



Desafios para a Valorização das Representações Sociais e da Linguagem dos Sujeitos nas Atividades de Educação em Saúde

1 – Introdução

Este artigo visa a iluminar as discussões acerca da relevância das Representações Sociais e da linguagem dos sujeitos no tocante às práticas educativas no campo da saúde. Estas discussões têm como substrato os resultados preliminares do projeto de extensão “Educação em Saúde em Doenças Crônicas: desvendando o processo saúde-doença”,¹ implementado, no ano de 2007, pelo Programa de Atenção à Saúde do Adulto (PASA) e desenvolvido nos ambulatórios do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

O referido projeto vem buscando a construção de espaços de reflexão coletiva sobre os processos de saúde-doença, valorizando a perspectiva dos sujeitos, além de estar contribuindo para a sensibilização dos atores envolvidos em questões de cidadania².

Focalizando as Representações Sociais dos usuários como ferramentas nas atividades de cunho coletivo, espera-se contribuir para a inovação da linguagem na prevenção e promoção da saúde no que se refere às doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

Para a consecução dos objetivos propostos, são desenvolvidas ações em dois eixos distintos, porém complementares: o vinculado à extensão, ao ensino e à pesquisa, que oferta aos pós-graduandos e aos acadêmicos uma proposta didático-pedagógica materializada em um amplo programa de treinamento, cuja meta, entre outras, é propiciar o acúmulo teórico-prático necessário para a produção de conhecimentos inovadores nos campos da linguagem, da cidadania e da saúde; e o da assistência, que se centraliza na experiência dos usuários acerca do processo saúde-doença por eles vivenciados, destacando-se aí o papel central da

Eliane T. Natividade Teixeira¹,
Bárbara Cristina Filgueiras Ross²

Resumo

Este artigo visa iluminar as discussões acerca da relevância das Representações Sociais e linguagem dos sujeitos, no tocante às práticas educativas no campo da saúde. Estas discussões têm como substrato os resultados preliminares do projeto de extensão “Educação em Saúde em Doenças Crônicas: desvendando o processo de saúde-doença”, implementado pela equipe de Serviço Social do Programa de Atenção à Saúde do Adulto (PASA), e desenvolvido nos ambulatórios do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Para a consecução dos objetivos propostos, são desenvolvidas ações em dois eixos distintos, porém, complementares: o eixo vinculado à extensão, ao ensino e à pesquisa, que oferta aos pós-graduandos e aos acadêmicos, uma proposta didático-pedagógica materializada em um amplo programa de treinamento, que tem como uma das metas propiciar o acúmulo teórico-prático necessário para a produção de conhecimentos inovadores no campo da linguagem, da cidadania e da saúde; e o eixo da assistência, que se centraliza nos usuários, na experiência acerca do processo saúde-doença por eles vivenciados, destacando-se aí o papel central da linguagem (para além de um instrumento de comunicação) no desvelamento das Representações Sociais que entremeiam este processo.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Representações Sociais, linguagem.

¹ Graduada em Serviço Social pela FSS/UERJ, Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Assistente Social do Programa de Atenção à Saúde do Adulto (PASA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. E-mail: elianenatividade@yahoo.com.br

² Graduada em Serviço Social pela ESS/UFRJ, Mestre em Serviço Social pela ESS/UFRJ, Assistente Social do Programa de Atenção à Saúde do Adulto (PASA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. E-mail: barbara.surcin@yahoo.com.br

linguagem (para além de um instrumento de comunicação) no desvelamento das Representações Sociais que entremeiam este processo.

Cumpre destacar que o principal antecedente do referido projeto foi a análise de dados quali-quantitativos obtidos ao longo do processo de reestruturação do Programa de Atenção à Saúde do Adulto (PASA), realizado nos anos de 2005 e 2006. Esta reestruturação teve como pontos centrais a necessidade de garantir tanto a qualidade dos serviços prestados à população, priorizando as necessidades e interesses dos usuários, quanto à qualidade das atividades docente-assistenciais, uma vez que a área é campo de *treinamento em serviço/pós-graduação* (com a inclusão de residentes) e *campo de estágio curricular* (com a inclusão de estagiários bolsistas e não-bolsistas).

A reestruturação do Programa teve como ignição uma pesquisa documental cujo resultado revelou que as atividades até então desenvolvidas centravam-se no atendimento social individual (plantão) – o que restringia o acesso da população ao Serviço Social e limitava sobremaneira o potencial do Programa enquanto campo de treinamento. Entretanto, num primeiro momento, foi necessário manter essa atividade e retomar ações coletivas centradas na socialização dos direitos, as quais estavam paralisadas devido à escassez de recursos humanos.

