

Code: 32-BR

Tema: Educação para Saúde e comunicação pública

Título da Comunicação:

PRÁTICAS EDUCATIVAS DE ÂMBITO COLETIVO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DA BAHIA: ‘saberes e fazeres’.

Autora: Claudia Suely Barreto Ferreira. Docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), CAMPUS VII, Senhor do Bonfim. Mestrando mestrado profissional em Saúde Coletiva – UEFS

Co-autora: Maria José Bistafa Pereira . Docente do curso de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP. Doutora em Enfermagem – USP.

Autora principal e endereço: Claudia Suely Barreto Ferreira

E-mail: claudiasuelyferreira@gmail.com

Endereço Postal: Rua Mazagão nº 400, Condomínio Residencial Maria Quitéria, casa 22, Bairro: Mangabeira, Feira de Santana-BA, CEP: 44056-380.

RESUMO: Discutimos os saberes e fazeres correlacionados às práticas educativas em saúde, realizadas em Unidades de Saúde da Família, na perspectiva dos profissionais de saúde que as realizam. Apesar dos profissionais afirmarem que a Educação em Saúde emancipatória é a que se adequa às atividades educativas, a prática efetivada não ocorre nesta perspectiva. A fragmentação evidenciada nas práticas educativas em saúde tem potencia para ser transformada com recursos que possibilitem trabalhadores e participantes, a estabelecer um diálogo marcado pela mediação do conhecimento e incorporação de saberes acumulados produzindo práxis autonomizadoras.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Autonomia; ESF.

RESUMEN: Hemos discutido los conocimientos y prácticas relacionadas con las prácticas educativas en salud, realizada en las Unidades de Salud de la Familia, desde la perspectiva de los profesionales de la salud que realizan. A pesar de los profesionales afirmaren que la educación en salud emancipadora es la que se adapte a las actividades educativas, la práctica efectiva no se produce en esta perspectiva. La fragmentación evidenciada en las prácticas educativas en salud tiene poder de transformarse con recursos que posibilite a trabajadores y participantes, establecer un diálogo marcado por la mediación del conocimiento y la incorporación de saberes acumulados produciendo práxis autonomizadoras.

Palabrasclave :educación para la salud; autonomía; ESF.

1 Introdução

O objetivo deste estudo é compreender as concepções de práticas educativas em grupo, que os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana, que são responsáveis por desenvolvê-las têm sobre as mesmas. Assumimos a definição de práticas educativas em saúde, como aquelas ações que compreendem relações entre os sujeitos que ocorrem em diferentes espaços, portam diferentes saberes e são práticas com abordagem pedagógica dialógica e emancipatória.¹

Na perspectiva de fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos, as práticas educativas devem ser realizadas de modo que as informações sobre saúde sejam trabalhadas de forma simples e contextualizadas, empoderando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida.

2 Método

Optamos pela abordagem qualitativa e as possibilidades que este tipo de abordagem nos oferece de “trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”.^{2:21}

Adotamos ainda, a análise de conteúdo como método de interpretação das falas, assim tivemos subsídios metodológicos para entendermos as concepções que os profissionais possuem sobre prática educativa em grupo, bem como suas influências na efetivação destas práticas

O campo de estudo escolhido para a realização desta pesquisa foi o município de Feira de Santana – BA. O cenário de estudo escolhido são as Unidades de Saúde da Família, deste município que desenvolvem atividades educativas em grupo.

Ao todo observamos 10 atividades de práticas educativas realizadas em grupo, perfazendo um total de 30 horas de observação, entrevistamos 12 profissionais de saúde, destes, 1 possuía formação de nível médio e 11 nível superior.

As entrevistas foram realizadas em salas reservadas para tal fim, e com

autorização prévia dos entrevistados, entre os meses de abril a junho de 2015, após apreciação de projeto pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana-BA e aprovação deste pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 24/02/15, sob protocolo nº CAAE: 39226214.8.0000.0053.

