



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOYCE MAZZA NUNES

**TECNOLOGIA EDUCATIVA: UMA PROPOSTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE
DE UM GRUPO DE MULHERES**

FORTALEZA - CEARÁ
2010

JOYCE MAZZA NUNES

**TECNOLOGIA EDUCATIVA: UMA PROPOSTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE
DE UM GRUPO DE MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a PhD. Neiva Francenely Cunha Vieira

FORTALEZA - CEARÁ
2010

N925 Nunes, Joyce Mazza

Tecnologia educativa: uma proposta para Promoção da Saúde de um grupo de mulheres / Joyce Mazza Nunes. – Fortaleza-Ce, 2010.

148 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Promoção da Saúde 2. Educação em Saúde 3. Saúde da Mulher 4. Programa Saúde da Família I. Vieira, Neiva Francenely Cunha (Orient.) II. Título.

CDD: 610.7343

JOYCE MAZZA NUNES

**TECNOLOGIA EDUCATIVA: UMA PROPOSTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE
DE UM GRUPO DE MULHERES**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 27/05/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a PhD. Neiva Francenely Cunha Vieira (Presidente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Eliany Nazaré Oliveira (Membro Efetivo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Antero Sousa Machado (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Patrícia Neyva Pinheiro da Costa (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aos meus pais, **Wilame e Fátima**, meus educadores, amigos, companheiros e incentivadores do meu crescimento. Vocês são os verdadeiros responsáveis pelo meu sucesso, pois me ensinaram a acreditar nos meus ideais. Obrigada por tudo!

Ao **Klinger**, meu companheiro desde a graduação em Enfermagem, sempre me apoiou em tudo e contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada pelo incentivo perante as dificuldades e pela compreensão nos momentos em que tive que me dedicar profundamente ao mestrado e ao término desta dissertação.

Às minhas irmãs **Soleane e Dháfine**, pelo companheirismo, incentivo, amizade e alegrias compartilhadas.

À minha querida sobrinha, **Sarah Gabrielli**, pelas alegrias que nos proporciona; com sua pureza e beleza, nos dá a esperança de um futuro melhor.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que permitiu mais essa vitória em minha vida, dando-me forças para conciliar trabalho, família e estudo e para vencer todos os obstáculos que encontrei durante o percurso.

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely**, mulher de garra e determinação, que me recebeu de braços abertos ao ingressar na Pós-graduação em Enfermagem da UFC; mesmo sem me conhecer, acreditou em mim e no meu potencial e guiou-me sabiamente nos caminhos científicos. Sem ela eu não teria chegado tão longe.

À **Prof.^a Dr.^a Eliany Nazaré**, por quem tenho enorme admiração, respeito e carinho; é minha eterna professora e orientadora e, com certeza, uma das principais responsáveis por essa minha vitória, pois foi quem primeiro me ensinou a arte de pesquisar e a buscar sempre novos horizontes na Enfermagem.

À **Prof.^a Dr.^a Patrícia Neiva**, que, com seu carisma, simpatia e simplicidade, cativa a todos que a conhecem. Obrigada por também me acolher na Pós-graduação em Enfermagem da UFC e por ter contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

À **Prof.^a Dr.^a Fátima Antero**, que tive a felicidade de conhecer no percurso do mestrado e que compartilhou comigo sua experiência em Educação em Saúde e participação comunitária na Estratégia Saúde da Família - ESF. Obrigada pela sua atenção, contribuição e apoio na realização deste estudo.

Aos profissionais do Centro de Saúde da Família - CSF Janival de Almeida Vieira, onde atuo como enfermeira da ESF em Fortaleza – CE, especialmente a **Flávia Ramalho**, enfermeira e coordenadora deste serviço, pela amizade, incentivo e apoio durante o mestrado, e ao dentista **João Paulo Perdigão**, colega de equipe, que contribuiu imensamente nas atividades do grupo de mulheres.

À **Célula de Atenção Básica em Saúde** do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional – SER VI, especialmente à **Dr.^a Rosane Maerschner** e à **Dr.^a Beth Amaral**, pelo apoio oferecido nos períodos em que eu assistia aula na Pós-graduação em Enfermagem da UFC, acreditando ser importante para o meu crescimento profissional e, conseqüentemente, para minha atuação como enfermeira na ESF; e por consentir que eu realizasse o estudo no CSF Janival de Almeida Vieira.

A **Lídia Albuquerque**, **Ana Paula** e **Monalisa Nobre**, **agentes comunitários de saúde** da equipe lilás do CSF Janival de Almeida Vieira, por acreditarem na importância do estudo e por trabalharem junto comigo para concretizá-lo. Obrigada por aceitarem participar do estudo e pela parceria constante; sem vocês o grupo de mulheres não teria sido um sucesso.

Aos monitores do **PET SAÚDE** – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da Universidade de Fortaleza e aos profissionais da **Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, principalmente às residentes **Rosário Cândido** (educadora física) e **Michele Reinaldo** (nutricionista), por terem contribuído para o exercício da interdisciplinaridade na ESF, participando dos encontros do grupo de mulheres.

Aos **colegas da Pós-graduação em Enfermagem da UFC**: Fabiane, Álissan, Mayenne, Fátima Nóbrega, Rosilene, Marília, Eveline, Paula Marciana, Kamila, Cibele, Adriana, Anny Giselly, Márcio e Thiago e muitos outros, que me ofereceram suas amizades e compartilharam comigo suas experiências, apoiando-me nessa aprendizagem.

Às **mulheres** que participaram do grupo de mulheres na comunidade Novo Barroso e acreditaram na proposta da Educação em Saúde para sua emancipação e mudanças de comportamento, compartilhando conosco suas experiências e histórias de vida e confiando no nosso trabalho.

A **Coordenação, professores e todos os funcionários da Pós-graduação em Enfermagem da UFC**, pela aprendizagem adquirida durante os dois anos de mestrado.

RESUMO

INTRODUÇÃO A partir de nossa experiência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família- ESF, desenvolveu-se este estudo, realizando atividades educativas em saúde mediada por tecnologias educativas, junto a mulheres adultas jovens, assistidas pela ESF, com o intuito de contribuir para o exercício da autonomia e emancipação destas mulheres, estabelecendo-se uma relação dialógica e participativa. **OBJETIVO** descrever experiências de mudanças comportamentais adotadas por um grupo de mulheres adultas jovens, como resultado da utilização de tecnologias educativas para a promoção da saúde deste grupo de usuárias. **METODOLOGIA** estudo de abordagem qualitativa, cujo referencial foi *Community-based participatory research* – CBPR. Formou-se um grupo com onze mulheres adultas jovens (entre 20 e 38 anos), residentes no Conjunto Habitacional Novo Barroso em Fortaleza-CE, com o intuito de desenvolver atividades educativas em saúde e discutir sobre os principais problemas de saúde das mulheres naquela comunidade, planejar e desenvolver ações visando contribuir para a prevenção e promoção da saúde. As três agentes comunitárias de saúde do bairro também participaram do estudo. Ocorreram 16 encontros com o grupo, no período de julho a outubro de 2009. As técnicas e instrumentos de coleta de informações foram: registros dos encontros de grupo, diário de campo da pesquisadora e entrevistas. A coleta e a análise das informações ocorreram de forma simultânea, no decurso dos encontros no grupo de mulheres. Os aspectos éticos foram respeitados, buscando-se nortear corretamente o estudo, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo nº 153/ 09. **RESULTADOS** a maioria das participantes mantinha um relacionamento conjugal estável e tinha filhos, possuía renda familiar de até um salário mínimo. Elas escolheram um nome para o grupo que foi *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*. Nos encontros educativos, houve a participação de profissionais, como educadora física, nutricionista e dentista, contribuindo para a prática da interdisciplinaridade. As mulheres sugeriram temas para discussão, como gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade. O grupo elegeu como tema prioritário em saúde da mulher para aquela comunidade a gravidez na adolescência. Assim empregou-se o conhecimento das participantes para identificar as potencialidades locais e planejar conjuntamente as intervenções que poderiam amenizar a gravidez na adolescência. As mulheres, então, fizeram um filme sobre gravidez na adolescência, que foi apresentado à comunidade no I Encontro de Adolescentes do Novo Barroso. Acredita-se que o estudo contribuiu para o aumento da autonomia, emancipação e fortalecimento da cidadania e consciência crítica dessas mulheres, mediante as evidências percebidas. As mulheres participantes deste estudo já ‘deram marcas’ de mudanças de comportamento, por tudo o que foi evidenciado durante os encontros com o grupo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** A CBPR mostrou-se uma estratégia positiva para o reconhecimento dos problemas comunitários, envolvimento e mobilização comunitária na superação dessa realidade. Nas práticas educativas, é preciso inovar e criar parceria com a comunidade, sendo para isso necessário ultrapassar os limites físicos do CSF e ir para o território, conhecer a comunidade, as famílias, os sujeitos e as suas necessidades e potencialidades. As tecnologias educativas devem ser utilizadas no processo educativo, no sentido de incluir os sujeitos na aprendizagem e facilitar o diálogo entre saber científico e popular, pois neste estudo foram imprescindíveis para o envolvimento e participação dos sujeitos, assim, favorecendo sua aprendizagem e consequentes mudanças de comportamento.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Saúde da Mulher. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

INTRODUCTION From our experience as a nurse at the Family Health Strategy, one developed this study, conducting educational activities in health mediated by learning technologies, along with young adult women, assisted by the FHS, in order to contribute to the exercise of autonomy and empowerment of these women, establishing a relationship of dialogue and participation. **OBJECTIVE** describe experiences of behavioral changes adopted by a group of young adult women, as a result of the implementation of educational technologies to promote the health of this group of users. **METHODOLOGY** qualitative study, whose reference was Community-based participatory research - CBPR. One formed a group with eleven young adult women (between 20 and 40 years old) living in the Housing Development *Novo Barroso* in Fortaleza-CE, in order to develop educational activities on health and discuss the main health problems of women in the community, plan and develop actions to contribute to prevention and health promotion. The three community health workers of the district also participated in the study. There were 16 meetings with the group during the period from July to October 2009. The techniques and tools for collecting information were: records of group meetings, the researcher's field diary and interviews. The collection and analysis of data occurred simultaneously during meetings of the group of women. The ethical aspects of the study were respected, trying to guide the study properly, having it been submitted to and approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Ceará, under Protocol No. 153 / 09. **RESULTS** most of the participants had a stable marital relationship and had children, had family income of up to one minimum wage. They chose a name for the group that was *Superwoman: pink health*. In the educational meetings, there was the involvement of professionals such as physical educator, nutritionist and dentist, contributing to the practice of interdisciplinarity. The women suggested topics for discussion, such as teenage pregnancy, breast cancer and infertility. The group chose as a priority theme in women's health for that community the teenage pregnancy. So, the participants' knowledge was applied in order to identify local potentialities and plan, as a group, the interventions that could decrease teenage pregnancy. The women, then, made a movie about teenage pregnancy, which was presented to the community at the First Teenagers' Meeting of *Novo Barroso*. One believes that the study contributed to an increase in autonomy, empowerment and strengthening of citizenship and critical awareness of these women, shown by the evidence perceived. Women participating in this study already showed behavior changes, for everything that was depicted during the meetings with the group. **FINAL CONSIDERATIONS** CBPR proved to be a positive strategy for the recognition of community problems, involvement and community mobilization to overcome this reality. In educational practices, we must innovate and create partnerships with the community, being necessary to overcome the physical limitations of the CSF and go to the territory, know the community, families, individuals and their needs and capabilities. The educational technologies should be used in the educational process, to include the subjects in learning and facilitate the dialogue between scientific and popular knowledge, because in this study the involvement and participation of the subjects were essential, thus facilitating their learning and consequent behavior changes.

Keywords: Health Promotion. Education in Health. Women's Health. Family Health Program.

LISTA DE FIGURAS

1 – Vista (de satélite) do Conjunto Habitacional Novo Barroso, Fortaleza, 2009.....	41
2 - Convite entregue às mulheres para participar do grupo.....	43
3 - Competências facilitadoras da relação entre pesquisadora e mulheres na vivência de educação em saúde, utilizando tecnologias educativas, Fortaleza, 2009.....	50
4 – Planejamento da CBPR – Grupo de Mulheres do Conjunto Habitacional Novo Barroso, Fortaleza – CE, 2009.....	54
5 – ”Desenho da vida” de uma das participantes do estudo.....	70
6 – Convite para participar do I Encontro de Adolescentes do Novo Barroso.....	87

LISTA DE QUADROS

1 – Elaboração compartilhada de conhecimento sobre câncer de mama e adoção de novos comportamentos das participantes. Fortaleza – CE, 2009.....	76
2 - Depoimentos das mulheres sobre a avaliação do encontro. Fortaleza – CE, 2009.....	81
3 – O desenvolvimento da CBPR no grupo de mulheres <i>Supermulher- a saúde cor-de-rosa</i> . Fortaleza – CE, 2009.....	90

LISTA DE FOTOGRAFIAS

1 – Formulação compartilhada de saberes sobre ser mulher, a saúde da mulher e o grupo de mulheres.....	62
2 – Balões das expectativas.....	65
3 – Confecção do caderninho do saber no 3º encontro do grupo.....	68
4 – Construindo o desenho da vida de cada participante.....	69
5 – Assistindo ao filme “Meninas” sobre gravidez na adolescência.....	72
6 – Mulheres jogando contra o câncer de mama.....	76
7– Mulheres dramatizando a fecundação.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Atendente de consultório dentário

ACS- Agente comunitário de saúde

AEM – autoexame das mamas

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

COMEPE – Comitê de Ética em Pesquisa

CSF – Centro de Saúde da Família

CBPR – Pesquisa participante baseada na comunidade.

DST – Doença sexualmente transmissível

ESF- Estratégia Saúde da Família

PCCU – Prevenção do câncer de colo uterino

PET SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde (Fortaleza-CE)

SER – Secretaria Executiva Regional (Fortaleza-CE)

SUS – Sistema Único de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 Geral.....	21
2.2 Específicos.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 Educação em Saúde	22
3.1.2 A enfermagem e os grupos.....	26
3.2 As práticas exitosas de Educação em Saúde	28
3.3 Ações de Educação em Saúde junto a mulheres	32
3.4 A tecnologia e a prática educativa em saúde	34
3.5 A participação comunitária nas ações de saúde	36
4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	39
4.1 Caracterização do estudo / abordagem	39
4.2 Ambiente do Estudo	39
4.3 Participantes do estudo	42
4.3.1 O nascimento do grupo de mulheres.....	44
4.4 Período do estudo	45
4.5 Referencial norteador do estudo: <i>Community-based participatory research</i> – CBPR (pesquisa participativa baseada na comunidade)	46
4.6 Métodos e procedimentos para coleta de informações no grupo de mulheres	52
4.7 Apresentação e discussão dos resultados	55
4.8 Aspectos éticos	56
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	59
5.1 Caracterização dos sujeitos	59
5.2 Desenvolvimento e vivência de atividades educativas com um grupo de mulheres do Novo Barroso	60
5.2.1 Gravidez na adolescência: partilhar experiências.....	72
5.2.2 Jogo contra o câncer de mama e a favor da vida.....	74
5.2.3 Representação do drama da infertilidade.....	77
5.2.4 Definição coletiva do tema prioritário para ação educativa no Novo Barroso.....	83
5.3 O aumento da participação e da autonomia das mulheres – planejamento	

da atividade educativa para o Novo Barroso.....	86
5.4 O que se aprende com esta experiência.....	90
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICES.....	123
ANEXOS.....	134

1 INTRODUÇÃO

Durante nossa trajetória profissional, as atividades de educação em saúde sempre nos despertaram o interesse. Desde 2002, quando concluímos o curso de graduação em Enfermagem em Sobral – CE, atuamos na Estratégia Saúde da Família – ESF e sempre desenvolvemos atividades de Educação em Saúde em parceria com a comunidade. Para que amadurecêssemos profissionalmente nessa área, houve muitos erros e acertos, até que pudéssemos compreender que era preciso incluir todos os sujeitos no planejamento, desenvolvimento e avaliação da prática educativa em saúde.

