

Prática educativa no campo da promoção da saúde: potencialidades dos grupos multidisciplinares no contexto hospitalar.

Educational practice in the field of health promotion: potential of multidisciplinary teams within hospitals

Práctica educativa en el ámbito de la promoción de la salud: potencial de los equipos multidisciplinarios en los hospitales.

Marcia Cristina Brasil Santos¹
Liliane Alves de Britto e Silva²
Adriana dos Santos Neves²
Daniele Raimundo Neves Pessoa²
Isis Lira Basílio²
Mariana de Oliveira Ramos²

objetivando uma participação emancipatória do usuário e sua autonomia na promoção da saúde e de sua própria cidadania

Palavra-chave:saúde pública, promoção em saúde, educação em saúde.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo expor uma reflexão teórica a partir de uma experiência de trabalho multidisciplinar com grupos na área hospitalar. Aponta os principais marcos históricos de concepções de educação em saúde adotadas no contexto brasileiro a partir do início do século XX, bem como os modelos de práticas educativas presentes em cada contexto. Destaca como desafio aos profissionais de saúde a implementação da metodologia de grupo sob o enfoque do modelo dialógico

1 Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Assistente social do Hospital universitario Pedro Ernesto / Universidade do Estado do Rio de Janeiro - HUPE/UERJ. Professora substituta da Universidade Federal Fluminense.

2 Assistentes sociais do Hospital Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro - HUPE/UERJ..

ABSTRACT

This work aims to expose a theoretical analysis from an experience working with multidisciplinary groups in a hospital setting. Identifies the major landmarks of conceptions of health education adopted in the Brazilian context from the early twentieth century, as well as models of educational practices in each context. Stands as a challenge to health professionals to implement the method of group under the approach of dialogical model aiming at liberating the user participation and autonomy in health promotion and their own citizenship.

Keywords: public health, health promotion, health education.

RESUMEN

Este trabajo pretende exponer una reflexión teórica a partir de una experiencia de trabajo con grupos multidisciplinares en el hospital. Identifica los hitos principales de las concepciones de la educación sanitaria adoptadas en el contexto brasileño del siglo XX, así como modelos de prácticas educativas en cada contexto. Es un reto para los profesionales de la salud para aplicar el método de grupo bajo el enfoque de modelo dialógico el objetivo de liberar a la participación del usuario y la autonomía en la promoción de la salud y su propia. Palabras clave: Salud pública, promoción de la salud, educación para la salud.

INTRODUÇÃO

O texto que ora apresentamos é fruto de uma reflexão teórica resultante de nossa inserção profissional enquanto assistentes sociais inseridas no Programa Saúde da Mulher de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Trata-se de uma experiência de trabalho com grupos educativos na perspectiva da educação popular com enfoque no modelo dialógico¹.

Temos como objetivo traçar uma análise sobre a perspectiva de educação em saúde enfocada em nossa prática cotidiana com grupos de mulheres gestantes no contexto hospitalar ressaltando a importância desse tipo de intervenção neste espaço institucional. Esta atividade conta com aproximadamente vinte participantes e é realizada diariamente uma hora antes das consultas individuais com o obstetra e se dão no próprio ambiente onde as gestantes aguardam seu atendimento clínico em espaço reservado para este fim.

Entendemos que o trabalho com grupos tem um papel potencializador na busca pela autonomia do sujeito, por outro lado, observamos que na atualidade muito se tem investido em campanhas educativas no campo da saúde no intuito de moldar comportamentos, constituir a consciência do cuidado, da prevenção, do disciplinamento, do ensinar práticas educativas saudáveis para o bem estar da população usuária dos serviços de saúde pública sem que os resultados sejam os esperados.

Observa-se, ainda, que investimentos com campanhas publicitárias têm sido empenhados, salas-de-espera têm sido realizadas nas mais variadas unidades de saúde, grupos de gestantes, de planejamento familiar, de adolescentes e tantos outros já são lugar comum em nosso cotidiano de trabalho sem que isto resulte diretamente nas mudanças comportamentais esperadas pelos organismos governamentais e gestores das políticas de saúde.

A título de ilustração, destacamos que dados do governo federal apontam que o Fundo Nacional de saúde teve, somente no ano passado, um orçamento de 120,2 milhões para gastos publicitários com campanhas educativas de utilidade pública. Para este ano a peça orçamentária disponível para esse tipo de despesa é de 139,2 milhões de reais².

