

Etnoeducação em saúde: definição, fundamentos teóricos e metodológicos

Health ethnoeducation:
definition, theoretical, and methodological framework

Lucas Pereira de Melo¹

RESUMO: A educação em saúde caracteriza-se pela perspectiva unidimensional da biomedicina, pelo enfoque em técnicas de ensino e no resultado esperado. Nesse sentido, há a necessidade de proposições que operem mudanças epistemológicas e práticas nesse campo. O objetivo deste artigo é apresentar a Etnoeducação em Saúde como uma metodologia de trabalho para o planejamento de ações de educação em saúde desenvolvidas em serviços da atenção básica para pessoas com enfermidades crônicas, destacando sua definição, fundamentos teóricos e metodológicos. Exploram-se aspectos conceituais, teóricos e metodológicos. Além disso, destaca-se a interface entre a saúde e a antropologia, por meio da ênfase dada às representações e experiências com a enfermidade. Parte-se do pressuposto que tais elementos modulam e orientam as práticas de cuidado. Com isso, busca-se promover práticas de educação em saúde congruentes com as condições de produção e reprodução social de indivíduos ou grupos.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Antropologia Médica. Cultura. Prática de Saúde Pública.

ABSTRACT: Health education is characterized by the one-dimensional perspective from biomedicine and by the focus on teaching techniques, and the expected result. Seen in these terms, there is a need of propositions to operate epistemological and practice change in this field. The aim of this article is to present the Health Ethnoeducation as a methodology to the health education practices' planning conducted in primary healthcare services. The methodology focuses on people chronically illnesses. Were discussed its definition, theoretical, and methodological framework. It explores the conceptual aspects and the justification for their emergence by distancing from the thoughtless use and transposition of concepts and methodologies from Pedagogy to the Health Sciences. Furthermore, it is highlighted the interface between health and anthropology, through the emphasis on illness representations and experiences. It has been assumed that these elements modulate and guide care practices. Thus, we seek to promote health education practices congruently with the conditions of social production and reproduction of individuals or groups.

KEYWORDS: Health Education. Anthropology, Medical. Culture. Public Health Practices.

Introdução

A ênfase dada nas pesquisas e nas práticas de educação em saúde costuma recair sobre a técnica de ensino empregada, a doença/condição de saúde abordada e o resultado esperado. Como objetivo de tais práticas busca-se as mudanças de comportamentos e estilos de vida,

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). lucasenf@yahoo.com.br

adesão ao discurso do profissional e ao tratamento ou conduta médica proposta (MELO, 2013a).

Nesse sentido, cumpre destacar que, apesar de todas as críticas já produzidas sobre o modo de fazer programas e campanhas educativas, ainda não estamos diante de algo que perturbe ou desacomode o que se tem dito e feito em termos de educação em saúde. Os projetos educativos em saúde seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva da transmissão de um conhecimento especializado que “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão de conhecimento. Dessa forma, assume-se que, para “aprender o que nós sabemos”, deve-se desaprender grande parte daquilo que foi aprendido na vida cotidiana (MEYER et al., 2006).

Tem-se demonstrado as lacunas que ainda persistem nas práticas de educação em saúde apesar dos esforços dos pesquisadores e profissionais para a criação de tecnologias educativas inovadoras ou a utilização de estratégias de ensino participativas (MELO, 2013a). O que se evidencia é que as ações de educação em saúde ainda repousam sobre as bases movediças dos modelos biomédico e sanitaria. Esses modelos têm empobrecido os espaços de produção de cuidados durante as práticas de educação em saúde, na medida em que assumem a doença (alteração bioquímica, fisiológica, anatômica) e seu tratamento como focos privilegiados do trabalho em saúde. Dessa forma, desloca-se o sujeito que adoece e sua rede de relações sociais para uma posição secundária no ato terapêutico (MELO, 2013b). Sendo assim, as evidências apontadas na literatura reclamam o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado em saúde com foco específico na educação em saúde.

Diante desse panorama, o objetivo deste artigo é apresentar a definição, os fundamentos teóricos e metodológicos da Etnoeducação em Saúde como uma metodologia de trabalho para o planejamento de ações de educação em saúde desenvolvidas em serviços da atenção básica para pessoas com enfermidades crônicas. Com isso, espera-se oferecer aos profissionais e estudantes da área de saúde uma metodologia de trabalho que possibilite a superação dos modelos educativos vigentes e seus efeitos na produção de cuidado em saúde.

Definição e justificativa

A Etnoeducação em Saúde emergiu dos desafios enfrentados em nossa experiência com a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão em serviços da atenção básica, principalmente em grupos de educação em saúde para pessoas com enfermidades crônicas. Nesse contexto, observou-se a necessidade de uma metodologia que possibilitasse aos profissionais aperfeiçoar o planejamento e a execução de ações educativas em saúde.