Atuando como enfermeira da ESF de Fortaleza desde 2006, algumas questões relacionadas às práticas educativas em saúde nos inquietaram, e sentimos a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre essa temática, com o objetivo de aprimorar nossa atuação como enfermeira na ESF. Para isso, resolvemos cursar o mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, para aprimorar conhecimentos sobre Promoção da Saúde e Educação em Saúde, pois, embora a prática educativa em saúde não seja uma proposição recente, na atualidade ainda é expressa como um desafio para nós profissionais de saúde.

Ao fazermos um resgate histórico, percebemos que a Educação em Saúde é uma atividade incorporada às ações de saúde no Brasil, influenciada pelas experiências europeias. Chiesa e Veríssimo (2003) relatam que na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares, visando a difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados. Houve sempre uma tendência de propagar as ações educativas no sentido de prover informações para a população em geral sobre as principais doenças, enfatizando-se inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” e “errados” relacionados à vivência das doenças e sua prevenção.

De acordo com Barroso, Vieira e Varela (2003), a educação em saúde no Brasil seguiu a tendência do século XVIII, sendo adotados discurso e prática de comportamentos normatizadores, mediante de estratégias didáticas de transmissão de conhecimentos em saúde, visando à adoção de hábitos de cuidados em saúde individual ou à higiene do ambiente, voltados apenas para o controle das doenças preveníveis.

Esta prática de Educação em Saúde prevaleceu no Brasil durante muito tempo e foi evoluindo de acordo com as próprias mudanças históricas e na saúde. Conforme

Vasconcelos (2001), foi somente nos anos 1970 que ocorreu uma ruptura com a tradição autoritária e normalizadora da Educação em Saúde, proporcionando uma reorientação de suas práticas educativas com a finalidade de enfrentar de maneira mais integrada os problemas de saúde. Essa mudança aconteceu em consequência do surgimento de movimentos sociais com experiências de serviços comunitários de saúde que proporcionaram aos profissionais de saúde aprender a se relacionar com grupos populares, começando a esboçar tentativas de organizações de ações de saúde integradas à dinâmica social local. Esta iniciativa trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares.

Na atualidade, a Educação em Saúde deve ser pensada sob o aspecto de uma educação crítica e transformadora, visualizando a pessoa como agente promotor de seu crescimento pessoal, idealizando atender suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva (BARROSO, VIEIRA e VARELA, 2003).

Para Campos e Campos (2006), os objetivos essenciais do trabalho em saúde são, além da própria produção de saúde, as capacidades de reflexão e ação autônoma para os sujeitos envolvidos, trabalhadores e usuários. Para os autores, os sujeitos são sempre responsáveis por sua formação e pela constituição do mundo que os cerca. A autonomia pode ser traduzida numa coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem em torno de si mesmos e sobre o contexto, conforme objetivos estabelecidos democraticamente.

Para Pedrosa (2001), práticas educativas em saúde denotam ações que compreendem relações entre sujeitos sociais, ocorrem em diferentes espaços, portam variados saberes, são práticas dialógicas, estratégicas, realizadas de maneira formal ou informal, utilizando metodologias diversas e efetivadas em diferentes espaços, públicos e privados.

Vasconcelos (2001) destaca a idéia de que, dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, os de atenção básica se destacam como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, em razão da sua proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

A ESF prevê o desenvolvimento de práticas de Educação em Saúde como instrumento de participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, favorecendo uma troca entre o saber científico e popular, com vistas à melhoria da qualidade de vida da comunidade, famílias e indivíduos. Estas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais

em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição das suas atribuições básicas. Verifica-se, desta maneira, que a prática educativa na ESF não conta necessariamente com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento. Antes disso, adverte aos profissionais que devem ensejar seus contatos com os usuários para “abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária”. (BRASIL, 1997, p.15).

A enfermagem, como integrante da equipe multiprofissional na ESF, tem papel de destaque nas ações de Educação em Saúde desenvolvidas, especialmente pelo contato com os usuários deste serviço, criando e organizando grupos de Educação em Saúde (hipertensos, diabéticos, gestantes etc) e nos cuidados aos indivíduos, famílias e comunidade, seja na unidade de saúde, no domicílio ou na própria comunidade, criando vínculos de confiança. Andrade, Barreto e Fonseca (2004) reforçam a noção de que dentre as atribuições específicas do enfermeiro, estão a organização e coordenação de grupos de pessoas portadoras de doenças, como hipertensão, diabetes e doença mental.

Oliveira e Gonçalves (2004) ratificam a idéia de que a enfermagem desempenha função importante na atenção primária em saúde, ao promover programas e atividades de Educação em Saúde, visando à qualidade de vida dos indivíduos e famílias, devendo as ações da ESF estar integradas ao cuidado, para que possam ser capazes de facilitar as mudanças conducentes à saúde e favorecer o aumento da autonomia e a cidadania dos envolvidos.

Na prática como enfermeira da ESF, entretanto, notamos que nem sempre as ações educativas alcançam seus objetivos, ou seja, nem todas as vezes são promotoras de mudanças, pois isso depende muito de como se processam a ação educativa, os objetivos e abordagens utilizadas.

Estudos sobre práticas de Educação em Saúde na ESF realizadas por enfermeiros demonstram fragilidades nesse processo. Rosso e Collet (1999), investigando sobre as práticas educativas de enfermeiras de um município do interior paranaense, informam que, na enfermagem, na maioria das vezes, as ações educativas ocorrem de forma acrítica, fazendo com que o enfermeiro se torne um repassador de informações, sem ao menos fazer uma reflexão crítica a respeito das políticas oficiais de saúde, vinculadas à realidade local, onde a expressão Educação em Saúde é compreendida de forma restrita, com enfoque na prevenção de doenças, por meio da mudança de comportamento da população.

Em outro estudo com profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, Moura e Sousa (2002) perceberam que há baixa oferta das ações de Educação em Saúde reprodutiva,

como parte das atividades do Programa Saúde da Família - PSF. O estudo revelou que este fato decorre-se a desorganização da demanda, da insuficiente cobertura da população por equipes de PSF, da resistência dos profissionais e da população às ações educativas, da ausência de área física adequada para a realização das ações e escassez de material de apoio. Identificaram, ainda, uma prática educativa em saúde com pouca troca de experiências entre os participantes; orientação pouco direcionada às necessidades do grupo; uso frequente de linguagem científica e repasse de informações desatualizadas. Ante tal realidade, as autoras concluíram pela necessidade de atualização dos profissionais de saúde, assim como uma disponibilização maior de recursos físicos e de material de apoio, para que a Educação em Saúde reprodutiva seja uma realidade no PSF.

Para Acioli (2008), muitas das práticas desenvolvidas por enfermeiros mantêm este enfoque educativo-preventivo, sem incorporar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde ou, ainda, as necessidades e saberes da população trabalhada.

Percebemos, nesses estudos, que, muitas vezes, as ações educativas são reducionistas e não conseguem atingir o verdadeiro ideal de promover a autonomia, cidadania e emancipação. Essa realidade, como demonstrado, decorre de vários fatores.

Pereira e Servo (2006) puderam vivenciar a dificuldade do profissional de saúde para desenvolver atividades educativas junto à comunidade, quando atuaram como preceptores nas unidades de atenção básica de saúde. Atribuíram tal percepção a questões inerentes ao profissional, como falta de experiências práticas, dificuldade de lidar com as diferenças culturais e sociais, ou ainda à capacitação profissional inadequada. Concluíram que essa prática educativa é ainda intensamente influenciada pela concepção tradicional de educação sanitária. Os autores concordam com a noção de que, apesar do significativo avanço no campo teórico da Educação em Saúde, entende-se que este não se traduz na concretude das práticas educativas, que continuam utilizando o modelo biomédico e centradas na doença.

Para Besen, Souza Netto e Da Ros (2007), a formação dos profissionais é um dos problemas centrais. Em estudo desenvolvido com profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde de Florianópolis, constataram que alguns profissionais desconhecem os fundamentos da Educação em Saúde e a maioria deles tem práticas educativas verticais e “patologizantes”, distanciando-se da proposta de Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família. Observaram também que os discursos dos profissionais eram permeados por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com uma relação vertical e impositiva.

Machado et al (2007) relatam que ensaio sobre as práticas educativas em saúde realizadas na ESF pelos enfermeiros em Fortaleza-CE identificou um despreparo técnico para exercer esta prática de modo articulado aos princípios do SUS, como também a dominância das ações clínicas, individuais e burocráticas exigidas dentro dos centros de Saúde da Família.

A prática educativa ora mencionada é oposta ao que se propõe hoje como a Educação em Saúde dialógica, que, segundo Alves (2005), é o modelo emergente de Educação em Saúde, por ser o diálogo entre os sujeitos envolvidos a sua ferramenta ideal. As pessoas usuárias do serviço de saúde são conhecidas como sujeito portador de um saber, que, embora possa ser diverso do conhecimento técnico-científico, não deve ser desvalorizado pelos profissionais. Assim, o objetivo da Educação dialógica não é informar para a saúde, mas formar e transformar saberes coletivamente.

Alves (2005) enfatiza a noção de que, pelo compromisso e responsabilidade esperados dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, pela aguardada participação da comunidade na resolução de seus problemas de saúde e doença, pela compreensão ampliada de saúde e doença, depreende-se que o modelo dialógico de Educação em Saúde corresponde ao padrão mais pertinente para o contexto das atividades da Estratégia Saúde da Família. Não é exatamente assim, entretanto, que essas práticas acontecem, como expressaram alguns autores já citados.

Wall (2001) também percebe que as ações educativas são realizadas esporadicamente, caracterizadas pela informação em saúde e distantes das reais necessidades dos envolvidos. A autora acredita que o enfermeiro pode ser capaz de modificar essa prática e as tecnologias educativas podem ajudá-lo a efetuar tal modificação. A autora compreende tecnologia educativa como um conjunto de conhecimentos, atividades com espírito lúdico, que favorecem oportunidades de um convívio e relações enriquecedoras para os participantes, na medida em que facilita o envolvimento dos sujeitos nas atividades educativas.

Na qualidade de enfermeira da ESF de Fortaleza – CE, desenvolvemos atividades educativas no Centro de Saúde da Família - CSF onde atuamos, contribuindo na organização e coordenação de grupos de Educação em Saúde desenvolvidos pela Equipe de Saúde da Família, seja grupos de pessoas portadoras de doenças específicas, como hipertensão e diabetes, como também grupos em um determinado ciclo de vida como gestantes ou de puericultura. Na prática da ESF, notamos que as ações educativas ocorrem ainda de maneira contingencial, pois alguns profissionais parecem ter pouco interesse no desenvolvimento

dessas atividades, havendo, também pouca participação por parte dos usuários, o que desmotiva ainda mais os profissionais.

A vista do exposto, percebemos que, embora a prática educativa em saúde não seja proposição recente, na atualidade, se mostra um desafio, permanecendo pautada ainda no modelo biológico, o que não permite o alcance do verdadeiro ideal da Educação em Saúde, que é a autonomia e emancipação dos envolvidos, favorecendo a capacitação destes sujeitos a decidirem quais as ações mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. Com suporte, então, na nossa experiência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, emergiram os seguintes questionamentos: é possível desenvolver atividades educativas sob uma perspectiva pautada na participação e emancipação da comunidade, com ênfase em tecnologias educativas na ESF? Como a clientela responde a processos como esses? Que mudanças de comportamento em relação à saúde podem ser sinalizadas com o uso de tecnologias educativas? Como sucede a participação da clientela em relação ao processo mediado por tecnologias educativas?

Para esses questionamentos, este estudo propõe-se desenvolver atividades educativas em saúde mediadas por tecnologias educativas, junto a mulheres adultas jovens, assistidas pela ESF, com o intuito de contribuir para o exercício da autonomia e emancipação destas mulheres, por intermédio de uma relação dialógica e participativa.

São consideradas mulheres adultas jovens aquelas na faixa etária compreendida entre 20 e 40 anos (SINCLAIR, 2002). Nesse período, elas têm necessidades em saúde, como contracepção, prevenção do câncer ginecológico e de mama e pré-natal. Desse modo, constituem uma clientela sempre presente nos serviços de saúde, principalmente nos de atenção básica. Na atualidade, é comum que mulheres nessa fase da vida já tenham vivenciado a maternidade, sendo casadas ou não, são cuidadoras de sua família. Assim, merecem atenção e cuidado diferenciados.

Acreditamos na relevância do estudo, pois, viabilizando atividades educativas subsidiadas por tecnologias educativas e demonstrando o que processos desta natureza produz junto aos sujeitos, possibilitaremos uma perspectiva diferenciada sobre as atividades de Educação em Saúde e poderemos contribuir para o aprimoramento da prática de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família, especialmente a prática dos enfermeiros. Além disso, contribuiremos para a Promoção da Saúde das mulheres participantes do estudo, que poderão estender o aprendizado adquirido no grupo a toda sua família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar processos educativos mediados por tecnologias educativas, junto a mulheres adultas jovens assistidas pela Estratégia Saúde da Família, para a Promoção da Saúde deste grupo de usuárias.

2.1 Específicos

Desenvolver atividades educativas em saúde com um grupo de mulheres jovens assistidas pela Estratégia Saúde da Família.

Verificar o significado dessa experiência para as participantes.

Identificar facilidades, dificuldades e limitações encontradas no desenvolvimento das ações educativas em saúde.

Descrever experiências de mudanças comportamentais adotadas por um grupo de mulheres adultas jovens, como resultado da utilização de tecnologias educativas para a Promoção da Saúde deste grupo de usuárias.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem como finalidade indicar, com base na literatura pertinente, as ideias/conceitos iniciais que proporcionarão um suporte teórico para o desenvolvimento deste estudo, mediante revisitação a autores que defendem/expressam ideias referentes à temática deste experimento. Nessa perspectiva, buscamos conhecer mais sobre Educação em Saúde, a enfermagem e os grupos, práticas exitosas de Educação em Saúde, ações educativas em saúde junto a mulheres, a tecnologia e a prática educativa, bem como a participação comunitária nas ações em saúde.

3.1 Educação em Saúde

Para Mendes e Sucupira (2003), uma das práticas mais antigas voltadas principalmente para a prevenção das doenças é a Educação em Saúde. No início do século passado, as campanhas higienistas tinham como um dos pilares as propostas de educação sanitária, com o pressuposto de que as doenças decorriam da ignorância da população, sendo de suma importância a educação e o ensino de comportamentos saudáveis, para que pudesse haver pessoas mais saudáveis. O enfoque sob esta premissa da ignorância da população, entretanto, tem como pano de fundo a culpabilização do indivíduo, negando ou omitindo os determinantes sociais.

Com o passar dos anos, essa realidade foi se modificando. A própria evolução no âmbito da saúde contribuiu para que cada vez mais a Educação em Saúde fosse reconhecida como de suma importância na vida dos brasileiros, na medida em que propõe atividades realizadas pelos profissionais de saúde junto à comunidade, com o objetivo de contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida.

Na atualidade, a Educação em Saúde é uma prática inerente a todas as atividades desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, que proporciona uma articulação entre todos os níveis da gestão do sistema, sendo essencial tanto para a formulação de políticas de saúde de forma compartilhada, como também para que as ações aconteçam com a participação dos usuários (BRASIL, 2007).

Para Pedrosa (2007), a Educação em Saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade proporciona informação em saúde, educação sanitária e, principalmente, contribui para a aquisição de comportamentos e atitudes indispensáveis para a vida das pessoas.

Vasconcelos (2007) acentua que a Educação em Saúde é um campo de ações e de conhecimentos que mais se preocupa diretamente com a criação de vínculos entre a atividade assistencial, o pensamento e ação no cotidiano da vida da população.

Notamos que, nas atividades de Educação em Saúde, a participação dos indivíduos deve ser o elemento norteador do processo educativo, pois, quando os sujeitos estão envolvidos, eles se sentem mais motivados e, conseqüentemente, corresponsáveis pela sua saúde e pela mudança da realidade.

Para Catrib et al (2003: 34p), “a educação em saúde é reflexão-ação fundada em saberes técnicos e populares, culturalmente significativos, exercício de espaço democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar em grupo”. Assim, os autores assinalam que, como pluralidade de ações para promoção da saúde, a Educação em Saúde necessita utilizar estratégias didáticas que transformem os indivíduos inseridos socialmente no mundo, possibilitando compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável.

Na prática educativa, é importante valorizar o conhecimento popular, que deve ser agregado ao saber científico, utilizando metodologias que promovam a participação dos envolvidos no processo educativo e, desse modo, contribuam realmente para a aquisição de hábitos e comportamentos saudáveis.