A retomada cotidiana dessa frente de trabalho propiciou um novo olhar para o potencial do Programa ante a possibilidade de se realizarem ações de Educação em Saúde que pudessem contemplar a multiplicidade de demandas provenientes da população atendida nos diversos ambulatórios do HUPE.

A partir da identificação dessa potencialidade, as assistentes sociais³ formularam os projetos de “Educação em Saúde, a saber: Ações de prevenção e Detecção Precoce do Câncer” e “Educação em Saúde: DSTs/AIDS – Promovendo a saúde, prevenindo os riscos”. No segundo semestre de 2006, tiveram início as pesquisas quantitativas para se delinear o perfil da população atendida e quali-quantitativa, com vistas a avaliar o alcance das ações e obter indicadores que apontassem elementos para ampliar e qualificar as atividades do Serviço Social do PASA. Tais pesquisas abarcaram desde os atendimentos sociais às ações de Educação em Saúde desenvolvidas.

De acordo com os dados obtidos entre janeiro e novembro de 2006, foram realizados 1.358 atendimentos sociais individuais. Em levantamento subsequente, foi identificado que, no segundo semestre de 2006, 461 usuários estavam acometidos por algum tipo de doença crônica.

No que se refere às atividades coletivas, aqui denominadas “grupos de sala de espera”, pois são realizadas pela equipe de Serviço Social no espaço dos ambulatórios, enquanto os usuários aguardam a consulta médica, destaca-se que, entre agosto e novembro de 2006, foram realizados 51 grupos, com a participação de 708 usuários, sendo 438 mulheres e 270 homens. Nestas atividades, foram abordadas as temáticas referentes ao acesso aos medicamentos gratuitos, ao passe livre municipal e estadual, aos direitos previdenciários, à prevenção do câncer, à prevenção das DSTs / AIDS e à promoção da saúde (importância do uso do preservativo, de adesão ao tratamento, etc). Ao final de cada grupo, os usuários eram convidados a participarem, voluntariamente, da pesquisa que estava em curso. Eram distribuídos questionários semi-estruturados, cujos objetivos centravam-se na avaliação do impacto e na relevância das ações coletivas e educativas do Serviço Social junto aos usuários do hospital.

Assim, foi possível identificar que:

- 97% dos usuários envolvidos afirmaram que a atividade contribuiu para o conhecimento de direitos sociais e previdenciários; 3% se opuseram a essa afirmativa;
- 92% afirmaram que pretendem buscar estes direitos e apenas 6% reportaram que não têm interesse em buscar interar-se sobre este assunto; 2% não responderam à pesquisa;
- 91% avaliaram que o acesso a esses direitos facilitará a continuidade do tratamento de saúde, 7% acreditam que o acesso a esses direitos não facilitará a continuidade do tratamento e 2% não responderam;
- 91% afirmaram que pretendem procurar o Serviço Social do PASA com a finalidade de aprofundar o conhecimento acerca dos seus direitos, bem como esclarecer dúvidas pendentes, e 9% afirmaram que não pretendem procurar o Serviço Social.

A análise dos dados apresentados demonstrou a relevância do trabalho do assistente social

no campo da saúde, em especial, aquele voltado para as práticas educativas.

Ao longo da realização dos grupos de sala de espera, várias indagações vieram à tona: como colocar em prática ações coletivas que mobilizassem, de fato, os usuários? Como enfrentar os silêncios, a diversidade das expressões para além do que é dito? Como criar condições para estimular a horizontalidade no processo de comunicação entre profissionais e usuários? Como mobilizar os usuários para a participação no seu processo saúde-doença? Qual o impacto do adoecimento na vida dos usuários? Enfim, as questões eram numerosas, porém, estimulantes.

Face à multiplicidade de indagações, é possível afirmar que trabalhar com grupos é desafiante, uma vez que significa transitar pela imprevisibilidade, num território em que são escassas as produções teóricas, em especial, no campo do Serviço Social.

