



A DIMENSÃO EDUCATIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reproduzindo o modelo curativo ou construindo o protagonismo dos sujeitos na promoção da saúde?

Iana Vasconcelos Moreira Rosado¹

Resumo: Analisamos a dimensão educativa da Estratégia Saúde da Família, cujas ações devem ser perpassadas pela educação em saúde, perspectivando a construção de concepções e atitudes que potencializem uma vida saudável. Contudo, as precárias condições de trabalho, a elevada população adscrita, a intensa demanda por práticas curativas e a arraigada concepção de educação em saúde marcada pela transmissão unidirecional de conhecimentos, fragilizam estas ações socioeducativas. É necessário garantir melhores condições de trabalho no âmbito da saúde pública e a adesão a um modelo de educação em saúde pautado na emancipação e fortalecimento do protagonismo dos sujeitos sociais na promoção da saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde.

Abstract: We analyze the educational dimension of the Family Health Strategy, whose actions must be imbued by health education, envisaging the construction of conceptions and attitudes that can augment a healthy lifestyle. However, poor working conditions, high population enrolled, the intense demand for healing practices and the entrenched concept of health education marked by one-way transmission of knowledge, they weaken social and educational activities. It is necessary to ensure better working conditions in public health and adherence to a model of health education founded on the emancipation and strengthen the role of social subjects in health promotion.

Keywords: Health Policy, the Family Health Strategy, Health Education.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), gestada pela atuação tripartite das instâncias governamentais a partir de 1994, vem aglutinando os esforços direcionados para a expansão da atenção à saúde no Brasil, em grande parte concentrados no nível de atenção básica, sob o discurso de reorientação do modelo de atenção à saúde. Com o propósito de se configurar na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta da ESF direciona-se para priorização da promoção da saúde e prevenção de agravos, aliada à assistência em nível primário.

¹ Mestre. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). ianavasconcelos@uern.br



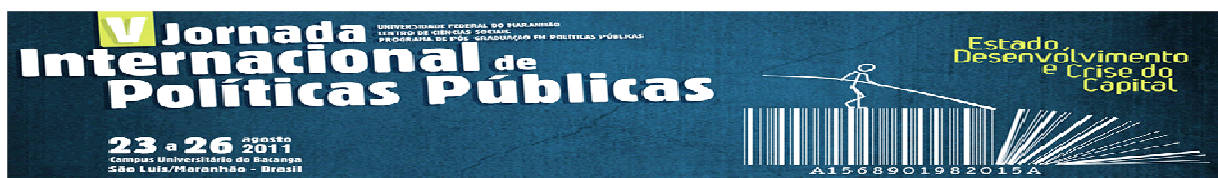
Conforme define o Ministério da Saúde, esta estratégia é operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais compostas, minimamente², por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que atuam vinculados a unidades básicas de saúde. Tais equipes são responsáveis pelo acompanhamento de cerca de três mil a quatro mil e quinhentas pessoas ou mil famílias, residentes em uma área geográfica delimitada, como as quais devem estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade, estimulando o exercício do controle social e atuando de forma intersetorial. Dessa forma, o compromisso das equipes deve abranger a totalidade das questões que influenciam as condições de vida e, por conseguinte, de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Como parte das iniciativas apresentadas pelo Ministério da Saúde com o propósito de fortalecer o trabalho das equipes de saúde da família, em janeiro de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF). Estes devem apoiar determinadas equipes de saúde da família, no sentido de reforçar a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

É relevante ressaltar, entretanto, que a proposta do Ministério da Saúde para os NASF prevê uma elevada quantidade de equipes, a serem definidas pelos municípios, para a abrangência destes núcleos (entre 9 e 20 equipes), o que pode fragilizar as possibilidades concretas destes profissionais priorizarem, em meio ao atendimento das demandas imediatas, as ações direcionadas para a educação permanente em saúde, especialmente aquelas calcadas no paradigma promocional.

Nesse sentido, pretendemos refletir acerca das condições concretas de materialização da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de desvelar as fragilidades e apontar perspectivas para o fortalecimento da dimensão educativa neste âmbito do Sistema Único de Saúde como fator potencializador do protagonismo dos sujeitos sociais na promoção da saúde.