Nessa perspectiva, é imprescindível apagar o entendimento de Educação em Saúde apenas como o repasse de informações, dos profissionais de saúde para os usuários dos serviços. Para Barroso, Vieira e Varela (2003: p 18), a Educação em Saúde alcança uma definição muito mais ampla, como um “processo de capacitação das pessoas proporcionado por uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social”.

Radnai (2005) concorda com a ideia de que a Educação em Saúde, delimitada não somente como prática pedagógica, mas considerada também como prática social, tem como objetivo promover o desenvolvimento de atividades educativas, visando à prática de estilos de vida saudáveis e atuações conscientes e organizados dos profissionais de saúde, usuários e da comunidade na promoção da saúde.

Machado et al (2007), reafirmam que a Educação em Saúde como ato político-pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo descobrir a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação na qualidade de sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade

Para Chiesa e Veríssimo (2003), a prática educativa nessa perspectiva visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade de indivíduos nos cuidados com a própria saúde, e as mudanças de comportamento não são realizadas pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão do estado de saúde pelos pacientes. Sendo assim, as práticas educativas são emancipatórias, pois a estratégia valorizada por esse modelo é a comunicação dialógica, que visa à formulação de um saber que capacite os indivíduos a decidirem quais ações mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

É preciso reconhecer a importância da Educação em Saúde e, assim, torná-la rotina em nossa atividade profissional, nos serviços de saúde, não apenas como um repasse de informações, mas também realizando atividades que envolvam os sujeitos, valorizem seu contexto e promovam um diálogo entre o conhecimento popular e o científico.

Os serviços de atenção primária em saúde se caracterizam como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas, haja vista sua proximidade com o ambiente onde vivem os indivíduos, as famílias e a comunidade. Alves (2005) enfatiza que as práticas educativas no âmbito da ESF podem ser desenvolvidas em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, pois educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a atividades de prevenção de doenças e de Promoção da Saúde.

Segundo Vasconcelos (2007), uma ação que reorienta a globalidade das práticas executadas nos serviços de saúde é a Educação Popular, que não deve ser apenas uma atividade a mais a ser realizada pelos profissionais de saúde, pois a educação popular contribui para a superação do modelo biológico em saúde, do autoritarismo do doutor, desprezo pelo saber do usuário e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais. Nessa perspectiva, a Educação Popular representa um instrumento de ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população.

Para Vasconcelos (2007: 27p), “a Educação Popular é um jeito latino-americano de fazer promoção da saúde”, sendo importante deixar de ser uma prática social que acontece ainda de forma contingente no serviço de saúde, por intermédio de alguns profissionais de saúde e movimentos sociais para ser generalizada amplamente nos diversos serviços de saúde de nosso País. Para isso se tornar realidade, o autor ressalta que nosso grande desafio é a formação ampliada de profissionais de saúde capazes de uma relação participativa com a população e os movimentos sociais.

De acordo com Pedrosa (2007), a aproximação de muitos profissionais de saúde com o movimento da Educação Popular e a luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde possibilitaram a incorporação, em muitos serviços de saúde, de formas de relação bem participativas, rompendo com a tradição autoritária dominante. Para o autor, estas experiências foram muito importantes para o delineamento de muitas das propostas mais avançadas do SUS. Vasconcelos (2007) relata, entretanto, que no vazio de uma atuação do Ministério, no incentivo de ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário de Educação em Saúde mantém-se dominante, apesar de muitas vezes ser anunciado com discursos aparentemente progressistas.

Gazzinelli, Gazzinelli e Penna (2005) relatam que, ao se fazer um exame crítico abrangente da Educação em Saúde, durante as últimas décadas, detecta-se um desenvolvimento surpreendente e uma orientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas neste campo de estudo. Essas reflexões, contudo, não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas, levando a um profundo hiato entre a teoria e a prática, pois a prática educativa em saúde ainda permanece pautada em concepções deterministas em detrimento de uma abordagem da doença mais ampliada e interpretativa.

Percebemos que ainda há um longo caminho a percorrer para que realmente a prática educativa, desenvolvida pelos profissionais de saúde, alcance seus verdadeiros objetivos e consiga contribuir para a aquisição de comportamentos favoráveis à saúde.

Alvin e Ferreira (2007), refletindo sobre Educação Popular em saúde aplicada no contexto do educação-cuidado da enfermeira em uma perspectiva crítica e problematizadora, entendem ser necessária uma mudança de perspectiva, no pensamento e ação da enfermeira no campo da Educação Popular em Saúde, devendo agregar seu papel educativo a recuperação da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida, o que implica proposta de ação voltada ao diálogo e intermediação de práticas e saberes que dele resultam, pois o indivíduo é potencialmente criativo e sensível e o ato de educar-cuidar deve

ocorrer em uma relação horizontal. Desse modo, de acordo com as autoras (p.319), “o exercício da prática de educação popular em saúde pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si, pois o ato participativo é humanizante”. Com efeito, o saber é inacabado, incompleto, pois sempre existe algo a mais a ser acrescentado ou a ser reformulado por outros saberes, e quem educa é dialeticamente educado.

Após a revisitação de todos esses autores, percebemos que as ações de Educação em Saúde devem reconhecer o saber dos sujeitos envolvidos, valorizando sua participação, a troca de experiências e a interação do saber científico com o popular, para que os sujeitos possam se apoderar de suas vidas, reconhecendo suas realidades e, assim, decidir os caminhos a seguir, com responsabilidade pessoal e social. Os recursos tecnológicos utilizados nas atividades de Educação em Saúde devem favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo, contribuindo para a conquista da cidadania e aumento da autonomia dos envolvidos, explorando recursos que vão ao encontro dos significados culturais dos sujeitos. Essa é a proposta deste estudo, onde desenvolveremos atividades de Educação em Saúde, utilizando uma tecnologia educativa, baseada no diálogo, com mulheres da comunidade.

3.1.2 A enfermagem e os grupos

Para o desenvolvimento de atividades educativas em saúde junto à mulheres adultas jovens assistidas pela ESF, torna-se necessário aprofundar nosso conhecimento acerca do trabalho com grupos na comunidade, principalmente no tocante à atuação da enfermagem junto a grupos. Para isso, recorreremos à literatura para conhecer outras experiências e visitar concepções de autores, estudiosos do assunto, de forma a subsidiar o desenvolvimento do grupo de mulheres do bairro Novo Barroso, que será conduzido por uma enfermeira.

Munari e Furegato (2003) referem que, na área de enfermagem, o desenvolvimento de grupos não constitui novidade, pois, por natureza, o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho com grupos, seja na equipe de enfermagem, durante a passagem de plantão, realizando atividades educativas, na discussão de grupos etc. As atividades grupais inseridas no trabalho do enfermeiro atendem as necessidades de seu tempo.

As autoras verificaram que, na literatura nacional, o atendimento de enfermagem em grupos é utilizado em diversas áreas de atuação do enfermeiro, sendo a de saúde pública a pioneira na década de 1970, na publicação dos resultados de suas investigações, realizando atividades em grupo de gestantes. Destacam que as atividades em grupo não constituem tarefas das mais fáceis, embora o fato seja agradável e compensador, razão por que é importante atentar para algumas condições que podem contribuir para o seu êxito ou fracasso.

Munari e Furegato (2003) relatam que é importante para o enfermeiro conhecer os tipos e objetivo de cada grupo, que pode ser: de suporte; para realizar tarefas; de socialização; para aprender mudanças de comportamentos; e para treinar relações humanas ou para oferecer psicoterapia. Essa identificação inicial é imprescindível para o planejamento do grupo e para o seu desenvolvimento.

As autoras descrevem algumas questões que devem ser observadas durante o planejamento e desenvolvimento do trabalho grupal. A seleção dos participantes é a etapa básica do planejamento, que deve partir de um reconhecimento inicial das necessidades dos participantes, o que constitui tarefa simples de realizar por parte do enfermeiro, dada sua proximidade com os indivíduos e suas famílias. A decisão por atividades grupais deve ser um consenso entre o enfermeiro e os participantes, pois interfere diretamente na adesão das pessoas à proposta grupal. Deve ser estabelecido um contrato no grupo, entre o enfermeiro e os participantes, reconhecendo as expectativas de cada um e definindo regras e normas do grupo, assim como estabelecer dias e horários dos encontros. Para isso, é essencial considerar as necessidades e possibilidades dos componentes.

Outro ponto a ser observado quando trabalhamos com grupos é o número de participantes, que deve ser o suficiente para garantir o concurso de todos. Loomis (1979) refere que o ideal é que um grupo tenha no máximo doze participantes, pois acima disso, o atendimento das necessidades dos membros poderá ser prejudicado, assim como, pode dificultar a coordenação do grupo e até ser um fator antiterapêutico. A autora não especifica, porém, para qual tipo e objetivo de grupo esse detalhe deve ser observado.

3.2 As práticas exitosas de Educação em Saúde

Com arrimo de que a Educação em Saúde é possível de ser integrada ao cuidado do enfermeiro na ESF, buscamos na literatura estudos que demonstrassem práticas educativas em saúde satisfatórias, pautadas no diálogo, necessidades, participação e troca de experiências entre os envolvidos. Intentamos, nesse exercício, identificar o que já vem sendo desenvolvido nessa área e as lacunas, para, assim, termos subsídios para delinear nosso estudo. A seguir, apresentaremos esses achados.

Torres, Hortale e Schall (2003) desenvolveram uma estratégia educativa em ambulatório de especialidade, cujo objetivo é estimular o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiano relacionado a *Diabetes mellitus*, caracterizando-se como um instrumento de Educação em Saúde sob uma perspectiva de promoção, prevenção e controle. As autoras programaram uma dinâmica de interação profissional-indivíduo, que teve por base o uso de jogos educativos em grupos operativos. As técnicas pedagógicas utilizadas para a sistematização da dinâmica foram: curso de orientação em *Diabetes mellitus*, consulta individual, grupo operativo e uso de material educativo de comunicação e aprendizagem (jogo). Para as autoras, essas técnicas possibilitaram a elaboração do conhecimento pelos participantes, a troca de vivências entre eles, além do entendimento da experiência individual da doença pelo profissional

Gonçalves e Schier (2005) estruturaram o “Grupo Aqui e Agora”, que configurou uma tecnologia cuidativa, socioeducativa aplicada pela enfermagem, adaptando o uso de métodos de grupos de ajuda mútua na unidade hospitalar, para privilegiar a participação dos componentes familiares acompanhantes, juntamente com os respectivos parentes idosos hospitalizados em um Hospital Universitário de Santa Catarina. Tratou-se de uma pesquisa que teve como questão norteadora saber de que forma a ação educativa de enfermagem desperta na pessoa idosa e na família a percepção e a compreensão do autocuidado, como essencial à manutenção de uma vida ativa, autônoma e com qualidade ao longo envelhecimento em quaisquer circunstâncias de saúde-doença.

As autoras verificaram na prática experimental dessa pesquisa que o trabalho de grupo é possível e factível no ambiente hospitalar, sendo uma prática essencialmente educativo-participativa que mobiliza pessoas a tomar consciência do novo, do desconhecido, na medida em que temas emergem na discussão grupal e são sustentados com depoimentos de

uns e outros, podendo levar o grupo como um todo a novas tomadas de consciência, que podem provocar mudanças de atitudes e comportamentos mais saudáveis, resultando em autonomia, independência e interdependência para um viver cuidando em família do modo mais satisfatório possível.

Gracioto et al (2006) vivenciaram ações de Educação em Saúde na qualidade de membros de um grupo de orientação aos familiares de pacientes adultos com sequelas neurológicas, desenvolvido no Hospital das Clínicas de Porto Alegre –RS. Este grupo, criado em 1997, era utilizado para oferecer orientações de cuidados aos familiares de pacientes adultos com seqüelas de acidente vascular cerebral, doenças de Alzheimer e de Parkinson, metástase cerebral, entre outros. No início, os encontros eram como “aulas”, seus conteúdos eram previamente definidos, cuja exposição era muitas vezes unidirecional, o que tornava os encontros cansativos e não contemplava as necessidades individuais de cada membro familiar, desestimulando a continuidade de sua participação. Além disso, não favorecia a troca de experiências entre os familiares e os profissionais. Percebendo essa realidade, os autores realizaram algumas mudanças, tais como: os assuntos são definidos pelas necessidades dos familiares presentes no grupo, que estão posicionados em círculos, próximos uns dos outros, e dos enfermeiros que atuam como mediadores da troca de experiência e de conhecimento entre os membros do grupo, sendo utilizada uma linguagem conhecida e praticada por todos. Segundo as autoras, o objetivo desse trabalho em grupo é o enfermeiro interagir e motivar o familiar e o indivíduo, mediante sua capacidade de análise de suas realidades, para a execução de ações conjuntas, a fim de solucionar problemas, organizar e realizar atividades e avaliá-las com espírito crítico.

Carvalho, Clementino e Pinho (2008) realizaram estudo bibliográfico para identificar onde e como ocorriam as práticas educativas em saúde. Ficaram surpresas quando constataram que, dentre os artigos pesquisados, tais práticas educativas aconteceram com maior frequência na atenção terciária (unidade hospitalar) e não na atenção primária (unidades de atenção básica à Saúde da Família, centros de saúde, escolas, universidades e comunidade), como esperavam, pois os serviços de atenção primária estão mais próximos das famílias e comunidades. Segundo as autoras, as estratégias utilizadas foram muito criativas, abrangendo usuários de várias faixas etárias, e os enfermeiros foram os profissionais que mais desenvolveram práticas educativas.

Reconhecendo que as práticas educativas em saúde permeiam todo trabalho do enfermeiro e, historicamente, enfatizam a transmissão de conhecimentos e a mudança de

comportamento dos indivíduos, vinculados ao modelo de atenção à saúde voltado para a doença, Leonello e Oliveira (2008) objetivaram estabelecer um perfil de competências para a ação educativa do enfermeiro desde a perspectiva de diferentes sujeitos implicados na formação inicial de enfermagem (docentes do curso de enfermagem, alunas concluintes do curso de enfermagem, enfermeiras assistenciais, gestores e usuários de dois serviços de saúde vinculados a Universidade de São Paulo - USP). Com a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes provenientes dos discursos dos sujeitos, foi possível listar as seguintes competências para a ação educativa do enfermeiro: promover a integralidade do cuidado à saúde; articular teoria e prática; promover o acolhimento e estabelecer vínculos com os sujeitos assistidos; reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecer e respeitar a autonomia dos sujeitos em relação à sua vida; respeitar o saber do senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional; utilizar o diálogo como estratégia para a transformação da realidade em saúde; operacionalizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo com os sujeitos; instrumentalizar os sujeitos com informações adequadas; e valorizar e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde.

Para as autoras, o perfil de competências para ação educativa da enfermeira expressa a necessidade de ressignificar a ação educativa no cuidado à saúde, pressupondo não apenas a contextualização das práticas educativas na história da saúde brasileira, mas também a observação e a avaliação de tais práticas, procurando identificar suas possibilidades e limites, pontos de convergência ou dissonâncias, com o propósito de aproximá-las da perspectiva da Educação Popular em Saúde. As autoras concordam que o estabelecimento de um perfil de competências, por si só, não garante a renovação das práticas educativas em saúde, sendo necessário também investir na discussão e reflexão sobre a forma como esse perfil pode ser operacionalizado no cotidiano dos serviços e no ensino de enfermagem.

A prática educativa em saúde requer que a enfermagem utilize estratégias inovadoras. Para tanto, necessita lançar mão da criatividade. Trezza, Santos e Santos (2007) descrevem a experiência da realização de um festival de música, poesia, paródia, teatro, conto, dança e história, promovido pela Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, que teve como eixo temático a Educação em Saúde da População, com o objetivo de propagar estratégias artísticas para levar às comunidades informações sobre temas variados conforme a necessidade de cada grupo. Foram 77 produções artísticas, que revelaram os esforços desenvolvidos nos serviços de saúde, socializando a criatividade existente no cotidiano da prática de enfermagem, onde foi utilizada a arte para alcançar o objetivo de

orientar a adoção de hábitos saudáveis de vida. As pessoas que inscreveram suas criações mostraram como desenvolveram metodologias pedagógicas ativas, dando aos sujeitos da aprendizagem o lugar que lhes pertence, provando que, quando se age de forma inovadora, os resultados tendem a ser surpreendentes.