Frente ao exposto, os profissionais envolvidos nas atividades passaram a buscar novo subsídio para servir de parâmetro às ações de Educação em Saúde, qual seja: a Teoria das Representações Sociais. Nessa perspectiva, a linguagem e a vivência dos sujeitos envolvidos adquirem um papel central na medida em que:

Do ponto de vista dos profissionais de saúde [a linguagem] implica não só uma retroalimentação do conhecimento, mas em um novo conhecimento, qualitativamente diverso. (...) Supõe um processo crítico de desvendamento dos implícitos ou do não-dito; implica a problematização do que se apresenta como evidência, como verdades acabadas, ou como meias-verdades; implica a problematização dos interesses individuais e coletivos; a valorização da relação dos elementos afetivos e cognitivos, atenção às formas de expressão, e como nos diz Orlandi (2001, pp. 33-6) a propósito do discurso pedagógico, ‘expor-se a efeitos de sentidos possíveis, deixar espaço para a existência do ouvinte como ‘sujeito’; saber ser ouvinte; não fixar o lugar do ouvinte. (MENDONÇA, 2006, p. 199)

Desse modo, as ações desenvolvidas no projeto têm tido implicações diretas, tanto para os usuários, uma vez que prevêm uma ação transformadora no processo saúde-doença, quanto para os treinandos (pós-graduandos e graduandos) inseridos no PASA.

Com vistas a somar esforços no sentido de consolidar uma proposta de Educação em Saúde

que valorize a perspectiva dos sujeitos, foi firmada uma parceria com a Faculdade de Serviço Social da UERJ⁴, que resultou no Projeto de Assessoria às Práticas Educativas, cujo eixo de análise são as ações desenvolvidas no projeto “Educação em saúde em doenças crônicas: desvendando o processo saúde-doença”.

1.1- Desafios para a valorização da linguagem e da vivência dos sujeitos nas atividades de Educação em Saúde

Considerando a centralidade das representações sociais e do papel da linguagem do sujeito nas discussões ora apresentadas, há que se ressaltar a colocação de Minayo de que “nas Ciências Sociais [as Representações Sociais] são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”. (1994, p. 158).

Assim, estas constituem um instrumento para análise dos aspectos sociais, pois retratam a realidade. São, de fato, uma forma de compreender a relação cotidiano/sociedade e de valorização da participação do indivíduo na reelaboração de significados para os fenômenos da vida cotidiana. É justamente por entendermos o processo saúde-doença como um dos inúmeros aspectos que compõe a vida cotidiana dos sujeitos, que afirmamos a necessidade do desenvolvimento de ações de Educação em Saúde que ultrapassem o modelo biomédico presente, ainda hoje, na Instituição Médica. Esta opera na capacidade, socialmente legitimada, de definir limites que se constituem sobre bases biológicas e que encobrem os fatores sociais e culturais dos processos de saúde-doença. Segundo Teixeira,

Este aspecto é reafirmado através de relações que se dão dentro de um esquema corporativo e legitimador de atos e discursos. Longe de atuar como um todo homogêneo, a medicina opera com abordagens diferenciadas e com o controle de uma técnica que lhe confere reconhecimento e legitimidade, enquanto instância produtora de normas e significados. (NATIVIDADE TEIXEIRA, 1999, p. 26)

As fontes de autoridade do saber médico se referem aos aspectos biológicos e às dimensões sociais em suas diferentes manifestações – relações sociais, comportamentos e representações. É possível pensar que, embora as intervenções do saber

médico apoiem-se em seu cunho terapêutico mais aparente, sua capacidade normativa acaba sendo encoberta pela compartimentalização das abordagens e pela naturalização dos aspectos que envolvem todo o processo de adoecimento.

Esta questão carece ser problematizada na medida em que se amplia o olhar sobre as necessidades do sujeito, na busca de uma perspectiva de trabalho diferenciada dos modelos voltados para a promoção de comportamentos adequados para a prevenção e/ou controle dos processos de saúde-doença.

Há que se concordar com a colocação de Boltanski (1989), quando afirma não existir ação sobre a ordem biológica sem a mediação da ordem cultural, que as traduz em códigos de conduta e proibições, pois que nos processos de saúde-doença também estão presentes elementos normativos, muitas vezes estigmatizantes, que fazem com que o indivíduo participe do seu próprio processo como mero espectador e não como sujeito ativo e capaz de indagações fundamentais para o desvelar da realidade que somente ele próprio vivencia.