A Etnoeducação em Saúde é uma metodologia de trabalho dialógica que parte dos saberes, das práticas e das experiências relativas ao processo saúde-doença de indivíduos ou grupos em situações de vulnerabilidade social e/ou de saúde. Assim, partindo das suas realidades locais, produz ações educativas com vistas a tornar as práticas de cuidado em saúde culturalmente congruentes com as condições de produção e reprodução social desses indivíduos ou grupos.

A Etnoeducação em Saúde é uma metodologia de trabalho norteadora e organizativa dos saberes tecnológicos que visa aperfeiçoar o planejamento e a execução de ações educativas, principalmente, nos serviços da atenção básica. Logo, ela não se configura estratégia de ensino.

O uso da Etnoeducação em Saúde se volta para ações educativas desenvolvidas em grupos de pessoas com enfermidades crônicas, na atenção básica. Tal direcionamento se justifica diante da transição demográfica brasileira marcada pelo envelhecimento da população, pelas modificações no perfil epidemiológico e pelas mudanças nas condições de saúde da população devido à tripla carga de doenças: infectocontagiosas ainda não controladas e/ou reemergentes; os agravos resultantes da violência; e as doenças crônico-degenerativas.

A Etnoeducação em Saúde se justifica por uma inversão de saberes que parte da transmissão de conhecimentos fisiopatológicos e das prescrições médicas de estilos de vida considerados “saudáveis”, para o reconhecimento e valorização do conjunto de saberes, práticas e experiências da população relativas à saúde e ao adoecimento. Dessa forma, tal conjunto de saberes, práticas e experiências quando compreendido pelo profissional de saúde favorece a desestabilização das assimetrias de poder-saber existentes nos espaços relacionais em que se produzem ações educativas.

É importante destacar que o reconhecimento e a valorização do conjunto de saberes, práticas e experiências dos indivíduos ou grupos sociais não busca a sobreposição aos saberes, práticas e experiências do profissional de saúde. Pelo contrário, por meio dessa inversão de saberes, pretende-se construir as condições necessárias para um diálogo entre esses sujeitos (indivíduos ou grupo sociais que são alvo das ações educativas e os agentes de cura do sistema oficial de saúde).

Um diálogo que é, em tudo e por tudo, aberto ao outro (sujeito ativo e criativo) com suas redes de relações e contexto sociocultural, sua capacidade de identificação e manejo dos conflitos como elementos propulsores de seu desenvolvimento e seu reconhecimento das relações de poder-saber, trabalhando constantemente para desequilibrar suas assimetrias e instaurar complementaridades. Portanto, um diálogo que tem como princípio ético e técnico o compromisso com a vida e seu pleno desenvolvimento.

Em síntese, esse processo de inversão de saberes tem forte caráter epistemológico e prático-clínico. Epistemológico, ao propor uma operação que produza a descentralização do enfoque biomédico, do discurso científico sobre o processo saúde-doença e da desvalorização da experiência do indivíduo com a enfermidade. Prático-clínico, por partir do pressuposto de que tais mudanças epistemológicas são capazes de transformar as formas de produção de cuidado no cotidiano de trabalho em saúde.

A Etnoeducação em Saúde, portanto, emerge e se insere nesse contexto mais amplo que reclama uma transformação profunda nas práticas de educação em saúde. A inovação dessa metodologia de trabalho consiste em propor arranjos de saberes e modos de produzir cuidado em saúde que se distanciam do uso irrefletido de conceitos e metodologias da Pedagogia no campo da saúde. Assim, a partir das vicissitudes dos cotidianos de trabalho em saúde, busca-se encontrar na teoria, elementos que possibilitem a construção de “laboratórios de erros”, um tipo de laboratório no qual, com uma complexa dialética de tentativas e erros, se possa forjar um novo tipo de luta (MELO et al., 2011).

A Etnoeducação em Saúde oferece, dessa forma, as condições teóricas e metodológicas para produzir cuidados singularmente, o que não significa “rasgar” os manuais e protocolos

clínicos. Produzir singularmente requer refletir a realidade local, a organização social e as condições ampliadas que afetam o processo saúde-doença das pessoas como algo flexível e mutável. Além disso, reconhece que não há o instrumento, o método, a teoria, nem recursos completos, exatos, precisos e eficazes. Assim, cada encontro de cuidado é único e singular em suas características exigindo de nós e do outro, uma abertura para emergir a criatividade, a reflexão, o diálogo e a razão sensível (MELO et al., 2011).

Trata-se, portanto, de desenvolver um trabalho que é vivo e produzido em ato por meio de relações de interseção partilhada entre o profissional de saúde e o indivíduo adoecido (MERHY, 2014). Como produto final, busca-se a recomposição da ação educativa em saúde que historicamente tem se caracterizado pelo enfoque ahistórico, pela fragmentação do corpo, pela atomização dos sujeitos, pelas prescrições higienistas e pautadas na mudança de hábitos e estilos de vida.

