

RESSIGNIFICANDO UMA CAMPANHA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

STURBELLE, Isabel Cristina Saboia¹; SOARES, Deisi Cardoso²; TRISTÃO, Fernanda Sant'Ana³; ESPINOSA, Thuane Araujo⁴; DIAS, Leticia Valente⁴; RODRIGUEZ, Giovana Cossio⁴

¹Aluna de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – FEn UFPEL. Bolsista PROBEC. Isabel.saboia@hotmail.com; ²Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente da FEn-UFPEL. deisyi@bol.com.br; ³Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente da FEn-UFPEL. enfermeirafernanda1@gmail.com; ⁴Aluna de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – FEn-UFPEL.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o governo e parte da sociedade brasileira têm se mobilizado e vêm intensificando o planejamento de ações de prevenção, controle e assistência aos indivíduos portadores de doenças crônicas. A importância destas ações tem sido atribuída não apenas ao desenvolvimento de estratégias de combate a estas doenças, mas principalmente em relação ao seu caráter preventivo (SANTOS, 2002).

Os saberes em saúde, por sua vez, reproduzidos pelos profissionais da área, são organizados, muitas vezes, de forma a sustentar uma prática de discursos no paradigma biomédico, tomando como objeto o corpo, resultado de uma tecnologia disciplinar de poder, de organização subjetiva e social (GUIMARAES; MENEGHEL, 2003).

Coelho e Fonseca (2005) destacam que o modelo biomédico, que sustenta a formação profissional no campo da saúde, orientado pela racionalidade clínica e seus padrões de normalidade, tem reduzido seres humanos a corpos biológicos, descontextualizados socioculturalmente. Sob este paradigma, a atenção é dirigida a sujeitos individuais em suas unidades morfológicas, impedindo a síntese entre o individual e o coletivo.

Segundo Camargo (1997), as práticas educativas em saúde têm sua trajetória histórica vinculada à biomedicina, sendo construída sob as perspectivas dessa racionalidade. A biomedicina tem caráter generalizante, não se ocupando de casos individuais, visa à objetivação do corpo, das lesões e das doenças sob a ótica do corpo-máquina e tem como finalidade a elucidação das verdades ou leis gerais, com base em abordagem teórica e instrumental.

Para Arouca (2003), essa visão reducionista exclui do escopo de considerações, sobre o processo saúde/doença, fatores sociais ou individuais, ditos “subjetivos”, com implicações para todas as intervenções da saúde.

As práticas de educação em saúde focadas nos conteúdos científicos são normativas e verticais e preocupam-se com a transferência do saber para a redefinição de valores predeterminados, mostrando-se muitas vezes ineficazes em seu potencial de provocar mudanças de comportamento (PINAFO, 2010).

Mudanças no campo da saúde acarretaram alterações fundamentais nos princípios da educação em saúde. Na “saúde pública”, o enfoque da ação educativa era unicamente a prevenção de doenças. No entanto, a “nova” educação em saúde tem por objetivo superar a conceituação biomédica de saúde (MARICONDI, 2010).

Partindo dessa “nova” perspectiva, a educação em saúde é vista como um processo de construção de conhecimentos que visa à apropriação temática pela

população, tornando-se um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas em relação ao seu cuidado, a fim de alcançar uma atenção de acordo com suas necessidades. Assim, as ações e práticas educativas têm como objetivo promover na sociedade a inclusão social e a promoção da autonomia das populações (BRASIL, 2008).

Atividades educativas não fazem parte de um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem as orientações que são transmitidas. A informação, divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população (SÃO PAULO, 1988).

Segundo Maricondi (2010), para a concretização do processo de educação em saúde é necessário uma possibilidade real de aproximação dos profissionais com a população. Um contato “mais real” exige, por sua vez, uma postura de escuta, pois quando as pessoas se vinculam, seus universos confrontam-se, desafiam-se e dialogam. Surgem dúvidas, angústias e incertezas, diferenças que até podem ser intransponíveis, por isso, é necessário uma escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde.

Apesar de tantas possibilidades, estudos têm revelado que ainda há, de fato, predominância das práticas de educação em saúde reducionistas e prescritivas, o que requer questionamentos e investimentos para o alcance de ações mais integradas e participativas.

Mediante ao exposto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem, em uma campanha de educação em saúde para hipertensão arterial, realizada no Município de Pelotas, a partir da *ressignificação* das práticas de educação em saúde.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Trata-se de um relato de experiência acerca de uma ação de educação em saúde, alusiva ao Dia Nacional de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial, realizada no dia vinte e seis de abril do presente ano. A ação foi realizada pelos integrantes dos Projetos de Extensão Espaço de Cuidados à Comunidade Universitária Campus Porto e Exame Físico para Enfermeiros, da Faculdade de Enfermagem da UFPel, em dois pontos distintos, sendo eles: o Campus Porto da UFPel e a Rua Andrade Neves, no centro de Pelotas. Participaram desta ação estudantes, servidores da Universidade Federal de Pelotas, prestadores de serviços, profissionais da área de saúde e comunidade em geral.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com intuito de aproximar os usuários, utilizou-se como forma de acolhimento, a verificação dos níveis pressóricos, onde segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2009), expressa uma ação de aproximação, já que, as práticas com enfoque biomédico são internalizadas não só pelos profissionais da área da saúde, como também, pela população, caracterizando um importante meio de aproximação.