Entretanto, se o desejo não é reproduzir junto aos usuários uma prática que reitera esse discurso, é necessário interagir com os sujeitos, lançando foco sobre a linguagem. Reconhecer as representações e preconceitos por eles vivenciados colabora para a construção de um conhecimento em que aflora o novo, construído em conjunto. É somente desse modo que a fala do profissional deixa de ser preponderante para abrir espaço à *interlocução ativa*, através de uma nova linguagem em saúde, no que se refere ao trato das doenças crônicas, as quais geram repercussões graves para a população atingida, tanto em termos clínicos quanto na experiência subjetiva do processo saúde-doença. Pelo fato de serem incapacitantes e de evolução prolongada, acarretam lesões irreversíveis que produzem impacto direto na qualidade de vidas das pessoas.

1.2 – Aspectos sociais e epidemiológicos das Doenças Crônicas

As chamadas *Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*⁵ (DCNTs) constituem grave problema de saúde pública, tendo em vista a incapacidade de absorção pela rede de saúde (SUS), bem como o elevado grau de morbidade entre a população.

De acordo com os aspectos acima citados, há que se destacar dentre as DCNTs as cardiopatias. As chamadas Doenças Coronarianas se manifestam, habitualmente, como obstruções progressivas das artérias, que podem ocasionar angina ou infarto do miocárdio. A Cardiopatia Hipertensiva também é relevante, tendo em vista que o quantitativo de pessoas acometidas pela Hipertensão Arterial é alto entre a população brasileira.

Outro fator importante apontado pelo Ministério da Saúde (2006) refere-se ao fato de as doenças coronarianas afetarem as pessoas de todas as etnias, com incidência maior entre os brancos, sobretudo entre 35 e 55 anos. Após os 55 anos, o índice de mortalidade no sexo masculino diminui, enquanto ascende entre as mulheres. Entretanto, os fatores de risco mais relevantes, segundo o Ministério da Saúde, são os hábitos de vida dos indivíduos.

As DCNTs têm em comum os chamados “fatores de risco”. Em termos epidemiológicos, risco significa a maior probabilidade de que pessoas sadias expostas a certos fatores adquiram uma doença. Estes fatores são os hereditários, os ambientais, os socioeconômicos e os comportamentais. De acordo com a abordagem médica, a associação desses fatores aumenta sobremaneira o risco de acometimento de algumas das doenças, o que de fato não pode ser desconsiderado.

Entretanto, a forma pela qual os profissionais de saúde orientam a população acerca de tal problemática é que poderá interferir na adesão e manutenção do tratamento. Neste sentido, consideramos que uma atitude reguladora e normatizante contribui para produzir e aumentar ainda mais os medos, estigmas e preconceitos em relação a algumas doenças, principalmente, aquelas cujo imaginário social já se encarregou de produzi-los.

Todavia, nossa proposta contempla a abordagem junto aos sujeitos, de suas concepções acerca do que seriam, de fato, hábitos saudáveis e fatores de risco para o adoecimento. Importa-nos o conhecimento sobre como se configura o acesso tanto às informações sobre os processos de saúde-doença quanto ao tratamento propriamente dito.

Consideramos que esta discussão contribui de maneira decisiva para os trabalhos coletivos que buscam abordar, de forma mais acessível, tais questões, pois levanta elementos que auxiliam a

ampliação da reflexão acerca das experiências dos sujeitos, da captação de suas representações sociais, com vistas a inovar a linguagem da promoção e prevenção em saúde.

No que se refere ao conceito de *Doença Crônica Transmissível* (DCT), destaca-se a idéia de que “existem formas específicas em que o agente etiológico da doença passa de um indivíduo para outro” (Czeresnia, 1997, p.43).

A doença carregava o estigma da rejeição do outro ao negar-se a condição de ser um risco para todos em favor de uma noção de grupos de risco⁶, hoje difusa.

Outra DCT que vem sendo alvo de preocupações em termos de saúde pública é a tuberculose, devido ao crescimento de casos notificados. Estudos apontam que a tuberculose tem forte vinculação com a pandemia da AIDS e com o acirramento das desigualdades sociais, ampliadas pela lógica neoliberal que norteia as ações do Estado brasileiro.

Outra doença crônica transmissível que envolve estigmas é a Hanseníase, associada historicamente à idéia de peste, que pelo completo desconhecimento de sua etiologia, significava a segregação social, a mutilação e a morte. Para Czeresnia, “esse é um exemplo característico do modelo de práticas suscitado pela lepra, que incluía exílio, exclusão e purificação” (1997, p.44).

Em relação à Hanseníase, de acordo com o CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo), em 2004, foram detectados 49.078 novos casos no Brasil, o que reforça a relevância de ações de prevenção que contribuam para a reflexão acerca do estigma e preconceito que envolve a doença.