Fundamentos teóricos

A fundamentação teórica dessa metodologia de trabalho é, principalmente, a antropologia da saúde e doença, por isso o uso do prefixo “etno” associado ao termo educação em saúde. O prefixo “etno” se refere às pessoas, ou a uma cultura em particular, com foco voltado para suas visões de mundo, ideias e práticas culturais relacionadas a um dado fenômeno (LEININGER; McFARLAND, 2006). Nesse sentido, a Etnoeducação em Saúde se caracteriza como uma metodologia de trabalho centrada na pessoa que experiencia o processo saúde-doença.

A Etnoeducação em Saúde enfatiza, portanto, as relações que se constroem entre o biológico e o cultural. Em antropologia, a saúde e a doença são entendidas como realidades bioculturais, uma vez que articulam o plano orgânico e o cultural como elementos indissociáveis na construção social das representações e das experiências relativas a tais fenômenos. Nessa perspectiva, a saúde e a doença deixam de ser apenas uma condição clínica com características biológicas ou psicológicas definidas, passando a considerar os aspectos relacionados à sua produção social e seus significados culturais. Nesse sentido, os estudos

antropológicos reconhecem que esses aspectos orientam e modelam as formas como cada grupo social organiza suas práticas de cuidado em saúde com vistas ao bem-estar, ao enfrentamento dos infortúnios ou em face de debilidades físicas, psicossociais e da morte.

Diante disso, no planejamento das ações educativas produzidas no marco da Etnoeducação em Saúde preocupa-se, primeiramente, com a apreensão e compreensão da dimensão representacional (saberes) e experiencial envolvida num dado problema ou condição de saúde. Por isso, lança-se mão de recursos teóricos próprios da tradição antropológica aplicada à saúde, como os Modelos Explicativos (MEs) e a Experiência com a Enfermidade. Esses recursos são instrumentos fundamentais na produção de ações educativas culturalmente congruentes. Ao fazer isso, acentua-se a centralidade da pessoa que adoece no planejamento da ação em saúde e não nos conteúdos e prescrições médicas. Ademais, busca-se particularizar a produção do cuidado, ao contrário do caráter universal dos protocolos e práticas de saúde em geral. Tal particularização é feita por meio de uma abordagem que considera os princípios e os valores próprios aos atores sociais de um grupo cultural.

O uso dos MEs possibilita conhecer as representações e os sentidos que um episódio de saúde-doença e seu tratamento têm para os indivíduos envolvidos no processo clínico: pacientes, familiares e profissionais de saúde. Os MEs abrangem cinco aspectos: (1) etiologia; (2) tempo e modo de aparecimento dos sintomas; (3) fisiopatologia; (4) curso da doença; e (5) tratamento. Eles oferecem explicações sobre os saberes e práticas de cuidado relativas a um problema ou condição de saúde, assim como as formas que os indivíduos elegem os recursos terapêuticos e os agentes de cura disponíveis no sistema local de saúde (KLEINMAN, 1980).

Prioriza-se ainda que, associado aos MEs, o profissional que trabalha com a Etnoeducação em Saúde conheça o que é a experiência com a enfermidade crônica. Este conceito se disseminou na literatura socioantropológica a partir da década de 1980, principalmente em países como Inglaterra, França e Estados Unidos. Nos anos 1990, iniciam-se as primeiras aproximações dos pesquisadores brasileiros com o tema. Nos anos 2000, em decorrência das transições demográficas e seus impactos no perfil epidemiológico brasileiro, houve um aumento do número de estudos e publicações (livros e artigos) sobre a experiência

com diversas enfermidades crônicas, dentre elas: diabetes mellitus tipo 2 (BARSAGLINI, 2011), hipertensão arterial (LEIBING; GROISMAN, 2004), autismo (LÓPEZ; SARTI, 2013), alcoolismo (CAMPOS, 2010), obesidade (YOSHINO, 2007), etc. Apesar disso, a experiência com a enfermidade crônica ainda é um tema pouco discutido nos cursos de graduação em saúde, o que tem, de alguma maneira, contribuído para seu desconhecimento.

A experiência com a enfermidade crônica insere-se na inter-relação entre: dimensões clínicas e epidemiológicas; expectativas dos sujeitos adoecidos e de seus familiares em relação à sua origem, evolução e manejo; aspectos subjetivos e experienciais do adoecimento; bem como a coexistência de uma pluralidade de práticas de cura, prevenção e reabilitação.

O curso prolongado das enfermidades crônicas coloca a incerteza em relação ao seu desenvolvimento no âmago da experiência dos indivíduos adoecidos. Esse quadro de incertezas inclui não só as crises como problemas-chave, mas também os sintomas, as prescrições, as práticas de autocuidado, as relações com os profissionais e serviços de saúde, o isolamento social, os ajustamentos às mudanças no decorrer do curso da doença, as táticas de normalização, os custos financeiros, os problemas psicológicos, conjugais e familiares. Tais circunstâncias requerem do indivíduo e de sua rede social de apoio esforços para viver uma vida tão normal quanto possível, apesar da doença (ADAM; HERZLICH, 2001; BURY, 1997; CANESQUI, 2007; PIERRET, 2003). Sendo assim, a experiência com a enfermidade é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas, ou seja, embora seja uma experiência privada, ela não está isolada do público e do coletivo, nem separada das tendências histórico-sociais (HERZLICH, 2004).

