

“Tem gente que não se interessa muito não”: a relação posicional dos agentes no espaço social da educação para a saúde

Alexandra Pava-Cárdenas¹, Teresita Alzate-Yepes²,
e Ana Maria Cervato-Mancuso³

¹Departamento de Nutrição Universidade de São Paulo, Brasil. apavac@usp.br; apavac.9@gmail.com;

²Escola de Nutrição e Dietética Universidad de Antioquia, Colômbia. teresita.alzate@gmail.com;

³Departamento de Nutrição Universidade de São Paulo, Brasil.cervato@usp.br

Resumo. O discurso do educativo para a saúde acaba circulando de forma intangível no planejamento do serviço. O estudo procurou compreender as características dos serviços de Atenção Primária à Saúde que modulam o espaço social da educação em alimentação e nutrição, na periferia de duas metrópoles latino-americanas. Os achados são resultado de treze meses de trabalho empírico e da análise crítica do discurso. A análise apresenta como as características das relações e das posições nos planos do serviço, dos profissionais e dos usuários articulam-se para subtrair a eficácia educativa.

Palavras-chave: Brasil; Colômbia; atenção primária à saúde; educação em saúde; análise qualitativa

"There are people who are not very interested": the positional relationship of agents in the social space of health education

Abstract. The discourse of health education has been circulating intangibly since the planning of the service. The study sought to understand the characteristics of Primary Health Care services that modulate the social space of education in food and nutrition, in the periphery of two Latin American metropolises. The findings are the result of thirteen months of empirical work and critical discourse analysis. The analysis presents how the characteristics of relationships and positions in service plans, professionals and users articulate to subtract educational effectiveness.

Key-words: Brazil; Colombia; primary health care; Health education; qualitative analysis

1 Introdução

O campo da saúde não detém o monopólio do discurso em alimentação e nutrição (Kraemer et al., 2014). De fato, as formas de comunicar o "saudável" tornam-se, geralmente, pontuais e obrigatórias, com o entendimento de que uma mensagem lógica e verdadeira, convence ao usuário e ele obedece (Lefèvre & Lefèvre, 2004). Assim, os discursos sobre alimentação e nutrição em saúde ainda não atingem o escopo pretendido (Venn & Strazdins, 2017). Por uma parte, porque se tende a conceber o usuário como um agente hipossuficiente e também porque pouco se conhece sobre o profissional, suas condições e disposições (Fernandez & Westphal, 2012). Em contraste, a economia e o *marketing* têm estudos aprofundados que consideram ao consumidor como um elemento central (Lopes, Da Silva, & Silva, 2012). Não importa o quanto as propriedades da cidadania sejam atribuídas ao usuário ou ao profissional, é preciso reconhecer os mecanismos que intermediam o educativo para fazer uma leitura mais adequada das relações entre as posições, as disposições e a toma de posição (Bourdieu, 1997). O objetivo deste estudo foi entender quais são as características dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) que modulam o espaço social da educação em alimentação e nutrição.

2 Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo comparado de inspiração etnográfica, dentro do paradigma crítico, para procurar particularidades dos serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, resultado do contraste ideológico da educação em alimentação e nutrição em dois modelos políticos de APS (Leander, 2008). Os locais estudados estão inseridos na dinâmica social de periferia da metrópole, sendo São Paulo e Bogotá os centros econômicos do Brasil e da Colômbia, países da região com maior desigualdade no mundo (CEPAL, 2015). Por um lado, em São Paulo, o contexto de formulação política nacional possibilita a descentralização nas ações mas está voltada principalmente para a atenção à doença e gira em torno de um estabelecimento físico denominado Unidade Básica de Saúde (UBS). Por outro lado, em Bogotá, o cenário político local tende a ser centralizado, mas com foco nas ações de promoção da saúde e com estratégias voltadas para aproximar as equipes de saúde às casas das pessoas (Pava-Cárdenas, Vincha, Vieira, & Cervato-Mancuso, 2018). O período de campo compreendeu treze meses, entre junho de 2015 e julho de 2016. A observação foi do tipo participante, a qual contemplou quatro fases: descritiva, entre duas a cinco semanas; de foco, duas semanas; seletiva, entre duas a sete semanas; e de ponto de saturação, entre nove a dez semanas (Angrosino, 2007). O primeiro autor, com competência cultural para ambos os locais, esteve imerso no trabalho empírico em serviços com cobertura de 20.000 a 25.000 habitantes. Assim, ele acompanhou as rotinas de serviços públicos, especialmente as relacionadas com os momentos de ações educativas em: consultas, grupos, visitas domiciliares, reuniões e espera no corredor. Como particularidades, em São Paulo, encontraram-se quatro grupos, de tipo aberto e permanente: “nutrição” coordenado por nutrição; “leve e saudável” coordenado por nutrição e educação física; “Tabagismo” e “amamentação” coordenados pela enfermagem. Em Bogotá, as ações foram feitas em atividades, a maioria, de um contato só, nas casas dos usuários ou nos equipamentos da comunidade e organizados por ela ou por outros serviços de saúde, podendo ser do setor privado ou de Organizações Não Governamentais. Assim, a nutrição acompanhou ações de outras categorias profissionais (medicina, enfermagem, psicologia e assistência social) para grupos de: idosos, gestantes, juventude e pessoas com deficiência.