² Quando ampliadas, as equipes contam também com profissionais que atuam na área da saúde bucal. Reivindica-se a inserção de vários outros profissionais de saúde nestas equipes, contudo, esta iniciativa não foi incorporada pelo governo federal, o que dificulta sua massificação, tendo em vista que a incorporação de outras categorias na ESF tem se efetivado de forma bastante restrita, ficando a critério e expensas dos municípios.



2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Analisar a Estratégia Saúde da Família requer compreendê-la na dinâmica mais ampla da totalidade social, particularmente no que se refere a trajetória da política de saúde no Brasil, tendo em vista que o enfoque na saúde da família insere-se na expansão da atenção à saúde ocorrida a partir do final dos anos 1980, mobilizada, especialmente, pelo movimento de reforma sanitária³.

É relevante ressaltar que a construção da política de saúde é tributária da emergência e aprofundamento da questão social⁴, sendo produzida em meio à correlação de forças entre as classes sociais antagônicas. Destarte, sua configuração é inflexionada pela organização política da classe trabalhadora, reivindicando a garantia de direitos, dentre os quais se inclui a garantia das condições de saúde. Isto porque tais processos de disputa impulsionam a mobilização do Estado para o atendimento de algumas reivindicações dos segmentos trabalhadores, na perspectiva de amainar os conflitos e garantir as condições propícias à reprodução do sistema capitalista. Contraditoriamente, as políticas sociais representam conquistas da classe trabalhadora e, concomitantemente, gestam a continuidade da organização societária regida pelo capital (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Portanto, como parte deste mesmo processo de conquista de direitos sociais, as políticas sociais, dentre as quais, destacamos aqui a política de saúde, contribuem para a reprodução da exploração, alienação e subalternização dos trabalhadores, as quais são condições fundantes da organização capitalista e, ironicamente, configuram-se situações negadoras das possibilidades de saúde destes sujeitos sociais.

Em meio a este movimento dialético de construção da política de saúde brasileira, como afirmamos anteriormente, o movimento de reforma sanitária exerceu papel

³ Movimento formado por trabalhadores de saúde, professores e segmentos populares, que questionava o modelo de política de saúde existente e reivindicava a garantia da saúde como direito social e dever do Estado; a universalização do acesso; a criação de um Sistema Único de Saúde; a descentralização; o financiamento efetivo e a participação da população (BRAVO, 2006).

⁴ Entendemos questão social como fruto das relações de exploração e desigualdade entre os seres humanos, não decorrendo apenas da existência de pobreza e de desigualdades sociais, mas também da presença de forças sociais contestatórias (IAMAMOTO, 2007).



significativo nos avanços alcançados no campo da saúde, atuando como protagonista na reformulação da concepção de saúde, que a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) passa a ser reconhecida com fruto das condições sociais, econômicas, culturais e biológicas, determinadas pelas condições de vida e trabalho e, portanto, resultante da forma de organização das relações de produção (profundamente desiguais no capitalismo). Erige-se, assim, no plano legal, um modelo de atenção a saúde integral e universal, definido na Constituição Federal de 1988 como direito da população e dever do Estado, inserido dentre as políticas de Seguridade Social.

Dessa forma, regulamentado pelas leis Nº 8080/1990 e 8.142/1990, implementa-se o Sistema Único de Saúde, calcado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização dos serviços e participação social. Contudo, a implantação do SUS, iniciada no decorrer da década de 1990, coincide com o período em que dissemina-se no Brasil, um processo de reestruturação capitalista, que impulsiona mudanças nas formas de produção e de gestão do trabalho, bem como promove uma reformatação do Estado, atribuindo-lhe um delineamento condizente com o ideário neoliberal. Tal processo caminha na contracorrente dos direitos sociais, pois se centra na contenção de gastos públicos na área social em direção a focalização, privatização e mercantilização⁵ das políticas sociais, desencadeando uma segmentação na prestação de serviços de saúde: a oferta ampliada de serviços de atenção básica pelo Estado, efetivados especialmente a partir da ESF, em contrapartida a fragilidade da atuação governamental em relação aos níveis secundário e terciário, os quais são mais passíveis aos interesses lucrativos. Então, é em meio a este contexto extremamente adverso à concretização dos preceitos do SUS, que ocorre a criação do Programa Saúde da Família⁶.