Barbosa, Teixeira e Pereira (2007) relatam a experiência da consulta de enfermagem às mães e seus filhos até seis meses de vida, egressos do Ambulatório de Obstetrícia de um hospital universitário, onde vivenciaram a troca de saberes técnicos e populares, enfatizando que incorporar os elementos populares significa ampliar a abordagem profissional na consulta e, ao valorizar o conhecimento popular, puderam compreender as vivências, sentimentos, valores e conhecimentos de cada mulher assistida; conhecimentos estes que se diferenciavam de acordo com a interpretação da cultura de cada comunidade. Assim, mediante esses modelos de atenção baseados na produção de consensos, não só foi possível para as autoras incorporar novos conhecimentos como também ampliar a autoconfiança de ambos os sujeitos do processo – população e profissionais nos novos saberes produzidos nesta interação.

Para formulação desse tópico, realizamos uma busca por artigos publicados em periódicos que tivessem como descritor/ palavra-chave Educação em Saúde. Apresentaremos sete artigos. Dentre eles, um era estudo bibliográfico, outro tinha como objetivo constituir competências necessárias à enfermeira para o desenvolvimento de práticas educativas, outro estudo apresentou criações artísticas desenvolvidas pela equipe de enfermagem para realizar atividades de Educação em Saúde e quatro deles demonstraram atividades exitosas de Educação em Saúde, desenvolvidas em serviços de atenção secundária, como ambulatório de especialidades e hospitais, localizados nos Estados brasileiros de Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso, no período de 2003 a 2007.

Chamou nossa atenção o fato de não encontrarmos nos estudos apresentados experiências de atividades educativas desenvolvidas na atenção primária em saúde, pois sabemos que estes serviços estão mais próximos às famílias e comunidades. Esse achado nos remete ao nosso questionamento inicial: será possível desenvolver atividades de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família, pautadas no diálogo entre os sujeitos envolvidos?

Após a apreciação dos mencionados sete estudos, que demonstram práticas educativas exitosas, foi possível apreender que o êxito obtido foi evidenciado pelo uso de tecnologias e estratégias motivadoras, com base na criatividade dos profissionais de saúde, que buscaram estimular os sujeitos a refletir sobre sua realidade, esteados em atividades

grupais, cujas temáticas viabilizaram o diálogo entre os envolvidos e a aprendizagem mútua, com suporte nas necessidades dos sujeitos.

Percebemos que é possível desenvolver práticas educativas em saúde que envolvam os sujeitos, favorecendo a conquista da cidadania e o aumento da autonomia, respeitando a diversidade dos saberes. É requerida motivação dos profissionais de saúde para que isso aconteça. Na ESF o enfermeiro mostra-se como um profissional que tem todo o potencial para desenvolver práticas educativas, pois está próximo às famílias e à comunidade, tendo a possibilidade de conhecer o contexto onde os sujeitos estão inseridos e, com apoio nessa realidade, planejar as atividades educativas em parceria com a comunidade.

3.3 Ações de Educação em Saúde junto a mulheres

Em nosso estudo, pretendemos desenvolver atividades de Educação em Saúde, junto a mulheres da comunidade. Acreditamos, assim, que é necessário buscar pesquisas que demonstrem experiências de atividades educativas realizadas com esse grupo de usuários dos serviços de saúde, a fim de descobrir o que é desenvolvido nesse sentido e poder aprimorar o estudo. A seguir apresentaremos esses achados.

Wall (2001) descreve a experiência da utilização da metodologia da assistência de enfermagem, subsidiada por tecnologias educativas, para o desenvolvimento de um grupo de mulheres vivenciando o ciclo gravídico-puerperal. Para a autora, essa abordagem possibilitou reflexões em grupo, com origem na realidade de cada sujeito, valorizando, assim, a experiência e o contexto de vida de cada mulher. A utilização de tecnologias educativas favoreceu a participação das mulheres, onde cada uma apresentou suas ideias, dúvidas e sentimentos, refletindo sobre sua vida como ser humano digno.

Souza e Tyrrell (2007) formaram um grupo denominado “Círculo de Cidadania”, composto por dezesseis mulheres moradoras de uma comunidade pobre de Curitiba, no qual discutiram questões relacionadas à saúde e direitos sexuais e reprodutivos. As participantes sugeriram as temáticas a serem abordadas nos encontros, de acordo com as suas realidades. As autoras acreditam que as reuniões ampliaram a compreensão das envolvidas (participantes e pesquisadoras) a respeito da cidadania das mulheres, também no âmbito da saúde, bem como no seu urgente e necessário exercício.

Pereira et al (2007) relataram a experiência vivida na qual se processou a (re)construção de um grupo de planejamento familiar numa unidade básica de saúde num bairro do Município do Rio Grande - RS, com base em conceitos de Educação Popular em Saúde, desenvolvido por um grupo operativo. As autoras relatam que houve a conscientização das mulheres para o planejamento da família, mobilizando-as para o comprometimento compartilhado com seus parceiros na formulação conjunta do planejamento da família. Desse modo, procurou-se valorizar cada mulher como sujeito e sua história, contribuindo para sua qualidade de vida.

Dierks, Pekelman e Wilhelms (2007) relatam a experiência de uma pesquisa participante, com vistas à elaboração de um material educativo sobre DST-AIDS, que fosse adequado à realidade social, econômica e cultural de um grupo de mulheres e de suas comunidades. Este trabalho aconteceu em Porto Alegre-RS e envolveu 16 profissionais de saúde e 40 mulheres, que se reuniam em grupos. Os grupos educativos tinham como objetivos discutir e conversar com estas mulheres a respeito das DST e HIV/AIDS. Essa discussão envolvia a problematização da identidade corporal, aspectos sociais e culturais da sexualidade, elaborar uma cartilha adequada à realidade social, econômica e cultural dessas mulheres, e distribuir este material nos diversos espaços de convívio das pessoas que fazem parte dessas atividades educativas, com o objetivo de formar redes de conhecimento crítico em relação a estes problemas.

Para Dierks, Pekelman e Wilhelms (2007), a participação dessas mulheres da comunidade na elaboração de material educativo, além de melhorar a autoestima do grupo que o realiza, trata o problema numa linguagem adequada à realidade cultural desta população, abordando o problema de forma complexa, e favorecendo uma identificação por parte dos sujeitos com o material elaborado, facilitando a sua compreensão e apreensão da temática abordada.

Hoga e Reberte (2007) relatam a experiência da pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes. Consoante as autoras, a utilização dessa estratégia proporcionou benefícios ao desenvolvimento do grupo, incentivando a participação das gestantes, promovendo a identificação mútua de seus integrantes e atendendo as demandas específicas. Desse modo, as autoras incentivam a utilização da estratégia de pesquisa-ação, fundamento na avaliação positiva dos integrantes do grupo.

Trindade e Ferreira (2008) realizaram uma pesquisa convergente-assistencial com a criação de dois grupos de convergência, cada um com dez mulheres que freqüentavam uma

unidade básica de saúde no Espírito Santo. Essa pesquisa teve como objetivos identificar questões emergentes da vivência das mulheres sobre sexualidade e como lidam com estas questões no cotidiano, bem como analisar as práticas de cuidado de si relacionadas à sexualidade. Para as autoras, a convergência dos saberes científico e popular foi aplicada no atendimento às demandas das mulheres, sendo que o diálogo, a participação e a interação fomentaram a troca de experiências entre os membros do grupo.

Após a leitura de todas essas experiências, percebemos que muito já é feito em relação à prática educativa nos serviços de saúde junto às mulheres, sempre valorizando a participação dos envolvidos, o contexto onde estão inseridas essas pessoas, com ênfase no diálogo para o alcance dos objetivos da prática educativa, como o aumento da autonomia e crescimento pessoal dos sujeitos.

3.4 A tecnologia e a prática educativa em saúde

Em nosso estudo, pretendemos desenvolver uma tecnologia educativa pautada no diálogo e necessidades dos sujeitos envolvidos, conforme comentado. Assim, investigamos as concepções de autores sobre tecnologia e seu uso nas atividades de Educação em Saúde.

Quando falamos ou ouvimos falar de tecnologia, o que nos vem à mente é uma máquina ou um material complexo. Schall e Modena (2005) exprimem que, de modo geral, tecnologia se refere a uma técnica, artefato ou alternativa desenvolvida pelo homem, para facilitar a realização de um trabalho ou criação.

Nietsche (2000) concorda com a noção de que, muitas vezes, o termo tecnologia é empregado de forma reduzida, concebido como um produto, uma máquina. A autora considera, contudo, tecnologia com um conceito muito mais amplo, havendo a necessidade de associar os conhecimentos científicos e o saber veiculado pela cultura na solução de problemas técnicos. “Ciência e tecnologia são valores, muito mais que coisas ou artefatos, ou mesmo saberes. São tudo isto em complementaridade com o mundo vital, num movimento que só pode adquirir significado na sua dimensão ética e política”. (Nietsche, 2000, p 36). A autora assentada na intenção e esperança de ver os indivíduos como sujeitos de sua história de vida, buscou elaborar uma proposta, orientada por um saber apropriado, que chamou de

tecnologia emancipatória, apontada como uma possibilidade que procura proteger e reaver o ser humano, pois é sensível ao concreto, ao histórico e ao contextual.

Antes de conceituar tecnologia emancipatória, Nietzsche (2000, p 134) concebe emancipação como “um processo que ocorre ao ser humano inserido num contexto sócio-político-econômico-cultural e que necessita ser atendido”. Para que a emancipação aconteça, alguns componentes estão interligados como autonomia, liberdade, cidadania e consciência crítica, perpassando a ética. Esse é um *moto-continuo* por toda a vida, sendo que em alguns aspectos de nossa vida podemos ser emancipados e em outros aspectos não. A autora acredita que um dos modos de emancipar-se é o saber, como tecnologia emancipatória, à medida que permite ao ser humano se fastar mais e mais da sujeição.

A autora concebe e entende tecnologia emancipatória como a “apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que, ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir e agir, tornando-os sujeitos de seu próprio processo existencial”. A tecnologia emancipatória pretende ser um processo com o “objetivo de emancipação dos sujeitos, também dentro de uma perspectiva processual e ética, buscando-se uma consciência crítica, procurando uma maior participação do cidadão na sua vida e nas decisões coletivas”. (NIETSCHE (2000, p 166).

Nietzsche et al (2005) expressam que a temática tecnologia, entendida como processo e/ou produto, necessita ser frequentemente discutida, repensada e estudada, pois é abordada na práxis dos profissionais de enfermagem ainda de forma incipiente.

Tecnologias são saberes imprescindíveis para o desenvolvimento do trabalho em saúde (Merhy, 2002, 2006). Na prática educativa em saúde, a tecnologia deve ser utilizada de modo a favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo, contribuindo para a constituição da cidadania e aumento da autonomia dos envolvidos. Sendo assim, devem explorar recursos que vão ao encontro dos significados culturais reconhecidos e valorizados no contexto dos usuários e comunidade, por isso, cada vez mais são realizadas, na prática educativa, atividades lúdicas, como teatro, música, jogos, dentre outras manifestações artísticas e culturais.

Rocha et al (2008: p 115), refletindo sobre cuidado de enfermagem e tecnologia, apontam que é o cuidado a determinar que tipos de tecnologias são necessárias em cada situação, quando podemos utilizar diversas tecnologias: tecnologia dura (instrumentos e equipamentos); leve-dura (conhecimentos estruturados, como modelos e teorias), e leves

(estabelecimento de relações, como o vínculo e o acolhimento). Consoante as autoras, cuidado e tecnologias possuem aproximações que fazem com que o cuidado de enfermagem “resultante de um trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem estar e contribua com uma vida saudável e morte digna”

Para Wall (2001: p3), “tecnologia educativa é um conjunto de conhecimentos que se aplicam a uma atividade educativa partindo da realidade do ser humano, valorizando sua experiência, seu contexto de vida e suas expectativas frente ao processo saúde-doença”. Assim, entre as muitas e variadas formas de tecnologia educativa, a autora destaca palestras, exposições dialogadas, vídeos, relato de experiências ou conversas formais e informais, dinâmicas de grupo, dramatizações etc. Essa concepção de tecnologia educativa foi a utilizada neste estudo.

Wall (2001) compreende que as tecnologias empregadas nas atividades educativas devem ser planejadas e executadas de acordo com a necessidade de cada contexto, com objetivos claros que levem a metas estabelecidas. Para a autora, a tecnologia educativa alicerçada na Metodologia da Assistência de Enfermagem, pode auxiliar o enfermeiro a desenvolver práticas educativas em grupos, respeitando a singularidade de cada ser humano, experiências e necessidades vivenciadas no processo de saúde-doença.

Percebemos que é crucial para o êxito das práticas educativas o uso de tecnologias leves, que estimulam a participação da comunidade e a reflexão da realidade local, valorizando o contexto cultural e a realidade dos envolvidos no processo educativo.

3.5 A participação comunitária nas ações de saúde

A importância da participação popular nas decisões de políticas públicas não é uma proposição recente. Ao revisarmos a literatura, percebemos que é crescente a participação popular ao longo dos tempos, ou, pelo menos, vem sendo cada vez mais elaboradas políticas que incentivam essa participação.

Nas cartas de Promoção da Saúde, fruto das conferências internacionais de Promoção da Saúde, observamos que a maioria delas faz referência à importância da atuação comunitária como requisito para Promoção da Saúde, que deve ser apoiada por todos os

profissionais de saúde, fortalecendo a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetam sua vida e na opção por estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2002).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, assinala que Promoção da Saúde é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2002, p 19).

A Carta de Ottawa reforça a importância da atuação comunitária, ao assinalar que a promoção da saúde trabalha mediante ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde, apoiando o poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. Esta Carta de Promoção da Saúde acentua que o desenvolvimento das comunidades é feito sobre os seres humanos e materiais nelas existentes a fim de intensificar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver reforço da participação popular na direção dos assuntos pertinentes à saúde. Para que isto ocorra, são necessários um total e contínuo acesso à informação, as oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, bem como o adequado apoio financeiro (BRASIL, 2002).

Nas conferências internacionais de Promoção da Saúde, especialmente a segunda (Adelaide, 1988) e a terceira (Sundsvall, 1991), também é possível identificar a valorização do papel da mulher, que tem direito à autodeterminação de saúde e devem ser parceiras na formulação de políticas públicas voltadas à saúde.

No Brasil, a participação popular foi conquistada após diversas lutas conduzidas pelo movimento de reforma sanitária. A participação dos cidadãos nas decisões públicas foi amparada pela Constituição Federal de 1988, que em seus dispositivos aponta as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, baseado em três eixos: descentralização, atendimento integral e participação popular. Esse direito dos brasileiros encontra-se mais bem definido nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, que também dispõem sobre a participação comunitária na gestão do SUS (BRASIL, 1990). Desde então, a participação nas políticas públicas em saúde é um direito de todos os brasileiros.

Na formulação histórica, os avanços são evidentes, entretanto, acreditamos que ainda há muito caminho a trilhar para que a participação popular em saúde seja efetivada como estabelecido em nossa legislação.

Revisando a literatura sobre a participação dos usuários da Estratégia Saúde da Família - ESF, especialmente em grupos de Educação em Saúde, foco desta pesquisa, encontramos no estudo de Lacerda e Santiago (2007), a ideia de que a maioria dos profissionais de saúde avalia a participação dos usuários nos grupos educativos ainda de forma tímida e lenta, especialmente no que se refere à sugestão de ações e temáticas a serem abordadas nas oficinas. Esses profissionais indicaram, no entanto, que vêm adotando em seu trabalho inovações metodológicas que privilegiam participações mais efetivas dos usuários, o que se traduz em propostas de avanços nas ações desenvolvidas na ESF.

Na atualidade, percebemos a existência crescente de pesquisas que visem a melhorar a participação comunitária e as condições de vida das pessoas menos favorecidas (grupos minoritários, pessoas de baixa renda, comunidade rural, do centro da cidade, e outros). O desenvolvimento de pesquisas convencionais nestas comunidades, no entanto, tem uma história controversa e oferece oportunidades limitadas para melhorar a saúde e bem-estar destas comunidades.