O registro em diário de campo incluiu a descrição, a interpretação, a autopercepção e as inquietações. Ao incluir a digitação do obtido em diários de campo, alcançou-se um *corpus* total de 309 páginas em Word 2012. Para garantirmos a comparabilidade do material coletado, usamos procedimentos e grades de análises idênticas por local. A postura epistemológica seguiu os constructos teóricos do sociólogo Pierre Bourdieu, concernentes à teoria da prática (Bourdieu, 2001). A administração dos dados foi realizada com o software Nvivo11. A organização do *corpus* considerou: marcação das características sistêmicas dos campos, construção do esquema de relações, características do sistema de posições no campo, análise das disposições, construção da matriz relacional e síntese geral do campo (Thiry-Cherques, 2006). Para chegar às categorias, os pesquisadores fizemos uso permanente de tabelas para questionar os achados e ver sua coerência, com planilhas no Excel 2012. Para interpretar os achados integrou-se a análise crítica do discurso, o que inclui quatro fases: análise das categorias de aproximação aos usuários, codificação e definição de códigos, revisão dos códigos para cada local e estabelecimento de conexões entre os sistemas dos dois locais (Coffey & Atkinson, 2003). O uso da teoria de Bourdieu é valorizada a partir da sua aplicação, possibilitando o surgimento de novas categorias de análise e propostas metodológicas. A realidade social não se refere apenas ao conjunto de relações e forças que se impõem sobre os agentes “independente de sua consciência e vontade ou à soma de inúmeros atos de interpretação” mas inclui as estruturas sociais e mentais vinculadas entre si por uma relação de dupla constituição e correspondência mútua (Bourdieu, 2001). Este trabalho faz parte da tese: “Escopos da Educação Alimentar e Nutricional à luz do contexto latino-americano: o usuário”. Neste artigo não são

expostos, os achados referentes à noção de campo, nem de *habitus* em virtude dos limites de espaço.

3 Resultados

Nós identificamos por cidade regularidades nas características que modulam o educativo em alimentação e nutrição num panorama relacional de três planos: plano do serviço, plano dos profissionais e plano dos usuários. Em São Paulo, dentro do plano serviço, aparece uma lógica voltada à cobertura de caráter universalizado, que inclui um sistema de agendamento de serviços especializados em função de bens simbólicos como a meta, a vaga e o medicamento. Os capitais circulantes tais como o tratamento e o tempo/agendamento, tendem a sobrecarregar o serviço, mas que ao mesmo tempo, aparece o desafio do absenteísmo, em consulta, de 50% dos usuários. No plano dos profissionais de saúde, eles prestam os serviços predominantemente de forma intramural, com contratos de trabalho estáveis, com um espaço estruturado que concentra ações de consulta dentro da UBS, para aguardar pelos usuários, na maioria do tempo. Por um lado, aparece uma articulação dos profissionais que compartilham responsabilidades dentro do trabalho em equipe, com uma unificação dos registros nos prontuários, mas por outro lado, surge ao mesmo tempo, uma rivalidade, não expressamente declarada, entre três categorias profissionais (nutrição, enfermagem e medicina) pelas competências atribuídas, especificamente porque em atendimentos de tipo individual, entregam-se folhas de recomendações nutricionais ou dietas. Aparece uma valorização reforçada pelo serviço relativo ao trabalho em grupos educativos e identifica-se o usuário como uma pessoa “difícil” que muitas vezes precisa ser procurado. Em contraste, no plano do usuário, é evidente a dificuldade de acesso ao tratamento, reduzindo a UBS principalmente a um serviço a vacinação e toma de exames, colocando o atendimento em nutrição com algo demorado para ter acesso ou que é quase inexistente, pois se desconhece sobre a forma de operar do serviço e passa por ter uma desilusão do serviço que promete e demora. Existe uma separação simbólica entre quem trabalha na UBS e fora dela. Quem está dentro, não sabe o que os usuários vivenciam e quem trabalha na rua conhece a realidade, de fato, manifestam-se as relações de amizade com as agentes de saúde, que percorrem rua a rua. Em alimentação e nutrição há uma tendência à exigência de melhorar a intervenção aparecem depoimentos de alguns usuários que aprenderam coisas novas ou conseguiram mudanças na sua alimentação enquanto que para outros, ainda falta acessar a um verdadeiro tratamento.

