

O TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Mário Pessoa Júnior¹

Francisco de Sales Clementino²

Henrique Marques Dagostin¹

RESUMO

O presente artigo traz em seu preâmbulo elementos sobre as práticas pedagógicas em educação em saúde e o trabalho com grupos. Este estudo surgiu a partir de atividades práticas e teóricas do Eixo de Atenção Primária à Saúde, no 3º período do Curso de Medicina da UFERSA, permitindo uma reflexão sobre as práticas educativas de saúde com grupos, seus desafios e possibilidades. Assim, apontamos para a necessidade de repensarmos a construção de meios eficientes na elaboração do trabalho educativo em saúde com grupos de idosos.

PALAVRAS CHAVE: Educação em saúde; Idoso; Trabalho com grupos; Visita domiciliar

INTRODUÇÃO

A Educação constitui um importante instrumento de compartilhamento e re-significação de saberes, crenças e idéias dos indivíduos, e que reflete intrinsecamente em seus modos de vida, especialmente junto a população idosa. Por ser um processo contínuo e dinâmico, todos os sujeitos, nos mais diversos ambientes, produzem e trocam novos conhecimentos entre si (VYGOTSKY, 1984).

Neste prospecto, podemos distinguir dois tipos educação: a formal e a informal. A educação formal é aquela dada dentro da instituição escola, onde na maioria das vezes há apenas o repasse de conhecimentos, sem articulação com a realidade dos educandos. Já a

¹Doutor, Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA, joao.pessoa@ufersa.edu.br

²Doutor, Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, fclementino67@yahoo.com.br

³Administrador, Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA, henrique.terranoval@hotmail.com

educação informal decorre de processos espontâneos dos indivíduos em suas experiências de vida, se dando nas ações coletivas (CHIESA, 2001).

A Educação Popular, voltada às classes populares, às suas necessidades e interesses, foi bastante influenciada pela pedagogia de Paulo Freire, que em muitas de suas obras enfatiza a importância do diálogo, do respeito à autonomia e dignidade dos sujeitos (FREIRE, 1987). Nos trabalhos de Paulo Freire vislumbra-se o rompimento do fazer pedagógico autoritário, pautado no ensino bancário, onde o educador detém o saber e o educando é apenas um ouvinte, objeto do processo ensino-aprendizagem. E este, a partir de então deve ter seus conhecimentos e saberes valorizados.

Influenciadas, inicialmente, pelos Estados Unidos e países europeus, emergem no Brasil as primeiras práticas de educação em saúde, denominadas de educação sanitária. Ligada ao modelo sanitarista-campanhista, voltavam-se às questões de higiene limpeza de portos, com intervenções pontuais nas classes populares para impedir surtos de epidemias que ameaçassem a economia do país ou atingissem os interesses da classe dominante.

Em 1988, com a consolidação do SUS, os movimentos populares ganham força, ancorados no princípio do controle social, e a população é engajada no setor saúde, podendo exercer uma cidadania e ter acesso à informação. As práticas educativas estão hoje arraigadas a ações que procuram mudar comportamentos, estabelecendo o que “certo ou errado”. Os profissionais vivem mais ligados à população, porém a educação em saúde, já não acontece como fora priorizado antes.

A educação em saúde com grupo de idosos enfatiza não o processo de transmissão de conhecimentos, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada de conhecimento e da organização política necessária à superação. Essa forma de se trabalhar saúde virá buscar elementos da realidade dos idosos envolvidos no processo saúde-doença, considerando os seus conhecimentos prévios para trabalhar soluções para os problemas por eles vivenciados (ALVES, 2001).

Nesse sentido, é preciso que a equipe envolvida na promoção da saúde do idoso e responsável direta pela população, adote instrumentos que sejam capazes de englobar todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença do coletivo e que dê suporte as ações adotadas nos trabalhos desenvolvidos. Assim, podemos entendê-la como instrumento que aproxima os profissionais e usuários, permitindo a formação de um vínculo maior entre eles, com o intuito de se prestar uma melhor assistência, onde sejam atendidas as necessidades prioritárias dos

envolvidos.

O presente artigo visa relatar como vem acontecendo o trabalho de educação em saúde junto a um grupo de idosos, mediante experiências de estudantes e docentes do curso de Medicina da UFERSA.

METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido a partir da proposta do Eixo de Atenção Primária, ofertada no 3º período, no Curso de graduação em Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido.

