

AUTOMASSAGEM SOB A PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE E INTERVENÇÃO

Self-massage from the Health Education perspective: analysis and intervention

Françoise Vieira Barbosa¹, Aline Nunes Batista², Mayra Gabriela Mendes Galvão³,
Eduardo Carvalho Horta Barbosa⁴, Georgiana Pontes Paulo⁵

RESUMO

Introdução: A automassagem é uma prática milenar da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que foi incorporada ao Sistema Único de Saúde do Distrito Federal em 1988. Desde então, sua filosofia contribui para o fortalecimento da atenção básica. **Objetivo:** Avaliar a prática integrativa de automassagem sob a perspectiva da educação em saúde, segundo a percepção dos participantes, durante o processo de instrumentalização do grupo com tecnologias socioeducativas. **Metodologia:** Pesquisa-ação crítica qualitativa em três etapas: observação participante, intervenção e grupo focal com usuários da atividade. Os dados foram gravados, transcritos literalmente e analisados por categorização de Bardin.¹⁸ **Resultados/Discussão:** Foram descritos em três categorias: O papel da automassagem na assistência à saúde e qualidade de vida do usuário: relato subjetivo de melhora de pressão alta, depressão, dores, estreitamento de vínculos e empoderamento; Mudança na visão do processo saúde-doença: os usuários compartilham do conceito amplo de saúde; Organização e planejamento do grupo: música, pequenos grupos e concentração são algumas sugestões. **Conclusão:** Embora a automassagem não apresente como característica principal a expressão de saberes pela comunicação verbal, esta consiste em prática educativa evidenciada pela integração e estímulo ao desenvolvimento da autonomia, contribuindo, portanto, para reafirmação e consolidação dos pressupostos da educação popular.

PALAVRAS-CHAVE: Massagem; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Self-massage is an ancient practice of Traditional Chinese Medicine (TCM), which was incorporated into the Unified Health System of the Distrito Federal in 1988. Since then, its philosophy is helping to strengthen primary care. **Objective:** To evaluate the integrative practice of self-massage from the perspective of health education, as perceived by the participants during the process of instrumentalizing the group with social and educational technologies. **Methodology:** Qualitative critical action-research in three steps: participative observation, intervention, and focus groups with users of the activity. The data were recorded, literally transcribed, and analyzed with Bardin's categorization. **Results/Discussion:** These were described in three categories - The role of self-massage in the health care and quality of life of the user: subjective report of improvement in high blood pressure, depression, pain, closer ties, and empowerment; Changed view of the health-disease process: users share the broad concept of health; Group organization and planning: music, small groups, and focus are some suggestions. **Conclusion:** Although self-massage does not present the expression of knowledge through verbal communication as a main characteristic, it consists of educational practice demonstrated by the integration and the fostering of autonomy, thus contributing to reaffirm and consolidate the assumptions of popular education.

KEYWORDS: Massage; Primary Health Care; Health Education.

¹ Especialista em Saúde da Família e Comunidade; Especialista em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê; Mestranda em Educação de Profissões de Saúde, Docente do curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde. E-mail: suasevb@gmail.com.

² Estudante do 6º ano de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde.

³ Estudante do 3º ano de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde.

⁴ Estudante do 6º ano de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde.

⁵ Médica ginecologista. Docente do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde.

INTRODUÇÃO

O gradual avanço no campo da educação em saúde é visível pela difusão dos conceitos e práticas em Educação Popular, como estratégia de superação da estrutura tradicional do modelo de saúde pública. Apesar disso, grande parte dos serviços de saúde ainda permanece estática em suas práticas educativas autoritárias e controladoras.

É evidente, no entanto, que apenas as práticas educativas inovadoras contribuem para a conversão do modelo de saúde vigente, do paradigma biomédico para o modelo humanizado e efetivo, centrado no sujeito, que se interessa por outras dimensões do usuário, tais como: ecológico, socioeconômico e etnocultural¹.

Para tanto, conforme Teixeira,² torna-se necessário pensar mais nas práticas educativas, em busca da descoberta de riquezas do trabalho com grupo na aplicação de tecnologias leves, ou seja, relacionais, para produzir saúde.

É importante destacar aqui que o termo “tecnologias de saúde” não se restringe ao arsenal de equipamentos; contudo, como um processo, envolve diferentes dimensões, processo do qual resulta um produto que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, em bens ou produtos simbólicos. Desse modo, tecnologia envolve saberes e habilidades e precisa ser distinguida de equipamento ou aparelho tecnológico.³

Segundo Rocha,³ as tecnologias podem ser classificadas em leve, referindo-se a relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura, quando se trata de saberes bem-estruturados; e dura, quando envolve os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas.

