

A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO SENTIDO DA ESCUTA COMO CUIDADO E PRESENÇA¹

Maria Angela Maricondi*
Anna Maria Chiesa**

RESUMO

A partir de uma reflexão sobre as mudanças de concepção acerca do processo 'saúde-doença-cuidado', em que pese ao caráter ainda bastante prescritivo, normativo e reducionista das práticas de educação e promoção da saúde, apresenta-se uma pesquisa qualitativa de caracterização das práticas educativas de profissionais de saúde que participaram da formação oferecida pelo projeto "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades", uma experiência de intervenção no âmbito da atenção primária/Saúde da Família ocorrida na cidade de São Paulo e voltada à promoção do desenvolvimento infantil através do fortalecimento dos cuidados familiares a gestantes e crianças menores de seis anos. O método escolhido para a coleta dos dados foi a "História de vida tópica", uma vez que o objeto do estudo está circunscrito a uma determinada área de experiência dos sujeitos, neste caso, suas práticas educativas em saúde. As histórias, em número de seis, foram obtidas por meio de entrevistas combinando-se uma escuta aberta e atenta para a exploração e aprofundamento das experiências dos sujeitos e uma atitude diretiva para o levantamento de informações gerais e a manutenção do foco da investigação. No material coletado foram identificadas sete categorias empíricas. A categoria "Abertura para a escuta e presença" é apresentada e discutida aqui de forma detalhada, considerando-se o seu valor de contribuição como tecnologia leve para a construção de uma clínica ampliada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Acolhimento. Humanização da Assistência.

INTRODUÇÃO

Apesar das mudanças de concepção sobre o processo saúde-doença-cuidado que vêm ocorrendo no Brasil, inicialmente impulsionadas pela mobilização social e pelas conquistas do Movimento da Reforma Sanitária, a educação em saúde ainda mantém um caráter prescritivo e normativo, privilegiando o comportamento saudável de caráter individual, sem problematizar as raízes do processo saúde-doença. Tais práticas educativas revelam-se de certa forma assemelhadas àquelas primeiras práticas institucionalizadas com o nascimento da Saúde Pública no Brasil em um contexto histórico de controle de endemias rurais, epidemias e surtos de doenças infectocontagiosas em espaços urbanos transformados pelo modo capitalista de produção. Esse tipo de prática responsabilizava e culpava os indivíduos por não gozarem de boa saúde, e como consequência, os problemas

sanitários eram considerados uma decorrência direta da "ignorância" dos indivíduos; a solução, portanto, envolvia a imposição de determinadas condutas para torná-los "mais capazes" de resolver seus próprios problemas de saúde⁽¹⁻⁴⁾.

Esse discurso normativo, que se transformava em regras para a vida, era tido, portanto, como verdadeiro e apropriado por todos, embora devesse ser prioritariamente seguido pelos amplos setores desfavorecidos. Para esse tipo de pensamento, as condições concretas de existência não tinham relações determinantes com dada situação de saúde e de educação da população⁽⁵⁾.

Uma revisão da literatura científica brasileira e cubana sobre educação e promoção da saúde na atenção primária⁽⁶⁾ revelou que: (a) a despeito da diferença de regime político-econômico entre Cuba e Brasil, as ações educativas no campo da saúde são predominantemente do tipo informativo e de caráter prescritivo, com vistas à assunção de estilos de vida saudáveis pelos grupos considerados de risco, como os

¹ Artigo baseado na dissertação de mestrado de Maricondi MA. Caracterização das práticas educativas dos 'agentes multiplicadores' do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

* Psicóloga. Mestre em Ciências. Assessora Técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. E-mail: angela.mar@terra.com.br

** Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: amchiesa@usp.br

diabéticos, hipertensos e adolescentes grávidas; (b) os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais experiência prática e de pesquisa vêm acumulando sobre o assunto; (c) os grupos educativos são operados nos recortes programáticos vigentes na saúde pública tradicional, utilizando metodologias predominantemente de transmissão de informações sobre doenças e seu tratamento (dimensão assistencial), com muito pouco de empoderamento para o exercício da cidadania (dimensão emancipatória); e (d) as atividades de comunicação/informação em saúde começam a ser implementadas de forma inovadora e participativa, mas ainda com baixa frequência e pouca perspectiva de continuidade.