Na perspectiva de favorecer a participação comunitária e a superação das desigualdades sociais, surge a pesquisa participativa baseada na comunidade – CBPR, como um novo paradigma que representa opções de orientações para investigação com base na parceria comunitária, objetivando a mudança social e a redução das injustiças sociais como parte integrante dos objetivos da pesquisa. Neste estudo, utilizaremos o referencial teórico e metodológico proposto em CBPR, que descreveremos a seguir no tópico do caminho metodológico.

4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

4.1 Caracterização do estudo / abordagem

Nosso estudo será delineado por uma abordagem qualitativa. Para Pope e Mays (2005), trata-se de uma abordagem a ser usada para desvelar processos sociais ou acessar áreas da vida social não abertas ou receptivas à pesquisa quantitativa e tem sido muito utilizada em estudos sobre organização de serviços de saúde e políticas de saúde.

A abordagem qualitativa envolve a totalidade dos seres humanos, com suporte na experiência humana em cada contexto. O pesquisador acredita que o indivíduo é único, que atribui significados as suas experiências derivadas do contexto de vida e das relações sociais (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para Cresweel (2007), a técnica qualitativa é aquela na qual o investigador faz alegações de conhecimento, embasado principalmente na perspectiva construtivista ou reivindicatórias, ou em ambas.

O estudo também será do tipo descritivo e segundo Tomasi e Yamamoto (1999), esse tipo de pesquisa busca conhecer diversas situações e relações ocorrentes na vida social, política, econômica e demais comportamentos humanos, tanto individualmente como de grupos e comunidades complexas, observando, registrando, analisando e correlacionando os fenômenos, sem manipulá-los.

4.2 Ambiente do estudo

Efetivou-se no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil. Fortaleza é uma cidade turística, conhecida pelas suas belas praias e a hospitalidade de seus habitantes. Sua população é estimada em 2.431.415 habitantes, que ocupam uma área de 313 km² (IBGE, 2007).

Para fins administrativos, a Capital do Estado do Ceará está dividida em seis secretarias executivas regionais – SER, instâncias executoras das políticas públicas

municipais. Essa divisão visa a descentralizar a administração para os bairros e, desse modo, facilitar a gestão municipal. No setor saúde, a política pública municipal é gerenciada em cada uma das seis SER por meio do Distrito de Saúde, subordinado e orientado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS de Fortaleza.

Na SER VI, situada no bairro Messejana, estão atuantes 20 CSF com equipes da Estratégia Saúde da Família. No bairro Passaré, está localizado o CSF Janival de Almeida Vieira, construído em 1980 e, no ano 2000, foi implantada a Estratégia Saúde da Família. Atualmente, neste CSF atuam seis equipes de Saúde da Família e cerca de 60 funcionários, além da coordenadora, que é enfermeira. A estrutura física do CSF é adequada para atender em cuidados primários de saúde à população adscrita.

Em Fortaleza, as equipes de Saúde da Família são denominadas por números. No CSF Janival de Almeida, a equipe de Saúde da Família de número seis, é composta por um médico, um dentista, uma auxiliar de enfermagem, um atendente de consultório dentário – ACD, três agentes comunitários de saúde – ACS e uma enfermeira, que é a pesquisadora principal deste estudo. Apesar desta nomeação por números, a população ainda continua identificando as equipes pela denominação anterior que era por cores. Então a equipe seis era conhecida como lilás. Essa é responsável pelo território de abrangência do Conjunto Habitacional Novo Barroso, situado no Bairro Passaré, em Fortaleza-CE.

Este estudo foi desenvolvido na comunidade do Conjunto Habitacional Novo Barroso. A pesquisadora principal, que também é enfermeira desta equipe de saúde da família, atua junto a esta comunidade há cerca de três anos; assim, já é uma profissional conhecida no bairro e possui vínculo com a maioria das famílias lá residentes.

De acordo com informações das três ACSs, que compõem a equipe “lilás” e residem no Conjunto Habitacional Novo Barroso desde o início de sua fundação em 1996, este conjunto foi construído para pessoas que moravam em áreas de risco, situadas próximo a lagoas e canais e que não tinham condições de construir suas moradias. Assim, a Prefeitura construiu 984 apartamentos que foram entregues às famílias em julho de 1999.

Como pontos positivos deste Conjunto Habitacional, as ACSs citam as ruas asfaltadas com sistema de esgoto, as duas linhas de ônibus, uma para o centro da Cidade e outra para o terminal de Parangaba, e a existência de um galpão comunitário, onde acontecem reuniões com a comunidade, inclusive grupos ligados ao CSF Janival de Almeida Vieira e a atividades físicas. Como pontos negativos, referem a inexistência de farmácias, bancos, praças

ou escolas públicas, tendo a comunidade que se deslocar para bairros vizinhos em busca desses serviços. Citam, ainda, como principais problemas da comunidade, o alcoolismo, o tráfico de drogas, a prostituição e o desemprego, os quais resultam no aumento da violência presente no cotidiano das famílias que vivem lá.

É importante destacar o fato de que este conjunto habitacional foi construído bem próximo ao antigo “lixão do Jangurussu”, um aterro de lixo hoje desativado, e visualizado como uma montanha, chamado de “rampa” pela população local. Entre esta rampa e o conjunto habitacional, existia um terreno desocupado que no início da fundação do conjunto, foi idealizado para a construção de escolas, creches e outros dispositivos sociais. Famílias procedentes de outras localidades, entretanto, invadiram o local e hoje cerca de duzentas famílias residem ali, em casebres e barracos.

Há muita proximidade das residências das famílias com a ‘rampa do Jangurussu’, o rio Cocó e uma lagoa, conforme podemos observar na figura 1, que apresenta uma imagem captada por satélite do conjunto habitacional Novo Barroso, em Fortaleza – CE.

Figura 1 – Vista de satélite do Conjunto Habitacional Novo Barros, Fortaleza, 2009



Fonte: Google Earth, 2009

Franco (2007) descreve que o Lixão do Jangurussu surgiu nos arredores de Fortaleza-CE em 1978 e foi utilizado para o armazenamento do lixo da Capital e das sedes

municipais adjacentes, até que, em meados 1998, quando a pressão da comunidade adjacente em luta por melhores condições sanitárias fez com que a Prefeitura Municipal, em parceria com o Governo do Estado do Ceará, conseguisse desativá-lo. O autor relata que a Prefeitura tomou algumas providências como: a cobertura da área do lixão com terra (o que deu origem a uma montanha com 40 m de altura ao longo de 41 ha), abertura de dutos para escape de metano e a construção de drenos para escoamento do chorume, a fim de evitar a contaminação do rio Cocó, que fica nas proximidades do local.

4.3 Participantes do estudo

Este estudo foi desenvolvido com mulheres adultas jovens, ou seja, mulheres numa faixa etária compreendida entre 20 e 40 anos (SINCLAIR, 2002), residentes no Conjunto Habitacional Novo Barroso, localizado no bairro Passaré em Fortaleza-CE. A escolha desses sujeitos não foi por acaso e decorre de vários fatores que descreveremos a seguir.

As mulheres constituem parcela significativa da população assistida nos serviços de saúde, em consequência de vários fatores. Percebemos a existência de mais políticas públicas e programas na área de saúde destinados a elas em relação aos homens, talvez pelas suas necessidades de assistência em saúde (contracepção / ciclo gravídico puerperal, prevenção do câncer de mama e colo do útero). Outro fator coincide com as próprias características das atividades femininas, atribuídas culturalmente dentro de um processo histórico; às mulheres cabe a responsabilidade pela casa e pela criação dos filhos, enquanto aos homens impende o sustento do lar e da família. Assim, as mulheres também teriam “mais flexibilidade de horário” para serem atendidas nos serviços de saúde, em relação aos homens.

Percebemos que a mulher sempre esteve socialmente em posição desigual. Isto vem se modificando nas últimas décadas, pois as mulheres conquistam cada vez mais direitos e espaços nos campos de trabalho, mas essa desigualdade ainda é presente em nossa sociedade, principalmente nas classes sociais menos favorecidas.

Outro motivo para a escolha de mulheres como sujeito deste estudo foi a própria aproximação da pesquisadora principal do estudo a essa população no decorrer de sua vida profissional. As mulheres do Conjunto Novo Barroso foram escolhidas pelo fato de ser junto

a esta comunidade que atua a pesquisadora principal, na qualidade de enfermeira da ESF de Fortaleza, prestando assistência em saúde da mulher.

Em nosso estudo, formamos um grupo de mulheres da comunidade, onde foram desenvolvidas conjuntamente atividades educativas em saúde, pautadas no diálogo, necessidades e realidade dos envolvidos com enfoque na sua Promoção da Saúde. Delimitamos um número específico de participantes para compor o grupo de mulheres e participar das atividades educativas propostas no estudo e recorremos à literatura para nos auxiliar nessa delimitação. Encontramos nas referências de Loomis (1979) que o ideal é um grupo ter no máximo 12 participantes, pois, acima disso, o atendimento das necessidades dos membros poderá ser prejudicado, assim como pode dificultar a coordenação e até ser um fator antiterapêutico.

Para selecionar as mulheres participantes do grupo, solicitamos que cada um dos três ACSs da equipe “lilás” convidasse quatro mulheres de sua microárea de atuação, que estivessem em numa faixa etária compreendida entre 20 e 40 anos e que quisessem participar das atividades educativas. Assim, pretendíamos formar um grupo com no máximo 12 mulheres. Confeccionamos um convite apresentado na figura 2, que foi entregue às mulheres pelos ACSs.

Figura 2 - Convite entregue às mulheres para participar do grupo.



Fonte: construído pela autora.

No decorrer dos encontros, as próprias participantes convidaram outras mulheres para comparecerem aos encontros do grupo. O número de mulheres participantes do grupo foi

flutuante, pois algumas não permaneceram durante todo o processo, por questões pessoais, como separações conjugais, mudança de domicílio e retorno ao trabalho. Onze mulheres permaneceram, contudo, no grupo até a finalização do processo proposto nos encontros, que serão detalhados mais adiante. Estas mulheres foram os sujeitos deste estudo.

Também foram parceiros do estudo os três ACSs da equipe “lilás”, que são mulheres jovens e residem na ambiência de estudo. Sua participação foi ativa e igualitária em todo o desenvolvimento dos encontros do grupo, tendo direito à tomada de decisões. Diferentemente das mulheres que participaram do estudo, todavia, a participação dos ACSs esteve voltada para apoiar e auxiliar a pesquisadora na condução e coordenação do processo grupal, desde a seleção das mulheres que iriam participar do grupo até a divulgação dos resultados obtidos com a parceria.

4.3.1 O nascimento do grupo de mulheres

O primeiro encontro do grupo de mulheres do bairro Novo Barroso foi agendado para o dia 01 de julho de 2009, às 14 horas no auditório do CSF Janival de Almeida Vieira. Os ACSs convidaram doze mulheres jovens para participar do encontro. Compareceram, porém, apenas três mulheres na hora e local agendados, que foram acolhidas pelas ACSs e pela pesquisadora. Em razão desse acontecimento, reuniram-se no local, pesquisadora, ACSs e mulheres, para repensar sobre o encontro. Na roda de conversa, essas mulheres manifestaram sua dificuldade em comparecer ao CSF no horário da tarde, por fatores como o clima quente neste horário, o risco de assalto e a distância do bairro onde moram até o CSF.

As mulheres manifestaram interesse no fato de que os encontros acontecessem na própria comunidade. Desse modo, em data posterior, ocorreu nova reunião entre pesquisadora e ACSs para planejar o encontro seguinte, inclusive para convidar novamente as mulheres para participarem do grupo. Após a discussão da equipe, chegou-se à conclusão de que seria melhor realizar os encontros no Bairro Novo Barroso, local onde as mulheres residem, pois a distância até o CSF é de aproximadamente 2,5 km. Após essa decisão, entramos em contato com uma líder comunitária, para investigar a disponibilidade da sua residência para a realização dos encontros, visto tratar-se de um local amplo, que dispõe de cadeiras e mesas, pois também funciona como um bar, nos finais de semana. Esse local é bem situado no bairro,

em uma das ruas principais do conjunto, e é onde ocorrem os encontros do grupo de idosos, que durante o mês de julho estaria de férias. A líder comunitária cedeu esse espaço para realização dos encontros do grupo de mulheres.

As ACSs convidaram novamente as mulheres para o grupo, mas, desta vez, sugerimos alguns nomes de mulheres jovens, que já haviam participado de grupos de gestantes, ou que acompanham seus parentes no grupo de idosos do bairro, e que, provavelmente, aceitariam o convite para o grupo de mulheres. Então, foram entregues novamente convites às doze mulheres selecionadas, tanto pelos ACSs quanto às indicadas por nós.

No primeiro encontro na comunidade, compareceram 11 mulheres, que optaram por efetivar os encontros todas as quartas-feiras no horário da tarde, no bar 'Diamante Drinks', um local de fácil acesso na comunidade e se comprometeram a participar de todos os encontros. As mulheres acharam interessante a proposta de criação de grupo e ficaram interessadas em saber tempo de duração do grupo, pois ficaram animadas com a proposta. Em resposta, informamos que essa decisão sobre a permanência do grupo dependeria das participantes durante o desenvolvimento dos encontros.

4.4 Período do estudo

Os encontros do grupo de mulheres para a realização desse estudo aconteceram durante os meses de julho, agosto, setembro e outubro de 2009 (APÊNDICE A). Ocorreram semanalmente, totalizando cerca de 16 encontros, que tiveram duração de cerca de três horas.

O horário, o local e a periodicidade dos encontros foram pactuados entre a equipe de saúde e as mulheres, que optaram por efetivá-lo no período da tarde, pois, nesta parte do dia, muitas mulheres já cumpriram com suas "tarefas do lar" (limpar a casa, fazer almoço, deixar as crianças na escola etc), que frequentemente se constituem "obrigações femininas" e geralmente acontecem no período da manhã, estando, assim, mais disponíveis para sair de seus lares e participar das atividades do grupo. Outro fator que colaborou para essa escolha foi que no período da tarde a demanda espontânea no CSF é menor, o que oferece a enfermeira da ESF maior disponibilidade para o desenvolvimento de práticas educativas em grupo.

4.5 Referencial norteador do estudo: *Community-based participatory research* – CBPR (Pesquisa Participativa baseada na Comunidade)

Pela intenção dos objetivos propostos no estudo, utilizamos como abordagem a *Community-based participatory research* – CBPR, que é um novo paradigma que representa opções de orientações para investigação com base na parceria comunitária, objetivando a mudança social e a redução das injustiças sociais como parte integrante da pesquisa. CBPR não é uma nova metodologia de pesquisa, mas uma nova abordagem para investigação em Saúde Pública. A essência dessa abordagem é uma colaboração entre pesquisadores e membros da comunidade, cuja competência, igual para cada um, é investigar, identificar e estudar os problemas de saúde importantes para aquela comunidade (MC ALISSTER et al, 2003).

Em nosso estudo, essa colaboração ocorreu entre nós e mulheres jovens da comunidade do Novo Barroso, que estudaram os principais agravos que acometem a saúde das mulheres daquela comunidade, na percepção das participantes, pautada no diálogo e no compartilhamento de experiências e, mediante esse reconhecimento, foram eleitas as prioridades e traçadas estratégias na tentativa de amenizar aquele agravo.

CBPR é "*Uma abordagem colaborativa com a investigação que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de investigação e reconhece as únicas forças que cada um traz consigo*". Em CBPR, a investigação começa com um tópico de enorme importância para a comunidade e tem como objetivo aliar conhecimento com ação para atingir uma mudança social (HARTWIG, CALLESON E WILLIAMS, 2005).

De acordo com Agência para Healthcare Research and Quality (2002), CBPR é um processo colaborativo de pesquisa envolvendo pesquisadores e representantes da comunidade. Para o desenvolvimento dessa pesquisa, é imprescindível o engajamento dos membros da comunidade no processo e no produto da investigação, devendo-se utilizar o conhecimento local para a compreensão dos problemas de saúde e o desenho de intervenções. Além disso, os membros da comunidade atuam na divulgação e uso dos resultados da investigação e, em última instância, a redução das disparidades de saúde. Os membros da comunidade se tornam parte da equipe de pesquisa e os pesquisadores engajados nas atividades da comunidade.