Destaca-se ainda a abordagem do conceito de saúde e doença como experiência, diferente da concepção de unidades biológicas fixas. Essa abordagem se refere a um processo construído socioculturalmente e permeado por representações simbólicas, que são internalizadas pela experiência vivida. Essa internalização não deve ser vista como algo referido unicamente ao interior do indivíduo (nível intrapsíquico), nem tampouco como um mero reflexo da realidade exterior. Nesse sentido, compreende-se que conhecer e valorizar as representações e a experiência com a enfermidade pode ser essencial para a produção de

práticas educativas em saúde congruentes com as reais necessidades do sujeito adoecido, bem como com seu contexto e situação biográfica (LANGDON, 1995).

Dessa forma, o desenvolvimento de práticas educativas no marco da Etnoeducação em Saúde deverá considerar os elementos teóricos e empíricos das pesquisas do campo da antropologia da saúde e doença. O traço fundamental dessas pesquisas é o resgate e a valorização do ponto de vista dos sujeitos e grupos sociais sobre saúde, processos de adoecimento, cuidado e cura. Trata-se de aspectos fundamentais para a necessária inversão de saberes que a Etnoeducação em Saúde pretende promover.

Pesquisadores e profissionais de saúde têm criticado o caráter biologicista, curativista e o tom higienista dos discursos educativos em saúde. Dessa forma, a antropologia tem contribuído para desvelar os aspectos mais íntimos que compõem a experiência dos indivíduos afetados por diversas enfermidades e outras condições de saúde. Tais aspectos acentuam a existência de um saber experiencial construído e compartilhado no concreto vivido desses sujeitos (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2010; MELO, 2013a).

Acredita-se, portanto, que a articulação dos fundamentos teóricos aqui apresentados pode produzir modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar, de viver, de sentir os fenômenos do cuidado, da saúde e da doença, por indivíduos ou grupos sociais em determinados contextos.

Métodos e etapas

A literatura tem apontado evidências relativas à necessidade de planejamento adequado das atividades e grupos de educação em saúde, uma vez que tais práticas costumam ser feitas de maneira improvisada e sem os preparativos requeridos (OLIVEIRA et al., 2009). Destaca-se, ainda, a necessidade de treinamento em serviço para os profissionais que trabalham com educação em saúde no intuito de desenvolverem habilidades pedagógicas, de comunicação, de escuta e de negociação (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008; TEIXEIRA; ZANETTI, 2006). A não observância desses aspectos tem contribuído, ao lado de outros fatores, para a ineficácia das

ações de educação em saúde tradicionalmente produzidas nos serviços de saúde, o que pode acarretar frustração nos profissionais de saúde envolvidos (HULL, 2008).

Equipe de Matriciamento em Educação em Saúde

A Etnoeducação em Saúde requer do profissional algumas habilidades de pesquisa, além de conhecimento sobre os fundamentos teóricos da metodologia, discutidos anteriormente. Sugere-se que se instituem, no nível municipal ou distrital, Equipes de Matriciamento em Educação em Saúde (EMES). As EMES devem estar ligadas organizacionalmente à Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser central ou distrital, a depender da divisão territorial do município. Em municípios com distritos de saúde, recomenda-se a instalação de uma EMES por distrito.

A EMES deve ser composta por 01 pedagogo, 01 enfermeiro sanitarista, 01 médico de família e comunidade e 01 cientista social. Os profissionais médicos e enfermeiros podem ser contratados, exclusivamente, para este fim, ou terem parte de suas cargas horárias semanais destinadas às atividades na EMES (20 horas). Cada EMES deve matricular até 10 Equipes de Saúde da Família (ESF). Os profissionais integrantes da EMES devem receber formação inicial sobre a metodologia de trabalho Etnoeducação em Saúde.

A função da EMES é oferecer suporte e matriciamento às ESF do município e/ou distrito de saúde na realização das ações etnoeducativas em saúde. Dessa forma, a EMES deve: realizar treinamento em serviço para as ESF sobre matérias de Etnoeducação em Saúde; dar suporte técnico às ESF na organização do processo de trabalho com a Etnoeducação em Saúde, sobretudo na etapa preparatória; participar da análise dos dados coletados na etapa preparatória; participar da elaboração dos MEs para as enfermidades abordadas; participar da elaboração das situações existenciais, a partir dos MEs; participar da elaboração das fichas-roteiro; acompanhar a execução das atividades compreendidas em cada etapa da Etnoeducação em Saúde; registrar as atividades realizadas pelas ESF relativas à Etnoeducação em Saúde; divulgar as ações etnoeducativas em saúde entre os profissionais do serviço e em congressos e publicações nacionais e internacionais.