No Brasil, a educação em saúde instituiu-se como prática no âmbito da saúde pública, e só mais tarde como área de estudo e pesquisa. Duas modalidades de práticas merecem destaque: a primeira envolve a aprendizagem sobre prevenção e tratamento de doenças; a segunda, caracterizada a partir da década de 70 pela Organização Mundial da Saúde/OMS como promoção da saúde, leva em conta os processos de produção social dos diferentes estados de saúde. Nesta segunda modalidade, o conceito de promoção da saúde aplica-se a toda a população no contexto de sua vida cotidiana, indo além de uma preocupação focada nas pessoas sob risco de adoecer; e apoia-se em um conceito ampliado e positivo de saúde ao integrar aspectos individuais (físicos, mentais e emocionais), sociais e ambientais (comprometimento com a igualdade social e a preservação da natureza). A promoção da saúde configura-se assim como uma educação em saúde ampliada para ambientes e políticas públicas saudáveis, com reorientação dos serviços para além dos tratamentos clínicos e curativos, utilizando metodologias participativas inspiradas na educação libertadora.

Em síntese, esta sobreposição de conceitos parece indicar que a educação em saúde tem potencial para transformar-se em um veículo através do qual o ideário da promoção da saúde poderá ser operacionalizado na atenção primária⁽⁶⁻⁷⁾.

Uma pesquisa de mestrado⁽⁶⁾ que buscou caracterizar as práticas educativas dos profissionais de saúde da família que foram

capacitados na metodologia do projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” situa-se neste campo de transformações, de avanços, retrocessos e novos aprendizados. O “Projeto Janelas” visava à promoção da saúde de crianças de zero a seis anos através do fortalecimento dos cuidados familiares, e previa ações de capacitação de profissionais que seriam responsáveis pela formação de outros profissionais, na perspectiva de uma ampliação das possibilidades de vínculo e escuta das famílias, em diferentes espaços de intervenção além daqueles convencionais das consultas e dos grupos de orientação, utilizando materiais educativos especialmente elaborados para essa finalidade: a cartilha da família, o manual de apoio da equipe e a ficha de acompanhamento dos cuidados da criança pelo médico e enfermeiro (www.grupomo.ee.usp.br).

Sete categorias empíricas foram identificadas e analisadas nesse trabalho. A categoria “abertura para a escuta e presença” será mais desenvolvida e detalhada neste artigo porque seus elementos constitutivos e constituintes poderão ser facilmente incorporados como tecnologia leve⁽³⁾ pelos profissionais que atuam no contexto da atenção primária, na perspectiva da construção de uma clínica ampliada.

METODOLOGIA

O estudo consistiu de uma pesquisa qualitativa de abordagem compreensiva cujo objeto foi a caracterização das práticas educativas dos “agentes multiplicadores” do Projeto Janelas, uma experiência de intervenção no âmbito da atenção primária/Saúde da Família ocorrida na cidade de São Paulo por ocasião da implantação da Estratégia Saúde da Família e voltada para a promoção do desenvolvimento infantil através do fortalecimento dos cuidados familiares na atenção a gestantes e crianças de até seis anos de idade. Cento e quatorze agentes multiplicadores oriundos de 10 distritos de saúde (atualmente nove postos de Supervisão de Saúde) - enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, etc. - foram capacitados entre agosto e outubro de 2003. Desses, noventa e oito sustentaram algum tipo de prática educativa com as equipes e/ou as famílias, a partir de 2004.

A “História de vida tópica”⁽⁸⁾ foi escolhida

como método de coleta de dados, uma vez que a investigação circunscrevia-se a um determinado campo da experiência profissional dos sujeitos, ou seja, o das suas práticas educativas. De maneira geral, as técnicas de história de vida, realizadas através de entrevista aberta ou semiaberta e observação participante, exigem uma consciência reflexiva maior, tanto dos pesquisadores quanto de seus interlocutores, os quais irão construir, conjuntamente, uma espécie de pré-texto para, depois, inseri-lo em um contexto mais complexo e amplo. O pesquisador realiza um esforço contínuo de articulação das informações obtidas em um determinado contexto histórico, relacional e social, pois as narrativas dos sujeitos sempre têm um caráter incompleto. Os interlocutores não contam a sua vida, eles refletem sobre ela enquanto a narram, (re)construindo sentidos que vão do presente ao passado e ao futuro, *“portanto, o investigador nunca encontrará a verdade e, sim, a versão situada dos participantes nos episódios narrativos. Igualmente, sua biografia, nalgum momento, deverá ser posta no contexto etnográfico”*^(8:161).