Dentre as tecnologias leves, esta pesquisa enfoca a modalidade socioeducativa, a qual se constitui em tecnologia de cuidado educativo singular, apresentando como foco o aumento do nível de reflexão e conscientização dos participantes de um grupo educativo. Nesse tipo de grupo, as novas informações, o questionamento de mitos e preconceitos, a possibilidade de tirar dúvidas representam elementos importantes na ressignificação que as pessoas fazem da problemática saúde-doença.²

Nesse sentido, tal abordagem se remete a um dos eixos da promoção de saúde: a educação emancipadora. Esta se utiliza de ações dialogais e empoderadoras, por meio de situações vivenciadas pelos indivíduos e comunidade, em que os saberes populares são valorizados, expressos e enriquecidos com saberes científicos, na construção de parcerias e autonomias responsáveis e solidárias.⁴

Assim, as práticas educativas em grupo emergem como possibilidade de fornecer subsídios para educar-cuidar, para a autonomia e emancipação, ao utilizarem tecnologias leves, tais como compartilhar saberes e afetos

bem como vivências, para promover a saúde e qualidade de vida.

Nesse contexto, as práticas integrativas de saúde surgem como atividades educativas em grupo, pertencentes ao campo da promoção da saúde, que estão baseadas na concepção do sujeito integral e voltadas para a promoção do bem-estar geral e do autoconhecimento.¹ Reforça-se, assim, a concepção de Educação Popular como relações pedagógicas que emergem de vivências de aprendizagens que articulam as subjetividades coletivas em espaço de negociação e inclusão dos saberes.⁵

Além disso, as práticas reafirmam a Política Nacional de Atenção Básica, de 2011,⁶ a qual define a Atenção Básica (AB) como conjunto de ações de saúde que leva em conta a saúde no âmbito social e coletivo, buscando a promoção, proteção, prevenção de agravos à saúde. Cabendo a ela o tratamento e a reabilitação com o intuito de reduzir os danos e mantendo a saúde, sempre levando em conta a atenção integral, busca, também, a autonomia das pessoas frente aos condicionantes e determinantes da saúde, cabendo à AB práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas.

Dentre as práticas integrativas, destaca-se, nesta pesquisa, a automassagem, pela baixa complexidade, fácil aprendizado e eficácia do método, em que o simples toque do próprio corpo é um caminho autoeducativo que, quando feito com conhecimento, atua na prevenção, na manutenção da saúde e como coadjuvante a diversos tratamentos. Além disso, oportuniza a inserção dos usuários em grupos, despertando interesses e trocas de experiências, bem como o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário.¹

A automassagem tem como referencial prático, teórico e filosófico a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e iniciou como atividade assistencial e educativa em saúde na rede pública do Distrito Federal em 1990. Hoje, essa prática está implantada em 40 unidades de saúde e, devido aos bons resultados obtidos, vem sendo procurada cada vez mais.¹

Vale destacar que a automassagem, enquanto prática de educação em saúde, deve ser valorizada e qualificada, com a finalidade de contribuir cada vez mais para afirmação do Sistema Único de Saúde – SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania.⁵

Contudo, assim como as demais práticas educativas, a automassagem apresenta o risco de se tornar uma prática automática e mecânica, como já é percebida por alguns profissionais e usuários do SUS. Esta pesquisa vem ao

encontro da necessidade de superação da estrutura tradicional de práticas educativas, ao avaliar a prática integrativa de automassagem sob a perspectiva da educação em saúde, segundo a percepção de instrutores e participantes no processo de inserção de tecnologias socioeducativas.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. Classificação da pesquisa

O presente trabalho baseou-se em pesquisa qualitativa, que buscou o aprofundamento e abrangência da compreensão dos sujeitos da pesquisa.