Em termos operacionais, a Etnoeducação em Saúde é composta por três etapas, sendo a primeira delas, preparatória e as duas seguintes realizadas em grupos de pessoas cronicamente adoecidas: planejamento; curso introdutório; e grupo de ajuda mútua.

Etapa de Planejamento

Na etapa de planejamento, desenvolvem-se atividades que visam apreender uma visão geral dos saberes do público-alvo sobre a(s) enfermidade(s) que são portadores, de maneira que se possa produzir um modelo explicativo. Com base nessas informações, produzem-se situações existenciais e fichas-roteiro que serão utilizadas na etapa seguinte. As atividades realizadas na etapa de planejamento são descritas no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 - Ações da etapa de planejamento na metodologia de trabalho Etnoeducação em Saúde

ESTRATÉGIAS	AÇÕES	OBSERVAÇÕES
Estabelecer a estrutura organizacional e de recursos humanos necessários ao desenvolvimento de ações etnoeducativas em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar e pactuar a metodologia de trabalho no município; • Constituir as EMES; • Oferecer treinamento sobre a metodologia de trabalho Etnoeducação em Saúde para os profissionais das EMES; • Capacitar os profissionais das ESF na metodologia de trabalho; • Propor a utilização da Etnoeducação em Saúde como metodologia de trabalho nas ações de educação em saúde das ESF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nos casos em que a Etnoeducação em Saúde for executada no âmbito de projetos de extensão universitária, as funções da EMES pode ser realizada pela equipe executora do projeto. Essa estratégia tem sido empregada nessa fase inicial de proposição e aplicação da metodologia de trabalho.
Produção dos núcleos temáticos a serem abordados nas ações etnoeducativas em saúde, tendo por base os saberes, as experiências e as práticas de cuidado da população-alvo.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um plano de trabalho no qual constem as ações desta estratégia; • Elaborar os instrumentos de coleta de dados para as entrevistas etnográficas informais com a população; • Realizar entrevistas etnográficas informais junto à comunidade sobre os saberes, as experiências e as práticas de cuidado relacionadas às enfermidades que serão abordadas; 	<ul style="list-style-type: none"> • A realização dessas ações requer um conjunto de conhecimentos teóricos e metodológicos, por isso a importância da EMES. • As entrevistas etnográficas informais, com perguntas objetivas e respostas curtas, visa apreender uma visão geral das representações sobre a enfermidade, as experiências e as práticas de cuidado das pessoas. • Necessariamente, não precisam ser realizadas com as pessoas que participarão dos grupos. Podem ser

ESTRATÉGIAS	AÇÕES	OBSERVAÇÕES
	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar as informações produzidas a partir das entrevistas etnográficas informais; • Elaborar os MEs para as enfermidades abordadas; • Elaborar cinco situações existenciais típicas dos grupos populacionais com os quais se irá trabalhar, a partir dos MEs; • Elaborar uma ficha-roteiro para os debates nas ações etnoeducativas. 	<p>feitas na comunidade, na feira ou em outros espaços públicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para aprofundar as entrevistas, devem-se incluir elementos das pesquisas socioantropológicas. • A análise dos dados deve ser feita por meio da identificação de domínios culturais (LENARDT; MICHEL, 2013; SPRADLEY, 1980). • As situações existenciais e as fichas-roteiro são feitas com base na metodologia dos Círculos de Cultura de Paulo Freire (FREIRE, 2006).

Na elaboração do instrumento para entrevistas etnográficas informais devem-se elaborar questões com base nos elementos que constituem os MEs. Existem dois tipos de entrevista etnográfica: a informal e a formal. A informal ocorre quando o pesquisador questiona alguém durante a observação participante. A formal ocorre em uma hora marcada e resulta de uma solicitação específica para a realização desta (LENARDT; MICHEL, 2013; SPRADLEY, 1980). No caso da Etnoeducação em Saúde, usa-se o tipo informal.

Para aprofundar as informações coletadas por meio da entrevista etnográficas informais, sugerem-se duas operações: 1) selecionar alguns dos entrevistados para entrevistas semiestruturadas; e 2) realizar leituras de textos socioantropológicos, ou qualitativos, sobre os temas em estudo.

A análise das informações é feita por meio da identificação dos domínios culturais. Os domínios culturais são os elementos que constituem as situações existenciais. As situações existenciais são "situações-problemas, codificadas, guardando em si elementos que serão decodificados pelos grupos, com a colaboração do coordenador" (FREIRE, 2006).

Domínios culturais são categorias de significado cultural que inclui outras categorias menores e que são compostos pelos seguintes elementos: **termo coberto**, que são frases e palavras extraídas das entrevistas; **termo incluído**, que é uma categoria menor; e as **relações semânticas**, que são duas ou mais palavras que ligam o termo coberto ao termo incluído (SPRADLEY, 1980). Veja o exemplo abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 - Estrutura de um domínio cultural

TERMO COBERTO	RELAÇÃO SEMÂNTICA	TERMOS INCLUÍDOS
Diabetes	<i>é um tipo de</i>	doença grave problema de saúde preocupação doença para o resto da vida

As relações semânticas são ferramentas para encontrar os domínios e são divididas em dois tipos: as universais, que incluem todos os tipos que ocorrem em todas as culturas; e as particulares, aquelas que os informantes expressam diretamente (SPRADLEY; McCURDY, 1979) (Quadro 3).

