalentes na infância; 7) atenção à saúde bucal; 8) atenção à saúde mental; 9) prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; 10) atenção à criança portadora de necessidades especiais. Acentua-se que, em todos os níveis e contextos de assistência, o encontro entre profissionais de saúde e a criança e sua família deve ser oportunizado para uma atenção privilegiada e integral à criança.

No presente texto, analisa-se a atenção clínica à saúde da criança no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). À semelhança do capítulo precedente, a análise privilegia a dimensão da relação médico-paciente, assumindo as diretrizes acima apresentadas como norteadoras da compreensão da prática médica. O desenvolvimento da ação educativa em consultas de crianças é objeto de reflexão quanto à integralidade do cuidado.

7.1. A atenção à saúde da criança

Analisaram-se cinquenta consultas ambulatoriais de crianças com idade entre 0-5 anos conduzidas por dez médicos de saúde da família em três municípios baianos. Dentre as consultas, 40% realizaram-se no município da região litorânea, 34% na região metropolitana e 26% na região do semi-árido. As particularidades dos contextos municipais e da organização da assistência à saúde foram descritas no capítulo anterior e, como considerado, podem repercutir na atenção à criança e sua família e assimilação da ação educativa ao longo da consulta médica.

A caracterização das crianças assistidas é apresentada no Quadro 7, abaixo. Com relação ao sexo, 56% das crianças são meninas. A mãe acompanha as crianças na maioria das consultas (86%), mas outros cuidadores podem comparecer ao atendimento como o pai, a tia, a avó ou outra pessoa da rede social e comunitária. Deste modo, nestas consultas tem-se caracterizada uma relação médico-família.

Quadro 7 - Caracterização das crianças assistidas nas consultas analisadas

	N	%
Sexo		
Feminino	28	56
Masculino	22	44
Faixa etária		
0 a 6 meses	15	30
7 a 12 meses	7	14
1 a 2 anos	13	26
3 a 5 anos	15	30
Acompanhante da criança		
Mãe	43	86
Pai	2	4
Avó	1	2
Tia	2	4
Outro cuidador	2	4
Relação com a Unidade de Saúde da Família		
Consulta ou procedimento de acompanhamento	30	60
Primeira consulta	6	12
Não resgistrado	14	28
Práticas populares de cuidado		
Nenhuma Referência	37	74
Uso de remédios alopáticos	7	14

Uso de “remédios caseiros”	3	6
Uso de “remédios caseiros” e alopáticos	3	6

Para 60% das crianças atendidas, realizava-se uma consulta ou procedimento de acompanhamento na unidade de saúde. As consultas foram motivadas por problemas de saúde diversos, principalmente doenças respiratórias e dermatites, mas também pelo agendamento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sem que necessariamente houvesse a apresentação de uma queixa relativa à saúde da criança. Com relação ao itinerário terapêutico, a família referiu o uso de remédios alopáticos (14%), a exemplo de antitérmicos, de “remédios caseiros” (6%) ou mesmo sua combinação (6%), previamente à consulta médica.

A referência às práticas desenvolvidas no âmbito familiar para o cuidado com a saúde da criança, que ora é feita espontaneamente pelas famílias ora estimulada pelas indagações dos profissionais, ainda que possa ser considerada reduzida e possivelmente não correspondente à realidade, mantém-se coerente com descrições etnográficas. Loyola (1984), em estudo em um bairro popular, assinala que freqüentemente os cuidados para enfrentamento de episódios de doenças iniciam na esfera familiar e na vizinhança, seja com a utilização das receitas de “remédios caseiros” compartilhadas na comunidade ou de medicamentos farmacêuticos cuja eficácia pôde ser comprovada em circunstância de experiência pregressa da doença.

A condição de sujeito da família e a possibilidade de desenvolvimento de sua autonomia no cuidado com a saúde da criança constituem a tônica da discussão tecida nas próximas seções. Nesta perspectiva, compreende-se a ação educativa como uma estratégia fundamental para a constituição destes sujeitos e para a integralidade da atenção à saúde da criança.

7.2. A consulta da criança e sua família

A consulta de crianças apresenta particularidades importantes. A primeira delas diz respeito à presença da família que inquestionavelmente desempenha o papel de agente de cuidado e atenção à sua saúde. Uma segunda particularidade refere-se ao

acentuado enfoque à preservação da saúde e integridade da criança, de maneira que, mesmo em situações de adoecimento, o discurso de famílias e profissionais tem como ponto de convergência a saúde e sua promoção.

A condução das consultas analisadas assume duas tendências principais. A primeira, típica da atuação de dois profissionais (M6 e M12), consiste numa abordagem centrada na queixa motivadora da procura pelo serviço. Assim sendo, o exame físico é orientado pela queixa e outros problemas ou necessidades de saúde da criança não são investigados. Estas consultas podem ter uma duração muito breve, como observado em relação ao profissional M12 que, em uma consulta a uma criança de 2 anos, cuja queixa é de caroços no pé, formula basicamente duas perguntas: “*Que foi, tomou uma topada, topou o pé?*” e “*E ele pegou... ele se coça?*”. Em seguida, o pé da criança é examinado pelo médico que conclui imediatamente a consulta prescrevendo um antibiótico.

A condução da consulta pela profissional M6 também se caracteriza pela centralidade da queixa, que orienta o exame físico e restringe a investigação de outros problemas ou necessidades de saúde. Em algumas consultas, a médica indaga sobre a atualização das vacinas, amamentação e o peso da criança, mas esta abordagem não se mostra sistemática.

Esta primeira tendência de condução das consultas com crianças caracteriza-se ainda pela não compreensão da família como unidade de atenção, com a abordagem médica destacando a criança de seu contexto sociofamiliar. A consulta de uma criança de 7 meses acompanhada pelo pai é, neste sentido, elucidativa. A consulta é iniciada pela apresentação da queixa de gripe e febre, sendo o exame físico por esta orientado, não sendo investigados outros problemas de saúde. Mediante a apreciação do Cartão da Criança, a médica verifica o peso e atualização das vacinas. Algumas vacinas encontram-se atrasadas e o pai da criança é advertido a respeito:

M: Porque está faltando a terceira dose de poliomielite e da tríplice, tá faltando a de hemófilos, a segunda dose, e as outras ela vai fazer com nove meses, não é agora não. Mas essas daqui estão faltando, passe logo lá, tá faltando essas, lá eles vêem qual é. E mesmo que esteja faltando o senhor vem aqui toda semana para saber, viu?

Além de imperativa, a consideração da médica quanto à atualização das vacinas não assimila a condição familiar da criança que, possivelmente, tem produzido implicações para a atenção e o cuidado quanto a sua saúde. A mãe da criança, segundo narrativa espontânea do pai, apresentou um quadro de depressão pós-parto, razão pela qual o desmame da criança se efetuou ainda nas suas primeiras semanas de vida. O pai demonstra exercer um papel central no cuidado da criança, embora refira a recuperação de saúde da mãe, que fez uso de medicação psiquiátrica. Apesar desta realidade familiar e sem ponderar sobre a constituição de uma rede de apoio a esta família, a médica prossegue a prescrição de medicações e outros procedimentos.

Em outra vertente, a tendência predominante de condução da consulta de crianças entre os demais profissionais – M3, M4, M5, M9, M11, M17, M18 e M20 – se caracteriza por uma abordagem que, sem desconsiderar os problemas de saúde manifestos, amplia a investigação de outras necessidades de saúde da criança e, eventualmente, de sua família. Segundo esta tendência, a consulta não inicia necessariamente pela apresentação da queixa e descrição de sintomas, podendo ser priorizada a abordagem de outras temáticas, como a atualização das vacinas, o peso da criança, a sua amamentação ou alimentação.

A anamnese clínica e o exame físico nestas consultas caracterizam-se pela sua amplitude: além do esclarecimento diagnóstico possibilitam a investigação de outros problemas e necessidades de saúde. Neste sentido, não se restringem à queixa ou à criança. Assim, em uma consulta de uma criança de 10 meses com uma infecção na pele, o médico M3, indaga a mãe: *“Fora a pele, você acha a saúde dela boa?”*. Em caso de consulta de acompanhamento, sem a apresentação de uma queixa ou observação de sintomas, a abordagem médica pode ser inquisitiva. Nesta direção, a mãe de uma criança de 9 meses é interrogada pelo médico M18:

M: Tem alguma coisa com ele? Tá notando alguma coisa diferente ou só veio pra trazer os exames mesmo?

P: Só vim pra trazer os exames.

M: Não tem nada de anormal que você percebeu nele não, né?

P: Não.

A anamnese clínica parece orientada para o diagnóstico de doenças prevalentes na infância, com os profissionais atentando especialmente para sintomas como: febre, chiado no peito, condição da urina e das fezes, diarreia, perda de apetite, secreção do ouvido, vômito, vermelhidão da garganta, tosse, gripe, obstrução e secreção nasal. Além da observação da criança, a anamnese pode ser estendida a outros membros da família, com o médico indagando se há mais alguém em casa doente. A saúde da mãe, particularmente a questão do planejamento familiar, também pode ser abordada pelo médico. A profissional M5, ao atender uma criança de 6 meses e sua mãe, uma adolescente de 18 anos inscrita no programa de planejamento familiar, questiona sobre o método contraceptivo usado pela jovem para evitar uma segunda gestação. Em uma outra consulta, a médica indaga à mãe de uma criança de 3 anos sobre o encaminhamento para a cirurgia de ligadura de trompas.

Assim como a anamnese, a atenção clínica pode ser estendida a outros membros da família. Assim, em uma consulta do profissional M4, na qual se constata a desnutrição de uma criança de um ano, a mãe, gestante de 8 meses, é encaminhada para acompanhamento com a enfermagem: *“Eu vou passar a senhora pra enfermeira que ela vai fazer o acompanhamento da desnutrição do neném, viu?”*.

A avaliação do peso e atualização das vacinas, mediante apreciação do Cartão da Criança, é um procedimento realizado sistematicamente na grande maioria das consultas. A importância do cartão acompanhar as crianças em todas as consultas e procedimentos na unidade de saúde é ressaltada pelos profissionais, assim como a atualização das vacinas. Na argumentação da profissional M5, o Cartão da Criança figura como um instrumento de controle do médico sobre a conduta das mães de vacinar devidamente seus filhos:

M: Você trouxe o cartão dela de vacina?

P: Trouxe não, eu saí tão apressada, que a senhora disse pra vim logo...

M: É, mas tem que trazer, porque o cartão de vacina tem que acompanhar a criança, aonde a criança for o cartão de vacina tem que ir atrás também, viu?

P: Tá.

M: Porque o cartão de vacina tem alguns dados, viu? A gente tem que ver a vacina, a gente vê o peso da criança no cartão de vacina, pra ver se o peso, se o peso da criança tá bom, ver as vacinas pra ver se as vacinas estão... tão todas as vacinas, a mãe deu todas as vacinas, viu? E algum dado, o peso que ela nasceu, viu?

Esta mesma profissional, em outra consulta, verificando a proximidade do dia marcado para a aplicação de uma vacina, oportuniza a ocasião para explicar à tia da criança para que servem as vacinas e importância de tê-las sempre atualizadas. A explicação médica é atemorizante, sendo ressaltada a prevenção de doenças e invocada a ameaça de morte:

M: Vamos ver a vacina agora. [...] Atrasou um pouquinho a vacina dela, foi?

P: Não.

M: Deu um pouquinho atrasada? A hepatite tá direitinho, hepatite... [...] BCG, o (?) tá bom, a pólio... Agora você fique atenta que a vacinação, as vacina dela tá marcada pro dia 18 de dezembro. Não pode esquecer, viu?, não pode esquecer nada, nada, nada, nada, tá certo?

P: Tá certo.

M: Você sempre olha, todo mês você olha pra ver o cartão da criança e observa as datas que estão em lápis, lápis, lápis. A data que está em lápis significa que a criança vai tomar vacina nessa data. Aqui tem 18 de dezembro, então 18 de dezembro você tem que levar porque ela oi... vai tomar, o... é a vacina contra paralisia infantil e aqui o DPT. Você sabe pra que serve o DPT?

P: É pra tuberculose.

M: Não, difteria, tétano e coqueluche

P: Ah! Sim.

M: Difteria é aquela doença que dá na garganta que pode até matar, né? O tétano também mata, né? Tá certo? É aquela que a criança se fere, se não tiver tomado a vacina vai se ferir e coqueluche é aquela tosse que a criança tosse, tosse, tosse, até ficar roxa. Por isso que tem que dá a vacinação.

P: Tá certo.

M: Tá certo? E tem hepatite também que ela tem que tomar. Tá tudo aqui na data marcada, você tem que observar as datas do...

P: Tá bom.

M: É só atualizar.