Foi utilizado o método de pesquisa-ação crítica, um tipo de pesquisa social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e na qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos, de modo cooperativo ou participativo.⁷ Se alguém opta por trabalhar com pesquisa-ação, por certo tem a convicção de que pesquisa e ação podem e devem caminhar juntas, quando se pretende a transformação da prática.⁸

Conforme Stringer,⁹ a pesquisa-ação compreende uma rotina composta por três ações principais: observar, para reunir informações e construir um cenário; pensar, para explorar, analisar e interpretar os fatos; e agir, implementando e avaliando as ações. Porém essa metodologia não se faz por meio das etapas de um método, mas se organiza pelas situações relevantes que emergem do processo e tem uma dependência estreita com o caráter formativo na avaliação do processo.⁸

A pesquisa-ação crítica é um método utilizado quando há uma transformação percebida como necessária, a partir dos trabalhos iniciais do pesquisador com o grupo, decorrente de um processo que valoriza a construção cognitiva da experiência, sustentada por reflexão crítica coletiva, com vistas à emancipação dos sujeitos e das condições que o coletivo considera opressivas.⁸

2. Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados em fases distintas da pesquisa, compreendendo, na fase inicial, a observação participante, em que cada pesquisador participou de 2 encontros sucessivos do grupo de automassagem. Os itens avaliados foram: frequência, envolvimento dos participantes e do instrutor na atividade, duração, compartilhar de saberes, abordagem de temas de educação em saúde pelo instrutor, utilização do tempo para outros fins, tais como solicitação de consultas, verificação da pressão arterial e

qualquer ocorrência além da prática de automassagem.

Logo após, ocorreu a atividade de intervenção, construída conjuntamente com os instrutores, baseada nas sugestões e reflexões levantadas na coleta de dados da fase inicial. A efetividade e a compreensão de saberes e atitudes em um grupo dependem de dois principais fatores: 1. da convivência e adesão de seus integrantes; 2. da consistência e fluência de seus instrutores. Assim, a escolha da intervenção levou em conta sua efetividade e facilidade de realização.²

Foram realizadas reuniões de apresentação e discussão acerca de temas de interesse da automassagem sob a perspectiva da educação em saúde, levando em consideração as tecnologias leves em saúde sob a modalidade socioeducativa. Os temas específicos e a quantidade de reuniões foram decididos após o levantamento dos dados da fase anterior e durante sua realização.

Na fase seguinte, foi realizado um grupo focal, que teve como objetivo aprofundar os assuntos levantados pela observação e avaliar a intervenção. Segundo Creswell,¹⁰ o grupo focal é utilizado em pesquisas qualitativas para entrevistar grupos pequenos, que devem conter de 06 a 15 participantes,¹¹ e envolve questões não estruturadas e, em geral, abertas, que são em pequeno número e se destinam a suscitar concepções e opiniões dos participantes.

A reunião de grupo focal foi orientada por um moderador e por um observador, um para conduzir a discussão e o outro para anotações e manifestações não verbais. A reunião foi gravada e o áudio transcrito literalmente.

3. Sujeitos da pesquisa

Para inclusão no grupo focal, foram selecionados doze usuários do serviço, escolhidos sob os seguintes critérios: ter frequência igual ou superior a 70% nos últimos 2 meses de atividades de automassagem, aceitar participar da reunião e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os dados relativos aos usuários e sua assiduidade ao grupo foram obtidos da lista de presença do grupo de automassagem de setembro e outubro de 2011.

4. Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Protocolo 168/11. Antecedendo o grupo focal, houve orientações relativas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e foi solicitada sua assinatura.

5. Análise dos dados

O conteúdo transcrito foi processado por meio da análise de dados de Bardin,¹² com o estabelecimento de categorias temáticas significativas, que respeitaram os critérios de validade estabelecidos pela técnica,¹² como descreve Minayo:¹³ “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observação

A atividade ocorre em um galpão cedido pela administração, próximo ao Centro de Saúde. Em média, 30 pessoas participam do grupo, que acontece duas vezes por semana, segunda e quarta, com duração de 1 hora, sendo que os 10 minutos finais são utilizados para avisos e preenchimento de lista de presença.

Para a realização da atividade, há três instrutores, sendo um agente comunitário de saúde e 2 técnicas de enfermagem que alternam sua participação. Quando não há instrutor disponível, o grupo é conduzido por um monitor da própria comunidade. Segundo o Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do NUMENATI,¹ o monitor é um facilitador que dá apoio na condução da atividade e que, a partir do momento em que se sentir preparado pela própria experiência, poderá, também, se responsabilizar pelo grupo. O manual abre a possibilidade de ser um servidor ou uma pessoa da comunidade devidamente capacitada. No caso deste Centro de Saúde, o monitor é uma participante da atividade e não observamos prejuízo no desenvolvimento da atividade.

Durante as atividades observadas, os participantes estavam dispostos em uma grande roda e utilizavam um tapete para algumas atividades em solo. Há predominância do sexo feminino, havendo três homens por atividade. Há envolvimento dos participantes entre si e com os instrutores. Além disso, no decorrer da atividade, os participantes se chamam pelo nome, contam histórias e riem, indicando momentos de descontração. Nos avisos, o servidor fala sobre atividades preventivas, como o combate à dengue, fornece avisos sobre o funcionamento do centro de saúde e atende a possíveis demandas do serviço.