As histórias foram tiradas combinando-se uma escuta aberta e atenta para o aprofundamento dos temas que se pretendia desenvolver e aprofundar com uma atitude diretiva para a obtenção de informações gerais e manutenção do foco da atenção na experiência objeto da investigação.

Foram realizadas entrevistas com seis profissionais, as quais posteriormente foram analisadas utilizando-se a análise temática proposta por Bardin⁽⁹⁾.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob o Parecer N.º 793/2009.

RESULTADOS E ANÁLISE

As categorias empíricas encontradas foram sendo identificadas durante as sucessivas leituras do material coletado nas entrevistas. Elas se referem ao desvelamento da trajetória dos sujeitos no campo da formação que receberam do ‘Projeto Janelas’ (área temática I), das

práticas educativas que desenvolveram com as equipes e as famílias (área temática II) e da percepção de impacto (no sentido estrito de mudança) de suas ações educativas sobre as famílias e as comunidades (área temática III). Estas três grandes áreas temáticas foram recortadas em sete unidades menores ou categorias empíricas específicas.

A formação que receberam

Esta área temática foi subdividida em duas categorias empíricas: (1) aspectos significativos do processo de formação; e (2) percepção de impacto nas próprias atitudes e condutas.

Os aspectos significativos do processo de formação abordados pelos sujeitos de pesquisa foram organizados em dois eixos: o primeiro refere-se à qualidade e atualidade dos conteúdos teóricos e técnicos aprendidos (por exemplo, a importância de uma formação/saberes direcionada para a prática/fazer); e o segundo, aos aspectos metodológicos do processo ensino-aprendizagem (por exemplo, a alternância equilibrada entre momentos de concentração e dispersão; a articulação das dinâmicas de grupo com os conteúdos teóricos e técnicos, numa relação de sentido e significação para a aprendizagem).

Quanto à percepção dos sujeitos sobre suas próprias mudanças internas e de comportamento, foram relatadas mudanças de atitudes como, por exemplo, aumento da autoconfiança, aumento do próprio interesse e motivação pelo desenvolvimento infantil (incluindo os próprios filhos), maior segurança interna para empreender ações educativas no sentido da mudança, e mudanças de comportamento tanto no sentido de vincular-se afetivamente e contaminar positivamente os outros quanto de conquistar legitimidade e espaços de atuação como educador em saúde.

As práticas educativas desenvolvidas com as equipes e as famílias

Esta área temática foi subdividida em quatro categorias empíricas: (1) abertura para a escuta; (2) percepção de valores sociais e compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença; (3) práticas emancipatórias e práticas regulatórias; (4) práticas intersetoriais.

A categoria “abertura para a escuta”

configurou-se a partir da importância que os sujeitos de pesquisa deram à escuta, ao estabelecimento de vínculos afetivos e aos ambientes acolhedores, no sentido do diálogo e da troca de experiências de caráter pessoal.

A categoria “percepção de valores sociais e compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença” agrega percepções, ideias e reflexões dos sujeitos sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença relacionados a aspectos afetivos, familiares e sociais, com especial ênfase na formação de redes e na defesa de direitos de cidadania.

A categoria “práticas emancipatórias e práticas regulatórias” reúne depoimentos que apontam uma contradição dialética de modelos: paradigma biomédico x paradigma crítico-participativo. No âmbito das práticas calcadas no paradigma biomédico, os principais conteúdos encontrados referem-se a práticas sanitárias de controle e regulação do comportamento da população, negação e desvalorização do saber popular, supervalorização do conhecimento técnico-científico e transmissão vertical sem a participação efetiva da população. No âmbito das práticas inspiradas no paradigma crítico-participativo aplicado ao campo da saúde, os conteúdos enfatizam os processos participativos, as interações afetivas, a amorosidade, a suspensão de julgamentos morais, a ampliação do olhar clínico, uma visão integral do ser humano e o reconhecimento da criança como sujeito de direitos.

A categoria “práticas intersetoriais” compõe-se de relatos que reconhecem iniciativas próprias no sentido da articulação e integração de saberes e ações das diferentes políticas públicas, ainda que pontuais e assistemáticas.

