

Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias

Maria Veraci Oliveira Queiroz* e Maria Salete Bessa Jorge

Universidade Estadual do Ceará. *Autor para correspondência. Rua Barbosa de Freitas, 941, apartamento 1101, Aldeota, 60170-020, Fortaleza, Ceará, Brasil. e-mail: veracioq@hotmail.com

RESUMO. Estudo sobre as práticas de educação em saúde no cuidado da criança, com o objetivo de compreender as ações educativas no contexto de cuidados da criança e identificar as concepções dos profissionais e as intervenções junto às famílias. Utilizamos pressupostos da etnografia e o discurso do sujeito coletivo. As concepções dos profissionais encontram alguns pontos de convergência com a prática diária manifestada nas categorias: Educação em saúde como orientação para o cuidado; Educação em saúde como processo comunicativo e relacional; Trabalho em equipe e planejamento da prática educativa. Concluímos ser a educação em saúde uma prática indispensável ao cuidado infantil que propicia aproximação do profissional com a família, permite acompanhar o crescimento e o desenvolvimento melhorando a qualidade de vida. Para tanto, devemos superar atitudes autoritárias e facilitar a rede de comunicação entre os profissionais e a família responsável também pela saúde da criança, tornando-os sujeitos da ação.

Palavras-chave: cuidado infantil, educação em saúde, família, comunicação.

ABSTRACT. Education action in child's care and professionals' interventions in the families. This study is about education praxis in health in relation to child's care. The objective is to understand educational action in child's care context, identifying professional's conception and interventions in the families. We used assumptions of ethnography and the speech of collective subject. The professional's conception presented some convergent points on the daily praxis appeared in the categories: Education in health as orientation to the care; Education in health as communicative and relational process; Teamwork and educational practice planning. We concluded that education in health is an indispensable praxis to child's care, because it makes easier the approach of professional to the family, allows accompaniment of growth and development, improving life quality. Therefore, we should overcome authoritative attitudes and facilitate the communication net between professional and the family who is also responsible for the child's health, making them subjects of action.

Key words: child's care, education in health, professional, families, communication.

Introdução

Durante a atuação de cuidados com a criança, sempre encontramos espaços para a educação em saúde, especialmente no contato com a criança e sua família. O processo educativo deve permear todas as práticas de cuidado da criança, e envolver a família em seu contexto de vida. No entanto, as propostas de educação em saúde ainda permanecem centradas na transmissão de conhecimentos fundados nas concepções dos profissionais, que nem sempre levam em conta o saber das famílias, a existência de práticas populares, as representações sobre o processo saúde-doença, enfim as condições existenciais no processo de ensino e de aprendizagem.

As informações/orientações destinadas às famílias fazem parte dessas ações e comumente são carregadas de idéias segundo as quais a doença decorre da falta de conhecimento e de dedicação das mães, principalmente inexistindo uma análise do contexto em que vivem essas famílias. Esse argumento às vezes é usado na tentativa de criar um sentimento de culpa nos responsáveis pela criança, pois, talvez, diante do impacto, as famílias se esforcem para seguir as orientações repassadas. Esse é um pensamento a reger condutas profissionais, mas nem sempre favorece a assimilação e a adesão de condutas "ensinadas", porquanto essa forma de agir não oferece oportunidade da mãe/família refletir e decidir sobre a melhor forma de aprimorar e de desenvolver o cuidado da criança.

Em estudos realizados com as famílias sobre a saúde da criança, as mães mostram o enfrentamento nas situações de doença e demonstram as possibilidades de aprender, a partir de experiências com a doença do filho, pois em determinados momentos tornaram-nas mais orientadas e cientes do direito de perguntar, de obter explicações sobre as condições de saúde do filho, facilitando sua participação e sua decisão nos cuidados de saúde, embora em muitas ocasiões tenham enfrentado dificuldades no relacionamento com os profissionais da área de saúde (Queiroz, 1998).

Apesar dos profissionais terem intenção de orientar os cuidados para a saúde, repassam conhecimentos elaborados cientificamente, dificultando a compreensão do cliente. E o relacionamento, muitas vezes, se dá de forma assimétrica, coercitiva, confirmando somente as opiniões do profissional, faltando informações sobre o significado que essas pessoas atribuem ao processo saúde-doença.

As experiências vivenciadas no campo profissional retratam essa realidade e vieram fortalecer a idéia de investigar a prática de educação em saúde contextualizada no cuidado da criança, procurando entender e construir com os sujeitos dessa investigação um modo diferente de envolver e de ajudar as famílias a refletir sobre a melhor forma de cuidar da saúde da criança e os meios de alcançá-la.

Ao abordar a família na perspectiva de educação em saúde, o profissional deve acreditar nas suas potencialidades, permitir-lhe encontrar opções para a solução de seus problemas, com apoio de quem dispõe de condições para ajudar. O contexto atual de atenção à saúde da criança e da família exige a inovação urgente de uma prática que contemple a interação com a criança e com a família, e na qual o profissional atue junto aos pais e/ou responsáveis, facilitando a aprendizagem das situações e desafios do processo saúde-doença. Concordamos com Pilon (1996) quando expressa a opinião de que a tarefa de educação em saúde não é decidir o que é importante, mas facilitar as condições para as pessoas encontrarem a melhor forma de cuidar da saúde, tendo atitudes conscientes, decidindo por seu projeto de vida, fundamentado segundo os valores apoiados nas percepções, nos conhecimentos e nas experiências de cada pessoa.

