

**TEORIA DA MUDANÇA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E
VALIDADE DAS TECNOLOGIAS RELACIONAIS**

Orientadoras: Profa. Dra. Ana Maria Chiesa*

Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes**

Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda***

Aluna: Margarete Maria Rodrigues****

*Ana Maria Chiesa. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP).

** Rosa Áurea Quintella Fernandes. Professora Doutora do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UnG).

***Sayuri Tanaka Maeda. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP).

**** Margarete Maria Rodrigues. Mestranda em Enfermagem no Programa de Mestrado acadêmico em enfermagem pela Universidade Guarulhos (UnG).

RESUMO

A saúde é a condição maior da vida do ser humano. É necessário vencer os paradigmas da doença e da medicalização. A Reforma Sanitária no Brasil almejou mudanças: saúde como direito do cidadão e dever do estado, modelo assistencial centrado no usuário e a participação da sociedade civil na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivos: apresentar a teoria da mudança da promoção da saúde e examinar a sua aplicabilidade em saúde, com foco em ações educativas. Método: trata-se de um ensaio reflexivo. Tomou como referências a teoria da mudança da promoção da saúde e a concepção educacional de Paulo Freire. Resultado e discussão: percebe-se que as ações de promoção da saúde são indissociáveis às de mobilização social, de caráter intersetorial e complexo, num fluxo construtivo. Depreende-se que as ações educativas compreendem uma das mais valiosas atividades por permear equidade e igualdade de oportunidade. Ao reconhecer estes princípios na educação, implica qualificar as ações com estratégias tecnológicas

relacionais, genuínos para os cuidados em saúde: empatia, solidariedade, sensibilização, conscientização, escolhas informadas, afetividade e vínculo. Considerações finais: as mudanças não são fáceis em razão da necessidade de identificar as raízes do processo saúde-doença e provocar motivações de mudança nas pessoas e comunidade. Criar condições conjuntas são essenciais para legitimar sujeitos capazes de decidir e de fazer escolhas com atitudes mais saudáveis e a melhoria na qualidade de vida dos cidadãos.

Descriptores: humanização da assistência, promoção da saúde, educação em saúde, tecnologia em saúde, mudança na saúde, cuidado, trabalho, acolhimento, vínculo, humanização, promoção da saúde, ações educativas.

INTRODUÇÃO

As grandes transformações consideraram de um lado a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia e do outro lado a alteração do funcionamento das “instituições” sociais, ou seja, mexer simultaneamente: com as pessoas, com as estruturas e com a relação entre elas, uma vez que, quem faz as normas e rotinas são os próprios indivíduos¹.

A Reforma Sanitária, a partir de 1990, tem como diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, sendo que, a questão da saúde não pode ser vista isoladamente, mas, associada às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, saneamento e lazer². Portanto, os seus princípios, quando aplicados, vislumbram paulatinas transformações, dos valores e paradigmas da doença, da medicalização e das tecnologias diagnósticas, para possibilidades da dimensão holística da saúde humana. A saúde que entrelaça a vida, o sentido do trabalho, da geração de riquezas sociais. O projeto SUS é uma conquista da sociedade por onde é esperado mudanças sociais e participação corajosa de cada cidadão.

O objeto deste estudo é apresentar a teoria da mudança e discutir a sua aplicabilidade em ações de promoção à saúde com foco em ações educativas dos profissionais de saúde que atuam junto aos usuários.

De acordo com a teoria da mudança existem várias estratégias para se “fazer” a mudança, que são: empatia, solidariedade, sensibilização, conscientização por meio de esclarecimentos e de escolhas informadas pelos usuários, educação financeira, capacitação, educação dos indivíduos e da comunidade, maior aproximação, diminuindo a distância entre o serviço de saúde e o usuário, participação, além do atendimento básico e específico, partindo do que já está feito, do que já existe e do que é adequado para a realidade das comunidades³.

Por promoção à saúde entende-se que seja o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Importante que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis

ao cuidado da saúde e ao desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, no âmbito individual e coletivo. Sendo assim, promoção à saúde é a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva⁴. Cabe ainda, como a combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades⁵.