Após a atividade, ouvimos queixas dos participantes e dos instrutores sobre possíveis melhorias e uma avaliação inicial do trabalho. Referiram a falta de limpeza do espaço físico onde se realiza a atividade, já que funciona como salão de festas nos finais de semana. Não há utilização da música em todas as atividades, por dificuldade no transporte do aparelho de som.

Intervenção

Baseado nas observações, nas referências de educação popular e no Manual do NUMENATI,¹ foi planejado e executado um plano de intervenção com as seguintes propostas:

- incluir música na atividade;
- separar o grupo em pequenas rodas, com um facilitador para cada grupo;
- separar um tempo da atividade para fala espontânea e troca de experiência.

A partir dessas propostas, realizou-se uma atividade de automassagem, na qual se colocaram em prática todas as sugestões. Posteriormente, foram avaliadas tais mudanças, por meio de um grupo focal.

A análise de dados desse grupo focal culminou na criação de 3 categorias: 1. o papel da automassagem na assistência à saúde e qualidade de vida do usuário; 2. mudança na visão sobre os determinantes de saúde e doença; e 3. organização e planejamento do grupo. A seguir, discutiremos cada categoria levantada.

1. O papel da automassagem na assistência à saúde e qualidade de vida do usuário

Os relatos no grupo focal evidenciaram a satisfação dos participantes da automassagem no Centro de Saúde 03 de Samambaia. Os integrantes abordaram, com muita frequência, melhorias quanto a doenças específicas, geralmente relacionadas a afecções osteomusculares e de articulações, como hérnia de disco, artrose, dores nas pernas. Referiram, também, outras afecções, como hipertensão arterial, arritmia, desânimo e vergonha.

Relataram, ainda, sobre a diminuição do uso de medicamentos, após a efetiva adesão à prática integrativa oferecida pelo Centro de Saúde, reafirmando, com isso, a resolutividade da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e consolidando a importância da sua inserção em outros serviços públicos e particulares de saúde. Embora os medicamentos apresentem importância fundamental no tratamento das doenças, estes não foram considerados pelos participantes da automassagem os únicos meios de interagir no processo de tratamento, sem, no entanto, deixar de considerar que se trata de uma prática complementar e não excludente.

A fala a seguir expõe claramente a importância que os participantes atribuíram à automassagem:

“E... dor nas costas, que eu tenho problema de coluna,

pressão que era lá em cima, tomava remédio e não tava adiantando, hoje, eu chego na [consulta]... minha pressão tá doze por oito... eu fico [feliz] (risadas) Meu Deus do céu!” (Senhora 3).

Além de mudanças quanto a morbidades físicas, os participantes descreveram, também, transformações na esfera social e estilo de vida, com a prática regular da automassagem. Isso, certamente, pelo tempo reservado para si e de integração com as outras pessoas, que possibilita um estreitamento do vínculo social, fortalecimento da comunidade, elevação da autoestima, diminuição do estresse e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e uma vida mais saudável.

Para exemplificar o potencial terapêutico do grupo, tem-se a fala a seguir, em que a automassagem foi considerada pelos participantes uma terapia para determinado nível de depressão.

“No dia em que eu não venho na automassagem eu me sinto deprimida... eu sinto dores, quero ficar só deitada... quero ficar só mole... quando eu venho na automassagem me dá um novo ânimo... eu passo o dia todo alegre, no meu trabalho, eu vivo muito bem... sem a automassagem aqui, não dá” (Senhora 1).

Dentro dessa perspectiva, vale a pena destacar que o conceito de saúde tem uma abrangência muito maior do que a ausência de doença, pois resulta das condições de vida das pessoas e a concepção holística da saúde determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual.¹⁴

A MTC considera, também, que a doença é um fenômeno e possui três fases, conforme a visão das energias Yin e Yang, a saber: psicoenergética (estado energético, mental e emocional); funcional (perturbação nas funções orgânicas); e lesional, em que os órgãos já sofreram alterações pela continuidade do desequilíbrio da 2ª fase.¹⁵ Nesse sentido, a automassagem pode ser considerada uma atividade que atua, principalmente, na fase psicoenergética, agindo tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças.

É importante assinalar, também, que a prática de automassagem requer concentração, portanto, ligação do corpo com a mente. Nessa direção, os participantes relataram que, a partir da atividade, passaram a se concentrar melhor em si mesmos e, com isso, aumentaram a capacidade de extrair ao máximo o bom proveito da atividade, como foi observado em uma das verbalizações.