A despeito dos avanços obtidos por meio da atuação das equipes de saúde da família, principalmente em relação aos indicadores de saúde, isto representa uma afronta

⁵ O Estado favorece a mercantilização da atenção à saúde, seja pelo repasse direto de recursos públicos para a iniciativa privada por meio da compra de serviços, seja pela disseminação da necessidade de vinculação da população aos planos de saúde suplementar e/ou compra direta de serviços na rede privada em decorrência das dificuldades de acesso e fragilização da qualidade do atendimento na rede pública.

⁶ A implantação deste programa ocorreu no governo de Fernando Henrique Cardoso, o qual marca, decisivamente, a adesão brasileira ao neoliberalismo. Atualmente, é definido como Estratégia Saúde da Família, na perspectiva superar a idéia de transitoriedade contida na denominação de programa e evidenciá-la como estratégia de reorganização da política de saúde.



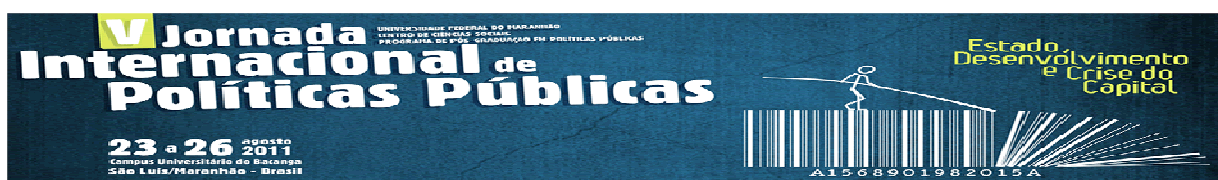
ao princípio da integralidade do SUS e a concepção de saúde como um direito social universal. Em que pese a relevância da atenção básica, sua efetivação deve ocorrer associada à disponibilização de serviços dos demais níveis de atenção no SUS.

É importante ressaltar que o propósito subjacente a Estratégia Saúde da Família constitui-se o privilegiamento da promoção da saúde, definida como “(...) processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Para Candeias (1997, p.210) a promoção em saúde configura-se como “(...) uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”. Diz respeito, portanto, aos múltiplos fatores determinantes da saúde, devendo incidir sobre as circunstâncias sociais, políticas, econômicas, relacionadas a vida social e as atitudes dos sujeitos sociais, bem como as diversas políticas sociais setoriais. Dessa forma, requer o reconhecimento e fortalecimento do poder dos sujeitos e grupos sociais na construção do seu destino, incluindo as condições de saúde.

Além disso, a promoção da saúde exige a reorganização dos serviços de saúde e dos recursos disponíveis, em articulação com outros serviços sociais e instituições da sociedade. Num espectro mais amplo, a promoção da saúde, a nosso ver, deve abranger a luta pela construção de uma nova sociabilidade na qual prevaleça a emancipação humana e haja condições de uma vida saudável para a totalidade da população.

Nesse sentido, compreendemos as ações educativas como forma de mobilizar a construção de situações de vida saudáveis, abrangendo tanto a construção de conhecimentos acerca dos processos de adoecimento/tratamento e de prevenção de doenças, quanto a construção da consciência sanitária, entendida como a apropriação de informações e conhecimentos acerca dos múltiplos determinantes do processo de saúde e adoecimento, dos impactos da organização social da produção nas condições de saúde, da forma de organização da política de saúde, bem como dos mecanismos de participação da população no planejamento, gestão e avaliação do SUS. Isto requer uma



mudança efetiva na compreensão acerca do processo saúde-doença, rompendo com a persistente visão biologicista, segmentada e curativa, fundada no modelo flexneriano⁷.