No Brasil, que possui uma grande extensão territorial, é um desafio praticar a mudança, uma vez que, o político moderno, está mais preocupado em sobreviver no poder, do que em Governar para “produzir” sujeitos coletivos, autônomos e socialmente responsáveis. Na sociedade capitalista, existe a dicotomia entre sociedade e Estado, neste modelo, há a busca em reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis aos objetivos da empresa, reduzindo o indivíduo à insumos e objetos, sendo que, tanto o governo capitalista, quanto o trabalho, buscam modos de dominação dos homens e de castração da autonomia dos homens, se, não houver o incômodo desse modo de dominação, não haverá mudança⁶.

Outro aspecto problematizador da questão mudança, é que para o homem, a saúde é um sentimento de segurança na vida, não se impõe nenhum limite⁵, constituindo o seu bem maior.

Por outro lado, os centros de saúde, ano após ano, são incapazes de assegurar o acesso e a eficácia no atendimento, sendo necessários programas, ações programáticas, vigilância em saúde, treinamento e controle de qualidade, bem como planejamento e avaliação contínua dos processos de trabalho¹.

Por esse panorama comprehende-se que o paradigma sanitário mudou, portanto, o centro do estudo é a teoria da mudança no contexto da promoção à saúde com enfoque no trabalho em educação em saúde.

DESENVOLVIMENTO

O conceito de mudança no dicionário informal é “ato ou efeito de mudar; alteração/modificação; transformação de uma forma a outra”^{7, 8}. Outro conceito de mudança encontrado em literatura é “a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos, críticos e alternativos ao senso comum”⁹.

Para que ocorra a mudança, algumas transformações são necessárias como, por exemplo, o processo biopsicossocial da mudança. Este processo é composto por 3 etapas, sendo: primeira etapa – nesta etapa ocorre o descongelamento, ou seja, um desequilíbrio ou crise interna, o que, propicia alterações de percepção e introdução de novas ideias, sentimentos, atitudes e comportamentos; segunda etapa - nesta etapa ocorre a incorporação, ou seja, a decisão pela mudança ou a incorporação de novas formas de abordar os problemas e resolvê-los, nesta etapa do processo há o ajuste e integração entre o que já existe e o que é novo; terceira e última etapa – nesta etapa ocorre o congelamento/estabilização, ou seja, o equilíbrio se restabelece após a transição da mudança, como esta é a última etapa, há a necessidade de reforço externo para que atitudes e comportamentos antigos não se manifestem novamente, assim, a mudança perdurará⁷.

Outro aspecto importante é que existem campos de forças atuantes no processo da mudança do indivíduo. Estas forças atuantes são: forças impulsoras e forças restritivas; são exemplos de forças atuantes: o eu, o ambiente e os outros, lembrando que estas diferentes forças atuantes podem ser tanto impulsoras quanto restritivas⁷.

Diante deste complexo raciocínio tem-se que: mudar não é fácil, a mudança por si só, gera resistência e, as pessoas, sentem medo do novo, o que gera um sentimento de ameaça à situação já organizada e segura da pessoa¹⁰.

Mas, não podemos esquecer que grandes transformações apenas ocorrem quando há o desejo pela mudança, desejo movido pela vontade intrínseca e, pela necessidade da mudança, ainda é necessário o domínio de certa ciência, ou seja, saber como fazer a transformação^{7,10}.

Para que ocorra a mudança na saúde, a utilização de algumas estratégias são fundamentais para a promoção à saúde, como por exemplo: intersetorialidade, mobilização social e parcerias para a implementação das ações, sustentabilidade, defesa pública da saúde e, sua meta é a qualidade de vida, tendo como princípios norteadores a equidade, a paz e a justiça social³.

Além desse enfoque, não há como ocorrer mudança ou, refletir sobre a mudança, sem entender outras questões importantes relacionadas com a atuação do profissional da saúde e com o seu trabalho porque, apenas com a mudança de atitudes é que ocorrerá a mudança na saúde, mudança que deve ser imediata.

A essência do trabalho para o ser humano é transformar e ser transformado, considerando que o trabalho não é apenas resultado de um produto, objeto produzido para trocar ou vender no mercado para o indivíduo consumir e sobreviver, o trabalho além de constituir a produção de coisas, é meio de subsistência do indivíduo, mas, neste processo do trabalho o indivíduo também é transformado, com ele ocorre a produção dos sujeitos¹¹.

Os indivíduos se transformam e se produzem no exercício da sua atividade laboral, ou seja, tanto a natureza externa do homem é modificada pelo trabalho, quanto a própria natureza do homem se transforma enquanto ele exerce a sua atividade¹¹.