Com relação ao peso da criança, a atenção médica é orientada para o diagnóstico de desnutrição, embora a relação entre as variáveis não seja necessariamente explicitada à família. Em uma de suas consultas, a médica M5 indaga sobre o peso com que a criança de 4 meses nasceu, informando à mãe que aos seis meses ela deverá ter o dobro do peso de nascimento. O profissional M4 relaciona o peso e a idade de uma criança de 10 meses para comunicar à mãe o diagnóstico de desnutrição. A partir dos registros feitos no Cartão da Criança, o médico mostra à mãe que há cerca de 5 meses a criança vem apresentando o mesmo peso. A verificação periódica do peso das crianças é um procedimento priorizado e, neste sentido, o profissional M18 confere em suas consultas se os agentes comunitários de saúde têm

realizado a visita domiciliar e a pesagem das crianças. Em caso de dificuldade de verificação do peso na unidade de saúde ou pelos agentes comunitários, a família é estimulada a desempenhar a tarefa, conforme orientação dada pelo profissional M4 à mãe da consulta acima referida. Assim como a vacinação, o peso da criança precisa estar sob controle médico:

M: Eu quero fazer o controle dela toda semana, viu?

P: Ham, ham.

M: Aí você... se o agente comunitário não pesar, você vai dar um pulinho na farmácia, escolhe sempre a mesma balança pra pesar uma vez por semana.

P: Tá.

M: Pra ver se ela tá ganhado peso ou não, né?

A profissional M17 também estimula a participação das mães no *controle* do peso das crianças. Em suas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, as mães são gratificadas pelo reconhecimento da médica, o que certamente reforça o cuidado: “*Parabéns, viu, mãe! Parabéns, ela recuperou bem*”. Mesmo aquelas mães de crianças com um ganho de peso ainda discreto são incentivadas pela médica:

M: Ele ainda está com peso baixo, mas está ganhando, está aumentando, viu? Ótimo, continue assim, viu minha filha? Não facilite com a alimentação dele. Você está dando leite?

P: Tô.

M: Tá colocando o óleo? Como [outra profissional da unidade] falou?

P: Hum! Hum!

O tema da alimentação acompanha freqüentemente a abordagem quanto ao peso da criança. A amamentação é incentivada. O desmame e a qualidade nutricional da alimentação das crianças são temas centrais nas orientações médicas de atenção e cuidado à sua saúde. A discussão quanto a esta questão será aprofundada na análise da ação educativa desenvolvida nestas consultas. Contudo, ressalta-se desde então que, com relação à vacinação, ao peso e à alimentação das crianças, verifica-se uma preocupação entre os profissionais em garantir a promoção de um cuidado às crianças por suas famílias. Este cuidado legitimado como ideal não assimila particularidades

contextuais do cuidado que é real, alicerçando-se no discurso médico de prevenção de doenças e de agravos à saúde.

O exame físico complementa a anamnese clínica, consistindo freqüentemente de uma avaliação da condição geral da criança e de seu crescimento e desenvolvimento. A mãe ou outro acompanhante da criança na consulta podem ser convocados a participar da realização do exame, observando a criança conjuntamente com o médico. Na consulta de uma criança de seis meses, a mãe está bastante preocupada com as possíveis conseqüências de uma queda da criança na véspera do atendimento e o médico M4 procura tranquilizá-la fazendo com que observe os movimentos da criança, que descreve como normais. Entre as consultas da profissional M5, destaca-se outra situação ilustrativa. A mãe de uma criança de 3 anos apresenta à médica a sua suspeita diagnóstica de anemia, o exame físico para o esclarecimento do problema conta com a participação da mãe:

M: Agora aqui tá coradinha, olhe o olhinho dela, tá coradinho, se você olhar a mãozinha dela...

P: Hum.

M: Você olha a mãozinha dela e compara, comparando com a minha, e compara com a sua, cadê a sua? Aí você vê que não tá assim tão anêmica, né?

P: Tá não, né?

M: Aqui também não, mas de qualquer forma eu vou pedir pra avaliar melhor, viu?

Mediante o exame físico, os profissionais podem fazer a família observar quanto à necessidade de atenção e cuidado para outros problemas ou necessidades de saúde da criança. Nesta direção, ao examinar uma criança de 4 anos de idade, cuja queixa é de dor de garganta e febre, a médica M11 interroga a mãe sobre cuidados com a saúde bucal da criança: *“Por que não tá levando pro dentista, mãe? Olhe o dentinho aqui...”*. A médica orienta a mãe a agendar uma consulta com o odontólogo da unidade de saúde da família imediatamente à conclusão do atendimento, explicitando a relação da saúde bucal com outros problemas de saúde: *“Não pode ficar com esse problema do dente não, viu mãe? Isso aí já dá problema de garganta, viu?”*.

A atenção do médico a situações de risco nas famílias e investigação de sinais e sintomas sugestivos de violência ou maus-tratos contra a criança também pode ser

efetuada durante o exame físico. Esta atenção é observada em uma das consultas da profissional M20 no atendimento a uma criança de 2 anos acompanhada por uma senhora que se apresenta como responsável por ela. A queixa é de febre, vômito, tosse e diarreia, com a senhora acrescentando a sua suspeita diagnóstica de verminose. Durante o exame físico, chama atenção da médica uma cicatriz de queimadura na criança, sendo esta observação seguida de uma abordagem mais aprofundada sobre a sua condição familiar. A abordagem inicia com a médica indagando sobre a circunstância da queimadura, ao que a senhora esclarece que a mãe da criança teria se descuidado com uma panela no fogão. A criança, contudo, não se encontra mais sob cuidados da mãe, com a senhora relatando que os pais desta teriam se separado e a criança ficado sob responsabilidade do pai, que é membro da mesma igreja da senhora presente na consulta. O pai tem cuidado da criança contando com uma rede de apoio constituída por integrantes da igreja. O aprofundamento da história familiar da criança, contudo, não repercute na intervenção médica, que solicita exames laboratoriais, prescreve medicamentos e orienta a senhora a preparar e oferecer soro caseiro à criança. A condução desta consulta permite problematizar a abordagem médica quanto àquelas dimensões do cuidado e atenção à saúde da criança que não são da esfera biomédica. Em caso de constatação de violência ou maus-tratos contra a criança, que ações o médico e demais profissionais do PSF podem realizar para além da medicalização?

Nesta perspectiva, uma consulta conduzida pela profissional M17 acrescenta outros elementos para esta problematização. Trata-se da consulta de uma criança com um ano e meio de idade acompanhada da mãe, uma adolescente de 16 anos. A criança já vem sendo acompanhada pela médica, que a encaminhou, em consulta precedente, para uma avaliação com neurologista e fisioterapeuta, em razão da constatação de uma deficiência motora e atraso no desenvolvimento e crescimento. Na consulta atual, agendada para acompanhamento, a criança apresenta febre e tosse. Verifica-se, durante o seu exame, que esta perdeu cerca de um quilo desde a última consulta, com a mãe relatando que a criança vem rejeitando os alimentos fornecidos, mesmo havendo ela tentado alimentos diversos. A avaliação solicitada com outros profissionais de saúde ainda não foi realizada, com a mãe argumentando que aguarda o final das festas – o atendimento é realizado no verão – para levar a criança ao hospital. Diante de tal argumentação, a médica se mostra indignada, censurando a jovem: *“Minha filha, deixa eu te falar, as festas não vão passar tão cedo!”*.

A condução desta consulta é marcada por repreensões à mãe adolescente, não se operando uma atenção compreensiva e assimiladora da condição familiar, que, mesmo não se revelando por completo na consulta, visto que não é objeto da atenção médica, apresenta-se complexa. A adolescente se refere ao companheiro como “*o homem que eu moro*” e revela à médica estar grávida, estimando dois meses de gestação. A jovem estava inscrita no programa de planejamento familiar, mas, segundo relata, deixou de usar o anticoncepcional oral e o companheiro não usava camisinha: “*porque eu parei de tomar o remédio e eu não peguei camisinha, porque o homem que eu moro disse que não queria camisinha, que ele não gosta de camisinha não*”. A abordagem médica culpabiliza a adolescente pela sua condição. A atenção à saúde da criança, diante desta condição revelada, restringe-se à unidade de saúde, sendo a criança medicada no âmbito do serviço e pelos profissionais. Afirma-se, neste procedimento, a incapacidade da mãe em exercer o cuidado da criança, mas, em contrapartida, uma possível rede de apoio familiar não é acionada, reiterando-se a culpabilização da mãe adolescente:

M: Menina, menina...

P: E eu tomei tanto remédio para tirar...

M: Você está com quantos anos?

P: Eu tô com... eu tô com 16 anos.

M: 16 anos. Ainda tomou remédio para perder, foi?

P: Tomei tanto remédio que me ensinaram. Eu ia tomar aquele outro remédio que vende, mas eu não quis tomar para ele não nascer doente igual esse menino. Aí eu peguei e não tomei. Mas senão eu ia tomar aquele outro, porque disse que aquele outro tira.

M: Não faça isso não. Você não deveria ter engravidado. Primeiro, pela sua idade porque você tá nova, segundo que ele...

P: É, o ano que vem eu já queria estudar já, mas...

M: ...ele está novinho e precisando de você cuidar [...] Você tem que ter mais responsabilidade! Você já deixou de ser criança, você tem que ter mais responsabilidade, minha flor! Você está lidando com uma vida, com uma vida, a vida de seu filho!

A condução das consultas de crianças pelos médicos de saúde da família se desenvolve coerentemente com as linhas de cuidado para uma atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2004). Nesta perspectiva, as consultas das crianças menores de seis anos contemplam a investigação de temáticas como: imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alimentação e prevenção de desnutrição e anemias

carenciais, atenção às doenças prevalentes na infância. Outras temáticas, ainda que observadas em consultas isoladas, também são abordadas: a saúde da mulher (planejamento familiar), a saúde bucal e os maus-tratos contra criança. Entretanto, a integralidade desta atenção mostra-se comprometida pela descontextualização do processo saúde-doença-cuidado. As condições concretas de vida das famílias não são assimiladas à compreensão dos problemas de saúde, o que obscurece um reconhecimento quanto à possibilidade de exercício de um cuidado das famílias afetivo e efetivo com a saúde de suas crianças.

Na atenção às crianças, depreende-se uma concepção de saúde equivalente à ausência de doença. Assim, a preservação de sua saúde implica a adoção de medidas que se antecipem à manifestação da doença ou do agravamento à saúde, disto decorrendo a importância do controle da vacina e do peso, bem como da qualidade da alimentação. Às famílias, delega-se a tarefa da constante vigilância, sendo esta exercida conjunta e complementarmente com os profissionais de saúde.

A atenção conferida às famílias se realiza dentro de uma perspectiva biomédica. Nesta direção, o cuidado de outros membros da família pode ser referido em caso de adoecimento ou de prevenção de agravos, como é o caso do planejamento familiar. Todavia, a dinâmica e os dramas vivenciados por estas famílias não se constituem objeto de atenção e cuidado necessário e imprescindível à integralidade da assistência às crianças.

7.3. A narrativa das famílias

As narrativas das famílias se caracterizam pela sua brevidade. Na maioria das consultas, estas são limitadas à apresentação da queixa e descrição de sintomas, podendo ser estimuladas pelos médicos nesta direção, de modo a oferecer informações mais detalhadas para o esclarecimento do problema. Assim sendo, a queixa de gripe pode ser seguida de indagações como: *“Como é a gripe dela? Aonde é?”* (M5).

Entretanto, algumas narrativas se destacam pela espontaneidade com que são proferidas pelas famílias, o que repercute na apresentação de elementos reveladores de seus modelos explicativos quanto ao processo saúde-doença-cuidado (KLEINMAN, 1980). Das narrativas, em geral, depreende-se ser a criança objeto de atenção e cuidado

das famílias. A apresentação da queixa freqüentemente é circunstanciada, com a descrição da situação em que os sintomas foram observados ou em que os acidentes aconteceram. Outra característica destas narrativas é que elas são habitualmente carregadas de preocupações quanto à saúde e a integridade física da criança.

A narrativa da mãe de uma criança de 4 meses é ilustrativa destas considerações. A criança foi levada à unidade de saúde em razão de ter se acidentado no dia anterior. A mãe descreve detalhadamente sobre a circunstância do acidente. Estava com a criança no sofá e a deixou deitada sozinha enquanto foi ligeiramente à cozinha. Quando retornou, encontrou a criança caída no chão com *“a cabeça toda vermelha como se tivesse bastante sangue na cabeça”* e sem choro. O avô pegou a criança e a sacudiu e ela não chorou, pulava *“bem lentamente”*, apenas voltando a reagir no momento em que molharam sua cabeça. A mãe observa ainda que a criança não dormiu à noite. O que é estranho para a mãe é o menino não ter chorado com a queda. A mãe demonstra ser observadora da criança e preocupada com a normalidade do seu comportamento: não chorou com a queda, não chora quando toma vacina como as outras crianças, dorme pouco e ela acha que a criança deveria dormir mais. As considerações tecidas pelo médico M12 para tranquilizar a mãe parecem, contudo, não ser reforçadoras de atenção e cuidado: *“Olha, são de borracha, geralmente eles não quebram nem se caem do alto”*. Quanto aos comportamentos da criança que preocupam a mãe, o médico afirma: *“É o jeito dele reagir...”*

O encontro entre o médico e a família pode ser marcado pela distinção entre seus modelos explicativos à condição de saúde da criança. De acordo com Kleinman (1978, 1980), os desfechos deste encontro podem ser múltiplos, dependendo do nível de tradução operada entre eles. Esta tradução, por sua vez, demanda uma escuta interessada e compreensiva da narrativa da família. Nesta perspectiva, depreende-se ser este encontro potencial para a ação educativa, em decorrência da possibilidade de reconstruções das concepções de saúde e doença e, conseqüentemente, de re-orientação das práticas de atenção e cuidado. A seguir, são descritos alguns destes encontros e seus desfechos.