É preciso entender que cada ser humano possui sua história, suas experiências de vida resultantes do seu convívio familiar e social, expressadas por meio da cultura, a qual determina a visão de mundo das pessoas, que se pode assemelhar ou não à cultura dos

profissionais. Por esse motivo, nessa relação ensino/aprendizagem, é necessária a compreensão da cultura, respeitando-a em sua plenitude. Sem a valorização desses aspectos, o processo educativo resultará acríptico e incongruente (Monticelli, 1997).

Ao reiterar o conhecimento sobre cultura na educação e na saúde, acreditamos que para cuidar/ensinar é preciso aproximar o profissional da realidade do cliente, no intuito de conhecer e de utilizar estratégias que venham, de fato, atender às necessidades do mesmo, respeitando suas peculiaridades culturais.

Nessa perspectiva, optamos por fundamentar este estudo na abordagem antropológica, ressaltando, principalmente, o pensamento de Geertz (1989, 2001) e Freire (1988, 2000), os quais têm em suas concepções o entendimento do ser humano em seu contexto sociocultural, valorizando experiências construídas socialmente. Assim, delineamos como objetivo central a compreensão das ações educativas no contexto de cuidados da criança, identificando as concepções dos profissionais e as intervenções junto às famílias.

Material e métodos

Trata-se de um estudo analítico sobre ações, pensamentos, atitudes, descrevendo e interpretando situações do cotidiano para compreender a realidade contextualizada nas experiências dos profissionais. Portanto, configura-se numa investigação qualitativa a partir de pressupostos da etnografia, tendo como modo de organização e de categorização das temáticas o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre *et al.* (2000).

Os autores utilizam figuras metodológicas que servem para organizar os discursos, sendo estas, condições prévias para análise e interpretação. Nesta pesquisa, utilizamos as seguintes figuras: **expressão-chave**, correspondente à transcrição literal de parte dos depoimentos, que mostra o essencial do conteúdo. Com as expressões-chave construímos o **discurso do sujeito coletivo**, que é o discurso-síntese representado coletivamente, revelando a diversidade de sentidos individuais manifestados por todos.

O campo da pesquisa foi um hospital público do Sistema Único de Saúde na cidade de Fortaleza - Ceará - Brasil, sendo realizada nos cenários de atenção e de cuidado da criança: unidade neonatal, alojamento conjunto e núcleo de aleitamento materno. A escolha dos informantes-chave foi de modo intencional, obedecendo a critérios que atendessem à especificidade da temática. Foram escolhidas 6 médicas, 10 enfermeiras e 2

nutricionistas que se dispuseram a contribuir e constituíam o perfil de sujeitos envolvidos no cuidado com a criança nesse ambiente. Procuramos respeitar os aspectos éticos relacionados à instituição e aos sujeitos da pesquisa. O projeto foi aprovado pela comissão de ética; os informantes ficaram cientes do termo de compromisso de ambas as partes (pesquisadores e pesquisandos) e assinaram o termo de consentimento formal. Enfim, a pesquisa se desenvolveu baseada na Resolução n.º 196/96, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

A coleta de dados se deu por meio da observação livre e da técnica de entrevista gravada. As observações permitiram conhecer as atividades no campo da educação em saúde, o modo como os profissionais desenvolvem essa prática e como envolvem a família nesse processo. Complementando estas informações realizamos as entrevistas norteadas pelos seguintes questionamentos: Para você o que é educação em saúde? Fale sobre sua atuação no campo da educação em saúde ao cuidar da criança; como você procura envolver a família no cuidado da criança a partir da educação em saúde?

O processo de análise das informações iniciou-se com a organização das entrevistas que foram transcritas pela pesquisadora. Ao compreender o conteúdo de cada entrevista e sua relação com o todo, pudemos organizar, codificar e tabular as “falas” dos informantes seguindo a orientação do DSC de Lefèvre *et al.* (2000). Fizemos a leitura cuidadosa de cada entrevista, destacamos os temas que se relacionavam ao objeto da pesquisa, extraímos as expressões-chave (fala literal do informante) e abstraímos as idéias centrais de cada tema, conforme os questionamentos feitos. Do conjunto de expressões-chave elaboramos as categorias de acordo com a convergência, a divergência e a complementaridade, presentes em cada discurso individual, formando, assim, o Discurso do Sujeito Coletivo. As temáticas/categorias originadas do processo analítico-interpretativo foram: *Educação em saúde como orientação para o cuidado; educação em saúde como processo comunicativo e relacional; Trabalho em equipe e planejamento da prática educativa.*

Os achados foram discutidos à luz do referencial de Geertz e de outros pensadores.

Resultados e discussão

DSC - Educação em saúde é orientar a mãe e a criança sobre as práticas de saúde, os cuidados básicos e a prevenção de doenças. As famílias e as mães recebem o conhecimento por meio de informações repassadas pelos profissionais que

observam e tentam corrigir a mãe para que ela cuide da criança no hospital e em casa. Essas orientações/informações ocorrem no contato com os profissionais durante as consultas por meio de vídeos, palestras em que eles enfatizam a amamentação, sua relação com o crescimento e com o desenvolvimento da criança, com o relacionamento familiar e com as possíveis conseqüências pelo não-cumprimento das orientações. A educação em saúde tem como finalidade preparar a mãe para que ela cuide de si e do bebê e as orientações são referentes à alimentação, às vacinas, à prevenção de doenças, à higiene de forma que ela [mãe] terá condutas pautadas no que aprendeu; envolver a família para que dê seguimento ao acompanhamento da criança e esta cresça em um ambiente saudável. Essa forma de conscientizar a mãe sobre os cuidados, a amamentação e as suas vantagens como a qualidade do leite, as questões financeiras ajuda a mãe a entender e promove o desenvolvimento saudável da criança.

O DSC expressa o pensamento de um grupo que considera a educação em saúde como orientação ao cuidado, componente fundamental das práticas de saúde na área infantil. Os discursos são interpretados sobre as relações do imaginário e a realidade que se opõe a essas concepções.