No entanto, a verificação da Pressão Arterial, como já mencionada, foi realizada apenas em caráter de aproximação, pois a ideia principal não foi somente informar ao público o valor encontrado, e sim, permitir o diálogo em relação às experiências dos indivíduos enquanto hipertensos; indivíduos que querem se

prevenir da hipertensão, ou ainda; indivíduos que convivem com hipertensos, desta maneira, fazendo da escuta um diferencial nesta ação educativa.

Segundo Pinto (1982), em seu dia-a-dia, a população desenvolve o saber popular. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso, pode ser destituído de validade e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo.

Através de uma abordagem informal, os acadêmicos aproximavam-se da população, e, antes de qualquer intervenção se deu prioridade à manifestação expressiva dos conhecimentos empíricos sobre a Hipertensão Arterial, estabelecendo a interação entre o saber do indivíduo e do profissional, através da comunicação, que segundo Diaz, 1987, comunicação significa colocar em comum algo com o outro. É algo que se compartilha. No ato de comunicar, a pessoa ou o grupo que inicia o processo, o faz com uma intenção ou objetivo. Utiliza seu repertório de ideias, conhecimentos, experiências e emoções que deseja tornar “em comum”. Identifica os sinais e/ou códigos, para com eles representar o que deseja compartilhar. Escolhe uma forma que julga efetiva para elaborar uma mensagem que tenha significado para quem recebe.

Segundo Pinto (1982), não pode haver imposição do saber técnico sobre o saber popular. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão autoritária, unidirecional e vertical e sim uma relação de diálogo, democrática, horizontal e bidirecional. Diálogo este entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.

Entende-se que o processo educativo que visa o desenvolvimento da autonomia não é tarefa fácil. Portanto, as práticas de saúde devem superar o modelo biomédico, buscando um processo de construção de conhecimentos em saúde, através da comunicação e da reflexão, afim de que os universos possam dialogar e interagir para o alcance de ações mais integradas. É notável, que todo ser humano carrega em si experiências que devem ser valorizadas em qualquer momento de diálogo, não sendo diferente no que tange as experiências de saúde.

4 CONCLUSÃO

Verificou-se que ações educativas são importantes para instigar a reflexão dos indivíduos acerca da saúde. Porém, entende-se que ações isoladas não são suficientes para mudanças, e que estas, se dão, através de um trabalho contínuo que vise o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos envolvidos, para que os mesmos possam buscar o saber sobre saúde.

Quando se define qual será a prática a partir de um modelo de pensamento unicausal, além de se poder incorrer no equívoco de colocar em execução um plano de ação baseado em prioridades e objetivos, que dificilmente terão como produto final a resolução do problema, ainda se corre o risco de dirigir recursos, profissionais e ações para áreas que independem de poder de decisão. Essa forma de pensar e fazer educação em saúde, também pode levar o profissional a uma falsa percepção de suas possibilidades de ação. Pois ele pode, ingenuamente, achar que somente com ações educativas, irá resolver os problemas relacionados à saúde coletiva.

Percebe-se, que a utilização de práticas educativas de saúde, que favoreçam o diálogo e a participação dos sujeitos envolvidos, favorecem também a autonomia.

Faz-se necessário então, que os profissionais de saúde desenvolvam um novo olhar sobre as práticas de saúde e atribuam novos significados a estas práticas. Pois *ressignificar* é modificar o filtro pelo qual uma pessoa percebe os acontecimentos a fim de alterar o significado desse acontecimento. Quando o significado se modifica, as respostas e comportamentos da pessoa também se modificam.

5 REFERÊNCIAS

- AROUCA, S.O. Dilema preventivista. São Paulo: UNESP, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CAMARGO Jr., K.R.A. Biomedicina Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 45-68, 1997. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>
- COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. da. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm**; V.58, n2, p:v214-217, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a17.pdf> Acesso em: 08 de julho de 2012.
Acesso em: 06 de julho de 2012.
- DIAZ B., J. Além dos meios e mensagens: introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GUIMARAES, C.F. MENEGHEL, S.N. **Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno**. *Rev. Mal-Estar Subj.* [online]. 2003, vol.3, n.2, pp. 353-371. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n2/06.pdf> Acesso em: 08 de julho de 2012.
- MARICONDI, M.A. **Caracterização das Práticas Educativas dos Agentes Multiplicadores do Projeto Nossas Crianças: Janelas de oportunidade**, 2010. 183p. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2010.
- PINAFO, E. **Educação em saúde: o cotidiano da equipe de saúde da família /Londrina**, 2010.131 f.: il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva).Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.
- PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: **ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE**, Natal, 1982. Ação Participativa: metodologia. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 15 - 19. Série F: Educação e Saúde.
- SANTOS, L.H.S. dos. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Trabalhando com gestantes: manual para profissionais de saúde**. São Paulo: FESIMA, 1988.