Paradoxalmente, gravidezes não planejadas continuam acontecendo dentre os participantes dos grupos de Planejamento Familiar Doenças Sexualmente Transmissíveis ocorrem, apesar da orientação sobre o uso da camisinha. Ainda que os insumos sejam fornecidos, problemas relacionados à gravidez,

puerpério, puericultura e amamentação apresentam pouca alteração e baixa adesão às orientações mesmo frente à presença da perspectiva educativa nas diretrizes das ações de saúde governamental³⁻⁴.

Esses fatores, presentes no cotidiano das várias unidades de saúde, nos levaram a uma reflexão sobre que enfoque as equipes profissionais têm desenvolvido na condução dos grupos multidisciplinares, considerando a existência de modelos de práticas de educação em saúde diversos e antagônicos, partindo desde ações disciplinadoras e impositivas até a constituição de ações emancipatórias e que buscam a constituição de um sujeito autônomo, protagonista de sua própria história¹.

Alves aponta a existência de dois modelos principais no campo da educação em saúde, o “modelo tradicional”, historicamente hegemônico focalizando a doença e a intervenção curativa, fundamentado no referencial biologicista do processo saúde doença e o “modelo dialógico”, assim referido por ser o diálogo o seu instrumento essencial. A prática educativa nesta perspectiva visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas por práticas educativas emancipatórias calcadas na comunicação dialógica¹.

O desenvolvimento de trabalho com grupos tendo como horizonte a constituição processual da consciência do cuidado, sobretudo em um contexto hospitalar, coloca diante dos profissionais de saúde um imenso desafio teórico e prático, uma vez que demanda

das equipes multidisciplinares uma prática de educação em saúde cujo enfoque seja baseado no diálogo, aberto à escuta, numa postura horizontalizada e de respeito e valorização do saber trazido pelos usuários em um espaço marcado pela fragilização e dor, pela pressa e precarização dos espaços e recursos materiais, dentre outros entraves.

Todavia, o profissional de saúde é um educador em potencial⁵ independente do contexto que esteja inserido. Refuta-se assim a ideia de que a promoção de saúde através de ações educativas seja específica da rede básica e programas de Saúde da Família, restando às unidades de média e alta complexidade o reestabelecimento da saúde ou cura. Tal assertiva pauta-se na proposta da integralidade na organização dos serviços de saúde, uma vez que esta se contrapõe à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos.

Tendo por norte esta perspectiva, o olhar do profissional deve ser totalizante com a apreensão do sujeito em todos os seus aspectos (biológicos, subjetivos, culturais, sociais), assim, a assistência a ele prestada deve ir além da doença e do sofrimento manifesto¹. Nesta direção, as ações pautadas na educação popular calcadas no modelo dialógico no contexto hospitalar devem ser compreendidas como uma das formas de materializar a integralidade das ações no sistema de saúde.

PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE: UMA BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA.

A partir de nossa intervenção profissional em um serviço de atenção a saúde da mulher, temos vivenciado uma rica

experiência de atuação multiprofissional na qual a troca de diferentes saberes se coloca como fator preponderante na potencialização dos resultantes do nosso trabalho tanto na especificidade de cada campo do saber, quanto na melhoria do serviço prestado de maneira geral.

Através desse instrumental constata-se a possibilidade dos profissionais transporem as fronteiras de cada saber técnico, propiciando uma maior aproximação entre as diferentes equipes que atuam naquele espaço, tendo como desdobramento uma maior interação/acolhimento aos usuários dos serviços, bem como o favorecimento da construção de uma identidade coletiva do trabalhador da saúde.

Tais modos de pensar e atuar são resultantes dos conceitos produzidos a partir do Movimento Sanitário, (com organização dos movimentos sociais e práticas educativas pautadas no saber popular) marco das transformações sofridas pelas políticas de saúde a partir dos anos de 1970. O movimento de Reforma Sanitária brasileiro foi expressivo na mudança da concepção de Saúde culminando com a materialização legal do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Estado brasileiro durante a década de 1990 que através de princípios e diretrizes coletivamente construídas norteiam a atenção à saúde da população. A Lei Orgânica de Saúde (LOS) orienta os princípios da integralidade, da universalidade e equidade do atendimento nas ações e serviços, reconhecendo a saúde em seu contexto complexo e resultante de uma dinâmica social e historicamente construída⁶

Apesar dos avanços alcançados na LOS durante a década de 90, a política de saúde

brasileira apresenta como necessidade urgente a redefinição de suas práticas, buscando alternativas para atender as demandas individuais e coletivas. Essa mudança envolve um processo de longo prazo, pois se insere na dinâmica cultural, social, política e econômica que estão para além dos serviços ofertados e implicam, sobretudo, em novos modos de produzir saúde⁶.