3 Resultado e Discussão

A prática educativa em saúde em grupo, no município, tem sido realizada em consonância entre equipes das USF e NASF, entretanto percebemos que há uma transferência no que tange a efetivação destas atividades para a equipe do NASF. Realizamos alguns encontros com os profissionais de saúde responsáveis pelas práticas educativas em grupo, nestas unidades no intuito de observar suas práticas e entrevista-los. Estes encontros foram parte do nosso processo criativo, pois, “o próprio encontro entre os sujeitos participantes é potencialmente um contexto de criação e recriação”.^{3:58-75}

As categorias constituintes do estudo estão aqui descritas como: ‘Uma equipe de poucos que suplica pela equipe de todos’, ‘Vontade de participar que aproxima,’ ‘Uma gestão que não investe em práticas educativas’ e ‘O sujeito e sua (DES)construção sociocultural’. Estas categorias constituintes deram estruturação à categoria central ‘Repasse de saberes como uma busca pela independência da comunidade’.

A análise destas categorias responde à questão sobre ‘Concepções de prática educativa em grupo’ que os profissionais de saúde possuem sobre as mesmas, sendo estas traduzidas também em seus modos de agir, que por vezes convergem de suas falas.

Uma equipe de poucos que suplica pela equipe de todos

As afirmações sobre o distanciamento de algumas categorias profissionais das atividades educativas em grupo, nos fez refletir sobre os fatores que o motivam. Além disso, um fator novo na nossa concepção é o distanciamento no que concerne a categorias profissionais que por muito tempo, foram vistas como àquelas que mais desempenhavam estas práticas educativas na ESF, como é o caso dos profissionais de enfermagem.

Com relação a(ao) enfermeira (o), a desmotivação narrada pelos entrevistados pode estar atrelada a uma falta de reconhecimento tanto dos usuários quanto dos demais profissionais sobre a importância desta prática. O que é ressaltado na fala de Ent.12:

“[...] Existe uma desmotivação pessoal, a equipe não compreende e acha que você está embromando. ‘Que horas que você vai acabar com essa conversa fiada!’, já me perguntaram.”(Ent.12, Grupo 08).

Além da sobrecarga de atribuições, gestores e os próprios profissionais de enfermagem, vêem as atividades eminentemente assistenciais como mais importantes como exposto pelo entrevistado Ent. 08.

“[...] A estrutura exige dados, exige mais números do que o qualitativo. Existe uma sobrecarga em cima da enfermeira que é a profissional da ESF que mais trabalha, e tirar ela para vir para estas atividades aqui, fica complicado.” (Ent. 08, Grupo 04).

Nas Secretarias Municipais de Saúde, em geral, há um discurso sobre a importância de mudar o funcionamento dos serviços de saúde, mas o que é exigido, insistentemente, dos profissionais é uma maior produtividade de atendimentos individuais, limitando suas disponibilidades para atividades educativas.⁴

A educação em saúde é um campo de produção de conhecimento, necessariamente transdisciplinar, em que os entrelaçamentos entre filosofia, ciência, tecnologias e práticas se apresentam de maneira específica e esta é uma tarefa para todos os campos de saber entrecruzados com a saúde e com a educação na produção do compromisso ético-político que norteia o movimento da reforma sanitária brasileira.⁵

Vontade de participar que aproxima

No estudo sobressai a capacidade que os grupos de educação em saúde apresentam de formar vínculos, acolher o usuário, além de favorecer sua compreensão da importância do autocuidado e, conseqüentemente, do desenvolvimento de sua autonomia. Esses eventos levam ao reconhecimento da qualidade de vida como aspecto constitucional do conceito de saúde.⁶

Sobre esta capacidade que o trabalho com os grupos tem de desenvolver a

formação de vínculos entre os usuários e profissionais de saúde, fica bem claro nas falas descritas a seguir:

“[...] Existe uma reciprocidade daquilo que eu estou propondo, é um público muito carinhoso, muito participativo.” (Ent. 08, Grupo 04).