Para alguns, a educação em saúde significa o repasse de conhecimentos profissionais no sentido de orientar sobre os cuidados à saúde, denotando a forma de educação em que prevalece o saber científico na intenção de “corrigir” a mãe ou mesmo “prepará-la” para cuidar de si e do bebê. Essas são maneiras de pensar o cotidiano da prática educativa no cuidado da criança, recorrendo a algumas ações básicas voltadas à higiene e à prevenção de doenças como fatores essenciais para a saúde infantil. Entretanto, são ações restritas e dominadoras e não implica promoção da saúde com participação do cliente no processo.

São concepções denotadoras da atuação do profissional como condutor da atividade de educação em saúde, a qual pode desenvolver-se de diversas maneiras. Porém, nem sempre há envolvimento da mãe, pois predomina a concepção de uma consciência mecânica vazia a ser preenchida com conteúdos. Esse modo de educar nega o diálogo como essência da educação (Freire, 1988).

A prática de educação em saúde na área pediátrica tem uma dimensão abrangente e, mesmo não possuindo uma definição clara do modelo teórico a ser seguido, precisa resgatar princípios que direcionem o educador para atitudes capazes de contemplar uma comunicação fundamentada no conhecimento antropológico.

Essa afirmação nos remete à idéia de que a educação em saúde se desenvolve como processo social vinculado à cultura e, para entendê-la no seu universo de significados, deve ser considerado o

contexto dos acontecimentos, situando-o, sem reduzir sua particularidade. Para Geertz (1989), significa um entendimento da singularidade; ver as coisas do ponto de vista do outro. Segundo o autor, para termos uma compreensão aproximada do real é necessário que as formulações simbólicas sejam orientadas pelos atos. Isso é, uma aproximação entre o imaginário e o real a partir de observações e inferências das manifestações.

Os profissionais apresentam em suas percepções a reprodução do sistema organizacional e cultural ao qual pertencem, acrescida de suas experiências, e tentam definir o significado de educação em saúde da forma como concebem e/ou vivenciam no seu local de trabalho. Enfatizam o papel das mães como receptoras do conhecimento e ressaltam sutilmente o “envolvimento” da família não para o aprendizado em si, mas para cumprirem a orientação sobre o cuidado da criança, mantendo “condutas corretas”, favoráveis à saúde da criança e dela. Portanto, o envolvimento do educando (criança e família) não está diretamente relacionado com o processo de aprendizagem.

Nesse sentido, é preciso retomar a cultura desses profissionais inseridos no contexto dos sistemas institucionais de saúde, os quais mantêm estruturas de poder em que os profissionais determinam as ações, controlando-as sob normas e disciplinas. É comum existir o momento de “educação em saúde” para inserir idéias, conhecimentos profissionais na forma de diálogo, sem oferecer oportunidade ao cliente para manifestar-se, refletir sobre o que é dito e o que ele pensa sobre isso, não possibilitando participação nas decisões de cuidado da criança, mas, às vezes, uma concordância passiva ou até mesmo uma imposição.

Considerando que os profissionais da área pediátrica tem como foco principal do cuidado a educação, nessa perspectiva, as ações desenvolvidas no cuidado estão correlacionadas com a educação e voltadas, principalmente, às ações preventivas e de promoção à saúde, sendo, portanto, a educação em saúde uma das intervenções profissionais a preocupar-se com o agir da mãe e de outras pessoas responsáveis pela criança. Então, o profissional deve compartilhar as idéias e decisões com elas para que possam entender e agir guiados por uma consciência surgida da elaboração intermediada pelo pensamento, pela ação e pela reflexão. Esses atos promovem um novo conhecer que se sobrepõe ao conhecimento já existente, como parte da cultura a qual orienta as atitudes da mãe.

Por conseguinte, o significado atribuído pela mãe aos ensinamentos recebidos e a maneira como os

interpretam têm a ver com a sua cultura, ou seja, com o sistema simbólico formado nas interações sociais (Geertz, 1989). A partir desse autor, entendemos que ao abordar o outro e, principalmente, a prática educativa, não se pode desconsiderar as condições históricas, a organização social, o envolvimento afetivo e, enfim, o saber cultural.

Esse pensamento traz uma aproximação ao discurso dos profissionais quando enfatizam a ocorrência do contato com o cliente como uma prerrogativa à educação em saúde e, ainda, a “conscientização”. No entanto, esse momento interacional em busca de ensinar e aprender só acontecerá se houver envolvimento de ambos, em que cada um assume o papel de sujeito da ação em contato com a realidade, desmistificando-a ou decodificando-a, ou seja, passando do abstrato ao concreto, da parte ao todo, para depois voltar a essa parte pela percepção crítica do concreto, começando pela experiência vivida demonstrada pela linguagem. Assim, emerge um novo conceito de “conscientização” no sentido de ter uma consciência crítica, não apenas na esfera do ouvir e do aprender para fazer. Nessa condição de sujeito, toma posse da realidade, numa posição crítica, anunciando e denunciando, expondo seus limites e suas possibilidades.

No esclarecimento de Morin (1996), o pensamento é uma atividade do espírito, a se estender na esfera da linguagem, da lógica e da consciência, uma dialógica complexa de atividades e de operações de aptidões cogitantes do espírito humano. Nessa atividade cogitante é que o cliente, ao receber orientações/informações, faz um movimento entre pensar, refletir e agir. Assim, o profissional que conduz o processo de educação em saúde não deve se esquecer, omitir ou duvidar da capacidade do cliente, mas creditar apoio, ajudando no processo reflexivo e promovendo condições favoráveis à aprendizagem.