Destacamos a prática educativa como uma das tecnologias que, se orientada por uma perspectiva que se coaduna com os princípios e diretrizes do SUS, tem um potencial muito significativo neste sentido, mas que, no entanto carece de maiores investimentos teóricos e reconhecimento por parte dos profissionais e gestores, sobretudo no que diz respeito à sensibilização e capacitação continuada dos profissionais de saúde uma vez que:

“(...) a educação em saúde é um recurso por meio 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 vida”¹.

No entanto, essa prática tem sido compreendida e conduzida de maneiras diversas de acordo com a conjuntura sócio histórica e política. No início do século XX, por exemplo, o país foi assolado por epidemias e problemas sociais decorrentes da urbanização e aumento da população, sobretudo nas regiões sul e sudeste. A intervenção do Estado nessa questão se deu de forma autoritária e disciplinadora, através de práticas coercitivas de higiene. Um exemplo clássico foram as campanhas

comandadas por Oswaldo Cruz, cuja ação foi precedida de uma reforma urbana, criando leis e normas que proibiam a circulação de animais na cidade, regulava a construção de prédios, proibia a circulação de moradores de rua e a criação de um serviço de limpeza pública no qual guardas sanitários percorriam a cidade, visitavam as casas, desapropriavam-nas e/ou removiam de seu interior, o que fosse julgado prejudicial à saúde das pessoas⁷.

Essa era a chamada *Polícia Sanitária*, que entrava nas casas das regiões pobres da cidade objetivando identificar os *problemas higiênicos*, e, com o uso da força repressiva, induzir normas de conduta moral, social e de higiene, adaptando os indivíduos à ordem vigente.

A concepção de ação em saúde adotada produzia para além de novos padrões de higiene, novos padrões de organizar-se na sociedade, interferindo na formação, composição e novos hábitos sociais familiares adequados ao modelo de sociedade almejado pelas elites.

Nesse contexto, o discurso da educação em saúde era feito de forma pontual, em que eram distribuídos folhetos ao povo com conselhos sobre como evitar doenças. Esses conselhos eram breves, pois, para as autoridades, o povo era incapaz de maior entendimento⁷. Essa estratégia de saúde consistia em afastar a ameaça à exportação brasileira - base da economia - pois, devido às epidemias, os navios estrangeiros tinham medo de aportar no Rio de Janeiro.

A partir dos anos de 1950, a Educação em Saúde assume papel de relevância no

contexto do projeto populista e da ideologia de participação e desenvolvimento comunitário. Partiu-se da necessidade de se integrar as populações rurais e urbanas ao desenvolvimento numa perspectiva de adaptação e integração social. Ainda assim, nota-se a ausência da participação popular como elemento ativo nas campanhas. O saber científico do técnico deveria ser incorporado pela população, cujo saber prévio não era valorizado. Esse modelo de educação em saúde caracteriza-se como um instrumento de dominação, no qual há um saber hegemônico – o saber médico e de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. Essa concepção de educação em saúde – conceituada como tradicional – tem como características básicas: a separação entre indivíduo e coletivo, o caráter de transmissão de informações e habilidades, uma definição restrita de saúde, esta considerada como ausência de doenças; tendência à culpabilização dos indivíduos pelo adoecimento (a doença seria causada pela “ignorância” do indivíduo) e uma ideia de perfeição dos serviços e dos profissionais de saúde.

Nessa concepção, a prática educativa é identificada como mero instrumento de transmissão de regras de conduta às camadas populares com a atribuição de modificar os comportamentos e gerar mudanças culturais⁸. Assim, apresenta como característica uma ação diretiva por meio de palestras sem estímulo ao debate e ao aprofundamento dos temas tratados, tampouco favorece a participação cidadã, tendo caráter verticalizado.