Diante das falas de profissionais se referindo ao carisma, acolhida e aceitação da comunidade no que tange às atividades educativas, surgiram reflexões sobre o significado desta aceitação da comunidade, que a nosso ver seria um ato cuidador, com forte dimensão tutelar e neste caso específico a tutela tende a ser outorgada e com agir castrador, pois o usuário está sempre em posição de aceitação sem expressar sua autonomia.⁷

Uma gestão que não investe em práticas educativas

Acreditamos que as coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde das secretarias municipais de Saúde, em vez de investir na reorientação da relação cultural que acontece em cada serviço de saúde, têm-se dedicado principalmente à organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa ou no desenvolvimento de ações educativas isoladas, desconectadas da rotina da rede assistencial. Estão mais a serviço do marketing da instituição e de suas lideranças políticas.⁸

Aspectos evidenciados na fala de Ent. 08:

“[...] Quando se fala em ESF, prevenir é a primeira coisa que deve acontecer e para prevenir, faz-se necessário práticas educativas, educação permanente e a gente não tem nada a não ser à vontade e o improviso muitas vezes.” (Ent. 8, Grupo 04).

Um maior aporte de recursos financeiros vem sendo destinado a áreas específicas da atenção à saúde, como a biomédica, que apresentam enfoque mais curativo, enquanto outras acabam tendo que tentar se desenvolver por meio de estratégias que demandem menor quantidade desses recursos.⁹

A falta do incentivo financeiro e estrutural para a realização de práticas educativas corrobora para que o tradicional modelo autoritário e normativo de educação em saúde mantenha-se dominante, e que o discurso de culpabilização do usuário, ganhe forças.

O sujeito e sua (DES)construção sociocultural

Entendemos que a “cultura representa a somatória de toda a experiência, criações e recriações ligadas ao homem no seu espaço de hoje e na sua vivência de ontem, configurando-se como a real manifestação do homem sobre o mundo. Cultura é terreno movediço das significações, em perene mudança. Apresenta-se como o novo vir a ser”.^{11:67}

Neste sentido, Ent. 09, afirma:

“[...] Como trabalho inserção cultural? Depende do Público. Independe da comunidade, se é hipertenso e diabético, vamos trabalhar tal ponto, é adolescente vamos trabalhar tal ponto, não difere de uma comunidade para outra, difere apenas se os grupos são diferentes.” (Ent. 09, Grupo 05).

A Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo. Trata-se de elementos sobre os quais os sujeitos constroem significados para as ações e interações sociais¹². A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas.

Neste contexto o entrevistado Ent. 05 ressalta a importância de se realizar atividades culturais em datas comemorativas:

“[...] A gente aproveita datas que ligam a cultura, a época do ano, São João ou Natal. Então a gente aborda temas referentes à data oportuna em que está todo mundo no clima da data.” (Ent. 05, Grupo 02).

A referência a necessidade de realizar práticas educativas diferenciadas em datas comemorativas, nos traz uma importante reflexão, no que concerne à cultura: o profissional de saúde também é embutido de cultura, portanto é interessante percebemos que estas datas comemorativas fazem parte de uma cultura regional e que o profissional de saúde, está inserido neste contexto.

É importante que o profissional realize um olhar “para si mesmo” suas crenças, seu estrato social, sua origem étnica, reconhecendo seus próprios valores para

aprender a diferenciá-los dos valores e práticas dos usuários com os quais estabelece relações de cuidado¹³. Desta forma, ressaltamos que o profissional desenvolverá uma percepção diferenciada com relação à comemoração de determinadas datas, que para ele está repleto de sentidos e significados, entretanto para o usuário não representa muita coisa.

Repasso de saberes como uma busca pela independência da comunidade

O modelo de educação em saúde hegemônico continua sendo o tradicional, cujas estratégias incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, focalizando a doença e a intervenção curativa e, fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença. Esta prática estabelece uma relação entre profissionais e usuários que é essencialmente assimétrica, uma vez que um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado.¹⁴

Observamos durante a coleta de dados que nas USF deste município as práticas educativas realizadas, têm características eminentemente tradicionais, e opostamente os profissionais de saúde, trazem em suas definições e aspirações concepções de práticas educativas emancipatórias e dialógicas.

Esta colocação é comprovada, com a seguinte fala:

“[...] A proposta da ESF é autonomia em saúde, para que esta autonomia aconteça a gente precisa entender sobre saúde, entender o porquê da atividade de lazer, o porque da atividade de socialização. Nós estamos sempre buscando novos espaços e também estimulando a autonomia do grupo. Fazendo com que eles mesmos construam o modelo de saúde que eles querem para a comunidade.” (Ent.08, Grupo 04).