O entendimento sobre o que o profissional diz em relação à atividade educativa a envolver a mãe/família é uma ação complexa. Por isso, torna-se imprescindível resgatar a função do profissional/educador, e, em primeira instância, compreender o processo de comunicação. Esta envolve a linguagem, a subjetividade, os fatores psicológicos e emocionais, a inteligência e a saúde mental. Por fim, tem a ver com a interpretação do profissional sobre as condições contextuais do cliente e requer uma mudança de postura no sentido de aceitar o que o cliente diz, embora argumente e,

assim, envolvê-lo no processo como alguém que ajuda a construir a realidade.

Geertz (2001), ao discutir sobre as produções mentais, defende a tese de que o pensar é uma atividade social e, portanto, somos responsáveis por ele tanto quanto por qualquer outro ato social. Para ele, o pensamento é conduta e, como tal, reflete, inevitavelmente, na qualidade de situações humanas em que foi produzida. Nesse sentido, o autor salienta o grande desafio do trabalho humano, no caso, a educação voltada à saúde, em que as concepções regem o fazer. Este não deve estar desvinculado das situações do cotidiano, da experiência, da sensibilidade das pessoas. A razão sensível é importante no desenvolvimento do trabalho com pessoas em qualquer circunstância da vida.

Dentro das concepções racionalistas, o pensamento se volta apenas à razão, numa dicotomia entre sujeito e objeto, entre pensar e sentir e as ações são pontuais. Entretanto, as pessoas não são apenas razão, elas manifestam emoção, sensibilidade, motivação, permeando o pensamento e a ação. Desse modo, não há como cuidar ou “ensinar” sem o contato, sem o conhecimento das condições individuais e socioculturais. Conforme ressalta Gadotti (1998), ensinar exige inserir-se na história, num imaginário mais amplo que envolve saber científico elaborado e também o saber cotidiano, pois o aluno não registra em separado as significações instrutivas das significações educativas e cotidianas.

Nessa perspectiva, a educação em saúde não se volta a um motivo ou situação única, mas se dirige ao cotidiano do viver em sociedade e passa a ser uma ação dinâmica, de reflexão e da luta pela transformação da realidade, não somente como uma atividade individual em que o profissional assume postura “ingênua” e domina o pensamento e a ação do outro, tornando-o alienado.

Ao falar em educação, Freire (2000) associa vários conceitos, como mudança, liberdade, leitura do mundo, referindo-se à compreensão crítica da realidade a envolver por um lado a denúncia e por outro o anúncio do que ainda não existe. Nessa perspectiva, é preciso repensar a forma de direcionar as “ações educativas” ainda impregnadas de autoritarismo, capazes de impedir a liberdade da pessoa receptora dessa ação. Ao mesmo tempo, é imprescindível pensar nas políticas de saúde que dão suporte às ações geradoras dessa prática e entender movimentos e propostas que apóiam o agir profissional.

Ao retomar os discursos, apreendemos que na ação de cuidar da criança se insere perfeitamente a ação de educar, quando o profissional pode ajudar a mãe e a própria criança a aprimorar o cuidado à saúde, mantendo comportamentos de baixo risco com vistas a promovê-la à saúde. Cuidar da saúde infantil inclui um conjunto de ações profissionais e familiares e, oportunamente, estes podem aprender também com os profissionais, pois em muitas situações conduz-se com base no ensinado. Para haver um consenso entre as ações profissionais e as ações da mãe que abarca o conhecimento popular, faz-se necessária uma aproximação entre um e outro ou a repadronização desse cuidado. Nesse caso, há necessidade de que o profissional apreenda e interprete a cultura da mãe/família num compromisso com a saúde da criança.

Educação em saúde como processo comunicativo e relacional

Essa categoria foi construída a partir dos discursos que convergem e complementam a idéia de uma educação em saúde como processo comunicativo imbricado nas relações interpessoais entre cliente e profissional.

DSC – Educação em saúde se relaciona com as informações que as mães e as famílias recebem no contato com os profissionais durante as consultas, em vídeos e palestras. Envolve o relacionamento do profissional com a criança e a mãe, uma conversa procurando escutá-las, conhecer as suas necessidades e as suas diferentes experiências, pois umas mães são orientadas e outras não. O profissional deve orientar conforme a realidade de cada cliente, de maneira simples. Eles terão participação, podendo perguntar, contestar, tirar dúvidas. Há também uma troca de conhecimentos nos pequenos grupos formados e a mãe não é apenas ouvinte. Algumas mães se sentem constrangidas e mostram-se silenciosas, percebem a diferença entre elas e os profissionais da área de saúde. Por isso é necessário conversar num clima de amizade e de descontração, pois a população é carente e, quando se abre, pede ajuda.

Os entrevistados apresentam diferentes entendimentos sobre a educação em saúde e destacam o contato, o relacionamento e o diálogo entre cliente e profissional, sendo imperiosa a escuta. Assim, demonstram as possíveis abordagens utilizadas na prática educativa, incluindo os elementos que se mantêm na rotina dos serviços. É um discurso a expor posições contrárias, pois há indícios de uma ação pontual, diretiva, manifestada nos atos de informar, de esclarecer dúvidas, não favorecendo a necessária interação cliente/profissional. Entretanto, esse mesmo discurso mostra as diferentes e aceitáveis maneiras de abordar o cliente, de forma que existem intenções

de uma aproximação com este, possibilitando conhecê-lo e ajudá-lo nas suas necessidades de saúde.