Em uma consulta a uma criança de 4 meses, conduzida pela profissional M6, a mãe se queixa de que a criança está gripada, observando sintomas como tosse, catarro e nariz entupido. A manifestação dos sintomas é associada por ela à vacinação: *“mas ele*

começou a ficar gripado desde que ele tomou a primeira vacina, ele gripou e não parou mais, é gripado direto”. Entretanto, a relação vacina-adoecimento não é desfeita, problematizada ou esclarecida pela médica.

Outra associação freqüentemente destacada nas narrativas da família refere-se ao adoecimento em decorrência do nascimento dos dentes. Em uma consulta a uma criança de 2 anos, a relação é explicitada pela mãe, com o médico M4 contrapondo a compreensão do problema pela mãe ao seu modelo explicativo:

P: É que quando ele começa a nascer dente ele empola todinho o corpo, fica cada empolas vermelhas.

M: É isso?

P: Isso, e também... e também eu queria que... ele nunca fez exame de fezes e de sangue...

M: Me mostra aí essas manchinhas vermelhas que você falou.

P: Mas só que agora eu acho ele não tem não, porque é só quando ele começa nascer dente, começa sair assim uns caroços, aí empola.

M: Isso acontece quando?

P: Quando ele começa a nascer os dentes.

M: Então, quando ele tiver com esse problema a senhora vem me mostrar, tá?

P: Tá bom.

M: Porque normalmente não tem relação do dente com problema de pele. Pele normalmente é contaminação, alguma coisa que pegue na pele que dá esses carocinhos, tá? Como ele não tem nenhum agora, quando acontecer isso a senhora vem me mostrar, certo?

P: Tá bom.

No atendimento da médica M9 a uma criança com 17 dias de vida, a consulta é iniciada pela apresentação da suspeita diagnóstica construída pela mãe e a avó. A partir da observação da cor amarelada da pele da criança, a família deduziu que esta possa ter hepatite, o que justifica a procura pela unidade de saúde para a prescrição de um remédio. A narrativa revela, ainda, cuidados tomados no âmbito familiar anteriores à consulta:

P: E ela tá com hepatite, aí eu vim ver se passa um remédio pra ela.

M: Quem foi que disse que ela tá com hepatite?

P: Minha mãe.

M: Sua mãe acha que ela tá com hepatite. Por que ela acha que ela está com hepatite?

P: O problema, tava bem amarelinha, né?, mas, eu tava dando banho de chá nela, aí foi melhorando, mas ainda tá, aí eu trouxe.

M: Quando percebeu que ela tá amarelinha, né?

P: É.

M: Há quantos dias percebeu que ela tava assim amarelinha?

P: Foi desde quando eu vim do hospital. No outro dia ela já tava ficando.

Nesta consulta, ao invés da contraposição dos modelos explicativos, o que se observa é uma abordagem médica propiciadora da tradução dos sintomas percebidos pela família em termos de outro problema de saúde, outra categoria de *disease*. A resignificação da suposta hepatite em icterícia confere à família o desempenho de outras práticas de atenção e cuidado com a saúde da criança:

M: Ela tá com icterícia, não é hepatite, né? É uma doença que dá no recém nascido ou por problema de sangue ou por imaturidade mesmo do fígado que não tá ainda funcionando direito. [...] E pra melhorar essa icterícia põe ele, ela pra tomar banho de sol, ela. De manhã cedo umas sete horas, né? Um pouquinho de sol, põe uma fraldinha pra proteger as vistas. E em casa sempre num local claro, não pode deixar no escuro porque o sol, a claridade ajuda a eliminar esse pigmento, tá bom?

O modelo explicativo da família pode ainda ser fortalecido pelo médico com o objetivo de reforçar práticas de atenção e cuidado com a criança. A médica M5 atende uma criança de 3 anos com epilepsia. A consulta é de acompanhamento, com revisão do projeto terapêutico. A mãe relata que vem fazendo uso da medicação conforme a prescrição, mas dias antes a criança teve uma convulsão. Ela explicita a sua compreensão do problema, considerando que a convulsão teria sido provocada pela exposição da criança ao sol. Esta compreensão é oportunizada pela médica para implicar a mãe na atenção e cuidado com a criança, sendo esta advertida de não deixar a criança muito exposta ao sol e mantê-la sempre hidratada:

M: Foi? Mas ele tava, tá... tá com medicamento? Mesmo com o uso do medicamento?

P: Tomou, é que ele não pode ficar no sol. É ele ficar no sol, ele...

M: Ah!

P: É ficar no sol.

M: Aí ele tem que ficar assim, você tem que ter sempre cuidado pra poder hidratar ele bem, dar bastante líquido pra ele, não deixar ele muito no sol, é... não é isso?, ter mais cuidado com ele.

As práticas de cuidado com a saúde da criança, anteriores à consulta, podem ser espontaneamente narradas pelas famílias. Entretanto, no geral, são poucas as narrativas nesta direção, sendo mais comum a referência a estas práticas em decorrência de indagações do médico. Tais práticas, por sua vez, dizem respeito tanto ao uso dos remédios caseiros quanto dos remédios alopáticos. São estes últimos os mais referidos como resposta à indagação médica. Na narrativa transcrita abaixo, a mãe refere espontaneamente haver banhado a criança (6 meses) com uma erva conhecida na comunidade. A queixa é de febre, sendo esta remetida ao nascimento dos dentes. O médico demonstra interesse pela erva e pela forma como é utilizada, mas a abordagem sobre a temática encerra-se com a retomada de considerações sobre a febre e o antitérmico:

P: Aí ele ficava assim só chorando por vida. [...] Aí não sabia mais o que eu fazia com ele. Aí fui no mato, arranjei umas folhas...

M: E que folha foi essa, você sabe a folha, conhece a folha?

P: Tionhô.

M: Serve pra que tionhô?

P: O povo fala que serve assim pra quem tá nascendo dente. [...] Aí eu dei um banho nele, aí eu dei remédio de febre, aí foi que...[melhorou].

[...]

M: O tionhô é pra dar banho é?

P: É.

M: Ou é pra dar pra beber?

P: Só o banho.

Além da inibição dos pacientes em relatarem sobre práticas populares de cuidado no contexto dos serviços oficiais de saúde (KLEINMAN, 1980; VASCONCELOS, 1996), a formulação da pergunta feita pelo médico quanto aos cuidados anteriores à consulta pode ser interpretada como inibidora da referência aos “remédios caseiros”. A questão apresentada é sobre o uso de algum *remédio*: “*Deu algum remédio?*” (M11).

As práticas de cuidado relatadas pelas famílias são freqüentemente estimuladas pelos profissionais. Em caso de medicação alopática, a dosagem e a posologia são verificadas pelo médico, sendo adequadas quando necessário. Assim, por exemplo, a mãe de uma criança de 3 meses, cuja queixa é de febre, é questionada sobre o uso de antitérmico. Ela refere haver dado à criança três gotas de Dipirona, com o médico (M18) lhe orientando a aumentar a dose para seis gotas, esclarecendo sobre a indicação de uso de uma gota para cada quilo da criança. Entre os médicos, verifica-se,

ainda, a recomendação de “*xaropes caseiros*” como expectorantes, especialmente entre aqueles profissionais atuantes nos municípios em que a assistência farmacêutica é deficitária.

Com relação à autonomia das famílias no cuidado com a saúde das crianças, a médica M17 distingue-se dos demais profissionais pela relevância conferida à narrativa das famílias na maioria de suas consultas. Assim, no atendimento de uma criança de 4 anos, a mãe, que participa da realização do exame físico, chama atenção da médica para o tórax elevado da criança. Ao comunicar o diagnóstico, a médica valoriza a observação da mãe: “*Olhe, ela está com bastante secreção. Isso aí você já sabe, né?, o catarro*”. Além da indagação sobre remédios oferecidos à criança, a médica confere um espaço para o relato de uso de remédios caseiros:

M: Você já deu algum remédio para ela?
P: Eu dei... eu dei foi um pouquinho de Dipirona que tinha lá.
M: Dipirona gotas? Quantas gotas você deu?
P: Eu dei... pela idade dela, eu dei 15 gota.
M: Ela pesa quanto?
P: Ela pesa... ca... 15 quilo.
M: E pra essa tosse, você já deu alguma coisa?
P: Eu dei, tava dando (?) xarope da beterraba.
M: Hum.
P: Xarope de beterraba; beterraba, café com (?)
M: Como é que você faz ? Você...
P: Eu corto, boto um pouquinho de açúcar... cada um pedaço eu vou botando um pouquinho de açúcar.
M: Certo. Você tá dando quantas vezes a ela?
P: Eu dou a ela de manhã, meio-dia e de noite.
M: Continue dando esse xarope, viu?

Em uma outra consulta desta profissional, a mãe de uma criança de 4 anos, frente à mesma indagação, mostra-se resistente em narrar sobre as práticas de cuidado adotadas. Ela hesita em responder se o xarope que vem dando à criança é o alopático ou o caseiro. Para o desencadeamento de sua narrativa contribui decisivamente a postura assumida pela profissional, que é reveladora de uma abertura para o diálogo e a aprendizagem com o outro e a diversidade cultural:

M: Você tá dando o que para ela?
P: Eu comecei dando xarope.

M: Que xarope?
P: [Hesita em responder].
M: Caseiro ou comprado?
P: Deixe eu ver... eu dei caseiro... não, é um caseiro. Eu tinha dado o que a médica me deu, mas não tô dando não.
M: O caseiro você fez de quê?
P: Fiz com um bocado de coisa [Riso]
M: [ri também] **Diga, quero até aprender.**
P: [Continua rindo].
M: Botou mel?
P: Não, botei açúcar.
M: Açúcar?
P: Hum!
M: Tudo bem.
P: A gente dava (?) sabugueiro...
M: Isso.
P: ...aquela florzinha do sabugueiro [Riso]
M: Tudo bem.
P: A florzinha do... [Riso] ...do mamão, maço de (?) [Riso]
[...]
M: Continue dando seu xarope.
P: Hum!
M: Certo? Muito líquido, suco ou água. Se você quiser, a dona [uma funcionária da unidade de saúde] ela ensinou para a gente uma receita de um xarope. Onde é que a senhora mora? Perto tem pé de mangueira? Tem pé de manga?
P: Tem.
M: Espada?
P: Tem.
M: A senhora pega 5 folhas de manga espada, faça como se fosse um chá...
P: [Riso]
M: ...depois você cõa, bote mel. Não bote mel no fogo não, mel a gente não ferve.
P: Hum.
M: Mel a gente só coloca depois que ferve tudo, certo?
P: Ham.
M: Faça um chá com cinco folhas de mangueira.... de manga espada. Só serve manga espada. Depois você cõa, coloca o mel e dá para ela várias vezes no dia, tá certo?

A médica M17 atua em uma equipe do município da região metropolitana, na qual se verifica falta de vários medicamentos. Assim, as receitas de remédios caseiros, compartilhadas na comunidade, como também no âmbito da unidade de saúde, acabam constituindo-se enquanto recurso de cuidado legitimado na consulta médica.

Neste sentido, a abordagem da médica M17 se distingue por conferir às famílias um exercício do cuidado segundo as práticas compartilhadas na comunidade a que pertencem. Deste modo, diferencia-se do cuidado estimulado na maioria das consultas dos demais profissionais, cuja orientação é essencialmente biomédica: cuidar do peso, cuidar da atualização das vacinas, cuidar da alimentação, cuidar da doença para a remissão dos sintomas. Estas recomendações freqüentemente não levam em consideração o contexto em que se efetua o cuidado. Nesta perspectiva, compreende-se que a atenção à saúde da criança reconhece nas famílias um agente de cuidado, aquele que deve reproduzir fora do âmbito do serviço de saúde o cuidado prescrito pelo médico, o que não significa necessariamente reconhecer a condição de sujeito destas famílias. Uma vez que o cuidado é prescrito, limita-se a possibilidade de escuta e negociação, de decisões compartilhadas e contextualizadas, com participação ativa das famílias.

7.4. A narrativa dos médicos

Em contraste com a brevidade das narrativas das famílias, a narrativa dos médicos é construída tendo como alicerce o exame físico e os exames laboratoriais. Embora as famílias desponham como observadoras privilegiadas da condição de saúde das crianças, são os exames que ditam o diagnóstico e orientam a definição do projeto terapêutico pelo médico. Nesta direção, na consulta em que a queixa apresentada é de gripe, sendo esta associada pela mãe à vacinação, após o exame físico a atenção clínica prioriza um problema que não é compreendido pela mãe como tal. Trata-se da “aspereza” da pele da criança, o que se contrapõe à narrativa de cuidado da mãe que afirma usar um “sabonete de criança”. A narrativa da médica com relação ao problema e ao cuidado que considera necessário é imperativa e autoritária: “***Eu mando tirar sabão em pó de tudo, com criança eu mando fazer tudo com sabão de coco, o mais natural possível...***”.