“aí eu melhorei tanto na parte da concentração e estressar,

que eu sou muito estressada e ansiosa, então você para, você concentra, você vem e faz os exercícios... então ajuda tanto na parte da dor quanto na parte de você parar só para você mesmo né [...]” (Senhora 9).

Além dos benefícios recebidos pelos próprios participantes, estes demonstraram assumir uma postura proativa, ao repassarem seus saberes aos conhecidos, realizarem atividades em casa e buscarem novos integrantes para o grupo, atuando, assim, como multiplicadores da atividade. Dessa forma, a automassagem tem favorecido que seus integrantes desenvolvam mais autonomia e empoderamento, pois já não são mais meros expectadores da educação em saúde, mas agentes transformadores.

O Ministério da Saúde afirma que, ao incorporar as Práticas Integrativas e Complementares¹⁶ no SUS, um dos objetivos é estimular as ações referentes ao controle e participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Nesse contexto, todos os relatos observados nos levam a concluir que a atividade não só trata doenças específicas, mas também lida com a esfera biopsicossocial, que é multifacetada. O simples ato de massagear um ponto significativo trabalha com dimensões além do previsto, o subjetivo do ser e a busca da qualidade de vida.

“Fazendo exercícios aqui tem melhorado bastante... fora que dá coragem, né! Você fica assim, mais disposto... você já acorda empolgada para alguma coisa... tô melhorando bastante” (Senhora 8).

2. Mudança na visão sobre os determinantes de saúde e doença

Visando avaliar o potencial transformador da educação em saúde, foram utilizadas, durante o grupo focal, as seguintes perguntas motivadoras: O que vocês entendem por adoecer? O que interfere no adoecimento? A partir dessas perguntas e após a análise do diálogo, chegamos a esta categoria.

Avaliar a percepção do usuário sobre os determinantes de saúde e doença foi uma forma de avaliar se a participação no grupo de automassagem influenciou na ampliação de visão sobre esses determinantes, o que, se confirmado, significaria um poder educador do grupo.

Existe uma íntima relação entre a visão ampla do processo saúde-doença e a educação em saúde, logo, essa relação foi usada para inferir indiretamente o potencial transformador do grupo.

Assim que lançadas as perguntas, a fala de abertura

tratou sobre alimentação saudável, um importante determinante de saúde. Porém, como mostra a fala abaixo, logo em seguida, houve o questionamento quanto à suficiência da alimentação para o completo bem-estar de uma pessoa, suscitando a doença depressão para o grupo.

“[...] a alimentação influencia, mas se você não tem um elogio, essa da autoestima, você entra na depressão e é essa parte que vem adoecendo” (Senhora 2).

A partir desse ponto, a discussão se voltou para os fatores sociais e psicológicos de adoecimento, enquanto os fatores biológicos deixaram de ser citados. Alguns dos temas presentes foram: o estilo de vida corrido ou tenso, a falta de companhia, a falta de carinho por parte dos parentes ou cônjuge e a acomodação frente a problemas. Vejamos:

“Lá em casa mesmo tem internet, tem som, tem TV pra todo mundo, então cada um vai para o seu quarto, minha mãe vai para a cozinha, meu pai para a TV. Então, mesmo com todo mundo dentro de casa, nenhum se socializa, pode até tá cheio de gente, mas você se sente sozinho” (Senhora 2).

Ao longo da discussão, também foram enumerados dois fatores ligados ao acesso aos recursos essenciais e um fator espiritual: os transtornos com o trânsito, com o transporte público, participação em uma religião.

“ficar na parada esperando o ônibus, um tempão que você perde. Acho que mais tempo esperando o ônibus do que dentro do ônibus, e você se cansa... a falta de paciência por causa do trânsito... a pessoa fica mais arrogante, impaciente, mais nervosa. Então esse estresse de todo dia a dia vai contribuir para o adoecimento” (Senhora 2).

Segundo Silva,¹⁷ a doença possui influência do aspecto biológico, espiritual, social, psicológico e do acesso aos recursos essenciais que promovem a manutenção da saúde e bem-estar, ou seja, todos esses grupos foram citados pelo menos com um exemplo durante o debate, mesmo havendo predominância dos aspectos sociais e psicológicos.

Como observamos na primeira categoria, um dos importantes ganhos para os participantes deste grupo foi o convívio social com as amigas e o vínculo. Aliando esses ganhos com a alta prevalência de doenças mentais, está justificada a valorização desses determinantes em detrimento dos biológicos. Entretanto, nem sempre foi assim e muitos ainda não têm essa visão ampliada de saúde.

