



A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mariana Aparecida Lopes¹, Natália Aparecida Barzaghi²

RESUMO: Segundo a abordagem dialógica da Educação em Saúde, a ação educadora deve tomar como partida as necessidades do educando e considerar sua realidade. Neste sentido, um grupo do Programa de Educação pelo trabalho na Saúde (PET-SAÚDE) da Universidade Estadual de Maringá, vislumbrou a possibilidade de, conhecer e desenvolver estratégias de Educação em Saúde junto a uma equipe e seus usuários, através da atuação nos encontros de Hiperdia da equipe da Estratégia Saúde da Família de uma Unidade Básica local. Para tanto foram realizados um encontro com a equipe e quatro com os três grupos de Hiperdia, as atividades aconteceram a partir de perguntas norteadoras que visavam suscitar dúvida e debate acerca de temas concernentes à Hipertensão e à Diabetes. A interpretação do conteúdo foi realizada a partir de uma abordagem qualitativa, por meio da proposta da análise temática. Notamos uma mudança em relação à prática no grupo que outrora restringia-se a prescrição e distribuição de medicamentos, os usuários mostraram-se satisfeitos, dispostos e interessados em conhecer o tema, contudo, o objetivo de envolver a equipe nas atividades não aconteceu satisfatoriamente, necessitando fomentar ações de educação em saúde de forma dialógica, e não àquelas ligadas ao modelo biomédico de atenção à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de saúde; educação em saúde; saúde pública; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) tem objetivo reorganizar a prática, em substituição ao modelo tradicional de assistência. A atenção está centrada na família, entendida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Andrade & Cordonni, 2001; Zanetti et al, 2010).

Nas práticas realizadas atualmente é possível encontrar atividades baseadas em um modelo hegemônico com base na racionalidade biomédica, horizontalidade e culpabilização do indivíduo convivendo com práticas pautadas em modelo dialógico em que há a concepção biopsicossocial de Saúde (Alves, 2005; Alves, 2004).

A principal crítica ao modelo hegemônico é a consideração dos usuários como objeto da educação em saúde e carentes de um saber sobre a saúde, tanto quanto sua participação no planejamento educativo (Maciel et al, 2009). A educação em saúde pode ser entendida como um “conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde” (Costa & Lopes, 1996).

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Biociências Aplicadas à Farmácia – Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá – Paraná. lopes.a.mariana@gmail.com

² Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia – Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá – Paraná. nanabarzaghi@hotmail.com

A ação educadora deve tomar como partida as necessidades do educando, ou seja, considerar sua realidade, seu conhecimento e sua história. Entende-se que a educação é um ato coletivo, um ato solidário, um ato de amor, algo que não deve ser imposto, não pode ser também o resultado do desprezo, de quem supõe possuir todo o saber (Rego, 2004).

O tema Educação em Saúde surgiu como uma demanda a ser desenvolvida por um dos subgrupos do grupo PET-SAÚDE. A partir de então, foi realizado um aprofundamento teórico sobre o assunto, e a experiência aqui descrita diz respeito à intervenção pautada nos estudos realizados.

Cumprir destacar, como lócus da reflexão, que partimos da eleição do trabalho com o grupo de pessoas acometidas por hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus*. Em 2002, no intuito de identificar, cadastrar, traçar o perfil dos hipertensos e diabéticos no Brasil, foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, o Hiperdia, com a disponibilização de medicamentos gratuitos e orientação de mudanças no estilo de vida, para um melhor controle da doença e melhores condições de vida. O trabalho com esse grupo foi pensado por já possuírem um espaço-tempo de encontro com os usuários e também por entendermos que por se tratar de doenças crônicas, pouco sintomatológicas e frequentemente negligenciadas em seu diagnóstico, encontram resistência por parte do paciente no seu tratamento.

O objetivo da proposta, além de apreender e compreender a forma com que se faz educação em saúde, foi inserir a abordagem dialógica não só nos espaços de grupo, mas adaptá-la a uma postura profissional.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A experiência relatada no presente trabalho ocorreu entre os meses de novembro de 2009 a junho de 2010, em uma unidade básica de saúde (UBS) da cidade de Maringá-PR, que através da Secretaria Municipal de Saúde firmou parceria com o PET-SAÚDE. A UBS é responsável pelo atendimento de trinta mil usuários e trabalha com sete equipes de saúde da família. O trabalho foi desenvolvido juntamente com uma das equipes que foi escolhida pelo critério de compatibilidade de horários.

Trabalhamos com a metodologia da educação em saúde concernente ao modelo dialógico, porque acreditamos nesta abordagem em convergência com as exigências do SUS no contexto das equipes de saúde da família, bem como por tentarmos em nossa prática utilizar este referencial teórico (Alves, 2005; Rego, 2004).

A princípio, o grupo PET-Saúde realizou observação participante durante um mês, buscando perceber como se dava a Educação em Saúde nas atividades realizadas em três das Equipes de Saúde da Família na UBS em questão. As observações foram realizadas durante o atendimento ao grupo de Hiperdia.