A relação entre as práticas de saúde, que são essenciais no processo da mudança, cria condições para fomentar e legitimar, no campo da saúde, uma noção positiva de sujeitos capazes de decidir, negociar e de fazer escolhas livremente⁶, ocorrendo assim, a produção de sujeitos críticos e autônomos. São várias as questões que se colocam para os formuladores de políticas e demais profissionais envolvidos, por exemplo: como aparece no encontro, no e pelo ato de cuidar, as dimensões que sejam significativas aos sujeitos? Qual papel tem desempenhado os profissionais da saúde (pelo trabalho) na viabilização dos desejos e projetos dos usuários? Que lugar os profissionais podem ocupar na construção dos projetos e desejos? Pensamento esse direcionado aos compromissos, às tomadas de posições e decisões em relação aos serviços e aos usuários. Outras questões: como se redefine a participação dos usuários também no contexto dos serviços? O que significa orientar as práticas de saúde na direção para a promoção? Que espaços, meios de interação e conhecimentos são necessários para a construção dessas novas relações? O que se pode vislumbrar ética e politicamente nesses processos de reconstrução?.

São questões importantes, porque aqui, se faz necessário refletir sobre a expressão: cuidado em saúde. Para designar aquilo que é próprio do ser humano, ou seja, a construção de projetos e desejos, que podem ser universais, mas também, temporais porque são determinados por condições, mas, estão sempre em construção¹². O que faz desta prática terapêutica uma relação verdadeiramente de cuidado? É tudo aquilo que busca dar um sentido a saúde, a valorização dos projetos e desejos das pessoas.

O cuidado enquanto dimensão humanizadora no trabalho em saúde depende de uma “ampliação dos horizontes técnicos normativos”, ou seja, da compreensão que se tem a respeito de saúde, vista não como ausência de doença, mas, como um processo¹².

O horizonte técnico normativo das concepções e práticas em saúde deve mover-se, ampliando o seu escopo de questões entorno do entendimento do que seja saúde.

As mudanças dependem, neste sentido, de contínuas propostas e ações de reconstrução das práticas do fazer em saúde, tendo como norte os referenciais de integralidade, promoção, vigilância e prevenção. Seria ingênuo pensarmos que os horizontes técnicos normativos estão desprovidos de um caráter político. “Não é possível encararmos qualquer relação terapêutica como começando exatamente ali no primeiro encontro”⁶, uma vez que, o profissional que surge diante do outro é carregado de valores que modulam uma visão de se fazer saúde, esperando encontrar um determinado tipo de paciente¹².

Muitas coisas são construídas quando são considerados os horizontes técnicos normativos em saúde, mas, sobretudo, produzem sujeitos. O trabalho, portanto, constrói parte das experiências vividas e nas quais assentam-se concepções de saúde, produz e reproduz sujeitos, não produz apenas coisas, mas também sujeitos. O encontro terapêutico orientado para outras perspectivas comporta uma escuta, mas uma escuta com qualidade, ou seja, uma vez assentada novas possibilidades de ação terapêutica, novas mediações para alcançar determinadas finalidades no processo de saúde serão construídas de modo a garantir sucesso prático e sucesso técnico das ações. Tal condição traz implicações não somente para a relação, mas para a dimensão técnica reconstruída, dotada de sentido em conformação com os valores humanos¹².

O trabalho visto enquanto cuidado, possui uma dimensão formativa que comporta 2 vertentes fundamentais: a responsabilidade e a identidade, sendo a responsabilidade

caracterizada pelo que um assume pelo outro e também no que acredita que seja o seu trabalho e, a identidade, sendo o ato de tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro. É um exercício para o profissional que deve questionar: “quem se é e que lugar se ocupa diante do outro”. A reconstrução contínua das práticas de trabalho implica na reconstrução de identidades, do ponto de vista existencial¹².

No plano operativo, esses pressupostos, são colocados a partir da utilização das seguintes tecnologias leves: acolhimento, que é uma tecnologia transversal a todas as ações terapêuticas e, extensivo, a toda equipe de trabalho, não pode ser confundido com recepção, triagem ou pronto atendimento, o acolhimento é continuo, é a interação com o outro, em todas as oportunidades que se façam presentes¹².