É interessante lembrar que a própria Lei Orgânica da

Saúde, Lei 8080,¹⁸ criada em 1990, trata sobre os fatores determinantes de saúde de forma ampla, mostrando, em termos de organização econômica, os principais fatores que estão interligados: “[...] entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Essa lei surgiu dentro de um contexto histórico de evolução de conceitos, dentre eles, o da promoção de saúde. Nesse sentido, também houve uma valorização do saber popular e a necessidade de uma nova forma de educar o povo. Veja, a seguir, um breve levantamento sobre o tema.

A educação nem sempre esteve ligada à saúde. Até meados do século XX, a educação tratava do comportamento das pessoas e a saúde, das questões relacionadas à cura das doenças. A valorização das ações de prevenção de doenças estreitou esse laço e fez surgir a proposta da educação em saúde.

A educação em saúde partiu da necessidade de prevenir as grandes epidemias e difundir conceitos de higiene e hábitos de vida como determinantes do adoecimento. Segundo Alves,¹⁹ partia de três pressupostos: 1. prevenção dos problemas de saúde pelo esforço individual; 2. os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; e 3. educação baseada em transmissão de conhecimento neutro e descontextualizado pelos médicos.

Essa educação ficou conhecida como sanitária e bancária. Sanitária, por levar em conta os aspectos biológicos da doença, e bancária, por funcionar como depósito de conhecimento sobre as pessoas que carecem de informações. Essa abordagem não se mostrou efetiva, ao passo que ignorava elementos essenciais ao processo de aprendizagem, além de ignorar as questões culturais do expectador.

Uma nova forma de abordagem surgiu na década de 80, quando a educação em saúde passou a trabalhar com a problematização do cotidiano, empoderamento social, envolvimento dos profissionais de saúde como um todo e a visão cultural do sujeito, que, por sua vez, é dotado de saberes, crenças e responsabilidades.

A educação em saúde como prática social e orientada para a promoção de saúde é hoje conhecida como Educação Popular em Saúde. As práticas pedagógicas de Paulo Freire foram de grande valia para essa evolução e influenciaram várias áreas do conhecimento, inclusive a saúde.

Vários intelectuais se aproximaram do povo, em busca de uma forma alternativa de relação que não a autoritária, comumente usada pelas elites. Essa aproximação favoreceu o entendimento do processo de adoecimento e cura

no meio popular e o confronto com a complexidade dos problemas de saúde, levando a uma reorientação das práticas educativas.

Para conseguir uma efetiva transformação social, o profissional deveria se inserir na comunidade, desconstruir tudo que sabe e só depois reconstruir, junto com a comunidade, a partir das experiências e anseios próprios dos educandos. Não se trata de informar sobre saúde, mas de transformar saberes existentes e emancipar para a saúde. A educação popular requer “alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes”.^{5,8}

Essa transformação social é fundamental para se difundir o novo conceito de saúde: um bem-estar físico, psíquico e social. Também traz uma nova concepção do adoecer. O adoecer, agora, também pode ser social/coletivo e vários fatores estão envolvidos. Ou seja, paralelamente às transformações no campo da educação em saúde, também há uma ampliação da compreensão acerca do processo saúde-doença. Anteriormente, a doença era atribuída puramente ao biológico e, posteriormente, passa a ser entendida como uma combinação de fatores sociais, econômicos e culturais. A nova prática enfatiza a promoção e a prevenção de saúde, com a participação social e empoderamento do usuário.

Nesse contexto, podemos perceber o grupo de automassagem como um momento de interação entre o serviço de saúde e a comunidade. É um ambiente onde não há relação de poder e há a convivência, gerando a oportunidade de trocar conhecimentos. Logo, esse ambiente é próprio para a prática de educação popular.

Como podemos observar, os participantes desse grupo valorizam os fatores ligados ao relacionamento social, atividades do dia a dia, transporte e outros, mostrando que os usuários compartilham de um conceito ampliado de processo saúde-doença, confirmando o potencial educador do grupo.

3. Organização e planejamento do grupo

Nesta categoria, são reunidas as percepções dos participantes do Grupo de Automassagem em relação à dinâmica organizacional da atividade. A automassagem é uma prática milenar da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que foi incorporada ao Sistema Único de Saúde do Distrito Federal em 1988. Desde então, sua filosofia contribuiu para o fortalecimento da atenção básica no Distrito Federal.