Esse momento de abertura, de escuta, possibilita ao outro o uso da palavra, a expressão de sentimentos, experiências prévias e necessidades, permitindo a troca. Ao mesmo tempo, o profissional utiliza o seu saber, a intuição, e pode descobrir a maneira adequada de ajudar, de esclarecer, de trocar idéias necessárias e interessantes àquela família que busca meios de melhorar a saúde. A nosso ver, essa postura sugere ações educativas que permitem a participação e o diálogo e, conseqüentemente, a abertura à reflexão das ações profissionais e das possíveis atitudes da mãe/família em relação ao cuidado. Nesse tipo de atitude, o profissional nega postura autoritária e dominadora e assume a função de um “facilitador” do conhecimento, e, enquanto ensina, também aprende e mediatiza o desvelamento da realidade (Freire, 1988). Nessa concepção, o sujeito “aprendiz” é livre para verbalizar seus anseios, suas dúvidas e o sujeito educador terá maior chance de conhecê-lo, ajudá-lo na resolução de seus problemas.

Na prática, há situações nas quais o profissional se distancia, não exercita a função de educador, seja por motivos operacionais relativos às condições de trabalho, seja porque ainda não assimilou em seu fazer esta atitude precípua na ação de educar que pressupõe reconhecer as possibilidades do outro em aprender quando é estimulado, desenvolvendo a autonomia de cada sujeito envolvido no processo.

Essa relação depende da abertura do profissional, o qual, na função de educador, deverá utilizar meios para facilitar a aprendizagem, e esta dependerá de circunstâncias relativas ao ambiente, às pessoas envolvidas, às condições de trabalho, enfim, ao desempenho pessoal inserido no contexto da prática de cuidados à criança.

Nessa perspectiva, o fazer do profissional envolve a escolha de uma abordagem didático-pedagógica a contemplar valores tais como os salientados por L'Abbate (1997), ao ressaltar que os trabalhadores ao acreditarem no “ideário” promovido pela educação devem ter a competência para desenvolver atividades profissionais que vão além da dimensão técnica e política, incluindo-se a ética, a ser considerada como verdadeira mediação entre o técnico e o político. Corroborando a idéia, Leopardi (1999) afirma que a noção distorcida de objetividade promove a distância entre o “indivíduo-enfermo” e o profissional, o qual assume uma relação autoritária na qual o doente é substituído pela doença, tornando as rotinas e métodos mais

importantes que o sujeito, foco central que originou o trabalho. Nesse sentido, conforme ele acrescenta, as transformações, demandando um aprendizado formal e uma normatização legal, não parece terem sido bem assimiladas e redundou numa espécie de “esterilização do cuidado”, forçando um distanciamento entre profissional e doente. Estamos cientes de que a superação desse distanciamento ocorre pelo caminho do diálogo e das interações, permeando todas as ações de cuidar/educar com resgate dos valores éticos e humanos.

Há, nesses discursos, o reconhecimento de que as mães se mostram “constrangidas”, às vezes, pela timidez ou mesmo pela falta de acesso aos profissionais. Esses acontecimentos trazem um repensar das atitudes dos profissionais para que eles não se limitem somente a conhecer o problema e intervir na doença da criança, mas procurem escutar a mãe, esclarecer dúvidas, explorando o contexto do cuidado domiciliar. Isso deve ser feito num clima harmonioso, “descontraído”, apropriado para “quebrar” o distanciamento entre o profissional e o cliente, conforme afirmado nos discursos.

O diálogo é uma necessidade existencial. Sobre ele as pessoas constroem significados, formulam sentidos e, a partir deles, desenvolvem suas práticas, entrelaçadas com a cultura. Segundo Geertz (1989), a cultura deve ser tratada como sistema simbólico e deve atentar-se para o comportamento, pois é mediante a ação social que as formas culturais encontram articulação. Com base nesse pensamento, é possível entender parte das ações dos sujeitos envolvidos no estudo, por meio dos discursos eles explicam esse fazer coletivo e as significações expressas na subjetividade de cada um.

Ficou evidente a partir da linguagem dos profissionais que a educação em saúde é, sobretudo, um ato relacional e comunicativo, sendo relevante a conversa em que o profissional escuta, conhece as necessidades do cliente e suas diferentes experiências. Assim, o profissional terá a capacidade de agir de acordo com a realidade dos sujeitos e contribuir para a superação de postura ingênua, na qual o educando apenas recebe um conteúdo pronto, às vezes não adequado à sua situação.

Desse modo, os profissionais devem desenvolver habilidades comunicativas capazes de facilitar a compreensão dos usuários, como eles percebem a si mesmos, suas idéias, seus valores, a expressão de suas necessidades. Segundo Faria (1998), geralmente o usuário sente-se inferior em conseqüência do modelo racional científico adotado pelos profissionais de saúde, o que repercute diretamente nas relações interpessoais.

Mas, como afirmam Dilly e Jesus (1995), todo comportamento humano é aprendido. Aprende-se a dar respostas a situações que contribuem para satisfazer as necessidades de sobrevivência ou para se desenvolver como pessoa. Dessa maneira, aprende-se a refletir sobre a realidade, buscando maneiras de intervir na própria vida e na realização de cada pessoa. Para isso, é necessário valorizar experiências, buscar o que se sabe e o que não se sabe, pois as mães já trazem algum conhecimento. Assim discutem os entrevistados.

Pensar nessa possibilidade de valorizar experiências, de aceitar o pensamento do outro é agir conscientemente como educador, especialmente na área pediátrica. Nesse sentido, retomamos as idéias de Freire (2000) segundo as quais em qualquer instância da alfabetização de adultos estes devem ser considerados como sujeitos capazes de conhecer e não se deve, em nome da ordem e da disciplina, castrar a ativez do educando e a sua capacidade de ação, impondo atitudes silenciosas negadoras do seu próprio ser. Ilustrando a possibilidade de troca, de aprendizagem entre educador e educando, ressalta ainda que a educação tem sentido porque homens e mulheres aprenderam que é aprendendo que se fazem e se refazem. Assumem ser capazes de saber o que já sabem, de saber que não sabem, de saber melhor o que já sabem e de saber o que ainda não sabem. Essa compreensão do autor nos faz reconhecer nossa eterna condição de aprendizes, pois o desejo e a necessidade de saber são inatos ao homem.