Inicialmente, nos aproximamos do referencial teórico a partir de educação em saúde mediante a leitura e análise dos textos propostos. Posteriormente discutimos em grupo e levantamos outras literaturas para o aprofundamento. Dando continuidade, construímos um esquete abordando a maneira como a educação em saúde/trabalhos com grupos vem sendo pensada e vivenciada na realidade dos serviços de saúde em Mossoró-RN.

Para dar suporte as discussões sobre Educação em Saúde e trabalho com grupos, utilizou-se a visita domiciliar para conhecer a realidade do grupo de hipertensos da UBS Antonio Camilo. E, posteriormente foi feita a análise da captação da realidade e a partir desta elaborado a proposta de intervenção que foi apresentada em sala de aula. Ao final, mediante as discussões e reflexões acerca da atividade desenvolvida, foi feita a análise e consulta de bibliografias para subsidiar a construção deste estudo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dos maiores desafios da educação em saúde é a forma como os trabalhos em grupos são executados. O que acontece ainda é que os profissionais fazem reuniões com a população e transmitem seus conhecimentos sem, no entanto, levar em conta os sentimentos, conhecimentos e reais necessidades da mesma. Esse tipo de prática acaba por distanciar os usuários dos trabalhadores, desmotivando-os a participarem dos encontros que visam educação e saúde.

Ao visitarmos os participantes do grupo de hipertensos “Bem Viver” percebemos que, embora muitos usuários participem ativamente e sejam ouvidos, há a necessidade de atentarmos para os motivos daqueles que não participam, reconhecendo e intervindo nos

entraves que dificultam tal integração. As práticas educativas poderão, então, ser planejadas de acordo com os elementos trazido na visita domiciliar, como os modos de andar a vida, o valor que a família atribui para trabalhos feitos nos serviços de saúde, concepções sobre saúde-doença e necessidades que poderiam ser trabalhadas por todos (FARIA, 1997).

Com nos traz Giacimozzi e Lacerda (2001) “a visita domiciliar é uma categoria da atenção á saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas...”, portanto podemos utilizá-la para saber como os trabalhos educativos estão repercutindo na vida e saúde dos indivíduos.

Dessa forma, a visita domiciliar constituiu um instrumento para analisar como o trabalho educativo com grupos está refletindo na realidade dos indivíduos, conhecendo suas concepções a respeito do mesmo, das atividades desenvolvidas e de possíveis melhorias na mesma e, propondo a partir dela, um projeto de intervenção com vista à promoção da saúde.

E, por fim, outro elemento fundamental para que o trabalho com grupos frutifique, alcance seus objetivos, é a criação de vínculos. Para isso é necessário ressignificar o processo de escuta, ou seja, o trabalhador em saúde precisa dar margem para o estabelecimento de um verdadeiro diálogo com o usuário. Assim poderá ouvir suas reais inquietações e anseios, e isso possibilitará que suas ações sejam direcionadas ou redirecionadas, intervindo de maneira resolutiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos trabalhos em grupo podemos vivenciar várias culturas e percepções diferentes, pois ele nos dá a chance de não só questionarmos o outro, mas a nós mesmos, pois ao mesmo tempo em que ensinamos também aprendemos concomitantemente.

Mediante o fato dos usuários participantes não referirem problemas, nossa proposta de intervenção se volta para aqueles que não participam. Com isso, elencamos algumas sugestões como: propor a realização de ações educativas no Grupo de maneira itinerante, onde as reuniões aconteceriam em pontos estratégicos da área de abrangência da UBS; reunir periodicamente as equipes da ESF e sensibilizar os profissionais para discutirem os elementos necessários para viabilização da proposta; haver um momento de escuta dos usuários, principalmente aqueles que encontram dificuldades em participar das atividades; e definir os pontos estratégicos levando em consideração a proximidade dos usuários que tem maior dificuldade à acessibilidade às reuniões.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. **As cores do crepúsculo, a estética do envelhecer**. Campinas: Papyrus, 2001.

CHIESA, Anna Maria; VERÍSSIMO, Maria de La Ò Ramalho. A Educação em Saúde na Prática de PSF. IN: **Manual de Enfermagem: programa saúde da família**. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

FARIA, C. C. **Velhice é preconceito**. São Paulo: Biordi, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. IN: **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2006, art. dez. p. 645-625.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.