Quadro 3 - Tipos de relações semânticas universais (SPRADLEY; McCURDY, 1979)

Inclusão precisa	X é um tipo de Y
Espacial	X é um lugar em Y, X é parte de Y
Causa-efeito	X é um resultado de Y, X é causa de Y
Racional	X é uma razão para fazer Y
Lugar para ação	X é um local para fazer Y
Função	X é utilizado para Y
Meio-fim	X é uma maneira de fazer Y
Sequência	X é uma etapa de Y
Atributo	X é um atributo (característica) de Y

Em síntese, a análise de domínios culturais pode ser realizada por meio de seis fases: selecionar uma única relação semântica para a análise; preparar um papel para a análise de domínio; selecionar uma amostra de frases dos informantes; procurar possíveis termos cobertos e incluídos para preencher apropriadamente a relação semântica; formular questões estruturais para cada domínio; fazer uma lista de todos os domínios hipotéticos. As etapas de um a cinco devem ser repetidas para obter maior número de domínios (SPRADLEY, 1980; SPRADLEY; McCURDY, 1979).

Ao final dessas análises, devem-se agrupar os domínios culturais identificados dentro dos cinco componentes do ME. Feito isso, o ME da enfermidade estará concluído. As situações existenciais devem ser construídas com base nos domínios culturais de cada elemento do ME, de maneira que se produzirão cinco situações existenciais. Essas situações existenciais são representadas graficamente por meio de imagens e/ou desenhos do cotidiano das pessoas. O

importante é que na imagem e/ou desenho produzido, os domínios culturais que orientaram sua construção estejam presentes e fáceis de serem identificados.

A última ação da etapa de planejamento na Etnoeducação em Saúde consiste na elaboração de fichas-roteiro que irão auxiliar os coordenadores de debates no trabalho da próxima etapa.

Curso Introdutório

O Curso Introdutório diz respeito à segunda etapa da Etnoeducação em Saúde. Este curso deve ser ministrado em, no máximo, cinco momentos. Aqui serão realizadas ações de caráter mais instrucional, com base no material (situações existenciais e fichas-roteiro) produzido na etapa anterior. Observe o exemplo abaixo utilizando o caso da hipertensão arterial (Quadro 4).

Quadro 4 – Temas a serem abordados no Curso Introdutório

ENCONTRO	ITEM DO MODELO EXPLICATIVO	QUESTÕES	TEMA
01	Etiologia	Para você, o que é Pressão Alta?	O que é pressão alta
02	Tempo e modo de aparecimento dos sintomas	Para você, como uma pessoa percebe que tem Pressão Alta?	O que a pessoa que tem pressão alta sente
03	Fisiopatologia	Para você, o que causa a Pressão Alta?	O que causa pressão alta
04	Curso da doença	Para você, quais as complicações que a Pressão Alta pode provocar?	O que a pressão alta “provoca”
05	Tratamento	Para você, como é o tratamento para a Pressão Alta?	Como controlar a pressão alta

Do ponto de vista pedagógico, esse Curso se aproxima dos Círculos de Cultura propostos por Paulo Freire e, por isso, deve levar em consideração essencialmente os saberes e as experiências dos participantes do grupo com o tema em discussão. Além disso, recomenda-se que sejam associadas outras metodologias de ensino, de natureza ativa. Ou seja, metodologias de ensino centradas na pessoa e em sua experiência com a enfermidade. É por isso que na

Etnoeducação em Saúde não se assume esta ou aquela estratégia de ensino. Com isso, acredita-se que o profissional possa associar outros referenciais metodológicos com os quais já trabalhava, garantindo sua autonomia e protagonismo na gestão do seu processo de trabalho.

Os temas abordados, apesar de estarem concentrados no formato de um curso, não devem ficar confinados nesta etapa. Pelo contrário, esses aspectos devem ser retomados em outros momentos, quando necessários. Com isso, busca-se evitar a repetição excessiva desses temas, realizando as discussões em momentos oportunos e solicitados pelos próprios membros do grupo. Acredita-se que dessa forma a discussão terá mais probabilidade de ser significativa para o grupo e estar ancorada em suas realidades de vida e experiências com a enfermidade crônica.

Grupo de Ajuda Mútua

A terceira etapa da Etnoeducação em Saúde busca a integração e a consolidação do grupo ao longo do tempo. É, portanto, um recurso para manter o processo grupal, já que se estará trabalhando com pessoas cronicamente adoecidas. Este tem sido um dos maiores desafios para os profissionais de saúde na atenção básica brasileira: como manter as pessoas nos grupos por longo período de tempo?