Na prática de educação em saúde, o profissional exercita essa sabedoria, pois está sempre ensinando e aprendendo. O conhecimento do cotidiano pode ser reforçado com as informações do cliente; esse conjunto de dados pode ser ressignificado pelo profissional, criando condições para que a mãe aprenda, pensando sobre cada situação vivida pelas famílias e assim agir integrando o conhecimento científico ao conhecimento da realidade.

Em algumas situações, conforme os profissionais expressam, a orientação tem como finalidade ensinar a mãe a cuidar no domicílio. Sobre essa possibilidade, retoricamente colocada nos discursos, pudemos observar e registrar depoimentos das mães que estavam com filhos na unidade neonatal ao afirmarem ter aprendido a cuidar do filho observando os profissionais e mostravam-se satisfeitas em poder cuidar: trocar fralda, banhar, amamentar quando já era permitido na UTI neonatal. Uma delas enfatizou:

“Hoje eu sou a mulher mais feliz do mundo porque cuidei do meu filho”.

Entretanto, outros depoimentos foram contrários ao relatarem a dificuldade de aproximação com o filho, pois sentiam uma estranheza da equipe; comentaram sobre a dificuldade de contatar com os profissionais, de conhecer o médico que cuidou do seu filho e não sabiam identificar quais eram as enfermeiras dentro da equipe.

Desse modo, apesar da boa vontade de alguns profissionais para ajudar e envolver as mães o mais cedo possível com o seu filho, essa não é a atitude da maioria. Portanto as dificuldades parecem estar relacionadas a condutas da equipe, pois esta não se posiciona de forma igual no sentido da ajuda e do acolhimento da mãe na unidade neonatal.

Em referência ao complexo e dinâmico processo comunicativo, Faria (1996) tece considerações sobre os elementos da comunicação: emissor, transmissor e mensagem. Esta corresponde a sinais que veiculam o significado ou conteúdo da mensagem transmitida no contexto da relação do transmissor e do receptor. Em uma mensagem estão conjugadas outras mensagens paralelas demonstradas pela linguagem não-verbal, como a entonação de voz, os gestos, o olhar e outros. É nesse âmbito da comunicação que se expressam as pessoas, estabelecendo entre si uma relação interpessoal, geralmente assimétrica no espaço dos serviços de saúde, ou seja, uma relação linear, tendo apenas o emissor, o profissional, que transmite a mensagem, e o receptor, o usuário, que processa e decodifica a informação transmitida.

Nessa análise das relações no processo de trabalho na saúde, conforme a autora comenta, quando se deseja eficácia dos cuidados de saúde deve-se considerar importante a relação interpessoal adequada entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. Em tal relação, ambos são alvo de influência mutuamente e o profissional deve estar atento à comunicação verbal e não-verbal e sobretudo ao conteúdo transmitido. Desconsiderar as potencialidades das pessoas impedindo a transmissão das necessidades, das expectativas e das trocas de experiências ou mesmo de um desencontro na comunicação impede colaboração por parte dos usuários no processo terapêutico.

Muitas vezes, os profissionais esquecem o valor das relações interpessoais e submetem-se a cumprir modelos de atenção e de cuidado voltados somente ao aspecto biológico, sem dar atenção aos significados das ações das mães no cuidado da criança. Esse fato provoca distanciamento entre o pensar/agir dos profissionais e as ações das mães. Por não valorizar a contento essa relação, por adotar atitudes “racionalistas”, não há oportunidade de compreender os processos de resistência e de

mudanças de comportamentos, aumentando, assim, as dificuldades da mãe em apreender as prescrições e as explicações sobre o cuidado. Isso implica uma maior resistência e uma divisão entre as ações profissionais e as ações do cliente, interferindo nas intenções referentes ao cuidado à saúde.

A proposta de educação em saúde vai além do cuidado físico e só é possível atentar para outras dimensões humanas por meio da comunicação entre cliente e profissional. Silva (2002: 23) argumenta que *“as finalidades básicas da comunicação são entender o mundo, relacionar-se e transformar-se a si mesmo e a realidade”*. Quando a comunicação tem como objetivo a educação em saúde, essas finalidades devem estar firmemente objetivadas na prática, portanto, aquela não se centrará apenas em um interlocutor. O diálogo para troca e possível transformação se dará quando envolver os sujeitos que assumem sempre as duas funções, ora emissor, ora receptor, tornando-se uma comunicação sujeito-sujeito.

Esse modo de relacionar-se com o cliente permite entender não apenas a comunicação verbal, mas também as formas de expressões gestuais, o modo de reagir ao que foi dito, possibilitando ao profissional interpretar o significado dessa comunicação. É uma atitude que requer sair da rotina, da normatização institucional e avançar para uma perspectiva de atendimento individualizado e ao mesmo tempo para um compromisso social com a transformação da realidade triste e feia da maioria das famílias que procuram os serviços públicos e que nem sempre são atendidas em suas necessidades. Temos de considerá-las como pessoas com dificuldades, mas com direitos e possibilidades de superação, dependendo da maneira como são “tratadas”.

Trabalho em equipe e planejamento da prática educativa

Nesta categoria os entrevistados elaboraram um discurso que compreende a concepção de educação em saúde como uma prática a ser desenvolvida em equipe, tendo um planejamento a integrar atividades profissionais com compromisso ético entre os pares e com os usuários.