A perspectiva de rompimento com essa prática se deu a partir do contato dos profissionais de saúde com a Educação Popular,

movimento que surgiu no final dos anos 1950, a partir do envolvimento de intelectuais católicos com as questões sociais. Abriu-se aí a possibilidade de uma intervenção que não mais se restringiria ao comportamento das pessoas e teria uma perspectiva de transformação da própria sociedade, fortalecendo-se durante as décadas seguintes tendo como referencial a educação popular e o “método dialógico de Paulo Freire”.

No entanto ainda nos anos 50/60, período conhecido como o da “modernização conservadora”, as práticas educativas pautavam-se por uma ideologia que tinha por objetivo remover os obstáculos culturais e psicossociais às inovações tecnológicas de controle das doenças a fim de manter o domínio estrutural da sociedade⁸.

Tais autores apontam que com o advento da ditadura militar houve uma piora da saúde com um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos dessa política, havendo um total privilegiamento dos serviços médicos privados, sobretudo hospitais, nos quais as ações educativas não tinham espaço significativo.

Até a década de 70 a educação em saúde no Brasil foi hegemonicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada a seus interesses. Suas ações eram voltadas para a imposição de normas e comportamentos considerados adequados por elas, para a população em geral, as ações de educação foram esvaziadas em favor da assistência médica individualizada⁸.

Este cenário começará a sofrer mudanças significativas ao longo dos anos 70 a partir

da eclosão da profunda crise econômica que assolou o país repercutindo em todos os setores da economia e fazendo com que o Brasil fosse considerado um dos países com maior índice de desigualdade do mundo. Mediante a ameaça de quebra da estabilidade social, o governo brasileiro foi obrigado a preocupar-se mais com os problemas de saúde, educação, habitação entre outros. Com isso foi preciso encontrar um modelo alternativo de assistência médica, a medicina comunitária foi uma estratégia que se mostrou adequada para dar conta das necessidades daquele momento⁸.

A emergência deste novo processo de prática médica no Brasil não substituiu o modelo pautado na medicina científica que continuou a manter seu espaço hegemônico no atendimento as demandas de saúde das classes médias e altas do país, houve na verdade uma divisão classista na oferta dos serviços de saúde com a configuração da medicina comunitária como um espaço para atender os marginalizados.

Dialeticamente, foi a partir da convivência dos profissionais mais de perto com os problemas da população que muitos deles começaram a reorientar as suas práticas no sentido de buscar respostas mais globais para o enfrentamento dos problemas de saúde. Sob o descaso do Estado com os problemas populares, foram se configurando iniciativas de atores sociais da sociedade civil na busca de soluções para tais questões. Neste cenário é retomado e sistematizado o método educacional de Paulo Freire que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde⁸. A educação popular em saúde baseada numa relação dialógica entre conhecimento técnico e científico e a sabedoria

popular permitiu o surgimento de abordagens mais amplas e eficientes em defesa da saúde e da vida da população.

Os anos 80 foram caracterizados por profunda crise de caráter político, social e econômico que repercutiu sobre a condição de saúde da população, agravando as condições de vida, aumentando o desemprego, desnutrição e a mobilidade de grupos sociais menos favorecidos. Neste contexto, observa-se o crescimento do movimento social que defendia a democratização da saúde e difundia a proposta da Reforma Sanitária, que foi apresentada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, em Brasília⁸.

Essa conferência foi considerada um marco do Movimento Sanitário, tendo, dentre suas propostas, o conceito ampliado de saúde, colocada como direito de todos. Na elaboração da nova constituição, a Assembleia Constituinte incorporou boa parte das propostas da Reforma Sanitária, possibilitando a concretização de suas ações no plano jurídico institucional, ao incluir no capítulo da seguridade social a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS.

No momento em que a constituição foi promulgada, o país assistia ao aprofundamento da instabilidade econômica e a crise fiscal do Estado, gerando obstáculos à implantação da Reforma Sanitária. Ocorrem neste momento, o recuo dos movimentos sociais, a disseminação da ideologia neoliberal e a perda do poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde, que propiciaram uma operação de descrédito contra o SUS. Ainda assim, foi aprovada em

1990, a Lei Orgânica da Saúde, formada pelo conjunto de leis nº 8080 e nº 8142⁶.

Após mais de duas décadas de sua aprovação, o SUS ainda enfrenta grandes desafios para sua implantação efetiva⁸. O modelo proposto, de caráter universal, vai de encontro à tendência mundial para os países da América Latina, definida pelos organismos internacionais como o FMI e o Banco Mundial, que é de corte de gastos na área social. Apesar disso, a população conquistou o direito à saúde e à participação social e, hoje, criam-se alternativas para que os princípios e diretrizes do SUS sejam efetivamente implantados e alcancem o maior número de pessoas possível.