A CBPR tem raízes nos movimentos sociais e políticos dos anos 1940, tendo-se verificado uma revitalização nos anos 1960 e 1970. Na década de 1940, Kurt Lewin começou a falar sobre *a pesquisa-ação* como um meio para superar as desigualdades sociais. Mais tarde, escritos do educador Paulo Freire, na década de 1970, trouxeram para a discussão questões como a exigência das próprias comunidades identificarem seus problemas e respectivas soluções (HARTWIG, CALLESON E WILLIAMS, 2005).

Faridi et al (2007), discorrendo sobre a origem da CBPR, referem que a obra de Kurt Lewin e Paulo Freire enfatizam um processo interativo de ação, reflexão e aprendizagem experiencial e que este é essencialmente a fundação de CBPR como é praticado hoje.

A Agency for Healthcare Research and Quality (2004) relata que CBPR como uma abordagem pode ser utilizada em estudos ambientais e de saúde, destinada a aumentar a participação comunitária e o valor dos estudos para pesquisadores e a comunidade estudada. Esta abordagem é um atrativo para acadêmicos e profissionais de saúde que lutam para abordar os problemas de saúde pública presentes em diversas populações. A CBPR cria “pontes” entre cientistas e comunidades, mediante a troca de conhecimento e experiências valiosas. Esta colaboração permite o desenvolvimento de instrumentos apropriados culturalmente, tornando os projetos de saúde mais eficazes e eficientes. Também estabelece uma confiança mútua entre os envolvidos, o que aumenta a quantidade e a qualidade das informações coletadas no estudo. Quando desenvolvido de forma adequada, a CBPR beneficia os participantes da comunidade, profissionais de saúde e demais pesquisadores. O último benefício desta colaboração é uma compreensão profunda e acurada das circunstâncias exclusivas de uma comunidade, permitindo testar e adaptar práticas saudáveis necessárias para a aquela comunidade.

Alguns dos principais benefícios para CBPR são os seguintes: auxilia a comunidade a satisfazer suas necessidades por meio da investigação do que é realmente relevante para as necessidades comunitárias; auxilia a investigação e a comunidade acadêmica para validar a qualidade da investigação no que diz respeito a comunidade; ajuda a superar lacunas na compreensão, confiança e conhecimento entre instituições acadêmicas e à comunidade; obtém maior qualidade e utilidade nos resultados, haja vista o contexto social dos indivíduos no lugar de ver as pessoas de forma isolada a partir do seu ambiente, cultura ou de identidade (aaspireproject.org/about/cbpr.html).

Em suma, a CBPR envolve: (1) coaprendizagem e transferência recíproca de competência, por todos os parceiros de investigação, com especial destaque para as questões que podem ser estudados com métodos CBPR; (2) poder compartilhado para tomada de

decisões; e (3) direitos iguais nos processos e produtos do projeto em estudo (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2004).

A popularidade e credibilidade da CBPR em Saúde Pública têm crescido, pois seus esforços estão voltados para aumentar a participação da comunidade em projetos de Saúde Pública, prometendo ensinar um reforço nos programas de bem-estar e adequá-los à comunidade, já que estes projetos foram desenvolvidos em parceria com a comunidade (MC ALISSTER et al, 2003; FARIDI et al, 2007).

Alguns autores têm avançado e identificam os princípios para CBPR. Barbara Israel e os seus colegas identificaram oito princípios-chave de apoio CBPR, onde o êxito da investigação e as parcerias são amplamente citados. Estas incluem: 1) reconhecer a comunidade como uma unidade de identidade, 2) basear-se nas forças e recursos da comunidade, 3) facilitar as parcerias colaborativas em todas as fases da investigação, 4) integrar o conhecimento e ação para benefício mútuo de todos os parceiros, 5) promover uma co-aprendizagem e a habilitação no processo que atende às desigualdades sociais, 6) envolver um processo cíclico e interativo, 7) pensar a saúde desde perspectivas positivas e ecológicas; e 8) divulgação dos resultados e conhecimentos adquiridos a todos os parceiros (HARTWIG, CALLESON E WILLIAMS, 2005).

Buscamos nortear nosso estudo por esses oito princípios-chave. Primeiramente, as participantes elaboraram a identidade de um grupo de mulheres da comunidade Novo Barroso, que utilizaram suas potencialidades locais na intenção de superar um problema em saúde da mulher da sua própria comunidade, e, para isso, a parceria fortalecida entre a ESF e as mulheres participantes do grupo foi imprescindível para o alcance do planejamento feito pelos envolvidos. Após a realização desse planejamento, a parceria divulgou os resultados. Nos próximos parágrafos, apresentaremos, mais detalhadamente, como ocorreu o processo CBPR no grupo de mulheres da comunidade Novo Barroso.

A primeira etapa da CBPR é identificar os parceiros e formalizar a parceria. Esse foi o momento inicial de nosso estudo, quando convidamos as mulheres para participarem do grupo e formalizamos a parceria entre elas e a equipe de saúde da ESF responsável pelo estudo. As mulheres participantes foram envolvidas em todas as etapas, desde o planejamento, o desenvolvimento, quando foram selecionados os temas/problemas prioritários para discussão, até a divulgação dos resultados, conforme detalharemos adiante.

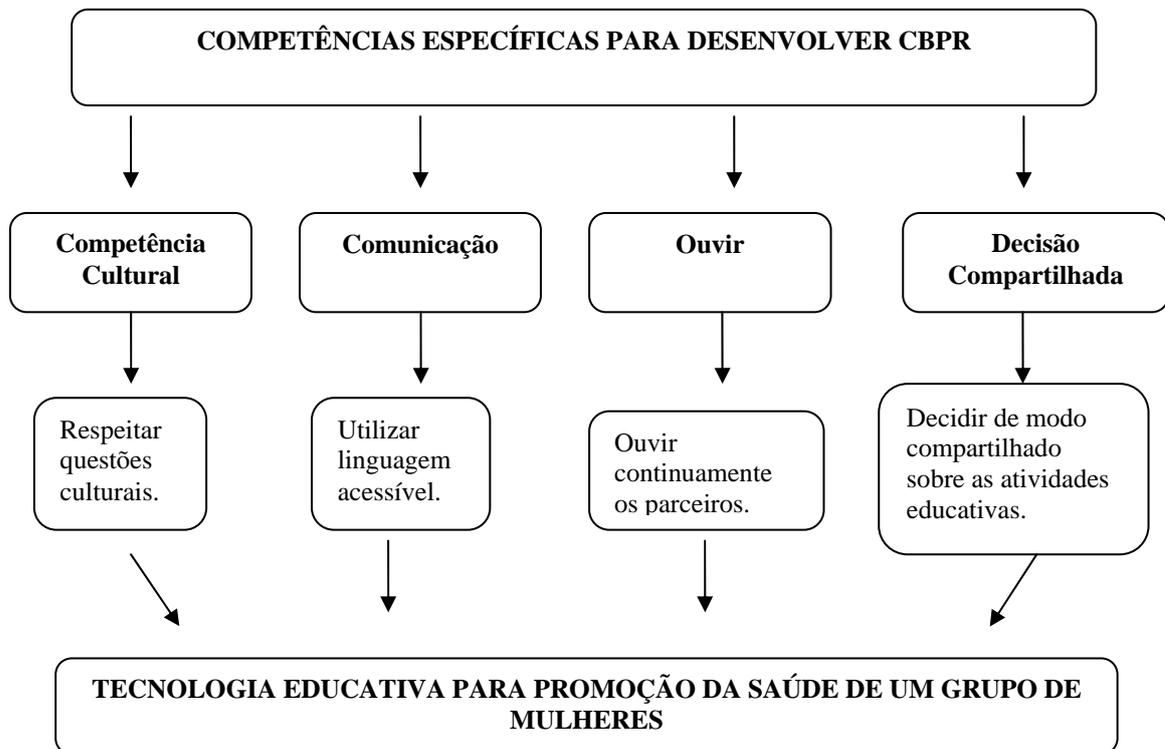
Na CBPR, os sujeitos do estudo são parceiros e participam ativamente de todas as etapas do estudo, desde o planejamento até a divulgação dos resultados, conforme já relatado. Em estudos CBPR, podemos ter parceiros institucionais e/ou da comunidade. As parcerias em CBPR são susceptíveis de envolver parceiros de várias origens culturais, com respeito a raça ou etnia, gênero, classe social, orientação sexual, comunidade acadêmica ou papéis, e disciplina acadêmica, incluindo os que são diretamente afetados por este(s) tema(s) de estudo. Os parceiros podem atuar em múltiplos papéis. Assim, é importante que os parceiros se esforcem para a competência cultural (FLICKER, SENTURIA, WONG, 2005).

CBPR exige um conjunto diferente de valores, capacidades e prazo maior do que a maioria dos estudos. Uma pesquisa com comunidades põe em evidência questões de poder, raça, classe, comunicação e respeito. Assim, Hartwig, Calleson e Williams (2005) citam as competências específicas que facilitam a formação de relações entre pesquisadores e comunidades: **Competência cultural** - um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam que os indivíduos, organizações e sistemas possam trabalhar eficazmente com diversas questões raciais, étnicas, religiosas, e grupos sociais. **Comunicação** - a habilidade de fornecer e receber *feedback* contínuo com parceiros da comunidade ao longo do desenvolvimento do projeto de investigação, de forma clara e acessível a todos. **Ouvir** - poderá receber *feedback e insights* de ambos os parceiros da comunidade onde ocorre a investigação e de investigadores sobre métodos e abordagens. Por fim, para que o pesquisador seja um ouvinte hábil, requer o reconhecimento de que não tem todas as respostas e que pode haver outras maneiras de realizar a investigação que podem ser mais propícios para a comunidade, como também o membro da comunidade deve reconhecer e respeitar os pesquisadores, diferentes métodos e os seus resultados. **Partilha de poder e controle sobre as decisões** - muitos pesquisadores chegam a uma comunidade com um protocolo estabelecido e não estão dispostos a fazer alterações ou partilhar a tomada de decisões sobre métodos e abordagens com a comunidade. Da mesma forma, os membros da comunidade não podem esperar ter "poder de veto" sobre o projeto de investigação e métodos de elaboração simplesmente porque eles "conhecem melhor a comunidade." Deve haver um consenso. Essas competências são essenciais para o bom desenvolvimento de estudos CBPR.

Concordamos com a ideia de que envolver ativamente a comunidade no estudo compreende questões que devem ser respeitadas. Desse modo, pensamos como poderíamos estabelecer as competências específicas que facilitassem a nossa relação com a comunidade em nosso estudo CBPR com mulheres. A figura 3 demonstra como essas competências foram

aplicadas em nosso estudo para alcançarmos os objetivos propostos, com apoio em uma tecnologia educativa em saúde.

Figura 3 - Competências facilitadoras da relação entre pesquisadora e mulheres na vivência de Educação em Saúde utilizando tecnologias educativas, Fortaleza, 2009.



Fonte: construída pela autora.

Em nosso estudo CBPR com mulheres, procuramos assegurar que cada uma dessas competências fosse respeitada, valorizando a cultura, questões étnicas, raciais e/ou religiosas. Em relação à comunicação com as mulheres, utilizamos linguagem clara e acessível a todos. As mulheres relataram continuamente sua aprendizagem. Escutamos a opinião de todos os envolvidos, que sugeriram temas para discussão em grupo, como também sobre as tecnologias para utilização no grupo. Houve decisão compartilhada sobre o desenvolvimento das atividades educativas no grupo, e decisões em saúde, buscando o consenso entre os participantes.

Na CBPR, após a formalização da parceria, o ponto de partida é a compreensão do problema por parte daqueles que sofrem diretamente. Isso é feito, geralmente, através de entrevistas, diálogos e grupos focais (PALERMO, MCGRANAGHAN E TRAVERS, 2005). Assim, com a formação do grupo de mulheres da comunidade, identificamos e discutimos

sobre os temas de saúde da mulher mais relevantes para o Novo Barroso, de acordo com a opinião das integrantes do grupo, que foram: gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade. Essa pode ser considerada a **segunda etapa da CBPR**.

Os autores concordam com a ideia de que há uma infinidade de questões importantes que todos parecem estar necessitando discutir em determinada comunidade, mas é importante definir prioridades para as questões em que os parceiros irão trabalhar no início de uma parceria. Sem essa eleição de prioridades, será muito difícil fazer qualquer progresso sobre qualquer questão particular de todo. A falta de progresso e impacto não será apenas prejudicial para o moral das pessoas envolvidas na parceria, mas também levam os parceiros a questionar se o seu tempo e energia que investiu na parceria vai dar bom resultado (FLICKER, SENTURIA, WONG, 2005).

Nessa perspectiva, partimos para a **terceira etapa da CBPR** no grupo de mulheres, quando solicitamos ao grupo que elegeisse, entre os três temas de saúde da mulher (gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade), aquele que seria prioridade para as mulheres do Novo Barroso, e o grupo definiu como prioridade a gravidez na adolescência, pois para elas, representa um problema de saúde da mulher mais significativo naquela comunidade, já que conheciam muitas adolescentes grávidas na comunidade.

Wallerstein e Duran (2006) relatam que, numa atitude de cooperação para a investigação, equitativamente, a CBPR envolve todos os parceiros da investigação e reconhece o que cada um traz de vantagens singulares. CBPR começa com um tema de investigação de importância para a comunidade, com o objetivo de combinar conhecimento e ação para a mudança social a fim de melhorar a saúde comunitária e eliminar as disparidades.

A CBPR objetiva o crescimento e o desenvolvimento dos envolvidos no problema, pois eles aprendem a avaliar e refletir criticamente a sua experiência do problema e comunicam aquilo que acham que deve ser feito para reduzir ou eliminar o problema (PALERMO, MCGRANAGHAN E TRAVERS, 2005). Consideramos o **quarto momento da CBPR**, quando utilizamos o conhecimento local para a compreensão dos problemas de saúde, quando as mulheres puderam estudar mais sobre a problemática da gravidez na adolescência na sua comunidade, expressaram suas opiniões, compartilharam experiências e aprofundaram mais sobre o tema. Elas relataram suas experiências e casos de adolescentes grávidas e famílias que conheciam no bairro e, assim, a conversa fluiu naturalmente no grupo.

Em seguida, as participantes discutiram sobre de que forma poderiam contribuir para amenizar a gravidez na adolescência no Novo Barroso. Utilizando o conhecimento das participantes do grupo para identificar as potencialidades locais e planejar conjuntamente as intervenções que poderiam amenizar o problema da gravidez na adolescência naquela comunidade, após a identificação de suas causas, evoluímos para a fase que consideramos como o **quinto momento da CBPR** e, no **sexto momento da CBPR**, desenvolvemos as intervenções planejadas pela parceria, que serão descritas no capítulo de apresentação dos resultados.

Em CBPR, depois que a parceria está funcionando, o projeto é implementado. A parceria **deve divulgar os resultados** para a comunidade e outros setores e trabalhar em conjunto com um grupo diversificado de participantes para aplicar os resultados por meio de mudanças na prática e / ou política. Sem divulgação e aplicação, os resultados de uma parceria CBPR têm pouco valor para os parceiros comunitários (MCGRANAGHAN, BROWN, 2005). Consideramos a fase da divulgação como **a sétima etapa da CBPR**, que também foi realizada por todos os envolvidos. Assim, os resultados alcançados com a parceria no grupo de mulheres foram divulgados pelas participantes em alguns cenários, apresentados posteriormente.

Todo o desenvolvimento do estudo será apresentado com minudências no próximo capítulo.

4.6 Métodos e procedimentos para coleta de informações no grupo de mulheres

Nesta pesquisa, utilizamos as seguintes técnicas e instrumentos de coleta de informações: registros dos encontros de grupo (transcrição da gravação dos diálogos durante os encontros, fotografias, desenhos), nosso diário de campo e a entrevista realizada com as mulheres participantes e as ACS no último encontro do grupo.

O emprego de uma combinação de técnicas para coleta de informações junto ao grupo de mulheres foi imprescindível para o alcance dos objetivos propostos e nos assegura maior confiabilidade e validade dessas informações.

Para Minayo (2005) a triangulação de métodos é uma estratégia de pesquisa que significa a combinação e o uso de vários pontos de vista; a visão de vários informantes, além da utilização de uma variedade de técnicas de coleta de informações durante a investigação.

Desse modo, a triangulação dos métodos constitui ferramentas de rigor metodológico. Para a autora, essa abordagem deve ser escolhida quando puder contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se tenciona alcançar.