DSC - A educação em saúde deve ser um trabalho em equipe, integrando todos os profissionais de forma planejada. Um trabalho prático e real com respeito mútuo, consenso e objetivo único para que o cliente não fique perdido. Deve ter uma base conceitual, científica e acompanhamento contínuo do cliente, o qual retorna, evitando o internamento da criança.

A essência desse discurso está ancorada na forma ideal de fazer a educação em saúde, a qual deve ser realizada em equipe, seguindo um planejamento para orientar as atividades a serem desenvolvidas com base no conhecimento científico voltado à realidade do serviço/clientela.

A necessidade de planejamento e de integração da equipe na prática de educação em saúde tem sua fundamentação na experiência dos profissionais entrevistados que não só reconhecem, mas vivenciam no cotidiano, a descontinuidade das intervenções e as implicações para esses clientes (criança e mãe), os quais, diante dessa condição, ficam “perdidos”, enquanto os profissionais demonstram insatisfação pela não-concretude dessa prática a contento.

Os trabalhadores de saúde, em geral, seguem os protocolos instituídos, cumprem rotinas estabelecidas pelo serviço, sem que haja um planejamento atualizado conforme as necessidades. Quando o trabalho assistencial ou educativo é feito de forma individualizada, ou seja, cada um assumindo seu estilo individual, às vezes passa despercebida a necessidade de rever as práticas e de renovar as estratégias de atuação. Sem um controle social, o qual pode ser feito pelo grupo atuante, há maior possibilidade das ações tornarem-se rotinizadas, não permitindo a inovação de alternativas e de criatividade capazes de instaurar mudanças no serviço, garantindo êxito. Corroboramos a idéia dos profissionais ao defenderem a necessidade do trabalho em grupo e de forma planejada, promovendo, assim, objetivos comuns que resultem em um cuidar/ensinar com qualidade.

Os profissionais têm, muitas vezes, uma prática condicionada por uma seqüência de ações, procedimentos, rotinas mecanizadas, dissociadas do saber, esquecendo às vezes, o relacionamento interpessoal. Isso resulta num trabalho fragmentado que exclui importantes aspectos subjetivos, sociais e emocionais dos indivíduos. Nesse sentido, de acordo com os discursos, as ações educativas deveriam contemplar uma melhor organização do trabalho em equipe, no intuito de atender às necessidades da criança/família.

Esse agir está condicionado também às mudanças ocorridas em razão da tecnologia que instrumentaliza o processo de trabalho, o qual contribui na resolução de problemas de saúde, do mais simples ao mais complexo, mas deve ser entendido como um meio para otimizar as ações, pois não substitui o trabalho humano, essencialmente o cuidado a envolver subjetividades,

conseqüentemente, uma gama de necessidades diferenciadas para cada pessoa. A educação em saúde pretende atingir parte dessa subjetividade a partir dos processos de interação e de comunicação entre os sujeitos que recebem a ação e os que promovem a ação. Assim todas as atividades de cuidado da criança devem ser estruturadas com base nessa prerrogativa a se concretizar no trabalho de uma equipe interessada na melhoria da saúde infantil.

A educação em saúde, por ter objetivos abrangentes e diversificados, engloba inúmeras ações, as quais devem ser realizadas integradamente e de forma planejada, atendendo às dimensões do ser criança em um contexto social e familiar. A prática educacional voltada à saúde da criança e da mãe, na fase de gestação e, principalmente puerpério, exige essa integração, visto que a saúde da mulher e da criança nesse período é complexa e caracterizada por mudanças, portanto as intervenções não se concentram nas mãos de um profissional. Por isso, há necessidade de um trabalho em conjunto capaz de facilitar as intervenções e a continuidade do acompanhamento para a mãe e a criança.

Nesse sentido, os profissionais ressaltam que o objetivo da educação em saúde deve ser único, no intuito de não “desorientar” o cliente. Está posta a necessidade de consenso e de continuidade do acompanhamento do cliente. Fazem, portanto, referências à prática educativa interdisciplinar, no entanto, expressam as dificuldades de implementá-la. Eles revelam a inexistência de um trabalho em equipe a envolver profissionais que lidam com a criança. Confirmam a falta de base conceitual e estrutural e a existência de posturas profissionais indiferentes a uma prática construída com adesão de todos. Dessa maneira, percebemos a necessidade dos serviços integrarem forças no sentido de operacionalizar os paradigmas do SUS como eixo norteador de ações interdisciplinares, conforme está firmemente colocado nos documentos oficiais que orientam práticas de saúde integradoras e humanizadoras.

Um dos empecilhos à integração dessas forças é a descontinuidade existente nos serviços de saúde, que muitas vezes ocorre quando a atividade ou o programa é assumido por uma pessoa ou por um grupo de profissionais, os quais a centralizam, sem compartilhar com outros, pois embora afirmem o contrário, na prática prevalece a individualidade, o registro e a marca de quem está à frente dominando. Outro fator que coopera para esse problema é a distribuição de atividades individualizadas, a burocratização, e todos recaem na falta de um trabalho compartilhado, socializando discussões,

decisões e recomendações que venham subsidiar uma prática organizada de acordo com as necessidades detectadas.

Corroborando a opinião de Pires (1999) sobre a atenção à saúde, conforme a autora, a complexidade dos problemas em saúde, o entendimento da totalidade só é possível com um inter-relacionamento entre áreas e profissões. A maioria das instituições, por não refletir sobre o processo de “assistir em saúde”, não trabalham com planejamento e participação dos profissionais, excluindo suas percepções e, conseqüentemente, a possibilidade de integração interdisciplinar, gerando fragmentação e alienação, ao invés do avanço qualitativo resultante dessa troca de práticas e saberes.