A escuta assume papel importante, uma vez que, intermedia a viabilização da entrada do usuário na rede de serviços conformando a sua permanência dentro das possibilidades mais adequadas¹²; vínculo, que é o princípio norteador da Política Nacional de Atenção Básica, tendo como intuito de intermediar e aprofundar as relações de corresponsabilização das ações em saúde entre profissionais, usuários e os serviços.

Compreende 3 aspectos que constroem sua definição, são elas: afetividade, terapêutica e longitudinalidade e, o vínculo, enquanto estratégia de produção de cuidados. Estes aspectos dependem de algumas condições para serem efetivos, como, por exemplo: reestruturação da assistência ofertada, mudanças no modo de produção do trabalho em saúde e capacidade das equipes lançarem mão de outras tecnologias para potencializá-los¹². Exemplos práticos como as visitações domiciliares e os grupos educativos, que são estratégias de estreitamento dos laços e criação de vínculos.

A formação dos vínculos não depende tão somente das orientações e informações transmitidas, mas da capacidade dos profissionais conseguirem mediar esses conhecimentos por meio de uma relação pautada no apoio, na sensibilidade, adequação da linguagem, transmissão de confiança e resgate da importância dos conhecimentos já existentes dos usuários na produção dos cuidados¹³. Portanto, é importante a democratização das relações que envolvem o relacionamento entre usuários e profissionais da saúde e entre os próprios profissionais da saúde, pressupondo um maior diálogo para melhoria da comunicação e reconhecimento das expectativas, do respeito às referências culturais e subjetivas dos sujeitos envolvidos⁶.

São atitudes necessárias, para a prática da mudança, as reavaliações das ações dos enfermeiros e demais profissionais da saúde enquanto agentes produtores da mudança, sendo estas: mudança no paradigma biomédico, mudança no envolvimento dos pacientes como sujeitos ativos do processo, para isso, é importante que profissionais agreguem conhecimentos de outras áreas¹³.

O enfermeiro, como educador no processo de promoção da saúde, tem a responsabilidade de planejar ações educativas eficazes no processo de mudança dos indivíduos e da comunidade. Uma boa ferramenta é a utilização de jogos educativos que estimulam discussões em grupos, troca de experiências e reflexões sobre um determinado tema que seja necessário ser abordado para aquela comunidade, proporcionando a aquisição de conhecimentos pelos participantes. Assim, poderá ocorrer a mudança das atitudes promovendo a saúde e prevenindo doenças, neste processo de estímulo à mudança, geram-se líderes capazes de decidir sobre a sua própria saúde^{12,14}.

Outras estratégias a serem empregadas visando a nova promoção da saúde são: constituição de políticas públicas saudáveis que priorizem um estilo de vida saudável e, condições de vida e de trabalho saudáveis; desenvolvimento das habilidades pessoais, como: apoiar/ possibilitar/ facilitar (*enable*), de forma que as pessoas aprendam com a vida e preparando-as para o enfrentamento de distintos desafios e possibilidades, desenvolvendo habilidades de pessoas, famílias, grupos, organizações, capacitando-os para a análise e para a ação, onde ocorra o intercâmbio de saberes entre profissionais e usuários por uma co-gestão de contratos e compromissos e não apenas como uma relação vertical e autoritária, considerando os usuários com vozes ativas e tendo na relação profissional/usuário a co-produção de sujeitos¹⁵. Além do acolhimento e do vínculo, outro construto de entendimento necessário é a humanização, que é uma situação diametralmente oposta à violência simbólica, que consiste no não reconhecimento das necessidades emocionais e culturais dos usuários e imposição de certos valores morais e de comportamentos^{16, 17}.

De acordo com o Consenso de Galway, existem valores e princípios direcionados por oito domínios de competências fundamentais essenciais para as práticas de prevenção de doenças e de promoção à saúde dos indivíduos e comunidades. Estes domínios de competências são: catalisar mudanças, liderança, avaliação das necessidades, planejamento, implementação, avaliação do impacto, defesa de direitos e parcerias¹⁸.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A mudança deve ser estudada, fundamentada em teoria (nada é tão prático como uma boa teoria) e valorizada, uma vez que, comprehende o processo de atenção à saúde sob uma ótica sistêmica e complexa do arranjo produtivo da saúde.