Com relação a educação popular, não podemos desconsiderar que embora o projeto da reforma sanitária esteja se inserindo gradualmente nas instituições de saúde, o modelo hegemônico permanece sendo o modelo privatista. Neste sentido, o resultante deste processo tem sido uma prática produtivista, aligeirada e com vertente modeladora, a partir do conhecimento técnico que desconsidera os aspectos sócio-culturais e subjetivos dos sujeitos⁶⁻⁴.

Tal enfoque preconiza a adoção de hábitos e a persuasão dos indivíduos através dos meios de comunicação de massa, como a TV, jornais e cartazes, ou mediante as informações do educador. Nessa perspectiva, põe-se no horizonte ideológico da sociedade de que a promoção de tomada de decisões e mudanças de comportamentos por parte da população - que é informada sobre os riscos de suas condutas inadequadas, é de inteiramente responsabilidade dela. Ou seja, a representação sobre a saúde e a vida saudável é deslocada do

âmbito do direito social para o de uma escolha individual.

A perspectiva de educação popular em saúde se contrapõe ao modelo tradicional ao lutar pela transformação das relações de subordinação e de interlocução em favor da autonomia e da participação das pessoas comuns e da interlocução entre saberes e práticas. Busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos na participação popular por meio de formas coletivas de aprendizado e a promoção do crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e estratégias de luta e enfrentamento.

Parte do pressuposto de que as classes populares possuem dinâmica própria sobre as doenças e processos de curas adquiridas no cotidiano, que devem ser respeitadas e incorporadas à prática de saúde. Os profissionais, numa condição de *mediadores*, são chamados a um diálogo com os usuários dos serviços de saúde, numa relação horizontal, com o objetivo de fortalecimento e a criação de relações sociais mais justas⁸.

PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR: POTENCIALIDADE DAS ATIVIDADES DE GRUPO VISANDO À EMANCIPAÇÃO DO SUJEITO.

As críticas ao modelo tradicional das práticas educativas de saúde fundamentam-se na histórica dissociação dos determinantes socioeconômicos da constituição do processo saúde-doença, nessa direção alguns autores já vêm se opondo ao modelo de prática educativa que valoriza o saber técnico-científico, detido pelo profissional, que o repassa para a

população ignorando/desqualificando o saber popular, rico em vivência cotidiana⁹.

Nesse modelo, parte-se do pressuposto que a ideia da ‘falta de saúde’ é um problema fácil de resolver, seja de forma individual ou coletiva, desde que se tenha informação técnica para isto. Esta forma de pensar reforça a limitação do foco da educação em saúde, pois transfere para o indivíduo a responsabilidade da saúde e/ou do adoecimento. No entanto, muitos dos fatores de risco não dependem da vontade individual e de condutas padronizadas através de normas ou protocolos, pois são mais complexos, uma vez que constituem o âmbito social, biológico, psicológico, cultural, econômico e político, estando interligados na vida cotidiana.

A partir deste olhar, os profissionais de saúde passam a trabalhar com formas alternativas de educação em saúde, das quais se destacam aquelas referenciadas na Educação Popular, em que o saber do outro é valorizado, objetivando o entendimento do processo saúde/doença e a promoção da saúde como elemento fundamental para a garantia da integralidade das ações¹⁰.

A Educação em Saúde passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para transformação da realidade. É uma ação política que tem como propósito contribuir para a formação da consciência crítica da realidade social em que se insere o processo saúde/doença instrumentalizando a população no sentido de transformar essa realidade. Este instrumento é também concebido como prática político pedagógica transformadora no processo de Reforma Sanitária, operando com uma concepção abrangente de saúde, definida

na Constituição Federal de 1988.

A ação educativa é vista como processo de instrumentalização de indivíduos e grupos para identificação e análise dos problemas de saúde, no sentido de elaboração de propostas de solução. A partir dessa perspectiva crítica, os trabalhos vão questionar a transmissão vertical de informações, valorizar o saber popular sobre as questões de saúde, repensar a relação profissional/população e suas implicações de classe. Assim, a relação entre os saberes científico e popular deverá ser *“horizontal, bidirecional, democrática, visando a transformação conjunta dos dois saberes na medida em que a própria transformação da realidade é buscada”*¹¹.