Mediante o exame físico e laboratorial, a causalidade do problema de saúde é investigado enquanto disfunção orgânica, inclusive aqueles cujos determinantes podem ser rapidamente remetidos às condições de vida: verminoses, dermatites, diarreia e anemia. Assim sendo, a profissional M9, em atendimento a uma criança de 5 meses

com diarreia, atribui o problema a uma virose de verão, prescrevendo uma medicação para remissão do sintoma.

As infecções de pele são frequentemente diagnosticadas como alergias. Um caso ilustrativo é observado entre as consultas do profissional M3. Trata-se do atendimento a uma criança com 10 meses de idade, a família é residente de um assentamento do Movimento dos Sem Terra (MST). A criança vem sendo acompanhada pelo médico na unidade de saúde, havendo sido feita a prescrição, em encontro precedente, de uma medicação para o *“problema de pele”* – segundo enunciado médico. Na consulta atual, a mãe avalia a terapia adotada, observando que, mesmo seguindo as orientações do médico, as melhoras são muito discretas. A investigação do problema é aprofundada, com o médico interrogando sobre os alimentos oferecidos à criança, a condição do ambiente doméstico e os cuidados de higiene. Indagada sobre o início da manifestação dos sintomas, a mãe com precisão relaciona esta ao comportamento de engatinhar da criança: *“Ué, quando ela começou... logo, logo quando ela começou arrastar, assim seis meses, que ela começou arrastar, aí começou sair isso na pele assim, começou a sair os caroços. Aí quando pensou que não apareceu isso na pele dela...”*. A condição de vida da família, entretanto, não é assimilada à compreensão do problema pelo médico, cuja suspeita diagnóstica é de alergia: *“Então, esse problema da pele dela é um tipo de alergia”*. O projeto terapêutico consiste em cuidados de higiene e com a alimentação da criança e a prescrição de um creme para o problema. Enfatizando a importância da mãe seguir as orientações de cuidado e agendando uma consulta subsequente, o médico ressalta que *“a gente tem que descobrir a que essa alergia, se alergia somente, né?, a poeira, contato com chão...”*.

A repercussão da medicalização dos *“problemas de pele”*, isenta da abordagem sobre as condições dos ambientes domésticos e comunitários, pode ser dimensionada nas consultas em que a narrativa da família explicita a ineficácia das muitas *pomadas* prescritas. A narrativa da mãe de uma criança de 6 meses, atendida pela médica M9, que em razão do mesmo *“problema de pele”* apresentado há 4 meses já fez uso de algumas pomadas, soma-se à primeira: *“Aí cheio de carocinho, aí quando passa o creme aí some e depois aparece”*. Ao final da consulta atual, uma nova pomada é prescrita.

Entre as crianças atendidas pela médica M5, muitas apresentam o mesmo *“problema de pele”*: feridas por todo o corpo. Em todas elas, a consulta é conduzida

segundo a mesma lógica. A médica relaciona o problema à condição do ambiente comunitário, destacando a presença de muitos mosquitos – “*muíim*” – na área adscrita. Entretanto, o diagnóstico do problema se revela biologicista, sendo este atribuído à alergia às picadas dos mosquitos ou a infecções bacterianas. A seguir, apresentam-se recortes de uma interação da médica com a mãe de uma das crianças assistidas, na qual a profissional refere o problema na comunidade e o projeto terapêutico adotado em massa: a aplicação de um antibiótico (Benzetacil) como medida preventiva de agravos à saúde:

M: Toda vez que vocês vêm e tá assim a gente passa que é a Benzetacil, né? E a Benzetacil é uma medicação boa, porque a Benzetacil vai pre... vai... vai prevenir que a criança fique inchada.

P: Seca e volta de novo.

M: É, vai... vai... vai... vai impedir que ela fique com a pressão alta, inchada, e ficando de pressão alta e inchando aí vai precisar internar, né? Por isso a gente dá. Se ela fica, seca de novo, isso é porque deve ser da sua área, deve ter um bocado de bichinho, muíim que morde, muíim, muíococa, morde a criança.

[...]

P: E eu queria pedir também exame porque eu acho que isso deve ser do sangue.

M: Não, não é porque é do sangue não, é porque tem bichinho, umas muíococas, é os muíim, morde, então a criança coça, né?, coça, às vezes a criança tem alergia, né? Coça e na pele também existe bactérias, né? Aí a criança coça com a mão, e a unha também tem bactérias, né? E a pele também coça com a mão, fere, a ferida é porta de entrada pra bactéria, aí a bactéria entra e faz as feridas, viu? Aí, se não tratar, tem algumas crianças que pode dar, que pode ficar inchada e com a pressão alta. Por isso que a gente faz essa medicação que é a Benzetacil, a Nebacetim, o Permanganato...

A atenção a episódios de verminose e anemia segue uma lógica muito semelhante àquela observada quanto ao “problema de pele”. Sem levar em consideração as condições de vida das famílias, o projeto terapêutico para enfrentamento destes problemas de saúde incorre freqüentemente na prescrição de vermífugos e complexos vitamínicos. Deste modo, após conferir o resultado de exames laboratoriais, a médica M20 comunica à mãe de uma criança de 3 anos o diagnóstico de verminose, com a consideração de que é preciso tratar o problema: “*deu verme sim, viu?, mas tem que tratar*”. A compreensão da mãe é de que o tratamento referido consiste em “*dar remédio*”. Ainda segundo o exame, a médica esclarece que a criança não tem anemia, acrescentando que não será necessário, portanto, prescrever um complexo vitamínico:

“*não deu anemia, doze ponto três. Não precisa passar vitamina não, viu?, tá no normal*”. A prescrição do vermífugo é acompanhada de recomendações de cuidados com a higiene pessoal e com o tratamento da água de consumo. Estas, sem partir da realidade de cuidado da família, caracterizam-se igualmente prescritivas: “*tenha cuidado com a água, ferva a água, coloque num filtro, lava a mão quando vem do banheiro, esses cuidados que tem que ter que ela pequenininha não sabe, viu?, mão do chão na boca...*”.

Assim como o “problema de pele”, a verminose figura como um problema recorrente nas consultas. Para o seu enfrentamento, alguns profissionais adotam como prática a periodicidade de realização de exames e da prescrição de vermífugo. Assim sendo, a médica M6 compreende os exames como estratégia preventiva, uma vez que identifica muita “contaminação” na comunidade adscrita: “*Olha, não passa muito tempo sem fazer os exames não, viu? Porque essa área tem muita contaminação, então é bom está sempre fazendo exames*”. A médica M17, segue uma lógica semelhante, mas dispensa, às vezes, a realização do exame laboratorial: “*Então eu vou passando para ele um remédio de verme, já tem 6 meses que ele tomou o remédio de verme... então eu tô repetindo agora*”.

A narrativa do médico é predominantemente biomédica. O esclarecimento do problema e enunciação do diagnóstico não é necessariamente explicitado às famílias. Por outro lado, quando este é pronunciado pelo médico, não se observa a verificação de compreensão do paciente quanto às informações transmitidas, a sua escuta é *passiva e silenciada*. Assim, a médica M6 esclarece – ou, melhor, talvez confunda – sobre o diagnóstico de uma criança de 2 anos acompanhada pelo pai:

P: Só que ela não está gripada para estar com nariz escorrendo.

M: Ela está tossindo?

P: Ela está tossindo.

M: Aí tem a infecção alta e infecção baixa, só que a infecção dela está mais para baixa, que é no pulmão, a gripe é uma infecção alta, infecção respiratória alta e ela está com infecção respiratória baixa. [...] Isso é uma laringite, ela começa assim de repente, né? [...] A garganta tá vermelhona, viu? Essa rouquidão vem lá... tá com laringite, laringotraqueobronquite.

Embora assuma uma postura *dissertativa*, sem verificação da compreensão da mãe, o médico M3 mostra-se mais inclinado a se fazer compreender pela família. A

descrição da perfuração do tímpano da criança, problema este detectado através do exame físico, é realizada em termos biomédicos. Todavia, diferencia-se do enunciado diagnóstico referido acima ao conferir uma certa concretude ao idioma médico abstrato (KLEINMAN, 1978, 1980):

M: Lá dentro tem uma pelezinha, todo mundo tem, um buraco no ouvido, lá atrás tem essa pelezinha dele, infeccionou a primeira vez e não cicatrizou, não colou, é como a pele, né?

P: Sei.

M: Tomou um corte e não fechou, ai ficou aberto, e qualquer resfriado que ele tenha, gripe principalmente, acontece isso.

P: É isso mesmo.

M: E tá furado mesmo. O tímpano é o nome dessa pelezinha, desse lado. Vamos ver se tem condições de corrigir, fechar isso aí certo.

Na maioria das consultas, entretanto, a narrativa do médico não se mostra orientada para a apropriação do conhecimento sobre a condição de saúde da criança pelas famílias, o que contrasta com a ênfase ao cuidado a ser por estas desempenhado. O diagnóstico nem sempre é explicitado ou esclarecido em profundidade pelos médicos. A definição do projeto terapêutico é centralizada nos profissionais e orientada principalmente pela anamnese clínica e os exames. Este projeto inclui a medicalização e a ênfase quanto ao desempenho de observações e cuidados pelas famílias.

Embora assim não seja reconhecida pelos médicos, a família pode ser mais que mera reprodutora de cuidados prescritos, constituindo-se sujeito do processo de cuidar das crianças. Em uma das consultas conduzidas pelo médico M18, eis que esta família-sujeito se apresenta. A mãe de uma criança de 4 meses, cuja queixa é de gripe e diarreia, esteve com a criança em outro serviço de saúde um dia antes da consulta com o médico, havendo sido prescrita uma medicação para a diarreia. A consulta atual é motivada por uma dúvida da mãe, que leu atentamente a bula da medicação e questiona se esta é apropriada ao tratamento do problema apresentado pela criança. Da sua leitura, ela compreendeu que a indicação da medicação era para *“inflamação na urina”*.

A atuação do médico M18 se caracteriza pelo não esclarecimento do diagnóstico aos seus pacientes e pela prescrição de medicamentos que muitas vezes sequer enuncia os nomes ou sua funcionalidade. Assim, diante da mãe-sujeito, o médico esclarece sobre o problema da diarreia e justifica a prescrição feita pelo profissional do

outro serviço. Apesar da interação estabelecida, a conduta médica parece ser mais corporativa que orientada pela busca empreendida pela mãe de esclarecer a pertinência do medicamento prescrito por outro profissional médico e, assim, conquistar um saber para o cuidado responsável com a saúde da criança:

M: Provavelmente ele tá com uma infecção intestinal, ou seja, tem um germezinho que tá causando infecção, causa diarreia, irrita o intestino dele por dentro, né? Então vai dar diarreia, isso aqui é um antibiótico que mata muito bem os germes que agredem o intestino.

P: Hum, hum.

M: Tá bom, não é que sirva só pra urina, ou só pra pulmão, ou só pra isso e aquilo.

P: Certo.

M: Entendeu?

P: É porque eu não tava entendendo, ela não me explicou.

M: É o mesmo germezinho, só que esse germe você pode ter ele na garganta, você pode ter ele no intestino, você pode ter ele no pulmão, entendeu?, pode ter ele na urina, entendeu?, e esse pega muito bem o germezinho, mata mesmo, entendeu?, então tem que dar esse medicamento até passar a diarreia.

P: Ela disse que é oito dias.

M: É, oito a dez dias, você vai dar esse remédio. Às vezes, dependendo da infecção, se a infecção for muito forte, pode durar até mais, sabia? É, mas isso aqui só precisa dar no máximo dez dias.

P: Dez dias.

M: Certo, então vai dar esse remédio aqui, parou o remédio, provavelmente não vai ter mais diarreia, mas se ainda tiver pode ficar ainda um periodozinho porque o intestino fica inflamado por dentro.

P: Hum, hum

M: Entendeu?

P: Entendi.

Em uma consulta conduzida pelo médico M12, identifica-se mais uma mãe-sujeito. Desta vez, esta escolhe quanto à medicação a ser prescrita. Trata-se de mais uma consulta em que a questão é o “problema de pele”. A mãe vem fazendo uso de uma pomada cuja eficácia terapêutica é por ela constatada. O médico lhe fala sobre uma outra pomada, esta preferida por ele em virtude do efeito ser mais rápido. A mãe, contudo, expressa não desejar a mudança da medicação, argumentando que já conhece a pomada que usa e sabe que ela faz efeito de fato. O médico não tenta convencer a mãe do contrário; ainda repetindo sua preferência, mantém a prescrição da medicação escolhida pela mãe: *“Não, a Quadriderme tá ótima. Gostaria de passar a Novacort, mas você acha que Quadriderme é melhor...”*.

A condição de sujeito das famílias e o exercício de sua autonomia no cuidado com a saúde das crianças podem não se fazer explícitos nas consultas. A sua condução e a narrativa médica certamente não conferem um lugar para a expressão destas famílias-sujeito. Mas fora da clínica médica e paralelamente às práticas de cuidado prescritas, há outras formas de cuidado exercidas, estejam os profissionais de saúde atentos ou não a este fato. Contudo, talvez a repercussão mais lamentável desta prática clínica estritamente biomédica seja a oportunidade perdida de conferir às famílias uma compreensão mais abrangente de saúde, doença e cuidado. Enquanto infecções de pele, verminoses, anemias e diarreias são medicalizadas, restringe-se a capacidade de problematização e reflexão sobre as condições de vida e os determinantes sociais dos processos saúde-doença. Em consequência, limita-se o alcance das intervenções destas famílias sobre a sua realidade para a promoção da qualidade de vida e do direito à saúde.