Para contextualizar os sujeitos do estudo, em relação a suas condições socioeconômicas, elaboramos um roteiro para identificação (APÊNDICE B), que foi aplicado a cada mulher, logo nos primeiros encontros. Os ACS também participaram no planejamento, desenvolvimento e avaliação da prática educativa, por isso, também caracterizamos esses sujeitos em relação à sua prática profissional (APÊNDICE C).

No que concerne ao planejamento dos encontros, somente o primeiro foi planejado exclusivamente por nós e ACSs, pois os demais foram planejados em parceria com todas as participantes (nós, ACS e mulheres participantes), de forma bem particularizada, de acordo com as temáticas sugeridas pelo grupo, levando-se em conta a singularidade, realidade e necessidades de cada mulher e as informações obtidas em encontros anteriores.

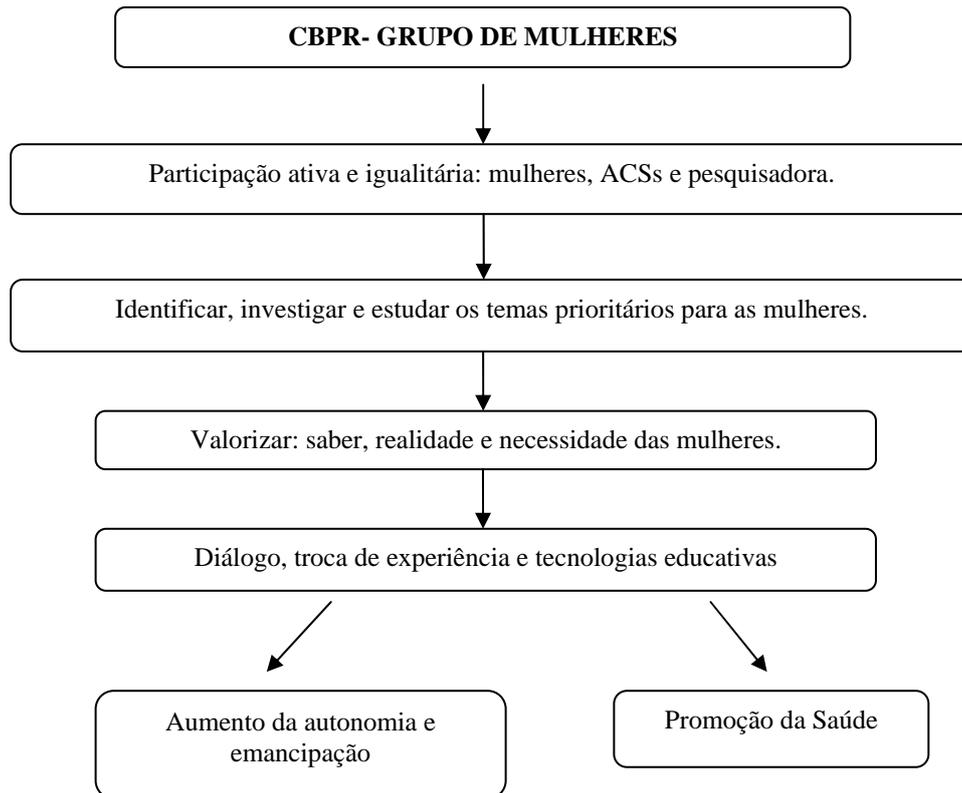
As mulheres confeccionaram um instrumento intitulado de “Caderninho do Saber” (APÊNDICE D), para que pudessem registrar temas de seu interesse a discutir nos encontros, contribuindo assim para o planejamento dos encontros. No desenvolvimento dessa atividade, identificamos o fato de que uma das mulheres não era alfabetizada, o que impossibilitava que ela registrasse no caderninho. Assim, uma das ACSs realizou esse registro com base do relato desta mulher.

Em cada encontro com o grupo, discutimos um tema de interesse da saúde da mulher, com o apoio nas sugestões de todas, pautando-nos no diálogo, no compartilhamento de experiência entre as mulheres e profissionais de saúde envolvidos e no estabelecimento do consenso do grupo, subsidiado por uma tecnologia educativa. Isso aconteceu em todos os encontros, objetivando o crescimento do grupo e a aprendizagem das mulheres, que tiveram a oportunidade de refletir criticamente sobre o tema em discussão, em busca da solução de problemas citados e, conseqüentemente, contribuimos para aumento da autonomia e cidadania dos envolvidos.

Nos encontros, utilizamos tecnologias educativas, escolhidas juntamente com as participantes e de acordo com a temática abordada. Foram utilizados também materiais diversos, como cartolinas, recortadas em forma de círculos, corações e retângulos, lápis coloridos, pinceis atômicos, E.V.A etc.

O planejamento dos encontros do grupo de mulheres do Novo Barroso foi elaborado de acordo com os pressupostos de nosso referencial teórico e será apresentado simplificadaamente na figura 4.

Figura 4– Planejamento da CBPR – Grupo de Mulheres do Conjunto Habitacional Novo Barroso, Fortaleza – CE, 2009.



Fonte: elaborada pela pesquisadora.

Durante o desenvolvimento dos encontros, coordenamos cada sessão grupal, auxiliada por três ACSs, que também tinham a função de registrar cada encontro por meio da observação do ambiente, de expressões verbais e não verbais das mulheres participantes e de anotações de acontecimentos importantes durante os encontros, podendo estas intervir durante os encontros, caso necessário. Assim, os ACSs realizaram o que podemos chamar de observação participante.

Todos os encontros com as mulheres foram registrados, pois é a base para nossa avaliação e reflexão do que estamos fazendo. Esses registros foram realizados com o auxílio de um gravador de áudio e câmera fotográfica, após o consentimento das participantes.

Também utilizamos um diário de campo para registrar a participação das mulheres, os acontecimentos e percepções dos encontros.

A avaliação é fundamental para o desenvolvimento dos encontros do grupo e, por isso, deve ser constante, dia a dia e no todo. Desse modo, além da utilização do diário de campo, também investigamos a opinião das participantes, ao final de todos os encontros, buscando evidenciar a sua percepção sobre a metodologia aplicada no grupo e o significado daquela experiência vivenciada. Para isso, no último encontro com o grupo, para fim de realização deste estudo (até o momento, o grupo de mulheres continua se reunindo na comunidade do Novo Barroso), realizamos uma entrevista semiestruturada aplicada a cada mulher participante e gravada com autorização delas (APÊNDICE E). Os ACSs participantes também responderam a entrevista (APÊNDICE F), com o intuito de identificarmos dificuldades, facilidades e limitações encontradas na realização daquele grupo de mulheres e apreender o significado da experiência para esses sujeitos.

4.7 Apresentação e discussão dos resultados

A coleta e análise das informações ocorreram de forma simultânea, no decorrer dos encontros no grupo de mulheres, pois, assim, poderíamos ir modificando as estratégias utilizadas e possíveis entraves que pudessem ocorrer na condução do grupo, bem como refletir, fazer interpretações e identificar lacunas que poderiam ser preenchidas a tempo.

Os resultados deste estudo serão apresentados, inicialmente, com a caracterização dos sujeitos da pesquisa, no sentido de contextualizar os informantes no ambiente da investigação.

Para a apresentação dos resultados, utilizamos as anotações do nosso diário de campo, a transcrição literal da gravação das falas das participantes em cada encontro e das entrevistas com os sujeitos do estudo, as fotografias e os desenhos obtidos e as anotações do “caderninho do saber”, para descrevermos os encontros com o grupo, as atividades e as tecnologias educativas desenvolvidas. São apresentados diálogos e comentários dos sujeitos do estudo, além de figuras, quadros e tabela elaborados por nós.

As entrevistas realizadas com os sujeitos (mulheres e ACS) foram transcritas na íntegra e analisadas, conforme proposta para organização de informações de teor qualitativo.

Todas as informações obtidas foram organizadas, as transcrições lidas e relidas e selecionados os aspectos relevantes, os quais foram destacados como forma de resultados no estudo.

O relato foi feito observando uma ordem sequencial e temporal dos eventos, que utilizou a narrativa intercalada com as falas ou depoimentos como evidência de dados, bem como desenhos, fotografias e elaborações com o grupo.

Utilizamos estudos e autores de referência em questões que envolvem a participação popular e atividades educativas em saúde para a análise e discussão dos principais achados desse estudo.

4.8 Aspectos éticos

Os aspectos éticos do estudo foram respeitados, buscando-se norteá-lo corretamente. Assim, o primeiro procedimento ético foi o envio do projeto de pesquisa para a Secretaria Executiva Regional – SER VI, órgão público responsável pelas atividades executadas no CSF Janival de Almeida Vieira e, logo após a anuência, enviamos o projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa - COMEPE da Universidade Federal do Ceará – UFC, quando foi submetido à apreciação e aprovado pelo protocolo COMEPE nº 153/ 09 em reunião ocorrida em junho de 2009 (ANEXO A).

O estudo foi norteado pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando sob a óptica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da Bioética: - autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

A autonomia das mulheres participantes do estudo foi preservada. Elas foram esclarecidas quanto à natureza e os objetivos do estudo, quando utilizamos uma linguagem clara e adequada à sua compreensão para convidá-las a participar do experimento; após aceitarem participar, oficializamos seu consentimento livre e esclarecido em termo próprio (APÊNDICE G), sendo dada a possibilidade de elas desistirem da pesquisa a qualquer etapa deste processo, sem risco de sofrer qualquer penalidade. Solicitamos também a permissão para que as entrevistas e as informações obtidas nos encontros do grupo fossem registradas em gravador de áudio e em câmera fotográfica. As ACSs foram informadas sobre os objetivos

do estudo e convidadas a participar das atividades educativas, dando-se a possibilidade de desistirem a qualquer etapa, sem que essa desistência acarrete algum dano para elas. As ACSs que aceitaram participar do estudo formalizaram sua participação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H).

Quanto ao princípio de não-maleficência, respeitamos os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes; realizamos os encontros em ambiente privativo para o grupo, garantindo a confidencialidade e, o anonimato das identidades. Garantimos que as participantes (mulheres e ACSs) não iriam ser prejudicadas caso não quisessem participar ou desistissem de participar. Estamos cientes de que o estudo não causará prejuízos às participantes das atividades educativas, pelo contrário, a participação nessas atividades contribuirá para a promoção da saúde das mulheres.

Para preservar o anonimato de cada mulher que participou dos encontros do grupo, utilizamos nomes de pedras preciosas e semipreciosas. Essa escolha foi feita por nós, e deu-se pelo fato de que as ruas do Conjunto Habitacional Novo Barroso, onde as mulheres vivem, são identificadas por nomes de pedras preciosas e semipreciosas, como, Diamante, Rubi, Esmeralda, Safira, Opala, Topázio, Ametista, Citrino, Água, Turquesa e Pérola. Os ACSs foram denominados por números.

O estudo proporciona um olhar diferenciado sobre as atividades de Educação em Saúde, com base nesta experiência com o uso de tecnologias educativas, poderemos contribuir para o aprimoramento da prática de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família, especialmente a prática dos enfermeiros. O potencial benefício previsto para as mulheres participantes do grupo é o aprendizado que poderão adquirir, mediante o diálogo e a troca de experiência entre os envolvidos, contribuindo para o aumento de sua autonomia, emancipação e promoção da saúde. Os ACSs que participaram também poderão se beneficiar com a troca de saberes, que poderão utilizar em sua vida, além de terem a oportunidade de atuar na condução e coordenação de atividades de Educação em Saúde, aprimorando sua atuação na Estratégia Saúde da Família. Durante os encontros, distribuímos materiais informativos em saúde (planejamento familiar, prevenção de DST etc), de acordo com a temática em discussão.

Quanto ao princípio de justiça, a escolha por mulheres para participar deste estudo não foi por acaso. Sabemos que, culturalmente, num processo histórico, a mulher tem posição desprestigiada em relação aos homens. Assim, a condição de ser mulher exige uma caminhada na direção da busca de igualdade, pois sempre estivemos subjugadas a um injusto sistema

patriarcal (OLIVEIRA, 2007). Então, desenvolver um estudo com vistas a realizar ações educativas em saúde, pautada no diálogo, necessidades e realidade de mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família, com enfoque na promoção de saúde deste grupo, vai ao encontro da necessidade de ensejar discussões e decisões que melhorem as condições de vida dessas pessoas e, por que não dizer, que possibilitem uma diminuição dessas desigualdades de gênero, estabelecidas historicamente, o que constitui outro benefício desta pesquisa.

Firmamos o compromisso de propagar os resultados, com destaque dos itens que trarão melhoria para as condições de vida desta população e itens que contribuirão para a melhoria das ações de Educação em Saúde desenvolvidas junto à comunidade na ESF.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, exibiremos os resultados da investigação, mostrando, de início, as principais características socioeconômicas das mulheres participantes, para em seguida, descrever as atividades e as tecnologias educativas desenvolvidas nos encontros grupais, a ação educativa realizada pelo grupo de mulheres e, posteriormente, indicaremos o significado desta experiência para as mulheres e para as ACSs participantes.

5.1 Caracterização dos sujeitos

Iniciamos a apresentação dos resultados situando as participantes no contexto onde se encontram, caracterizando-as em relação a idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, número de pessoas em seu domicílio e sua renda familiar, o que pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização das participantes do estudo, segundo idade, escolaridade e convívio familiar. Fortaleza – CE, 2009.

Nome	Idade	Escolaridade	Ocupação	Situação conjugal	Nº de filhos	de Renda familiar
Diamante	35	Analfabeta	Dona de casa	Estável	03	1 salário mínimo
Safira	37	Ensino fund. incompleto	Dona de casa	Estável	02	1 salário mínimo
Rubi	26	Ensino fund. incompleto	Dona de casa	Estável	02	02 salários mínimos
Esmeralda	23	Ensino médio completo	Dona de casa	Estável	01	02 salários mínimos
Citrino	34	Ensino fund. incompleto	Vendedora	Viúva	02	01 salário mínimo
Opala	20	Ensino médio completo	Estudante	Solteira	Nenhum	02 salários
Topázio	23	Ensino médio completo	Dona de casa	Estável	01	02 salários mínimos
Ágata	25	Ensino fund. incompleto	Vendedora	Estável	02	3 salários mínimos
Ametista	20	Ensino médio completo	Professora	Solteira	Nenhum	1 salário mínimo
Turquesa	36	Ensino médio completo	Costureira	Estável	01	1 salário mínimo
Pérola	38	Ensino fund. incompleto	Vendedora	Estável	03	1 salário mínimo

Os sujeitos do estudo são mulheres adultas jovens, numa faixa etária compreendida entre 20 e 38 anos. Em relação à escolaridade, percebemos que, das 11 mulheres, uma era analfabeta, cinco possuíam o ensino fundamental incompleto e cinco estudaram até o ensino médio. Sobre a ocupação/profissão das mulheres, a metade era de donas de casa e três eram vendedoras (confeção e produtos de beleza); as outras três eram estudante, professora e costureira. A maioria das mulheres mantinha um relacionamento conjugal estável e tinham filhos, com exceção de Opala e Ametista, que eram solteiras sem filhos. Elas possuíam renda familiar de até três salários mínimos.

No desenvolvimento de atividades educativas, é imprescindível conhecer as características socioculturais dos participantes, para que essa prática seja adequada ao contexto. Assim, embasada nessas características fizemos o planejamento das atividades educativas, para que não houvesse nenhum tipo de exclusão, contribuindo para que todas se sentissem inseridas no processo educativo.

Os três ACSs da equipe lilás também participaram do estudo, contribuindo para o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação da prática educativa desenvolvida junto às mulheres. Desse modo, achamos importante caracterizar também esses sujeitos. Observamos que os três ACSs possuem o mesmo tempo de atuação junto a comunidade do Novo Barroso, cerca de 2 anos. Apenas uma delas não tem experiência prévia como ACS.

ACS 1 – sexo feminino, 42 anos; é ACS há 13 anos e há 2 anos atua no Novo Barroso

ACS 2 – sexo feminino, 30 anos; é ACS há 2 anos e tem o mesmo tempo de atuação no Novo Barroso.

ACS 3 – sexo feminino, 34 anos, é ACS há 6 anos e há 2 anos atua no Novo Barroso.

5.2 Desenvolvimento e vivência de atividades educativas com um grupo de mulheres do Novo Barroso

Nesta sessão, trazemos as atividades educativas desenvolvidas e as tecnologias utilizadas durante os encontros grupais, por compreendermos que elas fazem parte de todo o processo vivenciado com o grupo de mulheres.