Posteriormente, escolhemos uma das equipes para desenvolvermos o trabalho ao decorrer do ano. A enfermeira responsável se mostrou bastante interessada e a questão da compatibilidade de horários entre os encontros do Hiperdia já agendados e os integrantes do grupo PET foram responsáveis pela escolha. A equipe era composta por uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde; naquele momento, a equipe estava sem o profissional médico, gerando acúmulo de trabalho na equipe.

Os usuários do grupo Hiperdia foram divididos de acordo com a micro área territorial em três subgrupos, cada qual com a média de vinte usuários. Cada subgrupo ia à UBS uma vez ao mês, porém a equipe atendia grupos semanalmente, realizando uma pausa na última semana do mês.

Resolvemos aproximar nossas tentativas práticas com o conceito de Círculo da Cultura, desenvolvido por Paulo Freire. A palavra círculo faz referência a participação de todos os envolvidos no processo, ao passo que Cultura está relacionada com a visão Dialética apresentada pelo autor. A metodologia pode ser definida como:

“[...] um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (Monteiro, 2007).”

O método incita a vivência participativa para a construção do conhecimento, com ênfase no diálogo como propiciador da reflexão e da ação no caminho da emancipação dos sujeitos envolvidos, ademais são ainda utilizados o intercâmbio de conhecimentos e informações para tal objetivo (Monteiro, 2007).

A metodologia proposta por Paulo Freire (Freire, 1979) permite a flexibilidade e a adaptação a cada situação educacional. Devido a esta flexibilidade aplicamos esta metodologia adaptando as condições encontradas na UBS.

Segundo a enfermeira da equipe o único espaço disponível para esses encontros seria a sala de espera da UBS, e que o tempo disponível para esses encontros seria de 20 a 30 minutos antes dos atendimentos médicos. Os sujeitos participantes constituíram-se de mulheres e homens, com idade entre 50 e 76 anos, que apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial, *Diabetes mellitus* ou outras doenças crônicas como osteoporose, disfunções da tireóide, insuficiência renal.

Para tanto foram realizados um encontro com a equipe e outros quatro com os três grupos de Hipertensão organizados pela equipe, as atividades aconteceram a partir de perguntas norteadoras que visavam suscitar a dúvida e debate acerca de temas concernentes à Hipertensão e à Diabetes.

Durante todos os encontros tudo que foi feito e falado foi anotado em um caderno (Minayo, 1992). Para chegarmos aos resultados, utilizamos a análise temática (Minayo, 1992) para a interpretação do conteúdo.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP), com o parecer N° 420/2011.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro encontro com a equipe, além de explicitar a finalidade do projeto tivemos também a intenção de criar um vínculo para que a metodologia fosse eficiente e alcançasse o objetivo pretendido. Em seguida, tivemos um encontro com a equipe visando apreender o entendimento da equipe acerca da Educação em Saúde.

As práticas educativas que foram relatadas relacionam-se ao modelo hegemônico com disseminação de informações em saúde por meio de palestras, que segundo alguns autores (Costa & Lopez, 1996; Rego, 2004) é um método de efetividade limitada, não mudando o comportamento em definitivo dos sujeitos porque estes reagem temporariamente ao estímulo.

Considerando as necessidades levantadas, partimos para o planejamento e execução de ações de educação em saúde para os usuários dos grupos de Hipertensão da equipe de saúde sob a proposta dialógica de Freire. Como não conhecíamos os usuários e nem eles o grupo PET, planejamos o primeiro encontro visando a aproximação, acolhimento e vínculo.

No primeiro círculo, foi realizada a apresentação do grupo PET, composto por acadêmicos dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Psicologia e sua preceptora, uma dentista da UBS. Posteriormente, houve a apresentação dos participantes (retrato do grupo): nome, idade, atividade laboral e há quanto tempo está em tratamento nas UBS. Ao final, propusemos ao grupo uma reflexão a partir da frase: “A diferença entre o possível e o impossível está na vontade humana”. Alguns participantes expressaram suas opiniões e a relacionaram com a vivência da doença.

Devido ao tempo limitado de 20 a 30 minutos, optamos por introduzir o tema do autoconhecimento em relação à pressão arterial no segundo círculo. Com perguntas norteadoras sobre a “Pressão arterial”, abrimos possibilidades das pessoas se

manifestarem como sujeitos expressando o seu saber sobre sua condição de saúde. As perguntas Norteadoras foram: - O que é “pressão alta” para você? Um dos usuários se manifestou dizendo:

...pressão alta para mim é ter que deixar de fazer muita coisa errada que prejudica a saúde como comer certas coisas que fazem mal, como beber muito, eu por exemplo bebia muito até que eu vim ao médico aqui da equipe e ela me disse que eu tinha que parar imediatamente porque eu estava perdendo a minha saúde. (Usuário 1)

E outro:

gostaria de saber qual a origem, a raiz dessa pressão alta?(Usuário 2)

A partir dessas questões explicamos o que é a Hipertensão arterial e porque ela sofre alterações. Além disso, os pacientes relataram sintomas e experiências em relação ao aumento da pressão arterial, e falaram sobre as conseqüências da hipertensão arterial. Acrescentamos que mesmo sem a presença dos sintomas, a pressão pode estar elevada, e explicamos as conseqüências do tratamento inadequado da doença.