No caso de Bogotá, no plano serviço, a lógica está em função de uma APS de caráter seletivo, fragmentada, com lógica extramural de profissionais e resolutive, que disputa o atendimento com os serviços de saúde de caráter privado. Contém um sistema de faturação, certificação, glosa, vigência e desconfiança em função de bens simbólicos como a meta, o controle e a assinatura dos usuários (para demonstrar que se fez o atendimento). Os capitais circulantes concentram-se no tempo/resolutividade e a produção, que apontam a uma constante desconexão do sistema de saúde, com mudança permanente dos programas e obediência direta à Secretaria Distrital de Saúde que exige priorização de casos e de visitas profissionais específicas. Presença intermitente de profissionais em função ao tipo de contrato, muitas vezes com tempo de vigência mensal. No plano dos profissionais de saúde, eles prestam os serviços predominantemente de forma extramural e desenvolvem o trabalho maioritariamente com outros equipamento dos bairros e das instituições. Aparece uma incerteza permanente sobre o trabalho pelo tipo de contratação e existe uma diferença marcada de hierarquia com os profissionais concursados. Usa-se a figura do médico para atrair os usuários e assim os outros perfis profissionais conseguem fazer suas intervenções, entre eles, nutrição, que opera como uma caçada de usuários tanto nas casas quanto na rua. A Unidade

Primaria de Atenção não é um espaço próprio dos profissionais e os registros das intervenções se fazem em outro tipo de documento que é preciso carregar até conseguir fazer a visita. De fato, o número de visitas são estabelecidas. Surge um desgaste em registros que não se conseguem terminar na hora e são completados nas casas dos profissionais à noite. Isso emerge pelo mecanismo imposto de pagar glosas com o dinheiro dos honorários que ganham mensalmente, pois eles são entendidos como profissionais-empresa. Surge uma valorização reforçada pela visita em casa e identifica-se ao usuário como uma pessoa “indiferente” e também “grato”. No plano do usuário, é clara a queixa com relação ao acesso à saúde, mas se solidarizam com os profissionais que os visitam por que são considerados como “coitados”, que precisam de trabalhar. Por outro lado, não entendem como opera o serviço e a função que tem as visitas e os médicos na rua. Além disso, não há uma identificação clara entre todas as pessoas que os visitam porque recebem muitas visitas, que nem sempre estão dispostos a receber e muitos, de fato, se negam a abrir a porta, ao final considera-se uma perda de tempo porque não se fornece uma medicação. Em alimentação e nutrição predomina um esquecimento do realizado, poucas vezes os usuários conseguem lembrar o feito e dito, além de que existe uma confusão sobre o que é nutritivo e conveniente, pois há uma permanente contradição entre o que é dito pelo e entre os profissionais.

4 Discussão

Na procura por entender quais são as características dos serviços de APS que modulam o espaço social da educação em alimentação e nutrição, aparecem interferências que dificultam reconhecer o potencial do educativo dos cenários, isso implica que o educativo acaba sendo segregado para uma assistência que se mede em encontros e metas, deixando diminuídos os tempos de planejamento e execução das ações. A partir das propriedades interpretadas nos serviços por cidade, encontra-se que o cenário estudado em São Paulo sugere um modelo educativo descentralizado, informativo e processual. Já em Bogotá, o modelo educativo possui um caráter centralizado-controlador, focalizado e impositivo, que por traz gera desconfiança sobre as recomendações dos profissionais. Isso concorda com achados prévios, onde o desenvolvimento dos tipos de ações educativas, as temáticas e o contexto político facilitam a especificidade na aproximação (Pava-Cárdenas et al., 2018). Por exemplo, no caso de Bogotá, metrópole reconhecida como um dos poucos exemplos do país com investimento na APS, possui um frágil suporte político que confere características heterogêneas na sua operação, o que considera a judicialização ao sistema de saúde, sem levar em consideração a situação de precarização do trabalhador da área (González Quiñones et al., 2015). Por outro lado, o discurso e as ações da alimentação e da nutrição tendem a guardar uma lógica que parece ser intangível para a compreensão da posição do agente-usuário, pois ele aceita sem questionar, não consegue referir as dúvidas ou desconfia, e também não se atribui como uma responsabilidade para o agente-profissional ou para o serviço explicar de forma aprofundada o porquê das recomendações alimentares. De fato, a cena completa da APS, de como essa opera, os serviços que ela incorpora e sua relação com o sistema de saúde são totalmente encobertos e alheios para o agente-usuário. Isso se contrapõe ao discurso sobre a cidadania e a participação, fator fundamental para a situação de desigualdade social (Bousquat et al., 2017). Não saber sobre os serviços é ficar fora do debate. Em países como a Grã-Bretanha, é exigido a *British Medical Journal* que os pacientes demonstrem o envolvimento nas pesquisas, para identificar que eles possam tomar decisões sobre o seu cuidado. Ao final, quem cede o poder é o profissional porque continua no domínio hierárquico (Locock, Boylan, Snow, & Staniszevska, 2017).