Com isso, é possível reafirmar a importância de se desenvolverem ações que fomentem discussões com os usuários acerca da complexidade do processo saúde-doença. Assim, as ações de Educação em Saúde com ênfase na prevenção/promoção da saúde devem contribuir para a desmistificação de preconceitos relacionados às várias doenças acima pontuadas, criando inovações na linguagem, entendendo-a

(...) como prática e, considerando o objetivo de fortalecimento do usuário como sujeito de sua saúde, não posso pensar na socialização de informações relativas aos processos saúde/doença sem estar interessada no que os sujeitos pensam, sentem no lugar de onde estão falando. (MENDONÇA, 2006, p. 200)

Outro ponto relevante e imprescindível ao fazer profissional do Assistente Social está relacionado ao desenvolvimento de atividades que possibilitem o acesso às informações sobre os direitos sociais junto à população já acometida por estas doenças⁷, no sentido de contribuir para sensibilizar os sujeitos para questões de cidadania. Tais estratégias visam a contribuir ainda para a fiscalização da implementação das políticas públicas, estimulando o controle social e a participação popular, na medida em que os sujeitos passam a ter consciência acerca destas questões, muitas vezes por eles desconhecidas.

Por fim, mas não menos importante, destaca-se também o desafio de propiciar um espaço de treinamento avançado, no qual as ações profissionais são alvo constante de execução, reflexão e nova ação, permitindo uma constante retroalimentação do fazer profissional.

Contribuir para a formação de novos profissionais e para o aprimoramento daqueles já formados (pós-graduandos) requer reflexões constantes no sentido de buscar estratégias de superação dos limites que o exercício profissional encerra, assim como possibilitar avanços concernentes ao complexo fazer profissional do Assistente Social.

Posto isso, figura como uma das metas do nosso projeto criar condições que propiciem o (des)envolvimento constante dos treinandos (graduandos e pós-graduandos) na capacitação teórico-metodológica e prático-operativa exigida de um profissional de Serviço Social que pretenda balizar suas ações em saúde de uma forma diferenciada dos modelos biomédicos, com vistas a garantir a prestação de serviços de excelência a uma população que, cada vez mais, carece de uma atenção tecnicamente qualificada e comprometida ética e politicamente.

2 – Objetivos

Traçamos como objetivo geral a implantação de amplas ações de Educação em Saúde referentes às DCNTs e DCTs voltadas para a promoção da saúde e da cidadania dos usuários atendidos pelos ambulatorios, criando espaços para a reflexão acerca do processo saúde-doença onde são valorizadas as representações e a linguagem dos sujeitos que as vivenciam.

Estabelecemos como objetivos específicos:
I) oferecer um campo de treinamento para gra-

duandos e pós-graduandos que integre o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência, visando à formação de profissionais com maiores qualificações teórico-metodológicas, ético-políticas e prático-operativas, de modo que atuem ativamente no projeto; II) organizar e realizar ações coletivas que visem a ampliar o conhecimento e acesso aos direitos, priorizando o interesse dos usuários, com vistas a fomentar a participação em fóruns representativos e Conselhos de Direitos; III) produzir materiais de Educação em Saúde (cartilhas, folhetos, murais), utilizando como matéria-prima as representações sociais dos usuários, captadas nas atividades de salas de espera, para inovar a linguagem da prevenção e promoção da saúde; IV) levantar recursos intra e extra-institucionais; V) realizar pesquisa quali-quantitativa visando a conhecer os impactos das ações profissionais e perfil dos usuários, bem como obter indicadores que contribuam para a melhoria da assistência prestada; VI) aprofundar a parceria interinstitucional com a FSS / UERJ, com vistas à produção conjunta de conhecimento no âmbito do Serviço Social e à retroalimentação das ações.

3 – Metodologia

Os referenciais teórico-metodológicos que permeiam o projeto são as representações sociais (Moscovici, 1995) e a pesquisa quali-quantitativa (Minayo, 2002). Para que sejam alcançados os objetivos propostos, estão sendo realizados grupos na modalidade de salas de espera, entendidos como espaços de interlocução ativa entre profissionais e usuários – enquanto sujeitos reflexivos e não como ouvintes passivos –, visando à coletivização das reflexões e desvelamento do processo saúde-doença. Assim, estaremos utilizando elementos da denominada “prática-reflexiva”, a qual