Vale salientar que a educação em saúde, historicamente, tem sido centrada numa concepção higienista e autoritária, profundamente vinculada com a função assumida pelo Estado no sentido de normalizar e controlar a população, como forma de assegurar as condições de reprodução da sociabilidade vigente. Contudo, nos últimos anos, especialmente no segundo governo de Lula da Silva (2007-2010), verifica-se a reorientação do discurso governamental acerca da educação em saúde, vinculando-a a reflexão crítica sobre a realidade e a valorização e fortalecimento do poder dos sujeitos no horizonte da criação de condições de vida saudáveis. Nessa perspectiva, a atenção básica, mais especificamente a ESF, tem sido evidenciada como *locus* privilegiado para a educação em saúde, pela proximidade dos serviços e dos profissionais com a população e sua ênfase na dimensão preventiva e promocional da saúde (SILVA, DIAS e RODRIGUES, 2009).

Para Vasconcelos, a educação popular - adotada por profissionais de saúde nos anos 1970, por fora da dinâmica das instituições de saúde, retomada atualmente, inclusive pelo Ministério da Saúde - configura-se um importante instrumento para a construção de relações educativas que respeitem a autonomia dos sujeitos e proporcionem a participação da população na gestão dos serviços de saúde e na reorientação das políticas públicas, tendo em vista que estes processos educativos estão engajados "(...) na construção política da superação da subordinação, exclusão e opressão que marcam a vida nas sociedades desiguais" (2007, p. 21).

Mas, a educação em saúde ainda carrega marcas de uma trajetória balizada pela transmissão unidirecional de conhecimentos, entendidos como representação da verdade, focalizada na prescrição de comportamentos, que atribui passividade aos usuários e desconsidera seus conhecimentos, cultura, condições concretas de vida. Urge romper com esta concepção de educação em saúde e construir processos educativos que valorizem a capacidade criativa dos sujeitos, considerando suas necessidades, desejos e projetos.

⁷ O paradigma flexneriano caracteriza-se pela ênfase no individualismo, no biologismo, na especialização, na tecnificação do ato médico e no curativismo (MENDES, 1996).



Refletindo acerca do trabalho coletivo na saúde pública, Campos (2000) relaciona-o com a idéia de democratização das estruturas e normas e de enfrentamento da alienação⁸ dos sujeitos sociais, ressaltando que “(...) é preciso investir não somente na dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da saúde pública (vacinação, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida” (CAMPOS, 2000, p.229).

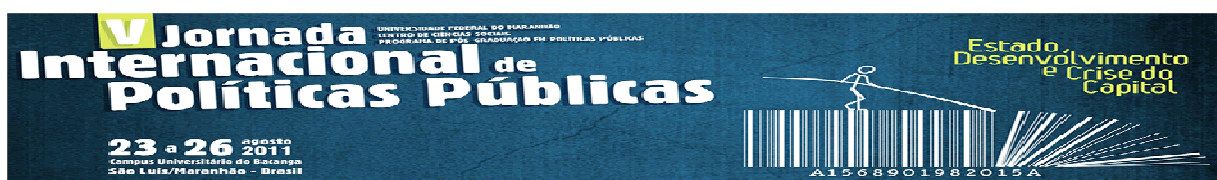
Acreditamos que a efetivação de ações educativas nesta perspectiva depende fundamentalmente da intencionalidade dos profissionais, mas não apenas disso, tendo em vista que as condições de trabalho também exercem forte influência na concretização (ou não) dos resultados projetados.

Nesse sentido, vários fatores podem dificultar a materialização da dimensão educativa pelas equipes da ESF, visto que o seu cotidiano de trabalho é permeado pela precariedade das condições de trabalho, em relação a estrutura física das unidades de saúde da família, a escassez de materiais necessários à efetivação da assistência, a elevada quantidade de famílias referenciadas para as equipes, entre outras dificuldades.

Além disso, a necessidade de articular ações de promoção e prevenção com atendimento assistencial, num contexto em que se convive com uma demanda curativa excessiva, acaba fragilizando as atividades socioeducativas, sejam individuais ou coletivas.