A ambiguidade detectada na postura dos profissionais, que ao mesmo tempo em que relatam a esperança de que o usuário tenha atitude de controle sobre sua própria vida, haja com autonomia, avalie os serviços de saúde e seja mais atuante, perpetua atitudes autoritárias, é perceptível no discurso de Ent. 01:

“[...] Um dia, tinha uma participante que é hipertensa, não estava tomando medicação. Coloquei todo mundo sentado e falei que a informação que a gente tem, dava suporte para a gente dizer não faça e faça. Então quando a gente fala é para bem, delas. Não é porque a gente quer dizer toda hora, “aqui eu mando”. Tem casos que a gente precisa mesmo pressionar, para

exibir ali o exemplo.”(Ent.01, Grupo 01).

Há uma crença que a população mais carente é destituída de saberes e por isso têm que submeterem-se às imposições daqueles que se consideram detentores do único saber válido no que se refere à saúde da comunidade.

Na maioria dos serviços, ocorre a reprodução de ações educativas normatizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis. Esta forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento, com os serviços, do processo de transformação social por meio do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde.⁸

A relação estabelecida entre profissionais e usuários é desigual, o profissional é o detentor do saber técnico-científico, com status de “verdade absoluta”, enquanto o usuário é visto como desprovido de conhecimento o que lhe concerne a necessidade de ser devidamente informado.

A educação em saúde deve romper com a verticalidade da relação profissional-usuário, e as trocas interpessoais devem ser valorizadas. O usuário deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença, 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.

5 CONCLUSÃO

As práticas educativas mais empregadas nas equipes ESF do município são as que utilizam a metodologia tradicional, apesar dos discursos dos profissionais que as efetivam, sinalizarem suas aproximações teóricas com as metodologias emancipatórias.

Há uma supervalorização do saber científico sobre o saber popular, bem como suas culturas e inserções sócio culturais. Nesse contexto, entendemos que a prática educativa em saúde deve ser desenvolvida partir de uma construção coletiva em que profissionais e usuários possam constantemente dialogar buscando o entendimento

mútuo.

A Educação em saúde na ESF não vem sendo consolidada na perspectiva emancipatória e dialógica por diversos motivos dos quais se destacam: desinteresse de algumas classes profissionais na participação destas atividades, centralização e verticalização das práticas educativas que são conduzidas, única e exclusivamente pelos profissionais de saúde, além da ausência de incentivo da SMS, no que tange a infraestrutura e recursos materiais

É possível realizar mudança no formato em que as práticas educativas em saúde são efetivadas nestas equipes, unindo teoria e prática como forma de mediação do conhecimento, utilizando-se de ferramentas como incorporação de saberes acumulados e culturais para integrar em suas práticas educativas cotidianas, práxis dialógicas e autonomizadoras, superando as dicotomias.

Referências

- ¹. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília; 2008. p.117-121.
- ². Minayo MC de. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1999. p.197-261.
- ³. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996. p.58 -75.
- ⁴. Vasconcelos EM. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Gonsalves (Org.). Educação e grupos populares: temas (re)correntes. Campinas: Alínea; 2002. p.99-116.

- ⁵. Feuerwerker LCM, Sena RR. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Feuerwerker L, Almeida M, Llanos CM, (Org.). A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1 - Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL; 1999. p.47-81.
- ⁶. Gonçalves LHT, Schier J. “Grupo Aqui e Agora” – Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v.14, n.2; 2005. p.271-279.
- ⁷. Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. *Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira*. Campinas; 1998. p.1-20
- ⁸. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; 2004. 14(1):67-83.
- ⁹. Diniz MCP, Figueiredo BC, Schall VT. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.2; 2009. p.533-556.
- ¹¹. Vasconcelos MLMC, Brito RHPB. Conceitos de educação em Paulo Freire. São Paulo (SP): Vozes; 2006.
- ¹². Langdon JE, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]; maio-jun. 2010. p.175- 190 [citado em 2015 Jun]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- ¹³. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis; 2007 abr-jun; 16(2): 307-14. p.312.
- ¹⁴. Schall VT, Struchiner M. Health education: new perspectives. [Internet]. *Cad. Saúde Pública*, v.15, supl.2, s.4-6, 1999 [citado em 2015 Jun 24]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>