A percepção de impacto das ações educativas com as famílias e as comunidades

Em relação às famílias, os relatos referem maior sensibilidade dos cuidadores no tocante à importância da vinculação amorosa com a criança antes mesmo de ela nascer; aumento da disposição das mães em conversar mais com seus filhos, cantar e contar histórias para eles; maior envolvimento da figura do pai ou avô no cotidiano e na educação da criança; e aumento da participação do pai nos grupos educativos e nas consultas de pré-natal.

No âmbito da comunidade, quando as ações educativas foram articuladas em torno de um determinado tema da cartilha e desenvolvidas durante um determinado mês nos diferentes espaços de atendimento - consultas, grupos, visitas domiciliares e reuniões comunitárias - as famílias demonstraram interesse em disseminar o assunto e disposição para orientar outras famílias da comunidade (fortalecimento de “famílias educadoras”).

Para a discussão e análise dos conteúdos investigados foram utilizadas as seguintes categorias analíticas: “aprender a conhecer”, “aprender a fazer”, “aprender a conviver” e “aprender a ser”⁽¹⁰⁾, além de práxis dialógica⁽¹¹⁻¹²⁾, empoderamento psicológico e empoderamento comunitário⁽¹³⁾, liberdade e autonomia^(11-12,14), regulação e emancipação social⁽¹⁵⁾, escuta sensível⁽¹⁶⁾, presença implicada e presença em reserva⁽¹⁷⁾ e escuta-experimentação⁽¹⁸⁾.

SOBRE A ESCUTA COMO CUIDADO E PRESENÇA

Os depoimentos que configuraram a categoria empírica “abertura para a escuta e presença” relacionam-se à ênfase que os sujeitos da pesquisa deram à escuta propriamente dita, à importância da corresponsabilização e ao fortalecimento dos vínculos afetivos com potencial para o diálogo e a troca de experiências pessoais⁽⁶⁾. Em outras palavras, eles situam-se no campo das *tecnologias leves*⁽³⁾, ou seja, das tecnologias relacionais humanizadoras do processo de trabalho em saúde⁽¹⁹⁾.

A escuta ganha assim valor de cuidado e, nessa perspectiva, tem posição privilegiada tanto no campo da formação quanto no da prestação de serviços em saúde. A escuta como cuidado pode ser tomada como indicador sensível de mudança de paradigma em tempos pós-modernos, uma vez que se contrapõe ao paradigma da ciência moderna positivista, hegemônica, segundo o qual conhecer significa quantificar, o que desqualifica as qualidades intrínsecas do objeto; e conhecer significa dividir e classificar, o que reduz a complexidade do mundo⁽¹⁵⁾.

A escuta como cuidado transforma-se em escuta qualificada porque se apoia

simultaneamente na sensibilidade e no marco teórico de referência do sujeito que ouve, contempla e torna-se presente.

É possível identificar vários tipos de escuta que caracterizam diferentes abordagens de cuidado.

A “escuta sensível” é um tipo de escuta bastante apropriado ao trabalho do pesquisador e do educador. Trata-se de um “escutar-ver” bastante influenciado pela abordagem rogeriana em ciências humanas, pois se apoia na empatia. Ter empatia significa ser capaz de sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder então compreendê-lo dentro de suas próprias atitudes, comportamentos e sistemas de ideias⁽¹⁶⁾.

[...] Então, numa situação dessas, é ouvir, entender um pouquinho o que essa mãe está trazendo; onde está, nas entrelinhas, o que ela realmente está precisando, e que não é aquele paracetamol para aquela dor de cabeça (S5).

Essa talvez seja uma grande lição que tenha ficado da capacitação. É a de que o cuidar abre portas. E esse cuidar pode, quem sabe, até ampliar a empatia ou iniciar a empatia por alguns temas (S6).

O ouvinte sensível não julga, não mede, não compara. Sua compreensão ocorre sem adesão ou identificação com o que ouve e vê no outro. Neste sentido, sua escuta afirma a sua congruência, pois ele transmite suas emoções, seu imaginário, suas interrogações e até seus ressentimentos. Afirma também sua presença ou consistência, podendo se recusar a trabalhar com alguém ou determinado grupo sob condições que firmam seus valores e sua filosofia de vida.