Há o reconhecimento do universo cultural, o estímulo à crítica e reflexão, a recusa da hierarquia de saberes, estímulo à idéia de troca, diálogo, a produção de reelaborações, valorização do saber do outro e entendimento do conhecimento como um processo de construção coletiva. Essa concepção crítica privilegia os espaços coletivos de trabalho em grupo, sendo esses espaços os propiciadores da real participação e a produção coletiva do conhecimento¹¹.

Na perspectiva que aqui apresentamos, o grupo é colocado como espaço potencializador das ações em saúde e da interação de saberes, na medida em que o reconhecemos como espaço coletivo, de participação dos usuários e profissionais, que nele constroem e reconstroem, na sua realidade específica, os saberes e práticas adequados às suas necessidades.

Dessa maneira, é possível fugir da

lógica da tutela e do controle, práticas ainda hegemônicas entre os profissionais de saúde, que pressupondo que detêm um saber científico, têm usado este espaço acriticamente materializando ações voltadas para a moldagem e adequação de comportamentos e não para a perspectiva de construção de autonomia do indivíduo/sujeito na produção de cuidados em saúde.

A atividade grupal pode favorecer a constituição de um sujeito autônomo, crítico, capaz de fazer escolhas do que é ou não melhor pra si, um sujeito que fala, sente, interage e que a partir da experiência do exercício da fala estimulada naquele espaço, é capaz de em outros locais ter uma maior liberdade e autonomia. Temos observado que os sujeitos que partilham a experiência do grupo, levam essa postura mais crítica para outros espaços.

O diálogo e a comunicação são essenciais para que o usuário compreenda o seu processo de adoecimento e também o estabelecimento da confiança e da comunicação com o profissional de saúde. O grupo pode ser um meio pelo qual os usuários se apropriem da sua autonomia, principalmente frente ao médico, para decidir e dialogar sobre seu tratamento¹².

As ações de educação em saúde tem alcançado um protagonismo cada vez maior dentre as diretrizes dos programas do Ministério da Saúde objetivando a prevenção e a redução de riscos de doenças. A proposta do trabalho em grupo que vimos conduzindo em nossa ação se orienta pela perspectiva do modelo dialógico uma vez que nossa intervenção busca, paulatinamente, contribuir para uma participação efetiva e consciente do usuário, onde este tenha a possibilidade de

construir sua autonomia. Entretanto, trabalhar educação em saúde dentro de um hospital aonde o usuário chega com uma demanda específica constitui-se num desafio, uma vez que sua demanda inicial está direcionada ao atendimento clínico, ao cessamento da dor, do incômodo, dentre outros. Decodificar as questões que se apresentam por trás de tal ‘demanda imediata’ requer da equipe de saúde uma sensibilidade e uma capacidade maior de escuta.

Nesse sentido, consideramos fundamental destacar a importância de pensar a formação em saúde no cenário atual e apontamos para a necessidade de capacitação dos recursos humanos no campo da saúde, sobretudo, pela inserção de residentes, estagiários e pesquisadores não só nos hospitais universitários como nos demais espaços públicos de produção de tecnologias de cuidados em saúde visando a construção coletiva do trabalhador da e para a saúde pública⁵.

Legalmente falando, temos um serviço de saúde ‘universal’, entretanto o que vivenciamos no cotidiano dos serviços tem sido uma lógica perversa de mercantilização das ações em saúde, resultando assim no que se convencionou categorizar entre os estudiosos do campo da saúde pública, como “universalização excludente”. Este contexto impulsiona ações cada vez mais fragmentadas, onde os próprios profissionais de saúde são impulsionados a trabalhar numa lógica produtivista e focalizada⁶.

A ação grupal por nós realizada no âmbito do contexto hospitalar representa um esforço de se contrapor a esta lógica. É em

função disto que compreendemos os usuários dos serviços enquanto sujeitos e potenciais participantes ativos em defesa da garantia de uma saúde pública de qualidade. Durante nossa inserção em grupos de educação em saúde, observamos que o grupo possui um caráter potencializador, à medida que, através da troca, numa perspectiva horizontalizada, o indivíduo conhece melhor seus direitos, seu corpo, sua importância durante o acompanhamento em saúde, trazendo um maior nível de consciência, autonomia e possibilidade de escolha, tanto nas atividades grupais quanto nas individuais.