Tem-se demonstrado a inadequação do modelo de educação em saúde vigente às características do perfil epidemiológico brasileiro atual. Tal inadequação é evidente, uma vez que a prática de transmitir informações técnicas e “higienizar” os hábitos de vida dessas pessoas, tornando-os “saudáveis”, não tem dado conta das vicissitudes experimentadas pela pessoa com uma enfermidade crônica (MELO, 2013b). Tal modelo e as práticas educativas nele assentadas têm contribuído para a “não adesão” aos esquemas terapêuticos. Disso decorre a culpabilização pelo insucesso no tratamento e o desgaste do profissional de saúde diante do “Trabalho de Sísifo” que executa.

Nesse sentido, a matriz de ajuda mútua pode oferecer outros caminhos para os problemas em tela, uma vez que já se recomenda a realização de “grupos de apoio” (BRASIL, 2002; 2006; 2014). O uso do termo “grupo de apoio”, no entanto, é muito amplo e inespecífico,

necessitando um direcionamento teórico e metodológico para o processo de trabalho. É para oferecer este suporte que a Etnoeducação em Saúde contempla esta terceira etapa. A seguir é feita uma explanação geral do que é um grupo de ajuda mútua e sua potência no trabalho em grupos de pessoas com enfermidades crônicas.

A emergência dos grupos de ajuda mútua ocorreu na década de 1960, nos Estados Unidos, em decorrência das mudanças sociais postas em pauta pelos movimentos sociais. Nos anos 1970 e 1980, esses grupos se expandiram e passaram a englobar várias enfermidades, fases de transição no ciclo vital, questões sociais e estilos de vida alternativos. Em síntese, esses grupos tinham algumas ideias em comum, como: empoderamento dos cidadãos diante de suas condições de alienação e de dependência estatal; o reconhecimento da experiência dos indivíduos adoecidos como uma *expertise*; a necessidade de relações participativas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde; a resolução de problemas junto aos órgãos governamentais; e o estabelecimento da saúde como um direito (BORKMAN, 1997).

Os grupos de ajuda mútua têm como atividade prioritária a realização de encontros regulares entre pessoas que compartilham uma condição em comum, com o objetivo de promover atividades de ajuda mútua (LEVY, 1982). Eles são organizados pela iniciativa dos próprios sujeitos portadores dessas condições, por seus familiares e amigos, ou por associações de doentes, funcionando de maneira independente ou complementar aos serviços de atenção básica (ADAMSEN; RASMUSSEN, 2001; KELLEHER, 1990; 1991). Esses grupos são complementares aos cuidados profissionais oferecidos pelos serviços de saúde e parte de um crescente movimento social que desafia e questiona o discurso e as práticas médicas (KELLEHER, 1994).

Nas últimas duas décadas, esses grupos têm assumido um papel importante na sociedade, inclusive no Brasil, pois oferecem aos seus frequentadores a oportunidade de discutirem suas experiências com a enfermidade crônica a partir de uma lógica prático-moral, diferente da lógica biomédica que norteia a política de saúde, centrada na promoção de estilos de vida “saudáveis” e na “epidemiologia do risco”.

Dessa forma, esses grupos oferecem a possibilidade das pessoas criarem uma forma alternativa de entendimento daquilo que acontece com elas mesmas. Tal forma é pautada na valorização do saber experiencial dos adoecidos e na resistência à dominação ou colonização de suas vidas pelos discursos médicos. Portanto, assinala-se que a matriz de ajuda mútua acrescenta aos grupos de educação em saúde uma dimensão experiencial e política, logo relacional, que se projeta na relativização da hegemonia do discurso e da prática médica, ao valorizar os saberes e a experiência das pessoas com a enfermidade. Assim, a matriz de ajuda mútua oferece um contexto favorável à inversão de saberes que a Etnoeducação em Saúde busca instaurar.

Na terceira etapa da Etnoeducação em Saúde, os profissionais devem dar seguimento aos grupos tendo como base a matriz de ajuda mútua. Nesse sentido, a organização e planejamento das atividades a serem realizadas devem se dar de forma participativa, incluindo as demandas dos membros dos grupos, centrando na experiência com a enfermidade crônica. Nesse cenário, o saber que se colocará como central e estruturante é aquele forjado no cotidiano da pessoa que vive com e apesar da enfermidade crônica.

Abrir-se para a compreensão do outro em seu mundo e em suas relações é assumir sua condição de sujeito concreto, seus saberes e suas experiências tecidas cotidianamente em seu modo de andar a vida. Nessa relação engendrada com base no vínculo e no respeito ao outro que (também) possui uma *expertise* própria, constrói-se as condições necessárias para a produção singular de atos cuidadosos. Acredita-se que apenas aí é possível se produzir práticas educativas congruentes com as necessidades de saúde das pessoas portadoras de enfermidades crônicas. A Etnoeducação em Saúde emerge e se justifica por contribuir efetivamente nesse processo.