Nós não estamos condenando o fato delas [as gestantes] não estarem querendo [o bebê], mas sim apoiando, aceitando, recebendo aquilo, entendendo o momento delas. [...] você pode apoiar através das suas orientações, apoiar de várias formas, mas que nós não estamos aqui pra criticar nem pra julgar. Então, isso faz a diferença do olhar (S2).

É possível identificar a “escuta sensível” também através do que ela não é⁽¹⁶⁾, a saber:

- a escuta sensível não é uma rotulagem social, pois, para além dos papéis e rótulos sociais, o ouvinte sensível aprecia o lugar diferenciado que cada um ocupa no campo das relações sociais, o que lhe possibilita ouvir a

palavra criadora;

- a escuta sensível não é uma projeção de nossas angústias ou desejos - nada fácil, mas possível a partir de um trabalho consigo mesmo, envolvendo até, se for o caso, um terceiro ouvinte (um psicanalista ou psicoterapeuta, por exemplo);

- a escuta sensível não se fixa na interpretação de fatos - trata-se de não interpretar porque todo e qualquer julgamento foi suspenso, e nesta condição torna-se possível surpreender-se diante do desconhecido e ter de aguentar zonas de incerteza para depois arriscar algumas proposições interpretativas, já que a confiança está assegurada;

- a escuta sensível não se apoia em apenas um órgão dos sentidos - pelo contrário, mesmo sendo escuta, ela se amplia para todos os outros sentidos.

Escuta; Cuidado; Presença

A escuta como presença nasce dos modos como o cuidador cuida. Um agente de cuidados é um sujeito implicado nas coisas que faz; é um sujeito facilmente reconhecido por esse seu fazer. As modalidades de “presença implicada”⁽¹⁷⁾ são “sustentar e conter”, “reconhecer” e “interpretar e reclamar”.

1. Quanto a “sustentar e conter”, duas funções primordiais são importantes durante toda a nossa existência: a função de *holding* (Winnicott), que significa sustentação e nos garante a continuidade; e a função de *containing* (Bion), que nos possibilita a transformação. Famílias, grupos e instituições oferecem *holding* aos indivíduos ao longo de toda a sua vida. Por outro lado, para crescer e se expandir no mundo, os indivíduos também precisam de *containing* (continência), também oferecida pelas famílias, grupos e instituições. Estas são formas extraordinariamente importantes do cuidar. Quando elas faltam, ocorre uma sobrecarga de experiências emocionais obscuras e perturbadoras. Assim, tanto para a experiência da continuidade quanto para a da transformação, a “presença implicada” do outro é indispensável.

Então, eles traziam muitas angústias, e aí a gente percebeu que no primeiro e no segundo encontros eles precisavam falar, falar dessas angústias. [...] quando eu comecei a captar que essa angústia precisava ser ouvida, que a gente precisava refletir sobre isso, e a gente foi permitindo (S1).

Durante a conversa com a mãe, eu olhava pra criança e percebia algo que não era ainda pra mim conhecido; eu me lembro então que, como eu estava sentado de frente pra essa criança, eu apenas bati na minha perna e, pra minha surpresa, a criança pulou no meu colo! (S6).

2. No tocante à modalidade “**reconhecer**”, pode-se dizer que muitas vezes cuidar é simplesmente ser capaz de prestar atenção e reconhecer o outro - o “objeto” dos cuidados - no que ele tem de mais próprio e singular, dando-lhe testemunho disso, o que funciona como um retorno ao sujeito de sua própria imagem. É uma modalidade tão discreta que pode passar despercebida, mas a sua falta é extremamente prejudicial à formação da autoestima.

Eu imagino que se não estivéssemos atentos ao luto que essa criança estava vivendo e se não pudéssemos externar a nossa preocupação em relação a esse luto, talvez ela não pudesse vivenciar a sua tristeza com a força que uma criança tem de se recuperar - com a sua resiliência - e se reconstituir. [...] Só de não medicar uma criança, eu acho um avanço! (risos). É possível que alguém dissesse que precisasse de um antidepressivo para uma, ou precisasse de uma medicação específica para a enurese da outra, mas, efetivamente, o reconhecimento desses aspectos pode ser fundamental (S6).