A automassagem é definida por uma sequência básica de movimentos, que são realizados pelos usuários e que estimulam áreas e pontos determinados do próprio corpo,

os mesmos usados na acupuntura. Essa prática utiliza-se de princípios específicos que favorecem a circulação e a liberdade de movimentos, que se propõem a restabelecer o equilíbrio orgânico.

O Centro de Saúde 03 de Samambaia oferece a prática, da forma como é hoje, há cerca de três anos. A possibilidade de trabalho em grupo, a visão integral do corpo e a fácil execução são alguns dos seus pontos positivos. Assim, ela se firma como uma prática promotora de saúde muito útil numa faixa etária muito peculiar: os idosos e os que estão chegando a essa fase.

Os grupos de automassagem, de forma geral, são de demanda espontânea, sendo necessário, para um melhor atendimento, ter, no mínimo, um facilitador (instrutor ou monitor) para cada 25 pessoas e, de preferência, que o número total de participantes não ultrapasse 50 pessoas, segundo o Núcleo de Medicina Natural e Terapêutica de Integração – NUMENATI,¹ do Ministério da Saúde. O monitor pode ser servidor da referencial de saúde, bem como pessoa da comunidade qualificada para orientar a atividade.

A partir das informações colhidas no grupo focal, percebeu-se que há, por parte dos usuários, uma preferência por grupos menores, de até 25 pessoas, nos quais a possibilidade de aprendizado e o contato social entre os participantes se tornam maiores. Nesse contexto, podem-se extrair os seguintes comentários de usuários:

“[...] não é bom grande demais, porque a gente aprende mais no grupo pequeno [...]” (Senhora 1).

“[...] no grupo pequeno, eu acho que cada um para e olha para cada um [...] quando chega e faz aquela mistura e fecha um grupinho, ajuda você a saber mais quem é a outra pessoa, para, olha e vê que essa pessoa está aqui. Porque, às vezes, um monte de gente vem aqui e você nem percebe que ela está aqui e, no grupo pequeno, ajuda você ter essa percepção de cada um[...]” (Senhora 9).

A atividade de automassagem, no Centro de Saúde observado, em algumas ocasiões, é executada ao som de músicas agradáveis aos usuários. A música objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo, para que ele possa alcançar uma melhor integração interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.²⁰

A música imprime vantagens na atividade, como melhoria das seguintes capacidades dos usuários: sensorial; motora; mental, pela apreciação, memorização e julgamento das impressões recebidas; afetiva, pelo desenvolvimento de ligações emocionais em função da atividade

em grupo; musical, pelo estímulo às atitudes e pelo desenvolvimento das habilidades musicais; social, pelo favorecimento da integração entre os usuários.²⁰

Os efeitos fisiológicos e psicológicos da musicoterapia, segundo as mesmas referências bibliográficas, são aumento do gasto energético muscular, aumento da frequência respiratória e cardíaca e alterações no metabolismo.

Os benefícios da música durante a atividade de automassagem foram observados no grupo focal realizado, como se pode perceber nos seguintes comentários:

“e você tem que ir no fazer da música, entendeu?” (Senhora 1).

“com a música, você presta mais atenção no que tá fazendo, você concentra, fica mais concentrado, eu acho [...]” (Senhora 6).

As práticas de saúde em grupo, como é o grupo de automassagem, são modalidades socioeducativas de aprendizado em saúde, que objetivam aumentar o nível de reflexão e conscientização das participantes. Elas emergem, nesse contexto, como importantes fontes de produção de saúde, uma vez que, com as vulnerabilidades das identidades individuais e a expressão dos medos, ansiedades e problemas individuais, se faz possível buscar, de forma coletiva, soluções que podem ser úteis para todos os indivíduos daquele grupo.

As novas informações, o questionamento de mitos e preconceitos, a possibilidade de tirar dúvidas representam elementos importantes na mudança das concepções que as pessoas fazem dos problemas de saúde. Durante a atividade, os usuários devem compartilhar percepções, saberes e experiências de soluções alternativas sobre a realidade em discussão, de forma que cada participante externar ao grupo o seu modo de ver, sentir e reagir em face da realidade ou situação em discussão. Ao ouvir diferentes exposições, reage com novos posicionamentos estimulados pelo diálogo que se estabelece no grupo.

Nesse processo, ocorre, efetivamente, produção de saúde. Essas práticas são dispositivos de mudança, ou seja, instrumentos que possibilitam aos seus participantes mudanças de ideias. Para adquirir um conhecimento válido em saúde, o indivíduo precisa fazer parte, estar entre uma “comunidade-aprendente”: a unidade da aprendizagem não é cada pessoa tomada individualmente. Ela é cada equipe, cada grupo-dialogante, no momento em que algum conhecimento é vivido como uma experiência ativa de ensino-aprendizagem.