7.5. A ação educativa

A ação educativa, enquanto orientação de atenção e cuidado à saúde, apresenta-se transversal aos momentos das consultas. De modo que o momento da anamnese clínica e de investigação de outras necessidades de saúde da criança pode ser oportunizado para considerações sobre a atualização das vacinas e o peso da criança, enfatizando-se a importância de atenção das famílias para o cuidado com estas necessidades. Durante o exame físico, as famílias podem ser convocadas a participar do procedimento médico, observando conjuntamente com este o estado geral da criança, os sintomas manifestos e o seu desenvolvimento. A definição do projeto terapêutico pode implicar a família, com o médico mais uma vez enfatizando a atenção e o cuidado.

Dentre os momentos da consulta, apenas aquele referente ao esclarecimento diagnóstico se revela não oportunizado para a ação educativa. Às vezes o médico não comunica o diagnóstico ou o esclarece, outras vezes o enuncia em termos biomédicos, como a redução da causalidade dos problemas a infecções bacterianas. Em consequência, não se promove no encontro entre médico e famílias uma construção compartilhada de saber sobre os processos saúde-doença, que, por sua vez, poderia ser fomentadora de práticas de cuidado à saúde das crianças sensíveis à realidade

sociocultural de suas famílias. Ao contrário, o que se verifica na maioria das consultas é o enunciado de normas para o cuidado: *o que fazer e como fazer*. Nesta direção, após orientação de como proceder a administração do medicamento, a médica M6 conclui: “*e a gente vai fazer o tratamento direitinho, fazer tudo do jeito que eu lhe falei, viu?*”.

As famílias não participam da definição do projeto terapêutico, mas são elas suas executoras. Daí que a narrativa médica quanto aos procedimentos de atenção e cuidado a serem adotados se caracteriza detalhada e extensa, podendo ser, neste momento, verificada a compreensão da família. A demonstração de sua compreensão pode ser verbal ou mediante simulação dos procedimentos orientados. A atuação da médica M5 é ilustrativa. Em suas consultas, a família é orientada quanto aos cuidados após a médica enunciar negativas de diagnósticos. O cuidado inclui a observação de sintomas de agravamento da condição de saúde da criança, cuja constatação deve ser seguida pela procura de serviços de emergência. Enquanto a médica explana sobre os procedimentos, a mãe escuta silenciosa e passivamente:

M: Ela tá sem gripe, né? E ela não tem febre. Eu examinei ela e ela não tem febre, né isso? Não está cansado, direitinho, então, por enquanto o que é que a gente vai fazer? **Vou dizer o que é que você vai fazer por enquanto.** Você vai dar bastante líquido a sua filha, bastante líquido pra ela, pra hidratar ela, não é? Vai fazer um chazinho caseiro, e um xarope se você puder fazer, caseiro. Aí, você dá 5 ml de manhã, de tarde e de noite, viu? tá certo? E vai observando. Se por acaso ela aparecer com febre, porque ela não tem nada, viu?, o pulmãozinho não tem nada, ela não tem meningite, agora, né?, não tem pneumonia, não tá com diarreia, essas coisas que eu possa passar antibiótico, mas se ela aparecer febre, se ela aparecendo febre, né?, ficar molinha, aparecer febre, começar a cansar, a cansar ela fica... a barriga fica subindo e descendo rápido, o nariz, isso aqui, as asas do nariz começar a abrir e fechar, a cansar, né?, deixar de comer e ficar mole, aparecer febre, você pega ela e leva ela imediatamente na emergência. Por enquanto agora eu tô orientan..., vou orientar, viu? É você dar é bastante líquido pra ela, um xarope caseiro, vou passar um Sorine ou soro fisiológico nasal, pra você botar as gotinhas no nariz, viu? tá certo? E qualquer coisa, como eu disse a você, sinal de alerta, você pega a criança e leva pra emergência, não deixa em casa e não deixa ficar esperando pra trazer aqui no posto, nem pra trazer aqui, viu? Não vai esperando, pega ela e leva, viu?

P: Tá certo.

M: Viu, mãezinha, você entendeu o que é que eu disse? Entendeu que agora ela não tem pneumonia, não tem meningite, não tem febre, tá esperta, direitinho, mas esses sinais de alerta que você sabe que é perigoso pra criança, leva logo na emergência, não fica em casa, viu? [...] Pronto, mãezinha, então, mãezinha, você já sabe o que vai fazer. Aí você já pode comprar solução fisiológica nasal porque vai melhorar essa secreção do narizinho dela que é isso que dificulta

até ela se alimentar e dificulta até, ela pode ficar até irritada de noite pra tossir. Então, você vai botar a solução fisiológica nasal, viu?, vai botar meio conta-gota várias vezes ao dia. Aí, cê pega a criança, bota a criancinha deitada, deite ela aí pra eu explicar pra você. Ela deitadinha assim, aí bota a cabecinha pra trás assim e ói? E bota. Se você quiser, se você quiser, cê não tem aquela pêra não?

P: (?)

M: Aí você tira o catarrinho, você tem aquela perinha pra tirar, pra tirar secreção nasal, você tira o catarrinho, viu?, do narizinho dela e bota o sorinho fisiológico, o Sorine, o que você quiser. Qualquer coisa de emergência você leva, viu?, na emergência, viu?, não fica esperando por a gente não.

Em uma outra consulta, a médica M5 verifica a compreensão da mãe quanto aos procedimentos de cuidado. A interação assemelha-se a uma sabatina, na qual a mãe deve repetir a explicação médica. Segundo Freire (2003), a memorização e a repetição são estratégias próprias da educação bancária:

M: Você entendeu como é que você vai usar o Permanganato de Potássio? Como é que você vai usar? Você pode dizer pra mim?

P: Dilui em um litro de água...

M: Sim.

P: Passa nas feridas, depois bota no corpo dele...

M: E o Nebacetin? É a pomadinha que você vai receber, você vai passar quantas vezes nas feridinhas?

P: Três.

M: Três vezes ao dia. Então entendeu.

P: Entendi.

M: Sim. Então para gripe você vai fazer mais o que para a gripe que eu orientei pra você?

P: Xarope caseiro.

M: Quantas vezes?

P: Três vezes.

M: Três vezes. Qual quantidade?

P: 5 ml.

M: 5 ml. Certo. E vai aumentar a oferta de que pra ele, pra hidratar bastante ele?

P: Líquido.

M: Líquido, oferta de líquido, né? Em forma de que? Água, chás e suco.

P: Chás e sucos.

M: E você vai dá mais o que além disso? Vai colocar no narizinho dele Sorine, meio conta-gota, né?, várias vezes ao dia...

A atenção e o cuidado com a saúde da criança incluem, ainda, o acompanhamento da mesma na unidade de saúde. Assim, as famílias são orientadas

quanto às consultas subseqüentes, sendo o encontro entre médico e famílias periódico. Em uma de suas consultas, a médica M6 adverte à família de que a criança deve ser levada à unidade não apenas quando doente:

M: ...e traz ele pra pesar direitinho, traz ele todo mês, **não traga só quando tá doente não, traga quando tiver bom também** pra gente ver a alimentação e o que é que vai mudar e que vai acrescentar, quando ele vai começar a tomar sopinha, não dá agora não porque ele doentinho, ele não vai ter muito apetite pra comer outra coisa, então deixa ele ficar bom pra gente começar introduzir as coisas, viu?

P: Tá bom.

Os cuidados com a higiene da criança são referidos, de forma assistemática e superficial: “*Olha, criança com diarréia tem que ter o máximo de cuidado com as vasilhas onde você prepara os alimentos, a chupeta, a mamadeira muito bem lavada com água fervida, viu?*” (M9). As recomendações quanto à higiene são restritas ao indivíduo e à esfera do ambiente doméstico, sem referência às condições sanitárias da comunidade: coleta de lixo, abastecimento de água potável, canalização dos esgotos, entre outros.

O tema da alimentação, por sua vez, é abordado na maioria das consultas. Nesta abordagem, a amamentação das crianças menores é incentivada. Na consulta de um recém-nascido, a médica M9 recupera as considerações feitas durante o pré-natal da mãe a respeito da amamentação exclusiva:

M: Continuar só mamando, providenciar logo a vacina. Deve ter explicado, não esquecer do calendário de validade da vacina, vacinar no tempo certinho. Não precisa dar mais nada, é só seu peito mesmo, certo? Você foi orientada nisso no pré-natal, né? Criança até seis meses não precisa beber nem água, só o peito, a não ser que você vá trabalhar e não tenha condição de levar a criança, dar o peito no trabalho, aí nesse caso você volta aqui pra pedir orientação pra o leite que vai dar quando você não tiver em casa. Enquanto você tiver em casa, dá somente o peito, tá bom?

O médico M12, em uma de suas consultas, faz consideração sobre a alimentação da mãe. Esta refere ainda amamentar o filho de 6 meses, mas observa que este apresenta cólica intestinal. O médico relaciona este problema à dieta da mãe, sem

investigar sobre a mesma, considera que não deve ser “forte”: “*você tem que fazer uma dieta que seja não forte para que seu leite não seja forte, né?, não comer chocolate...*”.

Em contrapartida, as mães que desmamaram as crianças antes dos seis meses são recriminadas pelos profissionais. A abordagem do médico M18, sem levar em consideração as circunstâncias do desmame, culpabiliza expressamente a mãe de uma criança de 4 meses:

M: ...pode dar leite do peito à vontade, viu? Tá mamando?

P: Não, não mama não.

M: E por que não tá mamando?

P: É porque não pegou o peito.

M: Não pegou o peito?

P: Não.

M: Sabe de quem é a culpa, né? Hem?

P: Não, é porque ele nasceu prematuro, aí ficou onze dias na incubadora.

M: Hum.

P: Aí depois que ele saiu, não pegou peito não.

M: Certo. Mas pegava!

P: Não, ele pegou lá, mas não pegou muito assim não. Eu tirava com aquela bombinha, enchia a chuquinha e dava pra ele, mas depois...

M: Não era leite do seu peito?

P: Era.

M: Então é isso que eu tô perguntando.

P: Só que (?)

M: Tudo bem, não tem problema não, viu?

Outra situação de culpabilização da mãe pelo desmame precoce é observada entre as consultas da médica M6. Nesta consulta se expressa, ainda, o autoritarismo médico, afirmando-se a incapacidade das famílias em tomarem decisões acertadas sem a devida orientação do profissional de saúde. Depreende-se da narrativa desta médica que a possibilidade de uma atuação autônoma das famílias no cuidado com as crianças é limitada pela falta de informações, não apenas biomédicas como também legislativas – saber sobre o direito à licença maternidade. Entretanto, o desenvolvimento desta autonomia mediante a construção compartilhada do conhecimento não é vislumbrado pela médica, que acentua, ao contrário, a relação de dependência e subordinação das famílias aos profissionais e à unidade de saúde:

P: A mama, logo, logo ele deixou.

M: Por que ele deixou, você dava mamadeira?

P: Dava.

M: Então foi por isso que ele deixou. [Riso] Você dá mama, aí começa a dar mamadeira, ele ver que a mamadeira é mais fácil, ele larga o peito e começa a mamar na mamadeira. Por que vocês dão? Eu não consigo entender.

P: Porque eu tava trabalhando.

M: Você tava trabalhando? Quando você tava trabalhando, ele tava com quantos meses?

P: Ele tava com três meses.

M: Por que você foi trabalhar cedo assim?

P: Eu tenho precisão de trabalhar.

M: Você trabalhou foi no mesmo emprego que trabalhava antes? Eles não lhe deram os quatro meses não? Por que?

P: Não.

M: Porque você voltou antes dos quatro meses?

P: Foi antes dos quatro meses.

M: Você tem carteira assinada?

P: Não.

M: Você tem direito a quatro meses, sabia?

P: É, todo mundo falava.

M: Você pegava a licença maternidade, ia no INSS, tudo resolvido e você poderia pelo menos ter ficado os quatro meses dando mama, depois você poderia tirar seu leite, colocar na geladeira pra deixar com uma pessoa pra dar a ele. Tem muitos recursos se vocês querem uma... fazer uma... como é que diz... procurar uma orientação médica, tudo se consegue fazer, vai fazendo tudo direitinho, do jeitinho certo, mas fica só pela cabeça de vocês, aí pronto, atrapalha tudo.

Nos atendimentos das crianças maiores, identificam-se duas tendências quanto à abordagem do tema da alimentação. A primeira delas, observada em consultas conduzidas por três profissionais (M3, M4 e M5), caracteriza-se por assumir a realidade das famílias como ponto de partida das recomendações quanto à dieta da criança e sua qualidade nutricional. A segunda tendência marca a atuação da maioria dos profissionais que, sem levar em consideração esta realidade, relacionam os alimentos que deverão constar na dieta infantil. As implicações destas duas abordagens para o cuidado das crianças são consideráveis. Na consulta de uma criança desnutrida, o médico M4 é defrontado com uma realidade de privação nutricional da criança e sua família, o que justifica a sua inscrição no Programa do Leite, em vigência naquela ocasião:

M: Quê que você tá dando de alimento pra ela?