3. A modalidade de cuidado “**interpelarm e reclamar**” é extremamente importante, pois sem ela nenhum ser humano ascende à vida e à humanidade. Trata-se de uma forma de cuidado bastante ativa, em que o outro que interpela e reclama funciona como um agente do confronto e do limite, colocando o sujeito em contato com fatos significativos da existência, como a morte, a finitude, a alteridade e a lei. Chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem são tão necessários aos processos de constituição psíquica quanto as funções de acolher e reconhecer.

[...] Até aquele momento eu não havia sentido o gosto da desgraça da infância brasileira e principalmente da periferia, que eles já começavam a anunciar. Então, eles contavam casos de abandono, violência, adoecimentos incabíveis, maus-tratos, e tudo isso eclodia nas multiplicações. Eu me lembro que um dia... eu... eu... eu dei um grito, um grito no sentido de um berro mesmo. Foi um momento em que eu,

olhando para todo aquele grupo, que era um grupo imenso, e extremamente impressionado com o que eu mesmo haveria de dizer, porque eu mesmo ainda não havia ouvido, eu pergunto: “Mas, então, quem vai dizer às crianças que viver vale a pena?”. E ainda tem todo esse silêncio, porque, em situações muito hostis à vida, é muito difícil dizer a alguém que vale a pena a vida. Mas me lembro desse ponto de interrogação que eu carregou até hoje, vou carregar talvez pra sempre (S6).

Em algumas situações de cuidado, outra modalidade de presença pode ser necessária, porque terapêutica: a “presença em reserva”⁽¹⁷⁾. Esta significa a capacidade do cuidador de renunciar à sua própria onipotência, aceitando sua dependência. Para cuidar do outro também é preciso cuidar de si, deixando-se cuidar: a mutualidade no cuidado é um dos princípios éticos mais fundamentais. Assim, o cuidador pode ganhar muito ao descobrir que o outro também pode exercer funções cuidadoras e cuidar dele de alguma forma. Essa “presença em reserva” também cria um espaço vital desobstruído e não saturado da presença do cuidador e seus fazeres.

No limite, o cuidador ficará mais livre daquelas modalidades de cuidado em que o excesso de implicação despotencializa, desqualifica e aprisiona os objetos do seu cuidado (bebês, alunos, pacientes, etc.).

[...] Lembro de um dos conteúdos das oficinas que é um dos capítulos iniciais da cartilha, valorizando a vida, que orientava o cuidador a valorizar qualquer aspecto vital que encontrasse pela frente, fosse uma planta, fosse um pequeno animal (S6).

A transformação das práticas educativas no sentido da *escuta como cuidado e presença* nasce da identificação de uma não escuta, de uma não escuta que descuida, da “escuta surda” de Luis Antonio dos Santos Baptista *apud* Heckert⁽¹⁸⁾. A escuta surda refere-se àquelas práticas em que se ouve sem escutar, isto é, que, em lugar de indagarem acerca das evidências que nos constituem enquanto sujeitos, terminam elas mesmas por nos conduzir. Produz-se assim “*uma medicina das evidências, uma psicologia das evidências, uma enfermagem das evidências que, tendo seus procedimentos dirigidos por naturalizações, pouco consegue captar as singularidades que permeiam o humano, a*

variabilidade e imprevisibilidade que constitui o vivo”^(18:7). Neste sentido, a escuta surda é um ato protocolar, uma técnica de coleta de evidências ou sinais. Seu efeito mais danoso é a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que *fala por* em lugar de *falar com* eles. Transforma-se assim em uma escuta moral, pois é prescritiva e julgadora, mera repetição de formas instituídas. “*A escuta surda [...] não se lembra do rosto e dos nomes dos usuários e dos profissionais, da cor dos olhos e da pele, dos cheiros, das rugas e cicatrizes (marcas do vivido), dos saberes e histórias*”^(18:8).

Em sentido contrário ao da estagnação e repetição do instituído situa-se a “escuta-experimentação” de Suely Rolnik *apud* Heckert⁽¹⁸⁾. Abrir-se à alteridade implica em desviar-se do campo da escuta como técnica para mergulhar no plano da escuta como experimentação, isto é, como perturbação do instituído; portanto, não se trata de ensinar a escutar, mas de entrar em contato, ativar este plano do coletivo do qual todos nós emergimos, onde há saberes-experimentações, e não saberes-formatos-definidos a serem aplicados⁽¹⁸⁾.