Considerações finais

O presente artigo objetivou apresentar uma discussão preliminar sobre os fundamentos teóricos e metodológicos da Etnoeducação em Saúde. Nesse sentido, buscou-se definir a Etnoeducação em Saúde, tendo como pano de fundo a justificativa de sua emergência, o

instrumental teórico da antropologia da saúde e da doença e a descrição de suas etapas de realização. A conjunção desses saberes e técnicas tem possibilitado o desenvolvimento de experiências significativas e exitosas no campo da educação em saúde.

Nesse contexto, a Etnoeducação em Saúde, como uma nova proposta metodológica no campo da educação em saúde, coloca-se a um só tempo como um desafio e uma resposta criativa às peculiaridades que emergem no processo de trabalho em saúde, notadamente nos serviços de atenção básica, quando da realização de ações de educação em saúde cujos focos e população-alvo incluem, principalmente, as pessoas acometidas por condições de adoecimento crônico. Nesse sentido, a exploração da interface entre os saberes e práticas da área de saúde, de educação e de antropologia tem se constituído num campo profícuo de diálogos e trocas. Portanto, a Etnoeducação em Saúde tem a potência de acrescentar à perspectiva reducionista da biomedicina a profundidade e a amplitude própria do universo cultural dos indivíduos que procuram por cuidado profissional em saúde.

Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

ADAMSEN, L.; RASMUSSEN, J.M. Sociological perspectives on self-help groups: reflections on conceptualization and social processes. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 35, n. 6, p. 909-17, Sept. 2001.

BARSAGLINI, R.A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2011.

BORKMAN, T. A selective look at self-help groups in the United States. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v.5, n. 6, p. 357-64, Nov. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BURY, M. **Health and illness in a changing society**. London: Routledge, 1997.

CAMPOS, E.A. “**Nosso remédio é a palavra**”: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2010.

CANESQUI, A.M. (org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-94, jul. 2004.

HULL, L. Diabetes mellitus: a case history of community care. **Journal of Community Nursing**, Surrey, v. 22, n. 4, p. 4-11, Apr. 2008.

KELLEHER, D.J. Do self-help groups help? **International Disability Studies**, Basel, v. 12, n. 2, p. 66-9, 1990.

KELLEHER, D.J. Patients learning from each other: self-help groups for people with diabetes. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 84, n. 10, p. 595-7, Oct. 1991.

KELLEHER, D.J. Self-help groups and their relationship to medicine. In: GABE, J.; KELLEHER, D.; WILLIAMS, G. (eds.). **Challenging medicine**. London: Routledge, 1994. p. 104-17.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Los Angeles (USA): University of California Press, 1980.

LANGDON, E.J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Artigo apresentado na: Conferência 30 anos Xingu; 1995 Agosto 23; São Paulo.

LEIBING, A; GROISMAN, D. Tão alto quanto o morro: identidades localizadas de mulheres hipertensas na favela da Mangueira. In: LEIBING, A. (org.). **Tecnologias do corpo**: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. p. 277-99.

LEININGER, M.M.; McFARLAND, M.R. (ed.). **Culture care diversity and universality**: a worldwide nursing theory. 2 ed. Sudbury (USA): Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LENARDT, M.L.; MICHEL, T. As pesquisas em enfermagem e o método etnográfico de Spradley e MacCurdy. In: MELO, L.P.; GUALDA, D.M.R.; CAMPOS, E.A. (orgs.). **Enfermagem, antropologia e saúde**. Barueri: Manole, 2013. 105-33.

LEVY, L. Mutual support groups in Great Britain. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 16, n. 13, p. 1265-75, 1982.

LÓPEZ, R.M.M.; SARTI, C. Eles vão ficando mais próximos do normal: considerações sobre normalização na assistência ao autismo infantil. **Idéias – Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP**, Campinas, v. 4, n. 6, p. 77-98, 1º semestre 2013.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 399-405, mai. 2010.

MELO L.P. et al. A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 2, n. 24, p. 180-8, abr./jun. 2011.

MELO, L.P. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 22, p. 239-48, out./dez. 2013a.

MELO L.P. **Remediar, comer, exercitar**: etnografia do gerenciamento do diabetes tipo 2 em grupos HIPERDIA. 2013. 291 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013b.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MEYER, D.E.E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 22, p. 1335-42, jun. 2006.

OLIVEIRA, N.F. et al. Fatores terapêuticos em grupos de diabéticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 558-65, set. 2009.

OTERO, L.M.; ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M.D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implantação de um programa de educação em diabetes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 231-7, mar./abr. 2008.

PIERRET, J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. **Sociology of Health & Illness**, v. 25, n. 3, p. 4-22, Apr. 2003.

SPRADLEY, J.P. **The participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart, and Winston, 1980.

SPRADLEY, J.P.; McCURDY, D.W. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1979.

TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. O trabalho multiprofissional com grupos de diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 812-7, nov./dez. 2006.

YOSHINO, N.L. O corpo em excesso e a cultura da boa forma. In: CANESQUI, A.M. (org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 111-27.

Artigo recebido em 23 de novembro de 2015. Aprovado em 30 de dezembro de 2015.