P: Ela, tá... bebe, bebe leite na mamadeira.

M: Leite de que você tá dando?

P: Leite Ninho.

M: Ninho?
P: É.
M: Mamadeira de Leite Ninho só?
P: Não, mingau também.
M: Mingau. O que mais?
P: Arroz com caldo de feijão.
M: Arroz e caldo de feijão, o que mais?
P: Só.
M: Só? E frutas?
P: Não, quando eu posso comprar eu dou.
M: Quando você pode comprar, você dá. E legumes, batata, beterraba, cenourinha, aborbrinha?
P: Por enquanto lá em minha casa não tem não.
M: Não tem?
P: Não.
M: Então, nós vamos pro Programa do Leite, ham?

A abordagem deste profissional contrasta com aquela adotada pela médica M6. Esta atua no mesmo município que o médico M4, atendendo a uma comunidade contígua àquela por este assistida. As famílias referem sistematicamente durante as consultas o uso da farinha de mandioca como engrossante do mingau das crianças. A despeito da realidade socioeconômica evidenciada, a médica recomenda a substituição da farinha de mandioca por outros gêneros alimentícios: Mucilon, Neston e Farinha Láctea.

A consulta de uma criança de 7 meses, acompanhada do pai, é, neste sentido, exemplar. O pai narra sobre a alimentação da criança, afirmando que usa a farinha de mandioca no mingau da filha porque ela “*não se deu*” com Maisena, Arrozina e Cremogema, usa o “*leite de balde*” porque a criança “*não se deu*” com o Leite Ninho. A médica sugere que ele experimente o Mucilon, registrando esta *sugestão* no mesmo receituário em que prescreve o sulfato ferroso e o complexo vitamínico. A abordagem da alimentação e as recomendações derivadas não partem da realidade objetiva da família. Para a prescrição, a médica parece tomar como referência sua própria condição de vida. A seguir, um recorte da interação entre a médica e o pai da criança, sendo a abordagem sobre a alimentação interrompida pela retomada da descrição dos sintomas apresentados:

M: Ela mama?
P: Não. Deixou de mamar não tinha um mês.

M: Foi?
P: Foi.
M: Come o que?
P: Come leite de balde e...
M: Leite de que?
P: Balde.
M: Vaca, leite líquido, não é?
P: Isso, e farinha de mandioca, só o pó da farinha. Ela não se deu com Maisena, não se deu com Arrozina, Cremogema...
M: Mucilon, ela tomou Mucilon?
P: Não.
M: Podia experimentar, não é? Que a farinha, ela não tem nenhuma... como é que se diz? Ela não tem uma vitamina nem nada e aí a gente dá uma... fica pálida, dá uma palidezinha, falta uma substância mais...
P: Mais ela come...
M: Ela come comidinha?
P: Come, come. Só à noite, pra não dar essas comidas, aí dá o mingau, mais no correr do dia...
M: Ela tem tosse?

O “leite de balde” consiste no leite de gado não industrializado que é comercializado na comunidade. A respeito deste leite, a médica M6 comenta em outra consulta: *“o leite batizado, né?, só Deus sabe o tanto de água tinha no leite”*. A consideração de que a criança *“não se deu”* com outros gêneros alimentícios, justificando o uso da farinha de mandioca como engrossante, é identificada na narrativa de outras famílias assistidas pela profissional. Mais que uma questão de gosto ou preferência das crianças, esta consideração aponta para possibilidades concretas de cuidado das famílias. A farinha de mandioca e o “leite de balde”, neste sentido, não representam escolhas feitas em função da desinformação quanto à existência de gêneros alimentícios mais nutritivos ou quanto à importância de proporcionar às crianças uma dieta rica em frutas e verduras.

Como já destacado por Loyola (1984), as famílias das classes populares bem sabem que uma boa alimentação é importante para a manutenção da saúde e se mostram convencidas de que a dieta recomendada pela medicina moderna é a ideal para garantir uma vida saudável. Entretanto, acentua a autora que a condição objetiva destas famílias restringe o acesso à dieta idealizada, tanto pelos profissionais de saúde quanto por elas. Nas consultas da médica M6, contudo, a consideração das famílias de que a criança *“não se deu”* com determinados alimentos, não por acaso mais caros que aqueles com

que ela “*se deu*”, acaba ecoando no vazio, dada a insensibilidade da profissional à dimensão socioeconômica do cuidado.

A ação educativa nas consultas de crianças e suas famílias se caracteriza predominantemente prescritiva. Normas de atenção e cuidado à saúde da criança são ditadas às famílias pelos profissionais, sem que sejam consideradas as condições concretas de vida e as condições sanitárias da comunidade. Coerente com uma prática clínica biomédica que reduz a causalidade dos processos saúde-doença a infecções bacterianas e orienta-se, quanto a isto, para a prevenção de doenças e agravos à saúde dos indivíduos destacados de seus contextos de existência, a ação educativa desenvolvida nestas consultas corresponde ao modelo hegemônico de educação em saúde.

As orientações de atenção e cuidado dos profissionais às famílias não reconhecem nestas um sujeito com o qual se possa construir conjuntamente um conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado. Neste ponto, a autoridade médica não está a serviço da emancipação das famílias (FREIRE e SHOR, 2003; FREIRE, 2003), o que propiciaria o desenvolvimento de sua autonomia para o exercício da atenção e cuidado com as crianças em conformidade com os recursos disponíveis em seu contexto familiar e comunitário, como também com aqueles recursos que poderiam vir a ser criativamente inventados pela ação transformadora destas famílias sobre a sua realidade concreta. Ao invés disto, o que se verifica nestas consultas é a expressão do autoritarismo médico, prescrevendo, entre antitérmicos, cremes antialérgicos, complexos vitamínicos, vermífugos e antibióticos, formas de cuidado.

Mas os sujeitos não deixam de existir mesmo quando ignorados pelos profissionais e pelos serviços de saúde e não sucumbem quando silenciados pela prescrição médica. Os modos de cuidado da saúde de crianças menores de seis anos em famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família em um bairro popular de Salvador foram estudados por Bustamante (2004). A autora acompanhou sete famílias ao longo de nove meses e demonstra como as práticas de cuidado nestas refletem a tomada de decisões que, levando em consideração os recursos disponíveis na família e em sua rede de apoio, nem sempre são convergentes com o discurso médico. Neste estudo, as famílias afirmam saber sobre a importância da qualidade da alimentação das crianças, mas ponderam sobre os limites impostos pela sua realidade concreta. Neste sentido, uma

das famílias acompanhadas expressa a sua discordância quanto à prescrição médica de amamentação exclusiva até os seis meses, com a compreensão de que uma mulher para amamentar o filho e assim sustentá-lo precisa estar bem alimentada. Assim sendo, para uma mãe pobre cuja dieta é considerada de baixo valor nutritivo, o desmame e a introdução de outros alimentos à dieta da criança aconteceria antes dos seis meses, sendo esta decisão da família avaliada como propiciadora de uma melhor condição de saúde para a criança e sua mãe.

Para o desenvolvimento de práticas educativas sensíveis à dimensão psicossocial e cultural do processo saúde-doença-cuidado, faz-se imprescindível a escuta destas famílias-sujeito. Todavia, esta escuta apenas pode ser efetuada por outro sujeito. Os profissionais de saúde, ao reproduzirem no cotidiano de suas práticas normas e valores legitimados pela biomedicina, interiorizados, sem que tenham sido necessariamente problematizados ao longo de sua formação acadêmica, também não oportunizam o encontro com os usuários para se constituírem sujeitos do cuidado. Nesta perspectiva, ambos são silenciados e apassivados pelas prescrições médicas, subjugados, assim, pela cultura da biomedicina.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles.

Paulo Freire

Esta dissertação não poderia ser concluída sem uma importante declaração. Apesar da redação acadêmica, este texto é de autoria de um sujeito, portador de uma biografia e culturalmente situado. Assim, as suas considerações finais também dizem respeito a este sujeito.

Na minha leitura interpretativa do encontro entre médico e usuário, percebo sujeitos no lugar de meros pacientes, indivíduos em busca de conhecimento sobre a sua condição de saúde e tomando decisões autônomas relativas ao cuidado consigo mesmo. Esta autonomia pode expressar-se inclusive na adesão à prescrição médica, mas certamente poderá assumir outras expressões, ainda que não legitimadas pelos serviços de saúde.

Fico pensando se esta minha leitura não faz ressaltar demasiadamente os sujeitos. Realmente, há aqueles pacientes que estabelecem com o médico uma relação de passividade, esperando deste uma condução paternalista da consulta e do cuidado. Mas ainda nestes casos, uma vez mais o que ressaltei foi a possibilidade de retirar estes pacientes de uma condição tão subalterna e de elevá-los a sujeitos. Esta minha leitura poderá ser sim objeto de questionamento. Admito que possa haver aí um problema, que eu não tenha alcançado o êxito da neutralidade científica. Também não sei se ela é possível. Continuo a pensar a respeito...

Por outro lado, talvez uma questão ainda mais relevante seja pensar porque a maioria dos profissionais de saúde não percebe seus pacientes como sujeitos em busca de conhecimento e de autonomia. Por que a consulta médica não tem sido oportunizada para uma ação educativa orientada com vista à constituição de sujeitos co-responsáveis pelo cuidado com a própria saúde? Temos algumas velhas respostas evidenciadas ao

longo da descrição dos resultados deste estudo: o predomínio do modelo biomédico, cuja tônica recai sobre a atenção individual, a cura e o controle da doença.

Entre os grupos de usuários assistidos nas consultas analisadas no presente estudo, verificam-se singularidades e semelhanças com relação à ação educativa. Na atenção clínica aos pacientes hipertensos, a narrativa médica sustenta-se na doença. Em contraste, na atenção clínica às crianças prevalece o discurso da saúde, ainda que esta seja compreendida como sinônimo de ausência de doença. Nesta direção, a condução das consultas de pacientes hipertensos privilegia a medicalização e o controle dos sintomas, estando em dimensão secundária a ação educativa. Nas consultas das crianças, por outro lado, esta ação projeta-se transversalmente ao atendimento e tem como objetivo a preservação da saúde das crianças.

Na atenção a ambos os grupos, todavia, mantém-se um único eixo de caráter eminentemente biomédico. Revela-se, através deste eixo, uma formação médica que ainda não assimilou plenamente a sua vocação transformadora, isto é, capaz de interagir criativamente com o paciente como sujeito de conhecimento. Nas consultas dos hipertensos predomina um cuidado médico relativo ao controle da pressão arterial. Nas consultas das crianças a tônica predominante é relativa ao controle do peso, da amamentação/alimentação e da atualização das vacinas. Tanto em uma atenção clínica quanto em outra, reveste-se o cuidado de uma formalidade impessoal e padronizada, que corresponde ao modelo dominante da formação médica. O conteúdo do cuidado pode atender a uma dimensão finalística do serviço biomédico, no entanto, deixa de alcançar a perspectiva de contextualização da vida real de cada sujeito. Assim, empobrecido pela fragmentação a que se submete, o cuidado se circunscreve ao controle e, como tal, se limita e não educa.

Nesta perspectiva, concluímos que existe ainda uma longa trajetória para se atingir uma atenção à saúde integral e culturalmente sensível no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). Uma trajetória que vincula as próprias instituições de ensino médico e as instâncias de capacitação e atualização profissional no Sistema Único de Saúde. Isto constitui um desafio e, como tal, evidencia que o objeto de análise desta dissertação reserva outros níveis de desdobramentos. Temos afirmado, ao longo de todo o texto, que o enfrentamento para a superação das práticas de saúde hegemônicas exige posicionamentos capazes de assimilar aspectos psicossociais e culturais do processo

saúde-doença-cuidado. É verdade que constatamos algumas tendências contra-hegemônicas, mas elas são isoladas e relacionadas a idiossincrasias do profissional. No conjunto, os médicos do PSF participantes do presente estudo não têm assimilado em sua prática clínica a natureza integral que constitui eixo de reorientação do modelo assistencial.

Embora a ação dialógica não consista numa mera técnica ou metodologia de trabalho, visto que implica uma re-significação da relação com o outro e do processo de conhecimento, os profissionais precisam ser preparados para o diálogo com a diversidade cultural. Nesta direção, Freire (2003) discute a necessidade de reeducação dos profissionais para uma ação dialógica. O antidiálogo, afirma o autor, nem sempre é exercido deliberadamente pelos profissionais, compreende-se que estes, muitas vezes, são agentes igualmente dominados por uma cultura opressiva e que no exercício de sua prática não se constituem, eles próprios, sujeitos.

Merhy (1994) corrobora esta ponderação, discutindo, no campo da saúde, sobre uma relação impessoal, objetivizante e descompromissada entre profissionais e usuários. O autor analisa a instituição desta relação como uma consequência do modelo assistencial hegemônico. Nesta relação, destaca o autor, tanto profissionais quanto usuários são objetivizados pelo modelo biomédico. Os profissionais têm seu espectro de atuação restrito pelo saber acumulado em sua formação e pelo equívoco da sua supremacia. Os usuários são silenciados, não há verdade no que possa ter a dizer, a sua subjetividade é um detalhe sem maior significância na definição do projeto terapêutico e a dimensão sociocultural da saúde, doença e cuidado sucumbe perante a universalidade da ciência.