Assim, uma vez que as práticas de cuidado e os modos de escuta a elas relacionados são engendrados num determinado campo de relações de saber e de poder, torna-se fundamental garantir que suas mútuas relações estejam permanentemente sob análise crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito das práticas educativas em saúde, os resultados aqui apresentados são especialmente relevantes em um cenário de mudança de concepção teórica sem alteração significativa das práticas, preponderantemente de caráter prescritivo e normativo, que focalizam os comportamentos saudáveis individuais sem problematizar as raízes do processo saúde-doença e, conseqüentemente, sem contribuir para a transformação da realidade de diferentes grupos e classes sociais. Esses resultados nasceram da articulação de sete categorias empíricas recortadas dos discursos dos sujeitos de pesquisa com algumas categorias analíticas apoiadas em Paulo Freire, Boaventura de Sousa Santos, René Barbier, Luís Claudio Figueiredo, Sérgio Resende Carvalho e Denise Gastaldo. As

categorias analíticas escolhidas funcionaram como verdadeiras lentes organizadoras e significadoras dos conteúdos das entrevistas. Os principais resultados giram em torno de aspectos da formação recebida, das práticas educativas desenvolvidas com as equipes de saúde e as famílias e da percepção de impacto dessas ações sobre as famílias e comunidades.

Tanto a formação recebida quanto as práticas educativas desenvolvidas parecem ter sido ampliadas para além do olhar biomédico, pois incluem aspectos emocionais e relacionais de indivíduos, grupos e famílias. Todos os sujeitos identificam a abordagem crítico-participativa da formação que receberam e o impacto dela sobre suas atitudes e comportamentos, o que indica um processo de empoderamento com maior abertura para a escuta e algum tipo de transformação em suas práticas no sentido do empoderamento da população.

Especialmente em relação à maior ou menor incorporação de atitudes e condutas orientadas pelo respeito à autonomia da população, entende-se que essas oscilaram entre valores normativos de manutenção e novos valores civilizatórios. Essa dialética regulação-emancipação variou de sujeito para sujeito, com uma preponderância perceptível do polo da emancipação social.

Diante do cenário descrito, é possível concluir que há uma importante lacuna na formação dos profissionais de saúde, a qual, se adequadamente compreendida, poderá embasar iniciativas com vistas à qualificação dos processos de educação permanente em saúde. Tal lacuna, muito mais do que certa falta ou carência de informações técnicas e científicas, refere-se à dimensão do “aprender a fazer”. Compreende-se que o processo ensino-aprendizagem deve acontecer dentro e fora da sala de aula, nos espaços acadêmicos e nos serviços simultânea e articuladamente. Esse modo de conduzir tal processo cria uma oportunidade ímpar de integração entre teoria e prática que resulta no exercício de uma práxis dialógica, com suas características essenciais de troca, compartilhamento e horizontalidade do poder sem negação das diferenças, pois é neste processo dialógico que as diferenças vão sendo compartilhadas.

O questionamento do modelo biomédico, em

que o médico ou seu simulacro assume o maior poder pelo maior saber, gera uma possibilidade de aproximação real dos profissionais de saúde com a população. Essa aproximação vivifica o contato e faz cair determinadas máscaras e papéis sociais. Um contato assim mais real exige, por sua vez, uma postura de escuta e presença implicada. Quando as pessoas se vinculam, seus universos confrontam-se, desafiam-se, dialogam. Surgem dúvidas, angústias, incertezas, diferenças que até podem parecer intransponíveis. A escuta sensível, a escuta-experimentação e a escuta qualificada não negam a assimetria dos lugares que ocupam os profissionais de saúde e a população.

Se avançar no sentido de um agir em saúde de caráter mais emancipatório do que regulatório significa investir na formação em geral e na educação permanente em particular, tais processos formativos deverão articular conhecimentos que não fragmentem a compreensão do processo saúde-doença-cuidado; além disso, deverão promover o desenvolvimento de habilidades relacionais centradas na escuta, oportunizando a convivência e a aprendizagem em diferentes espaços dialógicos como a sala de aula, o serviço e a comunidade, num ir e vir dialético capaz de sustentar o novo, a transformação e a vida.