(...) tem como base a socialização da informação como instrumento de indagação e ação sobre a realidade social. O aspecto educativo aqui está direcionado para a transformação das condições geradoras dos problemas vivenciados, buscando contribuir na promoção de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, com prioridade para o trabalho com grupos sociais – o trabalho coletivo. À população não basta se organizar para reivindicar; faz-se necessário ter acesso a um saber que a instrumentalize no

como e no que reivindicar, na busca de alternativas possíveis e como viabilizá-las. (VASCONCELOS, 1997, p.134)

Assim, estão sendo desenvolvidas ações que se distanciam do modelo tradicional de “palestras”, cuja finalidade é o repasse didático de informações, sem garantir a efetiva participação/reflexão dos sujeitos envolvidos no processo. O propósito tem sido garantir que as Representações possam ser valorizadas como elementos relevantes nas práticas educativas, considerando que

fazer circular a palavra interessa sobremaneira o sentido que ela carrega, a perspectiva do sujeito em relação a determinado assunto, pois o tema só vai emergir se abrirmos espaço para o diálogo, se estimularmos as falas. (MENDONÇA, 2006, p.199)

4 – Conclusões

Nosso projeto foi implementado no início do período letivo (2007) e, como não obteve financiamento de nenhuma natureza (seja para contratação de pessoal, seja para a aquisição de materiais e equipamentos), conta apenas com alguns profissionais já envolvidos no PASA, a saber: 2 Assistentes Sociais Staffs, 1 Residente, 1 estagiária sem bolsa e ainda 1 Residente e 1 estagiária (inseridas em outro projetos do Programa, o que as qualifica como colaboradoras indiretas), além da assessoria da Professora Doutora da FSS/ UERJ. Ainda assim, cabe assinalar o esforço que tem sido despendido para a manutenção das atividades propostas.

As ações têm sido centradas nos atendimentos individuais e nos grupos de salas de espera. No presente artigo, nos detivemos na análise das possibilidades da modalidade de atuação vinculada aos grupos. Assim, é importante destacar como tem se dado a operacionalização destas ações. Primeiramente, partindo da análise das demandas individuais espontâneas e das próprias salas de espera, são identificados os assuntos mais recorrentes nas mesmas e, a partir daí, são planejadas novas ações. Essa etapa é constituída por leituras bibliográficas, previamente selecionadas, discussões em Supervisões e Oficina de Métodos e Técnicas⁸, após a qual tem início a realização da atividade. A equipe, organizada em trios⁹, vai até os ambulatórios, onde os usuários aguardam a consulta médica (em geral, permanecem em tor-

no de 20 pessoas no local), e realiza os grupos de salas de espera. Ao final da atividade, ocorre uma nova supervisão, durante a qual são discutidos o conteúdo e a dinâmica da atividade.

Como desdobramentos subseqüentes, são realizadas reuniões entre a equipe do projeto e a professora, nas quais ocorre a apresentação das experiências e leitura dos relatos produzidos. Nessas reuniões, discute-se a importância do registro, ou seja, o que é relevante relatar para construir indicadores qualitativos que subsidiem tanto a retroalimentação do fazer profissional quanto a produção de conhecimento. Nesse sentido, tem sido discutido como o registro é marcado pelo olhar e pela percepção do relator, e, ainda, pelo recorte que mais o mobiliza. Tomamos como exemplo, numa das supervisões, a reflexão de uma das estagiárias acerca do motivo de seu relato ter sido focado na ação do profissional. A estagiária refletiu que, mesmo de forma latente, o seu interesse era de apreender como se realiza a atividade de grupo. Daí o foco ter ficado mais centralizado nas falas das assistentes sociais supervisoras que realizaram a atividade. Reforçamos, então, a necessidade de estarmos mais atentas à fala dos usuários, para desvelarmos as representações ali contidas, visto que apenas eles próprios vivenciam o seu processo saúde-doença.

Uma questão amplamente problematizada e trazida pela professora/assessora está relacionada à forma como o profissional encara a atividade de grupo e sua relação com os usuários. Ao indagar, na supervisão, se os profissionais acreditam que de fato possam apreender o grupo como espaço de troca – o que possibilita a interlocução entre os saberes, propiciando que o profissional também aprenda nesta inter-relação – uma residente mencionou não acreditar ser possível o profissional aprender com os usuários, deixando subjacente uma visão profissional de centralização de saber/poder. Ora, se o profissional já tiver de antemão uma visão preconcebida e cristalizada, na qual o seu saber é preponderante, como conseguirá ter um olhar para desvelar o processo vivenciado apenas pelo usuário? Com esse tipo de olhar, desconsidera-se que o profissional não tem a experiência do processo saúde-doença que somente os sujeitos vivenciam. É preciso pensar: “Conheço a doença, mas não sei como os sujeitos a vivenciam” (Mendonça, 2007 – reunião de supervisão).