Nesta direção, refletimos sobre a contribuição de autores que consideram o grupo como um espaço onde o usuário tem condição de se descobrir e se conquistar como sujeito de sua própria história e de sua própria fala:

“autonomia seria, ainda, a capacidade de dar um sentido novo a uma experiência bruta através da reflexão. Seria o elemento necessário para se impulsionar a fala feminina, de forma que a mulher possa produzir seu discurso a respeito de suas exigências como trabalhadora, relacionando seu sentido como uma própria verdade; negando ou afirmando o discurso do outro não em seu conteúdo, mas enquanto seu discurso (Chauí, 1984); e apropriando-se de seu corpo, para ser mais para si com os outros. A busca de autonomia seria, assim, a nosso ver, um direito e um dever da condição humana”¹³.

Assim, a posição democrática do trabalho grupal de educação em saúde ‘fortalece’ o usuário, emancipando-o e contribuindo significativamente para que este apresente um posicionamento mais ativo, menos submisso,

durante o atendimento individual, espaço historicamente marcado por ações de controle e poder.

O objetivo é democratizar o acesso às informações e, valorizar o espaço do usuário, destacando-o como agente fundamental no seu acompanhamento em saúde, refletindo como estão interligados os posicionamentos da equipe e do usuário, destituindo a verticalização do atendimento e espelhando como ambos - profissionais de saúde e usuários - estão interligados em sua importância durante o atendimento.

Para tanto, é necessário que haja capacitações continuadas para as equipes que desenvolvem trabalhos com grupos, pois conduzir um trabalho dessa natureza é sempre um grande desafio, na medida em que cada grupo é constituído por pessoas diferentes, com histórias de vida e visões de mundo diversas que não devem ser desconsideradas⁵.

O profissional tem como grande desafio a necessidade de articular os aspectos da relação do social (coletiva), do individual (sujeito), da natureza (biológica) e da sociedade (histórica). Tal articulação tem como objetivo a constituição de uma abordagem que privilegie a capacitação do indivíduo e do grupo para que estes tenham uma leitura crítica da realidade possibilitando assim que estes possam intervir de forma a transformá-la¹⁴.

É necessário sempre que possível estimular a reflexão, o debate e o respeito às diferenças. O grupo precisa se configurar enquanto espaço flexível, permitindo que os usuários falem e reflitam sobre suas questões, e que, principalmente, sintam-se acolhidos na

unidade de saúde⁵.

Na perspectiva na qual temos conduzido nosso trabalho é imprescindível que os profissionais modifiquem suas posturas de “detentores e transmissores de saber”, perante a população, uma vez que entendemos que no grupo “o coordenador (a) e grupo, profissional e usuário vivem um espaço onde todos podem ser agentes de mudanças e de construção do conhecimento” posto que o grupo:

“(...) pode ser um espaço de “tomar posse” do que foi perdido e oculto nas diversas fases e momentos dos ciclos da vida (...), dando sentido às experiências brutas; compartilhando o que antes era vivido solitariamente (...); percebendo os momentos de busca ou de perda de autonomia (...). E este processo favorece a compreensão da dimensão política nas situações do dia-a-dia construída na relação com o outro¹³.

A coordenação do grupo tem um papel fundamental no sentido de destacar as falas individuais, favorecendo a interação entre o indivíduo e o coletivo, sinalizando para o grupo que muitas inquietações presentes em determinada fala podem ter outra dimensão, possibilitando inclusão, valorização e identificação entre os usuários participantes, dos problemas de saúde enfrentados.

A coordenação e manejo de grupos não é atribuição de uma categoria profissional “enfermeiras (os), psicólogas (os), assistentes sociais, agentes comunitários (os), nutricionistas, odontólogos (as), fisioterapeutas, médicas (os) e técnicos de enfermagem”. Somos todos profissionais de saúde e a dimensão pedagógica está presente em nossos afazeres e atribuições,

esse entendimento é importante se quisermos desenvolver um trabalho coletivo e que envolva diversas áreas do saber¹⁰⁻⁵.