O terceiro círculo foi iniciado com a pergunta: Quais os cuidados que você tem tomado para ajudar a controlar a sua pressão, além do uso de medicamentos? Algumas pessoas responderam que se deve diminuir a quantidade de sal, outros relataram que praticam exercícios físicos. Neste momento perguntamos se eles sabiam qual a relação do excesso de sal com o aumento da pressão, ninguém se manifestou, então, falamos sobre o mecanismo de atuação do sal e da gordura no organismo. Perguntamos se eles sabiam a diferença entre o colesterol bom e o ruim, uma usuária relatou que usa somente o azeite de oliva, outra relatou que tem consumido uma pequena porção de abacate. Falamos sobre as características dos alimentos citados e daqueles que são prejudiciais ou benéficos à saúde. No final entregamos uma porção diária “de sal de ervas” (5g) a cada participante, com o intuito de visualizar a quantidade a ser ingerida ao dia.

No quarto e último círculo, propusemos uma dinâmica visando à reflexão do grupo. Entregamos a cada participante uma folha de papel em branco, enquanto o animador ia falando sobre o desenvolvimento individual da vida humana os participantes deveriam amassar suas folhas, ao final, tiveram que desamassar o papel. A reflexão proposta faz o paralelo entre a folha de papel e a vida, cada um tem uma história e marcas físicas e psicológicas, mas é possível minimizar essas marcas através de hábitos saudáveis visando uma melhor qualidade de vida, ressaltando principalmente a importância da alimentação, da prática de exercícios e do constante acompanhamento na unidade básica de saúde. Frisamos a importância da compreensão sobre as condições da própria saúde e do papel do profissional da saúde enquanto educador.

4 CONCLUSÕES

A Educação em Saúde, através do contato teórico e prático, mostrou ser uma ferramenta importante e um caminho para as atividades de prevenção e promoção em Saúde. No entanto, percebemos que a lógica curativista ainda reina nas atividades desenvolvidas, como o despreparo dos profissionais para atuação no sistema público de saúde e a carência de processos de formação continuada, o que pode ser notado pelo desinteresse e afastamento da equipe em relação às atividades desenvolvidas. Esses impasses se materializaram em vários momentos do nosso trabalho, desde as dificuldades iniciais em se construir um diálogo entre os cursos até o afastamento da equipe em relação às atividades desenvolvidas.

Na contramão dos processos formativos voltados para a lógica do Capitalismo tardio, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, PET-SAÚDE, representa uma alternativa, um encontro da formação de recursos humanos na área da saúde com a

discussão da consolidação do SUS através da atenção básica. Proporcionou-nos a aproximação com a prática, contribuindo na construção de experiência para a formação de uma práxis multidisciplinar, oportunizando conteúdos e experiências que faltam na maioria dos cursos de graduação. O contato direto com os usuários nos aproximou da realidade, nuances que nunca perceberíamos caso não tivéssemos a oportunidade de participarmos do PET-SAÚDE. Para os usuários, o ganho foi refletido na ampla aceitação das atividades propostas que diferiram sobremaneira das atividades realizadas anteriormente.

Entendemos, então, que assim, como a construção e consolidação do SUS acontecem permanentemente, consideramos que a experiência deste trabalho também ocorre desta forma. O envolvimento e elaboração do mesmo foram de grande valia para o desenvolvimento acadêmico e pessoal das integrantes, julgamos que é só através da prática que os conceitos teóricos ganham forma e contornos específicos que exigem intervenções plurais e constante reflexão sobre as relações e teorias envolvidas.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Educação em Saúde e Constituição de Sujeitos: Desafios ao Cuidado no Programa Saúde da Família**. 2004. 192 f. Dissertação. Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA).

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR, L. Bases da saúde coletiva. Londrina: **Editora da UEL**, v.1, 268p, 2001.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educacion para La salud. Madrid: **Pirámide**, p.25-86, 1996.

FREIRE P. Educação como prática da liberdade. 19ª ed. Rio de Janeiro: **Paz e Terra**; 1989. 150 p.

MACIEL, M.E.D.; BORGES, P.K.O.; SALES, C.M.; RENOVATO, R.D. Educação em Saúde na Percepção de Agentes de Saúde. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 2, p.340-345, 2009.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: **Hucitec Abrasco**, 1992.

MONTEIRO, E.M.L.M. **(Re) Construção de Ações de Educação em Saúde a partir de Círculos de Cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE**. 2007. 179 f. Tese, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE).

REGO, M.A.B. **Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes**. 2004. 139 f. Dissertação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia (GO).

ZANETTI, T.G.; VAN DER SAND, I.C.P.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; KOPF, A.W.; ABREU, P.B. Perfil Socioprofissional e Formação de Profissionais de Equipes de Saúde da Família: Um Estudo de Caso. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.