Estas questões reforçam ainda mais a importância da realização de capacitações/treinamentos

que busquem contribuir para a superação de uma concepção de prática educativa centrada no profissional e que caminhe no sentido de construir práticas que vão ao encontro de ações que valorizem a horizontalidade das relações nas atividades de grupo.

Outro ponto discutido ao longo das diversas reuniões foi a dificuldade da equipe em ultrapassar o campo dos direitos sociais, aspecto que pode ser creditado ao fato de ser um território no qual os profissionais de Serviço Social se sentem seguros para transitar. Porém, refletimos que, apesar da profunda relevância de trabalhar o tema dos direitos, se o objetivo do projeto são as ações educativas no campo da saúde, é necessário que encontremos estratégias para de fato avançarmos nesse campo. Outra possibilidade levantada para a centralidade do tema dos direitos foi creditada ao fato de que, mesmo de forma indireta, os profissionais estavam dirigindo a temática, pois começavam a atividade com as seguintes perguntas lançadas ao grupo: “Alguém conhece o Serviço Social, o que a assistente social faz?” Refletimos que esta pergunta direcionava o assunto para a delimitação do tema “direitos sociais”, pois criava uma correlação direta entre o Assistente Social e o seu papel na contribuição para o acesso aos direitos.

Tendo em vista essa dificuldade inicial, foi adotada a estratégia de mudar a forma de iniciar a atividade, obviamente, garantindo a apresentação prévia dos profissionais. Buscamos introduzir diretamente perguntas relativas à Educação em Saúde. A partir dessa mudança, foi possível iniciar a atividade incitando a participação dos usuários, fazendo, como afirma Mendonça (2004), “circular a palavra, para que pudéssemos trabalhar na perspectiva proposta”.

Há que se considerar que o projeto ainda está em vigência, e que nossas considerações acerca da atividade são preliminares. Porém, é possível afirmar que, ainda assim, têm sido bastante profícuos os espaços de reflexão criados a partir da relevante e indispensável parceria com a professora coordenadora do projeto de extensão “Assessoria às práticas educativas”. Cumpre enfatizar que, somente com esta valiosa contribuição, tem sido possível o caminhar neste terreno fértil e desafiante.

Notas

¹ Elaborado e coordenado pelas Assistentes Sociais Eliane T. Natividade Teixeira, Mestre em Saúde Pública

ca – ENSP/FIOCRUZ e Bárbara C. Filgueiras Rossi, Mestre em Serviço Social – ESS/UFRJ. Este projeto encontra-se cadastrado no DEPEXT/UERJ.

² Vieira (1997) lembra que o conceito de cidadania é pautado na clássica definição de Marshall que estabeleceu uma tipologia dos direitos de cidadania. Seriam os direitos civis os conquistados no século XVIII; os direitos políticos os alcançados no século XIX – ambos chamados direitos de primeira geração – e os direitos sociais os conquistados no século XX, chamados direitos de segunda geração.

³ Eliane T. Natividade Teixeira e Bárbara Cristina Filgueiras Rossi, que conduziram o processo de reestruturação do PASA e elaboraram e coordenam os projetos de Educação em Saúde na área.

⁴ Na pessoa de Eliana Azevedo Pereira de Mendonça, Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-graduação da FSS/UERJ e Professora Adjunta do Departamento de Política Social.

⁵ Dentre as chamadas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), pode ser elencado um extenso rol, com destaque maior para as cardiopatias, as doenças ósteo-articulares, as doenças pulmonares, a hipertensão, o diabetes, entre outras.

⁶ O Programa de Atenção à Saúde do Adulto realiza um projeto especificamente voltado para a Prevenção de DST/AIDS devido à grande demanda detectada nos levantamentos realizados pela equipe responsável. Sendo assim, não detalharemos esta temática.

⁷ Vale lembrar que os ambulatórios do HUPE são referência no atendimento a esta população.

⁸ Momento em que os treinandos têm a oportunidade de experienciar, em equipe, como se dará o desenvolvimento da atividade das salas de espera propriamente dita.

⁹ Organizados da seguinte forma: responsável, suporte e relator.