Além disso, a composição da equipe pressupõe a impossibilidade de alcance da integralidade através de um único especialista, assim as ações objetivam a ampliação do trabalho clínico e sanitário e visam através desta metodologia a eficácia e eficiência do trabalho em saúde sem deixar de considerar e investir na autonomia do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos ser importante que os profissionais ao trabalharem junto aos usuários, o façam em sua integralidade, ou seja, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas seu contexto histórico, cultural, econômico e social, interligados às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Desta forma, se pretende descentralizar o discurso biologicista e mecanizado, as hierarquias presentes e as relações de poder pessoais e institucionais, horizontalizando o discurso e valorizando o saber popular.

Consideramos assim que o primeiro desafio posto está na sensibilização e capacitação da própria equipe. Nesta direção, o Ministério da Saúde já aponta esta tendência quando impulsiona a discussão através da Política de Educação Permanente¹⁵ que ressalta o fracasso de tentativa de capacitação dos profissionais através do modelo hierarquizado, sinalizado no documento como 'modelo escolar'.

Sendo assim, destacamos as práticas de educação que valorizem o grupo educativo

sob a perspectiva emancipatória do modelo dialógico, como uma forma de promoção de um espaço que dentro da lógica biológica ainda hegemônica na área da saúde, se revela como um mecanismo de valorização da participação do usuário, contribuindo não só com a compreensão e aproximação do processo saúde-doença, mas também com o desenvolvimento da cidadania.

Para concluir, vale destacar que a concepção de trabalho de grupo aqui abordada, ressalta a importância da prática democrática e multiprofissional, enfatizando a troca de saberes entre as categorias. Nesse sentido, cabe apontar que apesar do grupo discorrer apoiado nas experiências trazidas pelos seus participantes, são necessários organização e planejamento para que esta prática se torne factível.

Paratanto, os encontros multiprofissionais realizados anteriormente e posteriormente às atividades são fundamentais. Os primeiros, de periodicidade mensal, servem como base para planejamento de abordagens dos temas a serem levados e sugeridos para atividade, assim como para organização dos profissionais participantes e discussão de bibliografias e textos das diversas áreas relacionados com a temática. Já as reuniões posteriores à realização dos grupos, se mostram como um espaço de reflexão e avaliação da atividade realizada.

Além, da avaliação da prática realizada pelos profissionais, também se torna importante a dos próprios participantes no final de cada encontro. Desta forma, o usuário pode refletir sobre o seu processo saúde-doença e dos outros e ajudar no aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido.

Finalmente, acreditamos que o artigo apresenta relevância teórica para o trabalho dos profissionais da saúde visto a concepção de saúde adotada pela Reforma Sanitária e sua conformação nos aparelhos normativos observa-se que muito há para se contribuir em experiências que viabilizem o exercício do direito à saúde, a construção da autonomia, o fazer político e a troca de saberes entre profissionais, usuários e profissionais-usuários.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial Interface – Comunicação, Saúde, Educação v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
2. www.contasabertas.uol.com.br e www.portaldatransparência.gov.br acesso em 14/03/2011.
3. CHÓR D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2): 1999.
4. GAZZINELLI M, REIS DC, PENNA CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Caderno de Saúde Pública. 2005 jan./fev.; 21(1):200-6.
5. L'ABBATE S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (4): 481-490, Out/Dez,1994.
6. MENDES EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
7. VASCONCELOS EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.
8. SILVA CMD, MENEGHIM MC, PEREIRA AC, MIALHE FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciências e Saúde Coletiva, (15):2010.
9. MEYER DEE, MELLO DF, VALADÃO MM, AYRES JR CM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cadernos de Saúde Pública. 2006;(22): 57-62.
10. ALBUQUERQUE PC, STOTZ EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 2004; 8 (Pt 15): 259-74.
11. ASSIS M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 169 - IMS/UERJ ;1998.
12. AMARAL MIB. O Potencial das Práticas Educativas em saúde: o caso do grupo educativo (operativo/reflexivo) nas comunidades das vilas operárias de Vila Isabel (RJ). [Monografia de Especialização]. Rio de Janeiro: Especialização em Serviço Social e Saúde, Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
13. CARNEIRO F, AGOSTINI M. Oficinas de reflexão-espacos de liberdade e saúde. Trabalho feminino e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.53-83.
14. VALLE MC. Práticas Educativas na atenção secundária e terciária: possibilidades e limites. Libertas 2001; 1(Pt 1): 115-122.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Portaria GM/MS Nº 1.996, 20 de agosto de 2007.

Artigo apresentado em: 30/01/2011

Aprovado em: 25/03/11