Em palestra apresentada no Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular, Pasquali enfatiza que a avaliação de ações educativas em saúde se refere, principalmente, ao alcance das metas propostas nos projetos de intervenção (Brasil, 2000). Tal conduta deixa uma indefinição nas estratégias de ação, acarretando prejuízos na efetivação das mesmas. Mas sem a definição de objetivos, conteúdo e estratégias de ação é improvável o alcance das metas planejadas. Daí a necessidade de planejamento em equipe, uma vez que sem ele não há como avaliar os resultados e a possibilidade de implementação de estratégias viáveis ao processo de mudança tão necessário na prática educativa.

Sobre o problema da descontinuidade, segundo adverte Elias (2002), se não corrigirmos nossos problemas estruturais, não vamos poder agir adequadamente. Iremos manter as incríveis descontinuidades nas políticas de saúde e estas constituem um impedimento das ações de saúde. O autor conclui que existe no Brasil exemplos de continuidades que tecnicamente alcançaram bons êxitos, pois elas têm compromisso com os interesses da sociedade; já são meio caminho andado enquanto a descontinuidade significa desfazer o que vem sendo feito, uma dinâmica perversa, dispendiosa e intolerável.

Tais discussões afloram cada vez mais nos serviços de saúde e vêm amparar as práticas de educação em saúde, no sentido de organizar-se para atender ao paradigma emergente em relação ao cuidado ético, humano e solidário que promove o autodesenvolvimento do cliente.

Conclusão

Considerando as questões principais do estudo, foi possível apreendermos parte das concepções dos profissionais, associadas ao fazer diário revelado nas

intenções e nas possibilidades de envolvimento da família, no cuidado da criança a partir da educação em saúde. Foi evidenciado nos discursos que esta estratégia é norteadora do cuidado infantil e oferece suporte ao acompanhamento da criança com vistas à promoção da saúde. Entretanto, para que esta ação seja otimizada, é necessário retomar o processo relacional e a escuta, a articulação entre os setores de atendimento à criança, o planejamento de atividades, enfim, a integração e o trabalho em equipe.

Nas idéias estão explícitos a falta de organização e a descontinuidade no atendimento, pois alguns profissionais fazem e outros não. Desse modo, algumas famílias ficam perdidas e abandonam o tratamento e/ou o acompanhamento da criança, optando por práticas desaconselháveis à saúde. Além disso, é preciso superar atitudes autoritárias e dominadoras que sugerem corrigir, de forma coercitiva sem promover momentos de reflexão, mas impor responsabilidades e às vezes até culpa pelo adoecimento da criança, pelo não-cumprimento das orientações profissionais sem análise das condições objetivas.

Nesse contexto, conforme mostra a prática, o modelo de educação em saúde predominante ainda é centrado no saber dos profissionais. Mesmo tendo sido destacadas em depoimentos ações diferentes no desenvolvimento desse processo, algumas idéias e posturas profissionais revelaram o não-dito sobre o paradigma imperante de dominação e de docilização que permeia as ações educativas. Esse indicativo é o ponto fundamental evidenciado nos discursos dos informantes.

Diante de tal postura profissional, acreditamos ser necessário rever práticas educativas com possibilidades de diálogo, escuta sensível sobre as manifestações dos sujeitos responsáveis pelos cuidados com a saúde da criança, facilitando a tomada de decisão “consciente”. Esse grupo reconhece a necessidade de fortalecer essas iniciativas, de integrar os serviços, de incluir mais pessoas, preparando-as para desenvolver uma prática que insira o projeto educativo compartilhado entre profissionais, criança e família, pois todos devem ter interesse e motivação para buscar transformações.

Parte dessa filosofia integradora que une, troca e complementa, transcende os limites da prática com intenção de atender o imediato, mas, compreende incorporar tais princípios e iniciativas e agir, pensando em um futuro promissor de promoção da saúde para a criança e para a família. Vale ressaltar que essas idéias são recortes de uma realidade multidimensional, conflituosa e dinâmica, portanto, em processo de construção. Trazem em si reflexões

que podem contribuir para mudanças, mas devem ser acrescidas de outras experiências no campo da pesquisa.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A educação em saúde necessária para a sociedade brasileira. I Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular e II Fórum de Saúde Opas/OMS/UnB. *Rev. Promoção da Saúde*, n. 2, p. 15 - 18, 2000.
- DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. *Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional*. São Paulo: Robe, 1995.
- ELIAS, P. E. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2002. v. 1.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I. MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Orgs.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002.
- FARIA, E. M. *Comunicação na saúde: fim da assimetria...?* Pelotas: Ed. Universitária/ UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outras*. São Paulo: Unes, 2000.
- GADOTTI, M. As muitas lições de Freire. In: MCLAREN, P. et al. (Orgs.). *Paulo Freire: poder, desejo e memórias*. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GEERTZ, C. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- L'ABBATE, S. *Comunicação e educação: uma prática de saúde*. In: MERPHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- LEFÈVRE, F. et al. (Orgs.). *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EducS, 2000.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. DSC passo a passo. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre/dscpassoapasso.html>>. Acesso em: 23 nov. 2001.
- LEOPARDI, M. T. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa Livros, 1999.
- MORIN, E. *O método III: o conhecimento do conhecimento/1*. Portugal: Europa América, 1996.

QUEIROZ, M. V. O. *Só a mãe conhece o filho: um estudo na etnoenfermagem*. 1998. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 1998.

MONTICELLI, M. *Nascimento, um rito de passagem*. Abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997.

PILON, A. F. *Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos*. *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 391-396, 1996.

Received on July 04, 2003.

Accepted on November 15, 2003.