Para que ocorra a mudança é necessária uma reflexão sobre o “fazer sanitário”, uma vez que, com os novos desafios sociais, políticos e culturais, com o esgotamento do paradigma biomédico e com a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas ocorreu a transformação nas necessidades das comunidades, vislumbrando uma mudança do modo de se “pensar” e de se “fazer” saúde. Além disso, os métodos de planejamento são impotentes para intervir em realidades complexas, governar é resolver problemas e não administrar coisas, as pessoas devem estar aptas para o planejamento e a gerência mas, nem todas as necessidades são transformadas em demandas em função da existência de uma sociedade que não propicia a justiça social⁵.

Os profissionais da saúde devem, criticamente, reavaliar a sua atuação e sua realidade para que, como agente transformador e educador, promova a conscientização dos cidadãos na mudança de atitudes, atitudes estas que podem ser de risco contra a sua própria saúde, isto implica na tentativa de superação de um modelo tradicional de atenção, a partir da construção de um fazer em saúde que enxerga os sujeitos, nos encontros que são estabelecidos, nas técnicas, na ciência e no trabalho uma “dimensão formativa”, isto é, algo capaz de dar sentido para a ciência, para o trabalho e para as técnicas mobilizadas na interação¹⁹.

Ao colocar as necessidades de saúde das pessoas como centro do processo de trabalho, é necessário: trabalho em equipe, articulação de saberes, de ações e de serviços para se obter melhores resultados. Introduzir a teoria da mudança contextualizada na promoção da saúde, é uma possibilidade concreta tomando como prática as atividades educativas em saúde.

A saúde das pessoas no centro do processo de trabalho como prioridade da promoção à saúde, bem como da prevenção de doenças, de modo que o agente seja o próprio indivíduo. Modificar e reconstruir práticas não implica em negar os obstáculos,

uma vez que estes determinam e modulam as ações, as ofertas, as possibilidades de escolhas, mas sim interagir com estes, buscando por meio de compromissos, corresponsabilizações, ações compartilhadas e democraticamente validadas a sua superação. Modificar significa colocar a saúde das pessoas como centro dos processos de trabalho dos profissionais da saúde, sendo este o bem maior de qualquer indivíduo e de qualquer prioridade, a abordagem do sistema da saúde é complexa, é necessário que haja uma ressignificação de alguns paradigmas, como por exemplo: público e privado, usuários e trabalhadores, atenção primária e atenção especializada, organizações governamentais e não governamentais e, generalistas e especialistas.

Este ensaio apresentou uma reflexão sobre essas questões teóricas e práticas, pois, a reflexão em parceria com a ação pode abrir novas possibilidades para a construção de uma saúde melhor para usuários e para trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cecílio LCO, Campos GWS, Merhy EE. Inventando a mudança na saúde. Editora HUCITEC. Campinas, SP. 2006.
2. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, disponível em: (HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
3. Theory of Change: a practical tool for action, results and learning. Prepared for: Annie E. Casey Foundation and Organizational Research Services. 2004.
4. Organização Mundial da Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Geneva: WHO; 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
5. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 163-177, 2000.
6. Merhy EE. A saúde pública como política. Editora HUCITEC. Campinas, SP. 2006.
7. Fela Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal. Editora Saraiva. 17^a edição. São Paulo, SP. 2008.
- ⁸ . Ferreira (1986). Dicionário Aurélio – Dicionário informal.
9. Cecílio LCO, Campos GWS, Merhy EE. Inventando a mudança na saúde. Editora HUCITEC. Campinas, SP. 1994.
10. Lewin K. Princípios de psicologia topológica. Editora Cultrix. São Paulo, SP. 1973.
11. Marx K. O capital. Vol. 1. Ed. Nova cultural. São Paulo, SP. 1988.
12. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. 2005.
13. Mariano MR et al. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem (internet), 15(1):265-73, 2013. Disponível em: <HTTP://dx.doi.org/105216/ree.v15i1.17814>.
14. Gonzaga NC, et al. Enfermagem: promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso no contexto escolar. Revista Escola de Enfermagem USP, 48(1), 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100020>
15. Carvalho, SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciência e Saúde Coletiva, 9(3):669-678. 2004

-
16. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde 2002.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/04/1434959-brasil-e-o-pior-em-retorno-de-imposto-a-população-aponta-estudo-shtml>.
 18. NUI Galway OÉ Gaillimh. The comphp Core Competencies Framework for Health Promotion Short Version. Executive agency for health and consumers. Project number 20081209. 2009.
 19. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser do humano e as práticas de saúde. 2004.