O que fazer? Questiono-me incessantemente. Falamos de passos necessários à reorientação das práticas de saúde e identificamos no reconhecimento dos limites do alcance das práticas hegemônicas um primeiro passo. A frustração e o descontentamento perante o insucesso podem suscitar o desencanto e a desesperança em alguns, mas para outros significará que é preciso continuar a pensar e, mais que pensar, que é preciso investir no desenvolvimento de práticas inovadoras.

Passemos à práxis! Talvez este fosse um caminho apontado por Paulo Freire. A práxis implica na reflexão e na ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo

(FREIRE, 2003), porque sem a ação o que se tem ao final da reflexão é puro verbalismo. Então, não poderíamos deixar de recomendar como desdobramento deste trabalho, a sua continuidade em ação, tanto na forma da atuação profissional no cotidiano dos serviços quanto na forma da pesquisa-participante.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In: _____. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001, p.70-86.

ALVES, V.S; FRANCO, A.L.S. Estratégias comunicacionais do médico de saúde da família para educação em saúde no contexto clínico. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, suplemento 1, p. 144, 2003.

ASSIS, M. de. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. *Estudos em Saúde Coletiva 169*: Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p. 39-63.

BIZZO, M.L.G. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.1, p.307-314, jan-fev, 2002.

BRANDÃO, C. R. *O que é educação*. 43. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 01/2001*. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001/GM. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília, 2004.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan-mar, 1996.

BUSTAMANTE, V. *Família, paternidade e cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico em um bairro popular de Salvador*. Salvador, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

CAPRARA, A. et al. *A relação médico-paciente no Programa de Saúde da Família: uma pesquisa-ação com as equipes de saúde da família do Ceará e da Bahia*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/ Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2003. Relatório Técnico.

CARVALHO, G.I. de; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90)*. 3. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó R. A educação em saúde na prática do PSF. *Manual de Enfermagem*. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem> Acesso em: 17 fev. 2003.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr-jun 1999.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos de Saúde da Família*, v. 1, n. 1, p. 10-15, 1996.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide, 1996, p. 25-58.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cadernos Cedes: Educação e Saúde* 4. São Paulo, 1987.

COULON, A. *Etnometodologia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

DONNANGELO, M. C. Medicina na sociedade de classes. In: DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979, p. 29-68.

DONNEYS, M.E.C. Educación para la salud: aspectos metodológicos. *Educ Med Salud*, v. 25, n. 2, p. 194-202, 1991.

DREW, P.; CHATWIN, J.; COLLINS, S. A conversation analysis: a method for research into interections between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, v. 4, p. 58-70, 2001.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 49-56.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 2, p. 121-131, 1999.

FRANCO, A. L. S. *A relação médico-paciente no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo observacional em três municípios baianos*. Salvador, 2002. 182f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 27. ed. São Paulo, Paz e Terra, 2002a.

_____. *Educação como prática da liberdade*. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002b.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 37. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____; SHOR, I. *Medo e ousadia: o cotidiano do professor*. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREYRE, G. *Sociologia da medicina*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOGNA, M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, p. 81-85, 1998.

HAHN, R. A. From medical anthropology to anthropological medicine. In: _____. *Sickness and healing: an anthropological perspective*. New Haven: Yales University Press, 1995, p. 262-293.

HURTADO, C. N. *Educar para transformar, transformar para educar: comunicação e educação popular*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, v. 12, p. 85-93, 1978.

_____. Orientations 3: core clinical functions and explanatory models. In: KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980, p. 71-118.

_____. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Cambridge: BasicBooks, 1988.

_____. What is specific to biomedicine? In: KLEINMAN, A. *Writing at the margin: discourse between Anthropology and Medicine*. Berkely: University of Carlifornia Press, 1995. p. 21-40.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n. 4, p. 481-490, out./dez., 1994.

LARAIA, R.B. *Cultura: um conceito antropológico*. 17. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1996.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.

MACHADO, M.L.T. *Educação e saúde: concepções teóricas e práticas profissionais em um serviço público de saúde*. São Carlos, SP, 1997. 167f. Dissertação (Mestrado em Fundamentos da Educação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 39-64.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 45-59.

MELO, J. A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. *Caderno Cedes: Educação e Saúde* 4, p. 28-43, 1987.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 233-300.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: MERHY, E. E. & CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, 117-160.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MOHR, A.; SCHALL, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 199-203, abr/jun., 1992.

MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. de. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov./dez., 2002.

_____; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. *Interface – Comunicação, saúde e Educação*, v.7, n. 13, p. 109-118, 2003.

MYERS, G. Análise da conversação e da fala. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p. 271-292.

NORONHA, C. V. et al. *Projeto Saúde para Todos na América Latina: identificando as necessidades de capacitação dos profissionais do Programa Saúde da Família*. Salvador: UFBA/ISC, 2004.

OLIVEIRA, F. J. A. de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 81-94.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a, p. 567-586.

_____. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b, p. 183-210.

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM, J.S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC, 2002, p. 361-365.

PEREIRA, G.S. *O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática*. Rio de Janeiro, 1993. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set-out, 2003.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 7-34.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 347-353, 1989.

ROTER, D.L; HALL, J.A. Models of the doctor-patient relationship. In: _____. *Doctors talking with patients – patients talking with doctors*. Westport CT: Anburn House, 1993, p. 21-37.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, R.M. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza, UNIFOR, 2002.

SANTOS, J.L. *O que é cultura*. 16. ed. 10. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SILVA, J. O. Educação em saúde: notas para a discussão de um campo temático. *Saúde em Debate*, n. 42, p.36-39, 1994.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 115-136.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-111.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate*, n. 49-50, dez/95-mar/96, 1996.

_____. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, sup. 2, p. 39-57, 1998.

_____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação Popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 11-19.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, v. 11, p. 257-85, 1982.

ANEXO

O artigo **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial** teve sua primeira versão apresentada à disciplina Políticas de Saúde em dezembro de 2003. Sob recomendação e incentivo do professor Jairnilson Paim, a versão atual foi submetida ao conselho editorial da revista **Interface – Comunicação, Saúde e Educação** em março de 2004, havendo sido aceito em setembro para publicação na edição v.9, n.16, fevereiro de 2005. Abaixo, apresenta-se parecer emitido:

PARECER FINAL - o artigo deve ser aceito para publicação

Comentários dos referees

Trata-se de artigo de alta relevância para os profissionais de saúde que atuam no SUS e, sobretudo no PSF. O fato de colocar as ações educativas como comuns a todos os profissionais e não apenas àqueles relacionados mais especificamente à área da Educação e Saúde amplia bastante o público interessado nesse tipo de reflexão.

Ressalte-se também a perspectiva crítica do texto, essencial para os que desejam colocar em prática um tipo de processo educativo em saúde mais inovador e efetivo, e que considere como sujeitos todos os envolvidos - profissionais e/ou usuários. Em síntese, o modelo proposto é mais condizente com os princípios do SUS e do PSF.

Por último, o texto está bem escrito e claro, apesar da complexidade de certas articulações teóricas e da abrangência da contextualização histórica em relação aos outros modos de pensar e praticar a Educação e Saúde.

**UM MODELO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PELA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL**

RESUMO

Partindo da concepção de que as políticas de saúde se materializam nos serviços, mediante as ações de atores sociais e suas práticas cotidianas, este ensaio tem o objetivo de refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). Pretende-se apreciar a assimilação do princípio da integralidade nestas práticas e, desta maneira, contribuir para o debate sobre os alcances e limites da estratégia do PSF para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Na conjuntura atual da política de saúde brasileira, o PSF tem desempenhado papel estratégico para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de uma revisão histórica das práticas de educação em saúde e dos discursos sanitários a elas subjacentes, são reconstituídas as racionalidades determinantes de tais práticas. O modelo hegemônico de educação em saúde, em sua essência divergente do princípio da integralidade, é caracterizado e discutido em comparação a um modelo de práticas de educação em saúde emergente, denominado neste ensaio de modelo dialógico, cuja lógica manteria coerência com a integralidade da atenção.

Palavras-chave: Princípio da Integralidade, Programa Saúde da Família, Educação em Saúde, Modelo Assistencial.

**UN MODELO DE EDUCACIÓN EN SALUD PARA EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA:
POR LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN Y REORIENTACIÓN DEL MODELO ASSISTENCIAL**

RESUMEN

Partiendo de la idea de que las políticas de salud se materializan en los servicios, a través de las acciones de actores sociales y sus prácticas cotidianas, este ensayo tiene el objetivo de reflexionar sobre las prácticas de educación en salud en el contexto del Programa Salud de la Familia (PSF). Se pretende apreciar la asimilación del principio de integralidad en estas prácticas y, de esta manera, contribuir con el debate sobre los alcances y limitaciones de la estrategia del PSF para la reorientación del modelo asistencial a partir de la atención básica. En la actual coyuntura de la

política de salud brasileña, el PSF desempeña un papel estratégico para la construcción y consolidación del Sistema Único de Salud (SUS). A partir de una revisión histórica de las prácticas de educación en salud y de los discursos sanitarios subyacentes a ellas, se reconstruyen las racionalidades determinantes de tales prácticas. El modelo hegemónico de educación en salud, en esencia divergente del principio de integralidad, es caracterizado y discutido en comparación con un modelo emergente de prácticas de educación en salud, al que en este ensayo se denomina modelo dialógico, cuya lógica mantendría coherencia con la integralidad de la atención.

Palabras-clave: Principio de Integralidad, Programa Salud de la Familia, Educación en Salud, Modelo Asistencial.

A HEALTH EDUCATION MODEL FOR THE FAMILY HEALTH PROGRAM:

TOWARDS INTEGRALITY IN HEALTH CARE AND MODEL REORIENTATION

ABSTRACT

This paper aims at critically examining health education practices in the Family Health Program (PSF – Programa de Saúde da Família, Brazil) by building on the assumption that health policies are actualized in services by social actors and their everyday actions. The extent to which the principle of integrality is embodied in such practices is investigated, thus adding to the debate on the grounds and limits of PSF's strategies towards reorienting its assistential model by focusing on basic care. In the context of the current Brazilian health policy, PSF has played a decisive role in building and consolidating the Brazilian Unified Health System (SUS – Sistema Único de Saúde). Health education practices and their underlying sanitary principles are historically reviewed in order to determine the rationale for such practices. The prevailing health education model, shown to be essentially at odds with the principle of integrality, is then characterized and analyzed against an emerging health education model – herein called "dialogic model" – the logic of which would be in accordance with the integrality of care.

Key Words: Principle of Integrality, Family Health Program, Health Education, Care Model

INTRODUÇÃO

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza através de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (PINHEIRO & LUZ, 2003), tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando a produção de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a construção do SUS é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. Este modelo, resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial “sanitarista” (PAIM, 2003a), dicotomiza assistência e prevenção. Paim (2003a) discute ser o modelo assistencial uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde. O autor relaciona os principais problemas de saúde identificados quanto ao modelo assistencial durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (p. 567). Esta realidade apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinalizava a direção que esta reorientação precisava assumir de forma que se adequasse a proposta do SUS, em discussão. Dentre as bandeiras de luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que se sustentavam nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde, estava a bandeira da Integralidade (MATTOS, 2001).

Na década de 1990, tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão

crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família. Para acompanhar este debate, principalmente sob a ótica da segunda perspectiva, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. Segundo Paim (2003a, p. 568), modelo de atenção ou modelo assistencial “... é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

Esta concepção de modelo assistencial fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família implementadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial. A expansão do PSF tem favorecido para a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, através das estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, faz-se necessário análises qualitativas do PSF (ou dos PSFs) em desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto as práticas de saúde e os processos de trabalho cotidianos.

Este ensaio parte da concepção de modelo assistencial enquanto racionalidade e da pressuposição de que para a construção de um novo modelo é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa. Em face da relevância deste princípio para a reorientação do modelo assistencial, este ensaio tem o objetivo de refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do PSF e a assimilação do princípio da integralidade nestas práticas.

A INTEGRALIDADE E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e

prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (CARVALHO & SANTOS, 2002). Esta, entretanto, seria apenas uma das dimensões do conceito da integralidade. No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre responsabilidade dos profissionais do PSF.

Uma noção de integralidade também relacionada à organização dos serviços e das práticas encontra-se associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde. A política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações. As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública. Em consequência, estas respostas, que assumiam a forma de programas especiais de saúde pública (PAIM, 2003a), caracterizavam-se pela “centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário” (MATTOS, 2003, p. 49). Estas respostas atravessavam os serviços e as práticas de saúde atropelando muitas vezes as necessidades específicas e reais da população assistida. Neste nível, a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas repercutiria na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da população atendida. No contexto da estratégia do PSF, esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância da saúde, com o

qual se propõe trabalhar. Sustentado em três pilares básicos: o território-processo, os problemas de saúde e a intersectorialidade (MENDES, 1996), o princípio da vigilância da saúde contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (PAIM, 2003b).

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, a integralidade seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos:

“Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente (...) A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade” (MATTOS, 2001, p. 48-49)

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde. Uma situação ilustrativa é a de um atendimento a um paciente com crise hipertensiva, que além da administração da medicação necessária durante uma consulta médica seria orientado quanto a importância de uma alimentação hipossódica e de exercícios físicos regulares. Assistência e educação para saúde durante a consulta ambulatorial, sem que o paciente espere o momento de encontro do grupo dos hipertensos numa determinada data e horário para receber as referidas orientações: isto expressa integralidade da assistência.