5 Considerações Finais

Ao usar os pressupostos de Bourdieu na presente pesquisa qualitativa, procurou-se entender o educativo conjugado no espaço social de agentes que participaram de ações educativas em alimentação e nutrição no cenário da APS. O desenho de pesquisa em campo possibilitou um acesso sistemático e profundo às experiências, aos gostos, às práticas e aos esquemas de percepção dos agentes. Além disso, o construto num desenho comparado por contraste, entre os locais das duas metrópoles, trouxe análises mais robustas sobre as especificidades resultantes dos modelos de saúde a partir dos universos simbólicos, mais ainda quando se trata de uma temática intercedida por conflitos que não necessariamente atendem ao desejado pelos agentes-profissionais da saúde e que escapam, ao critério das variáveis de mensuração já implementadas. Nossa análise aponta que, conforme a presença do serviço de nutrição esteja melhor consolidada institucionalmente a educação em alimentação e nutrição aparece de forma mais específica, com maior cuidado na abordagem de conceitos, usos das reflexões ou trabalhos para a integração de práticas alimentares. Nesse sentido, um maior reconhecimento do serviço provoca maiores exigências por parte do agente-usuário e, em geral, elas acabam recaindo principalmente no agente-profissional de saúde.

Referências

- Angrosino, M. (2007). *Naturalistic observation* (First). Walnut Creek, CA: Left Coast Press, Inc.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama. Retrieved from <http://epistemh.pbworks.com/f/9.%2BBourdieu%2BRazones%2BPrácticas.pdf>
- Bourdieu, P. (2001). *Meditações Pascalianas* (Tradução S). Rio de Janeiro: Betrand Brasil.
- Bousquat, A., Giovanella, L., Campos, E. M. S., Almeida, P. F. de, Martins, C. L., Mota, P. H. dos S., ... Paula, D. B. de. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1141–1154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
- CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2015). EPALSAT- Base de datos y publicaciones estadísticas.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación*. Medellín, Colombia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Fernandez, J. C. A., & Westphal, M. F. (2012). O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde *. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 595–608. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/aop3512>
- González Quiñones, J. C., Restrepo Chavarriaga, G. L., Hernandez Rojas, A. D., Ternera Saavedra, D. C., Galvis Gómez, C. A., & Pinzón Ramírez, J. A. (2015). Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención durante el 2012 en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 16(6), 871–884. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n6.38192>

- Kraemer, F. B., Prado, S. D., Ferreira, F. R., Carvalho, M. C. V. S. de, Kraemer, F. B., Prado, S. D., ... Carvalho, M. C. V. S. de. (2014). O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1337–1360. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400016>
- Leander, A. (2008). Thinking tools. In A. Klotz & D. Prakash (Eds.), *Qualitative methods in international relations. A pluralist guide* (First, pp. 11–22). London: Palgrave Macmillan.
- Lefèvre, F., & Lefèvre, A. M. C. (2004). Health, empowerment and triangulation. *Saúde E Sociedade*, 13(2), 32–38. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200004>
- Locock, L., Boylan, A.-M., Snow, R., & Staniszewska, S. (2017). The power of symbolic capital in patient and public involvement in health research. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(5), 836–844. <https://doi.org/10.1111/hex.12519>
- Lopes, E. L., Da Silva, D., & Silva, D. da. (2012). Modelos integrativos do comportamento do consumidor: uma revisão teórica. *Revista Brasileira de Marketing*, 10(3), 03–23. <https://doi.org/10.5585/remark.v10i3.2273>
- Pava-Cárdenas, A., Vincha, K. R. R., Vieira, V. L., & Cervato-Mancuso, A. M. (2018). Promoting healthy eating in primary health care from the perspective of health professionals: a qualitative comparative study in the context of South America. *BMC Nutrition*, 4(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40795-018-0244-9>
- Thiry-Cherques, H. R. (2006). Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Revista de Administração Pública*, 40(1), 27–53. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000100003>
- Venn, D., & Strazdins, L. (2017). Your money or your time? How both types of scarcity matter to physical activity and healthy eating. *Social Science & Medicine*, 172, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.023>