Durante o grupo focal, percebeu-se pouca adequação do momento de expressões individuais por parte do usu-

ário, em parte, por estarem ansiosos pelas práticas físicas. É notável, também, que os participantes necessitem, durante a atividade, de autoconcentração, que, de fato, a atividade exige, secundarizando, assim, o momento de conversa. Outro fator que influencia na resposta negativa a essa proposta é a pressa dos usuários para finalizar o encontro, principalmente por terem outros compromissos a serem cumpridos no dia. Pode-se constatar o observado, no seguinte exemplo, extraído do grupo focal:

“é aqui já tá completo. Quem quer conversar é mesmo na terapia comunitária, porque pra gente ficar após a automassagem, fica assim, muito cansado, né” (Senhora 6).

“E a terapia comunitária?” (Senhora 6).

Como é possível observar, as atividades de automassagem são regidas por um conjunto básico de diretrizes, que buscam oferecer um serviço de qualidade à população. Não obstante, cada grupo disposto em uma determinada microrregião deve se adaptar às necessidades e desejos de seus usuários, a fim de proporcionar-lhes o melhor atendimento possível.

CONCLUSÃO

As práticas educativas em grupo emergem como possibilidade de fornecer subsídios para educar-cuidar, para autonomia e emancipação, ao utilizarem tecnologias leves, tais como compartilhar saberes e afetos, bem como vivências para promover a saúde e qualidade de vida.

A automassagem é uma atividade de fácil realização e se mostra efetiva no tratamento complementar de doenças específicas, mas também lida com a esfera biopsicossocial. Foram evidenciados benefícios de sua prática, como o relato subjetivo de melhora de pressão alta, depressão, dores, estreitamento de vínculos e empoderamento.

É um ambiente propício para a educação popular em saúde. Possibilita a troca horizontal de conhecimento, vínculo com o serviço de saúde local e empoderamento social. Os usuários de saúde se sentem confortados e acolhidos.

Quanto às relações do processo saúde-doença, a pesquisa mostrou que os participantes desse grupo entendem a amplitude de fatores que interferem na saúde.

Dentre as sugestões levantadas para o grupo, algumas foram aceitas de pronto: incluir música e dividir as pessoas em grupos pequenos de atividade. A ideia de reservar um tempo para expressões individuais não foi acolhida, em virtude da necessidade de concentração durante a atividade e considerando-se que há um grupo de terapia co-

munitária que tem esse propósito da fala.

Embora a automassagem não apresente como característica principal a expressão de saberes pela comunicação verbal, esta consiste em prática educativa evidenciada pela integração e estímulo ao desenvolvimento da autonomia, contribuindo, portanto, para a reafirmação e consolidação dos pressupostos da educação popular.

REFERÊNCIAS

1. Distrito Federal. Secretaria de Saúde (SES/DF). Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêutica de Integração – NUNENATI. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2005.
2. Teixeira E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia socioeducativa: vivências na Ilha de Caratateua. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007 mar.; 11(1):155-9.
3. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2008 jan./fev.; 61(1):113-6.
4. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública.* 2009 ago; 25(8):1732-1742.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 outubro 2011. Seção 1, p. 48-55.
7. Thiollent M. Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo: Atlas; 1997.
8. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. *Revista Educação e Pesquisa.* 2005 maio/agosto; 31(3):483-502.
9. Stringer ET. Action research: a handbook for practitioners. Londres: Sage; 1996.
10. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. Thousand Oaks (California): Sage; 2007.
11. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto Enferm.* 2008 dez.; 17(4):779-86.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Sícoli JLN. Promoción de la salud: concepciones, principios y operacionalización. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2003 fev.; 7(12):91-112.
15. Cordeiro AT, Cordeiro RC. Acupuntura – elementos básicos. 3ª ed. São Paulo: Polis; 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Silva JLL. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde.* 2009 dez.; 2(1):03-05.
18. Tetzlaff AAS. Resumo da Lei nº 8080. [Internet] 2010 Jul. [Cited 2011 06 Nov.]. Available from: <<http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-o-programa-humanizaus/resumo-da-lei-n8080/>>.
19. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011 ago.; 16(1):319-325.
20. Benezon RO. Manual de musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros; 1985.

Submissão: dezembro/2012

Aprovação: agosto/2013