Para que haja assimilação do princípio da integralidade na relação entre profissional de saúde e usuários, o que favoreceria uma intervenção em saúde para além da doença ou do corpo doente, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos, é necessário superar, ressalta Teixeira (2003), mais uma das modalidades de fragmentação no campo da saúde: a “cisão eu-outro”

(p. 90). Para o referido autor, trata-se da necessidade de superação do “monopólio do diagnóstico de necessidades” e de integração da “voz do outro” neste processo (TEIXEIRA, 2003, p. 91).

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, *locus* de exercício de racionalidades, sejam estas de manutenção do modelo assistencial vigente e hegemônico – marcadamente reducionista, biologicista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura – ou de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITO E BREVE HISTÓRICO

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA & LÓPEZ, 1996). Trata-se de um recurso através do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1989, 1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A consideração do autor justifica-se pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Para Mendes (1996), os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde. Dentre as funções de um médico de atenção básica, relacionadas pelo autor, destacam-se prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora, ser comunicador e educador em saúde.

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta equipe seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificar situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentar em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e práticas de educação em saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente e fizeram uso de estratégias comunicacionais com estes discursos coerentes. O discurso higienista e as intervenções normatizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da educação em saúde. Para compreender a natureza deste discurso, Costa (1987) trata o tema da educação e saúde a partir de sua vinculação com o Estado e relações de poder entre classes sociais. Nesta perspectiva e em consonância com a compreensão de Donangelo (1979) relativa à natureza social da prática médica, o autor reconhece as práticas de educação em saúde enquanto práticas sociais com propósitos ideológicos, políticos e econômicos. Desta maneira, mediante um discurso higienista e moralista, o Estado exerceria sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas. Em conformidade com os interesses das classes dirigentes do Estado e com objetivo de controle social sobre as classes subalternas, o discurso desenvolvido em torno da questão saúde no século XVIII foi essencialmente normatizador e regulador. De acordo com Costa (1987, p. 7), “a estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e usos do saber estranhos a sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim do ‘bom’ modo de andar a vida”.

Na segunda metade do século XIX, o crescimento de cidades européias, em virtude da industrialização, favorece a precarização das condições de trabalho, moradia e nutrição das classes populares. Este cenário configurava-se uma ameaça às classes dominantes. Por um lado, pelo risco de rebelião dos populares, cuja aglomeração nos bairros poderia precipitar a organização política.

Por outro, pelas epidemias que a estes inicialmente acometiam, e que já então eram associadas às suas condições de vida, atingindo em seguida as classes dominantes. Assim justificavam-se as ações de disciplinamento das classes populares com difusão de regras de higiene e de condutas morais: o exercício do controle social e sanitário (COSTA, 1987).

No Brasil do século XIX, o discurso sanitário segue a tendência européia, concentrando-se nas cidades e desenvolvendo-se em torno da moralidade e disciplinarização higiênica. O hospital, o hospício, a prisão e a escola despontam como espaços de atenção, cuidado e educação à saúde. Esta época é pontuada por Costa (1987, p. 11) como de fortalecimento do saber técnico do profissional, exclusivo do poder da cura e controle sobre a doença, “rotulando as eventuais resistências e os saberes alternativos de cegueira política, ignorância do povo, má-fé dos charlatães”.

O percurso histórico das práticas e concepções de educação em saúde no Brasil é revisado por Smeke & Oliveira (2001). O primeiro momento que as autoras abordam data do final do século XIX e início do século XX. Em virtude das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos, visto que estas acarretavam transtornos para a economia agroexportadora, desenvolveram-se as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde. Estas voltavam-se principalmente para as classes subalternas e caracterizavam-se pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização com o respaldo da cientificidade. Acontecimento ilustrativo deste momento foi a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que empregou recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças.

Estas práticas eram orientadas por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. O discurso biologicista propagava que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelos indivíduos e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiriam a resolutividade dos problemas de

saúde. Este discurso predominou no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas.

A partir da década de 40, algumas transformações começam a ser verificadas no campo da educação em saúde. Aos sujeitos, que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo. No início da década de 60, com advento da Medicina Comunitária, verifica-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. Entretanto, por trás deste apelo de participação comunitária parece camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade. As práticas de educação em saúde comunitárias partiam, então, do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde devendo ser para isto conscientizadas. Os determinantes sociais destes problemas, contudo, não eram levados em consideração.

Durante o regime militar, o campo da educação em saúde permaneceu inexpressivo em virtude da limitação dos espaços institucionais para a sua realização. Verifica-se uma expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa, em detrimento dos serviços de atenção preventiva. Smeke & Oliveira (2001) admitem que durante este período a educação em saúde correspondeu ao controle sobre os sujeitos.

Em contrapartida, este mesmo regime despertou uma resistência e insatisfação na população que precipitou, ao longo da década de 70, a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares. Neste contexto, foram retomadas as propostas pedagógicas de Paulo Freire e profissionais de saúde revisaram suas práticas a partir da interlocução com as teorias das ciências humanas por um novo projeto em saúde. Estes movimentos deram início a críticas às práticas educativas autoritárias e normatizadoras, apontando ao mesmo tempo para uma ruptura.

Dentre os movimentos que tiveram início na década de 70 e que buscavam romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, destaca-se o

movimento da Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2001). Este movimento foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais. Estes profissionais dirigiram-se para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais aproximando-se assim das classes populares e dos movimentos sociais locais. A aproximação favoreceu a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nestas populações, o que levou muitos profissionais a buscarem a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados.

A iniciativa dos profissionais em inserir-se em serviços de saúde que prestavam assistência às classes populares se deu integrada a projetos mais amplos, dentre os quais predominava a metodologia da Educação Popular (VASCONCELOS, 2001). Assim sendo, esta metodologia foi assimilada pelo movimento dos profissionais constituindo-se em seu elemento estruturante fundamental.

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, através do diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Pela potencialidade desta metodologia, Vasconcelos (1999, 2001) vislumbra as experiências de Educação Popular como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida.

Nos locais em que a experiência tem sido desenvolvida verifica-se a “emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração” (VASCONCELOS, 1999). Em função deste resultado, o autor

compreende a Educação Popular em Saúde não como uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde.

A Educação Popular em Saúde tem convivido no Brasil com as modalidades de serviços hegemônicas. Desde a década de 70, a despeito do amadurecimento da metodologia, as experiências em Educação Popular não deixaram de ser pontuais, alternativas e transitórias. De acordo com Vasconcelos (2001), a generalização destas experiências constitui um desafio, apontando como dificuldade o embate com a racionalidade dos serviços oficiais e a formação de recursos humanos.

O campo da educação em saúde tem sido, desde a década de 70, profundamente repensado e verifica-se um relativo distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista. Paralelamente, há uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebido como resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. Neste momento, as práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimentos, refletindo no autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos são passíveis de questionamentos. É também neste contexto que surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar por seus interesses (SMEKE & OLIVEIRA, 2001).

ENTRE DOIS MODELOS DE PRÁTICAS DE EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A despeito da emergência de um novo discurso no campo da educação em saúde, prevalecem as práticas educativas hegemônicas. Da convivência entre as práticas emergentes e as hegemônicas é possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde, que podem ser referidos como *modelo tradicional* e *modelo dialógico*. Estes se encontram em pólos extremos, sendo possível reconhecer modelos intermediários.

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, focalizando a doença e a intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE & OLIVEIRA, 2001;

CHIESA & VERÍSSIMO, 2003). As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.

Os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde (BRICEÑO-LÉON, 1999). Desta maneira, a relação estabelecida entre profissionais e usuários é essencialmente assimétrica, uma vez que um detém um saber técnico-científico, com *status* de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. Desta maneira, a comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter informativo, na qual o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, *o que fazer e como fazer* para a manutenção da saúde. Pressupõe-se, ainda, que a partir da informação recebida os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas.

Quanto a disseminação de informação em saúde, particularmente por meio de campanhas e veiculadas pelos meios de comunicação de massa, Rice & Candeias (1989) observam sobre o efeito temporário desta estratégia quanto a mudanças de hábitos e condutas. As autoras apreciam que a população não muda de comportamento em definitivo, mas apenas reage a um estímulo temporário. Com a supressão do estímulo, o comportamento tende a extinção.

A principal crítica a este modelo de educação, entretanto, tem sido referente a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao tomar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença – todos estes representantes de formas outras de saber. Neste sentido, tem-se discutido sobre a consideração dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde (GOGNA, 1998; CHOR, 1999; FILGUEIRAS & DESLANDES, 1999). Propõe-se que estas sejam sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários. Para tanto, reconhece-se a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e a adoção de uma comunicação dialógica.

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o *modelo dialógico*. Em oposição ao modelo tradicional,

trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (AYRES, 2001). Neste sentido, Briceño-Léon (1996) apresenta dois princípios que considera básicos na orientação das ações de saúde. Primeiramente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição. O autor pondera que apenas com a participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como *modelo dialógico* por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. De acordo com Briceño-Léon (1996), em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que estas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa a construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA & VERÍSSIMO, 2003).

Como contexto das práticas educativas, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser *informais*, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas. Nesse sentido, L'Abbate (1994) e Smeke & Oliveira (2001) concordam quanto a compreensão de

que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo uma condição essencial a esta prática o seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

A partir do diálogo e do intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilita fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto que estes são ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.

UM MODELO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como da renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida. Cordeiro (1996) avalia que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF não implica um retrocesso quanto a incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que o PSF corresponderia a uma medicina simplificada destinada para os pobres, antes disso tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Admite-se, nesta perspectiva, que o PSF “requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes” (BRASIL, 1997, p.9).

Pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como na adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF.

Ayres (1996) observa que o reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, dentre as quais encontra-se a estratégia do PSF. De fato,

os objetivos do programa, entre outros, incluem: a) humanização das práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997). Nota-se, a partir destes objetivos, a valorização dos sujeitos e da sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade.

Quanto à reorientação das práticas de saúde, o PSF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde (BRASIL, 1997; SANTANA & CARMAGNANI, 2001), o que significa que a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (MENDES, 1996). De acordo com o princípio da integralidade, o PSF deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo descuidar da atenção curativa e reabilitadora.

A abordagem da vigilância da saúde contempla o enfoque por problema, contrapondo-se, desta maneira, à atuação orientada por programas (MENDES, 1996). Enquanto o enfoque por programa caracteriza-se pela definição apriorística dos problemas de saúde, traduzindo-se freqüentemente em intervenções verticalizadas, o enfoque por problemas parte do reconhecimento da área adscrita e sua população para a identificação, descrição e explicação dos seus problemas de saúde, para assim sobre eles intervir. Deste diagnóstico da situação de saúde local, espera-se a participação ativa da comunidade, o que favorece o desenvolvimento da consciência sanitária pela possibilidade de compreensão sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

As particularidades da estratégia do PSF, remetem a um modelo de educação em saúde que seria mais coerente com os princípios do SUS incorporados pelo PSF, particularmente o da integralidade. Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas,

busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade, depreende-se que o modelo dialógico de educação em saúde, corresponderia ao modelo mais pertinente para o contexto de atividades do PSF.

Ao nível da atenção preventiva, o PSF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Estas práticas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição de suas atribuições básicas. Verifica-se, desta maneira, que a prática educativa no PSF não conta necessariamente com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, antes disso adverte-se aos profissionais que eles devem oportunizar seus contatos com os usuários para “abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária” (BRASIL, 1997, p. 15).

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais como a consulta médica e a residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

Dentre os modelos de educação em saúde, o modelo dialógico conforma-se à proposta da integralidade uma vez que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida. Nesta mesma direção, este modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-a mais sensíveis a seus destinatários.

Para tanto, reconhece-se, ainda, a necessidade da transformação da relação profissional-usuário para a construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas. Paim (2002, p. 363) pondera que “apesar da relevância da implantação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes”. Nesta empreitada, é fundamental a reformulação dos discursos e das racionalidades subjacentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan-mar, 1996.
- CARVALHO, G.I. de; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde* (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3ª ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002, p. 33-53.
- CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó R. A educação em saúde na prática do PSF. *Manual de Enfermagem*. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem> Acesso em: 17 fev. 2003.
- CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr-jun 1999.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos de Saúde da Família*, v. 1, n. 1, p. 10-15, 1996.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide, 1996, p. 25-58.
- COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cadernos Cedes: Educação e Saúde* 4. São Paulo, 1987.
- DONNANGELO, M. C. Medicina na sociedade de classes. In: DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979, p. 29-68.
- FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 2, p. 121-131, 1999.
- GOGNA, M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, p. 81-85, 1998.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n. 4, p. 481-490, out./dez., 1994.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, 39-64.

MATTOS, R.A. de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 45-59.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 233-300.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: _____. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS/ISC, 2002, 361-365.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a, p. 567-586.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b, p. 183-210.

PINHEIRO, R; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 7-34.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 347-353, 1989.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 115-136.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-111.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação Popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 11-19.