THE TRANSFORMATION OF HEALTH EDUCATION IN THE SENSE OF HEARING AS CARE AND PRESENCE

ABSTRACT

Starting from a reflection about changes of conception on the process 'health-sickness-care' in spite of the still very prescriptive, normative and reductionist character of the practice of education and health promotion, presents a qualitative research on characterization of educational practices of health professionals who participated on the training offered by Project 'Our Children: Windows of Opportunities', an experience of intervention within primary care/family health that took place at São Paulo city and was dedicated to promote child development by strengthening family care of pregnant women and children under six years old. The method chosen to collect data was the 'topical life story', once the object of study is limited to a certain area of expertise of the subjects, in this case, their health education practices. The stories, six in number, were obtained through interviews combining an open and attentive listening to the exploration and deepening of the experiences of the subjects and an attitude survey of policy for the general information and maintenance of the focus of the investigation. The collected material identified seven empirical categories. The category 'openness to listening and presence' is presented and discussed here in detail considering the value of its contribution as a soft technology for building an expanded clinic.

Key words: Primary Health Care. Health Education. Health Promotion. User Embrace. Humanization of Assistance.

LA TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EDUCATIVAS EN SALUD HACIA EL ESCUCHAR COMO CUIDADO Y PRESENCIA

RESUMEN

A partir de la reflexión sobre los cambios de concepción relativos al proceso 'salud-enfermedad-cuidado', en que pese el carácter todavía demasiado prescriptivo, normativo y reduccionista de las prácticas de educación y promoción de la salud, presenta una investigación cualitativa de la caracterización de las prácticas educativas de los profesionales de la salud que participaron en la capacitación ofrecida por el Proyecto 'Nuestros Hijos: Ventanas de Oportunidades', una experiencia de intervención en el ámbito de la atención primaria/salud de la familia que tuvo lugar en la ciudad de Sao Paulo y orientada hacia la promoción del desarrollo del niño a través del fortalecimiento del cuidado familiar para las mujeres embarazadas y niños menores de seis años. El método elegido para recoger los datos fue la 'historia de vida tópica', ya que el objeto de estudio es limitado en una área particular de la experiencia de los sujetos, en este caso, sus prácticas educativas en la salud. Las historias, seis en total, se obtuvieron a través de entrevistas, combinando un abierto y atento escuchar a la exploración y profundización de las experiencias de los sujetos y una actitud directiva para levantamiento de información general y mantener el foco de la investigación. En el material recolectado fueron identificadas siete categorías empíricas. La categoría 'apertura a la escucha y la presencia' es presentada y debatida en detalle, considerando el valor de su contribución como tecnología liviana para la construcción de una clínica ampliada.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Educación en Salud. Promoción de la Salud. Acogimiento. Humanización de la Atención.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso de Melo JA. Educação sanitária: uma visão crítica. Caderno de CEDES nº 4, São Paulo, Editora Cortez, 1981.
2. Gastaldo D. É a educação em saúde saudável? Educação & Realidade, 22:147-68, 1997.

3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em Saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar, 1997, p. 71-112.
4. Gazzinelli MF et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (1), jan-fev, 2005.
5. Donato AF. *Trançando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde*. [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.
6. Maricondi MA. *Caracterização das práticas educativas dos 'agentes multiplicadores' do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.
7. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(suppl. 2), 1999.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Delors J. et al. *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez Editora, 1998.
11. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 41ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2005.
12. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 36ª ed. Paz e Terra: São Paulo; 2007.
13. Carvalho SR, Gastaldo D. *Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(Suppl. 2):2029-2040.
14. Chiesa AM. *Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde*. [tese de Livre-Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.
15. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. In: *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. Volume 1. 5ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2005.
16. Barbier R. *Escuta sensível na formação de profissionais de saúde*. Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde - FEPECS - SES-GDF, Brasília, julho de 2002. Disponível através de <http://www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF> (acessado em 10.03.2010).
17. Figueiredo LC. *As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura*. In: Maia MS. (org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009:121.
18. Heckert ALC. *Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?* In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 1ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007.
19. Martins JJ, Albuquerque GL. *A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho de saúde*. *Cienc Cuid e Saúde*, 2007 jul/set; 6(3): 351-356.

Endereço para correspondência: Maria Angela Maricondi. Rua Lisboa, 1208, apto 93, Bairro Cerqueira Cesar, CEP: 05413-001, São Paulo, São Paulo.

Data de recebimento: 02/07/2010

Data de aprovação: 04/12/2010