Referências Bibliográficas

ASSIS, M. “Educação em saúde e qualidade de Vida: para além dos modelos, a busca de comunicação”. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n° 169. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CZERESNIA, D. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MENDONÇA, E A. P. “Tematizando gênero e sexualidade nas práticas educativas”. In: *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2004.

MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: HULITEC ABRASCO, 1994.

MOSCOVICI, S. “Prefácio”. In: GUARESCHI, P. A. E JOVCHELOVITCH, S. (orgs), *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

ORLANDI, E. P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas de discurso*. Campinas: Pontes, 2001.

NATIVIDADE TEIXEIRA, E.T. *Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1999.

VASCONCELOS, A. M. “Serviço Social e prática reflexiva”. In: *Em Pauta*, n° 10, Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 1997.

VIEIRA, L. *Cidadania e Globalização*. Rio de Janeiro, Ed. RCB, 1997.

Abstract

This article aim at giving light to the discussions about the relevance of Social Representations and language of citizens, concerning the educational practices in the health field. The mentioned discussions has as a substratum the preliminary results of the extension project “Education in Health in Chronic Diseases: revealing the health-disease process” established by the Social Service team of the Program Attention to the Health of the Adult, and developed in the ambulatory of the University Hospital Pedro Ernesto. To the consecution of the proposed objectives two actions are developed in two distinct axes, however complementary: **the axle linked to extension, to teaching and the research** that offers to postgraduands and the students of a university, a proposal didactic-pedagogical accomplished in a wide training program, which has as target to propitiate the theoretical-practical accumulation essential to innovative knowledge production in the language field, of citizenship and health; and the **assistance axle** centralized in the users, in the experience about the health-disease process lived deeply by them, pointing out the main role of the language (over and above of a communication instrument) in the uncovering of the Social Representations meanwhile this process.

Keywords: Social Representations, Education in health, language.



Estratégias de Cuidar na Atenção Básica e as Doenças Crônicas não Transmissíveis

Ana Lúcia Abrahão¹

Introdução

O controle das doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes, representa um dos grandes desafios, hoje, postos para a saúde mundial. As estatísticas sobre essas doenças são alarmantes. Só no continente americano, a hipertensão está presente em cerca de 140 milhões de pessoas. Metade delas desconhece ser portadora da doença, por não apresentar sintomas e não procurar serviço médico. Dos que descobrem ser hipertensos, 30% não realizam o tratamento adequado, por falta de motivação ou recursos. No Brasil, estima-se que 22% da população adulta sofra de hipertensão e 8% tenha diabetes (MS, 2004).

Vale ressaltar que as doenças cardiovasculares causam 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade e atingem a população adulta em plena fase produtiva. Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), essas doenças são responsáveis por 1,15 milhão de internações por ano, com um custo aproximado de R\$ 475 milhões. Desse total, 25,7% são gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM). Nesses números, não estão incluídos gastos com procedimentos de alta complexidade.

Essas doenças acabam evoluindo para quadros clínicos mais graves, como infarto agudo no miocárdio, derrames e problemas renais, que geram aumento da demanda nos serviços de saúde. Por outro lado, tais agravos podem ser evitados com hábitos simples, como uma alimentação saudável e uma rotina de exercícios físicos.

O Brasil desenvolve o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o de Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, por meio do Plano de Re-

Resumo

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) configuram um quadro grave na saúde pública brasileira. O julgamento e a adoção das vias na condução de medidas de prevenção são de responsabilidade das organizações de saúde e dos profissionais que trabalham nestas instituições. Por outro lado, o trabalho em saúde depende de uma série de saberes que podemos, de forma geral, denominar de tecnologias. Tecnologias que não são exclusivamente identificadas como equipamentos e, segundo Merhy (1997), são classificadas em leve; leve-dura e dura. Neste artigo, temos como objetivo identificar as estratégias usadas na manutenção do tratamento dos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Para tanto, utilizamos como espaço para a investigação o grupo educativo e as consultas de enfermagem que acontecem no interior do projeto de extensão "Modos de cuidar em Saúde Coletiva, buscando a Integralidade das ações em Saúde", aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal Fluminense. Os resultados apontam para a possibilidade de assistência integral, compactuando com a proposta do SUS e articulada à realidade do cotidiano institucional, levando à melhoria da qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Cuidado em saúde, Atenção Básica, Processo de Trabalho em Saúde, Tecnologia.

¹ Doutora em Saúde Coletiva na área de Gestão e Planejamento, Sanitarista. Professora, Pesquisadora da EEAAC/UFF. abrahao@vm.uff.br