Outro aspecto que dificulta a materialização da dimensão educativa do trabalho coletivo em saúde diz respeito ao fato do reconhecimento e valorização dos profissionais por parte dos usuários estarem, muitas vezes, vinculados a utilização de recursos de alta tecnologia, os quais se situam no âmbito diagnóstico-tratamento. Segundo alguns profissionais, isto se manifesta no contexto da ESF pela não valorização das atividades educativas por parte da população. Nesse sentido, a educação em saúde deve direcionar-se também para a construção de mudanças na concepção acerca do processo saúde-doença e do modelo de atenção à saúde (SILVA, DIAS e RODRIGUES, 2009).

⁸ Mészáros (2005) subsidia-se em Marx, para nos lembrar que a alienação do trabalho está na raiz de todas as variedades de alienação e que a superação da auto-alienação do trabalho requer promover, conscienciosamente, a universalização conjunta do trabalho e da educação, posto que a “auto-educação de iguais” e a “autogestão da ordem social reprodutiva” não podem ser separadas uma da outra.



Além disso, impacta desfavoravelmente na dimensão educativa a vinculação direta das ações a programação e temas predefinidos pelo Ministério da Saúde, constituindo-se uma abordagem calcada na definição apriorística dos problemas de saúde da população adscrita, na contracorrente da idéia de descentralização e autonomia das instâncias locais organizarem os serviços a partir da identificação dos problemas existentes na sua área de abrangência (SILVA, DIAS e RODRIGUES, 2009).

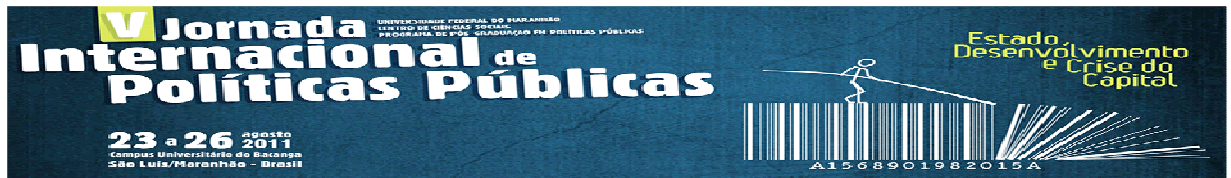
3 CONCLUSÃO

Ressaltamos a importância da discussão acerca da dimensão educativa no trabalho das equipes de saúde da família, como forma de contribuir para uma reflexão acerca dos limites e das possibilidades da educação em saúde no cotidiano de trabalho destes profissionais, evidenciando seu potencial para mobilizar, coletivamente, a real efetivação da reforma sanitária.

Nessa perspectiva, a educação em saúde deve voltar-se para a construção de novos conhecimentos e atitudes, a partir da articulação entre os diversos sujeitos do processo de construção do conhecimento e da realidade social. Deve-se, então, ampliar o escopo da educação em saúde no sentido de impulsionar a construção de um debruçar crítico-reflexivo da população sobre a realidade, ultrapassando os limites da transmissão de informações relacionadas às doenças. Para tanto, é fundamental garantir melhores condições de trabalho no âmbito da saúde pública e a adesão a um modelo de educação em saúde pautado na emancipação e fortalecimento do protagonismo dos sujeitos sociais na promoção da saúde.

Enfim, considerando as múltiplas determinações que afetam a efetivação de ações direcionadas para a educação em saúde, evidenciamos a necessidade de, efetivamente, se fortalecer um modelo de atenção à saúde que seja universal e de qualidade, bem como, concomitantemente, de implementar esforços para romper com a desigualdade sob a qual se funda a sociabilidade capitalista, fator destruidor das possibilidades de saúde dos indivíduos e da coletividade.

REFERÊNCIAS



BERHING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, Biblioteca Básica de Serviço Social, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria ministerial N.154.** Brasília, 24 de janeiro de 2008.

BRAVO, Maria Ines de S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Revista Ciência e Saúde Coletiva [on line]. Volume 5, Nº 2. Rio de Janeiro, 2000.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Revista Saúde Pública. Volume 31, Nº2. São Paulo: USP, 1997.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB: um "neo-PSF às avessas"?** 2008. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986

IAMAMOTO, 2007. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2007.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital.** São Paulo: Boitempo, 2005.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria do Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. **Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. N.14, suplemento 1, 2009.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de educação Popular e Saúde. Brasília, 2007.