Consideramos atividades educativas o conjunto de experiências de encontros com o grupo de mulheres mediado pelas tecnologias educativas, que neste caso se constituiu das dinâmicas (recebemos um presente, caixinha de surpresas etc), dos jogos, da exposição de

filmes, da utilização da literatura de cordel, dramatização, entre outras. A escolha da tecnologia utilizada em cada encontro deu-se baseada na realidade das mulheres e no tema escolhido para discussão no grupo.

Em todos os encontros que relataremos, foi criado um ambiente alegre e descontraído para favorecer ao mesmo tempo a motivação do grupo e uma aprendizagem prazerosa.

Os encontros do grupo de mulheres também objetivaram identificar os problemas citados pelas mulheres, no que concerne à saúde da mulher no Novo Barroso, buscar as soluções para esses problemas, favorecer a troca de saberes e a aprendizagem, fortalecer o autocuidado e a promoção da saúde das mulheres e, conseqüentemente, contribuir para o aumento da autonomia e cidadania dessas mulheres.

O saber de cada mulher foi reconhecido e valorizado e, com arrimo nessa realidade, procuramos transformar e/ou complementar esse saber, estabelecendo a troca de conhecimento popular e científico.

A maioria das mulheres participantes já era nossa conhecida e/ou das ACSs, mas algumas delas ainda não se conheciam. Ao **primeiro encontro do grupo na** comunidade (após o encontro do CSF), compareceram 11 mulheres, entre as quais estavam Opala, Turquesa, Citrino, Esmeralda, Ágata, Ametista, Pérola, Topázio e Diamante. Realizamos uma apresentação, para que todas se conhecessem, para, assim, estabelecer-se uma relação de confiança entre todos os sujeitos. Para isso, utilizamos a dinâmica “recebi um presente” (ANEXO B), que favoreceu maior integração do grupo.

Logo no primeiro encontro do grupo de mulheres, procuramos levantar uma discussão sobre três questões importantes na prática educativa com mulheres, que são: 1^a) ser mulher na sociedade atual, 2^a) a saúde da mulher e 3^a) o grupo de mulheres e sua contribuição para a saúde das mulheres. Procuramos contribuir para uma reflexão sobre de que forma sua participação no grupo iria contribuir para a sua saúde, como mostra a fotografia 1:

Fotografia 1 – Formulação compartilhada de saberes sobre ser mulher, a saúde da mulher e o grupo de mulheres.



Fonte: Foto pela autora.

Essa atividade permitiu a formulação compartilhada sobre os saberes de todas as mulheres e possibilitou também o compartilhamento de experiências entre elas e entre os profissionais de saúde. As mulheres participaram ativamente, não ficaram tímidas e falaram abertamente sobre a temática. Percebemos o desejo das mulheres em saber a opinião da equipe de saúde (enfermeira e ACSs) sobre os temas propostos.

Notamos que, para as mulheres do Novo Barroso, ser mulher na sociedade atual é um fato positivo, embora não seja tão fácil, pois, no dia a dia, elas enfrentam muitas lutas e dificuldades, seja para cuidar da família, da casa ou cuidar de si mesma. Para elas, ser mulher é ser guerreira, batalhadora e forte, sem jamais desistir de suas lutas. É a mulher que se valoriza em vários contextos de sua vida, na família, na escola, no trabalho etc. Referem a importância da família, de ser mãe e de trabalhar diariamente, contribuindo para o sustento e manutenção do lar. Compreendem que as mulheres estão cada vez mais reconhecendo seus direitos na sociedade atual e sendo respeitadas. Vejamos a seguir, algumas de suas declarações:

...nós mulheres estamos nos valorizando mais na vida e na sociedade, temos opinião própria (ESMERALDA).

...é ser flexível, é trabalhar o dia inteiro e ter paciência com as pequenas coisas, como marido, família, filhos, é ser forte, guerreira, batalhadora e além de tudo isso vaidosa e sensível (OPALA).

...ser mulher é ser batalhadora, a mulher é guerreira, ela cuida de seu marido, dos seus filhos, e nunca se cansa, ela ama, sofre e chora, mas ela jamais desiste. Ninguém tira o direito dela, ser mulher é ser feliz! (AMETISTA)

Procuramos conhecer a opinião das participantes sobre a saúde da mulher e identificamos o fato de que elas reconhecem a importância de ter saúde para ter forças no enfrentamento das dificuldades da vida.

Para elas o conceito de saúde está muito ligado ao cuidado e ao cuidar de si, obviamente, e principalmente, na concepção feminina. Há uma compreensão significativa sobre a saúde e o cuidar nas diversas fases da vida. Há nas falas uma vertente de concepção de saúde voltada para o individual e ausente da importância dos determinantes sociais, pois algumas fizeram referência principalmente à prevenção de doenças e atendimentos de saúde em certas fases da vida, como pré-natal e prevenção do câncer de colo do útero e das mamas. Outras apresentaram uma concepção mais ampliada de saúde, incluindo o psicológico, o espiritual e também enfatizando o cuidado com a beleza, a vaidade feminina e a importância da interação com outras mulheres.

As participantes reconhecem que ainda existem muitas dificuldades na atenção à saúde das mulheres e que essa atenção necessita ser ampliada. Tais asserções podem ser evidenciadas nas declarações a seguir:

...é estar sempre se cuidando, é ir ao médico, ser forte quando tiver algum problema de saúde, pois a mulher sem saúde pode se considerar inválida, com saúde, encaramos tudo que vem pela frente (TURQUESA).

... a saúde da mulher, não é só a saúde do corpo, como ter que ir ao ginecologista, mas também a saúde espiritual, poder conversar com as amigas, dividir as alegrias e tristezas, cuidar dos cabelos, do corpo, das unhas (OPALA).

...a saúde da mulher é muito importante, pois temos que nos cuidar, fazer prevenção, mas para isso, precisamos de oportunidade na saúde, pois ainda temos muita dificuldade (PÉROLA).

Numa perspectiva social e cultural, o cuidado sempre esteve atrelado ao feminino. Historicamente, as mulheres exercem a função de cuidadora de sua família e de seu lar (NEVES E CABRAL, 2008).

Buscando-se identificar o que as motivou a participar do grupo de mulheres na comunidade, elas responderam que acreditaram ser algo a mais para ocupar seu tempo no próprio bairro. Ao receberem o convite para participar do grupo, seja da ACS, da enfermeira ou de outras mulheres que já participavam dos encontros, manifestaram curiosidade em saber do que se tratava, e também enfatizaram que seria uma oportunidade de aprender mais sobre saúde da mulher. Vejamos alguns comentários a seguir:

Para mim, participar do grupo era algo a mais na minha tarde, pois assim, eu tinha algo para fazer (PÉROLA).

Fui convidada pela Opala e achei interessante, porque eu iria conhecer as experiências das outras e passar a me cuidar melhor (AMETISTA).

Interessei-me por curiosidade, também pra ficar mais por dentro da saúde da mulher (DIAMANTE).

As mulheres manifestam interesse em participar do grupo, acreditando que a proposta será útil para elas, pois poderão aprender e ensinar umas as outras, com a participação de todas. Elas também têm a expectativa de conhecer outras mulheres e fazer novas amizades no bairro.

As participantes percebem os encontros grupais como um momento de partilha entre as mulheres, de aprendizado, que não pode ser adquirido nas consultas individuais no CSF, conforme constatamos nos próximos comentários:

...é a troca de experiências, é ter mais tempo para tirar dúvidas que nas consultas não dá tempo, é ter um momento só pra nós mulheres (TOPÁZIO).

...o grupo de mulheres é muito bom, porque a gente aprende mais coisas, conhece mais amigas, conhece mais sobre mulher e para mim, é muito especial esse encontro (ÁGATA).

...a gente fala e aprende mais sobre saúde e bota pra funcionar (CITRINO).

Esses depoimentos são importantes para o bom desenvolvimento das atividades grupais, pois, desde o início dos encontros, elas percebem que a aprendizagem pode ser estabelecida entre os participantes e não apenas com o profissional de saúde que conduz o processo.

Produzir essa discussão no primeiro encontro do grupo de mulheres, sobre essas três questões: -ser mulher na sociedade atual, a saúde da mulher e como o grupo de mulheres- foi importante para conhecermos suas ideias e para que pudéssemos planejar melhor nossos encontros, de maneira bem particularizada e de acordo com a realidade delas.

Ao final do encontro, as participantes manifestaram que o momento foi de crescimento, alegria, aprendizagem, criativo, diversão, união, ótimo, especial, importante. A utilização da dinâmica “em 3 palavras” (ANEXO C) auxiliou na obtenção dessas declarações.

No **segundo encontro do grupo**, estimulamos as participantes a criar uma identidade para o grupo de mulheres que estava se formando. Elas aceitaram a proposta e sugeriram nomes, como: “coisas de mulher”, “mulher saudável”, “mulheres guerreiras”, “super mulher”, “sucesso de salto alto”, “mulheres unidas”, “saúde cor-de-rosa”. Essas sugestões foram escritas e expostas numa cartolina por uma das participantes para a visualização de todas e, em seguida, entramos em consenso que o melhor nome é

Supermulher: a saúde cor-de-rosa e assim foi nomeado o grupo de mulheres do Novo Barroso.

Daquele momento em diante, o grupo de mulheres do Novo Barroso assumia a própria identidade, que foi posteriormente reconhecida na comunidade local. Esse foi o ponto de partida para que as mulheres se apropriassem do grupo e cuidassem dele. Após a escolha compartilhada do nome do grupo, nesse mesmo encontro, buscamos identificar as expectativas das mulheres em relação ao grupo e para isso, utilizamos a dinâmica “balões das expectativas” (ANEXO D). Optamos por identificar as expectativas no segundo encontro, para que elas pudessem já ter experimentado o primeiro momento no grupo de mulheres e, assim, saber do que se tratava e ter uma ideia de como seriam os encontros subsequentes. A fotografia 2 apresenta a realização da dinâmica balões das expectativas.

Fotografia 2 – Balões das expectativas



Fonte: Foto pela autora.

As expectativas das mulheres em relação a sua participação no grupo foram bastante positivas; elas buscavam o aprendizado e a participação de todas; acreditam que irão constituir novas amizades e que os encontros serão momentos para diversão, do seu interesse. Acreditam que devem participar ativamente dos encontros, dando suas opiniões, compartilhando seus ensinamentos, conforme observamos nos depoimentos a seguir:

Minhas expectativas é conhecer melhor as mulheres do grupo. Espero que todos os encontros sejam muito interessantes e que eu possa aprender com a experiência de cada uma (AMETISTA).

Espero que o grupo seja importante não só para mim, mas para as outras mulheres que queiram se cuidar e ficar de bem com a vida (TOPÁZIO).

Espero desempenho da nossa parte, que nos empenhemos para que não faltemos aos encontros, que cada vez mais possamos nos divertir e aprender mais de nós mesmas e de nossas colegas, temos ensinamentos para compartilhar umas com as outras (PÉROLA).

Após escolher o nome do grupo e identificar as expectativas das mulheres em relação aos encontros, falamos sobre nossas intenções acerca da pesquisa, o objetivo do estudo, os potenciais benefícios, bem como esclarecemos dúvidas que surgiram, solicitando das mulheres que quisessem participar do estudo assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para esta etapa, uma participante leu o Termo em voz alta, para que todas pudessem acompanhar a leitura no seu exemplar e para que a participante que não sabia ler pudesse compreender do que tratava o documento. As mulheres acharam o estudo muito incentivador para que fosse desenvolvida essa atividade educativa em outros CSF junto à comunidade. Todas aceitaram participar do estudo, que seria desenvolvido a partir dos encontros do grupo de mulheres.

Tendo vivenciado esse momento inicial de formação do grupo, prosseguimos com os encontros semanais. O grupo de mulheres *Supermulher: a saúde cor-de-rosa* foi se tornando conhecido não só na comunidade do Novo Barroso, como também no CSF Janival de Almeida. Assim, outros membros da equipe de Saúde da Família daquele CSF manifestaram a intenção de participar dos encontros grupais, no que foram prontamente atendidos, por julgarmos importante a participação de outros profissionais nas atividades educativas desenvolvidas junto à comunidade, pois favorece a integração das diversas perspectivas a troca de saberes, que se complementam para perceber a pessoa de maneira integral e contribuir para a Promoção da Saúde dos sujeitos.

No **terceiro encontro do grupo**, estavam presentes outros profissionais de saúde, além de nós e dos três ACSs, o dentista do CSF Janival de Almeida e sete alunos de cursos de graduação na área da saúde (Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Nutrição, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia) na Universidade de Fortaleza - UNIFOR, que desenvolvem atividades curriculares e extracurriculares neste CSF, integrando o Programa de educação pelo Trabalho e para a Saúde - PET Saúde / UNIFOR. Esse foi o primeiro encontro do qual participaram outros atores sociais no processo educativo, além das mulheres, a enfermeira e as ACS. Esses profissionais contribuíram com as atividades educativas desenvolvidas nesse dia e auxiliaram as mulheres na redação da proposta para o grupo, que será descrita nos próximos parágrafos.

Percebemos certa curiosidade das mulheres ao receberem pessoas desconhecidas no grupo, como os alunos de graduação, pois o dentista já era conhecido no território. As mulheres receberam, entretanto, positivamente os convidados. A sensação era de que elas estavam empolgadas com a novidade e isso as motivou a participar mais ativamente das atividades do encontro.

No início da tarde, a acadêmica de Educação Física convidou as mulheres para realizarem uma atividade física de alongamento durante 15 minutos. Todas aceitaram a proposta e realizaram o exercício físico. Em seguida, os alunos de Enfermagem e Fonoaudiologia realizaram uma “dinâmica do espelho” (ANEXO E), com o objetivo de fazer com que cada mulher perceba a importância que ela tem, com base na sua imagem refletida no espelho e apresentada como a coisa mais importante do mundo.

Nesse encontro, apresentamos a proposta da elaboração do “caderninho do saber”, que seria um instrumento individual para planejamento dos encontros posteriores, quando seriam discutidos temas de interesses do grupo de mulheres. Cada mulher deveria personalizar a capa de seu caderninho com o material disponível (E.V.A., cartolina, papel laminado, adesivos, fita crepe etc.) e deveria levá-lo para casa e trazê-lo aos encontros. As mulheres apresentaram motivação para realizar essa atividade, quando todas participaram. Entre as dez mulheres presentes nesse encontro, duas já haviam realizado trabalhos manuais dessa natureza e auxiliaram as demais na conclusão dessa tarefa.

Foi dito que cada mulher escolhesse uma pasta em papel que estava disponível em várias cores (branca, azul, vermelha, amarela e verde). Em seguida, todos nos dispomos num círculo em volta de várias mesas, onde foram expostos os materiais necessários para a confecção da capa da pasta. Para essa atividade, nós e os ACSs buscamos previamente na internet sobre trabalhos manuais com E.V.A. Obtiveram alguns moldes (desenhos de sapinhos, borboletas, flores etc.) e auxiliamos as mulheres na realização dessa atividade.

Foi surpreendente o desempenho das mulheres nessa atividade manual. As capas confeccionadas por elas foram muito criativas e demonstravam a imaginação delas, que fizeram capas diferenciadas umas das outras, com figuras de flores, borboletas, corações, sapinhos etc, como mostra a fotografia 3.

Fotografia 3 – Confecção do caderninho do saber no 3º encontro do grupo



Fonte: Foto pela autora

Ao final dessa atividade, todas apresentaram a capa do seu caderninho e foi entregue uma folha de papel com itens a serem preenchidos pelas mulheres, que ajudariam a planejar os encontros subsequentes, possibilitando a anotação de temas de interesse para discussão no próximo encontro (APÊNDICE D). Foi orientado no sentido de que todas trouxessem seu caderninho para o próximo encontro.

Compreendemos que a elaboração compartilhada do caderninho do saber foi importante para o andamento das atividades posteriores, pois elas puderam se apropriar desse artefato, aprontado por elas, da maneira como queriam, sendo bem personalizado.

A presença dos acadêmicos e do dentista as motivou, pois ficaram bastante à vontade com os novos participantes, mesmo que alguns deles fossem do sexo masculino. A sensação é de que a novidade motiva as pessoas. Elas indagaram se eles iriam comparecer aos encontros subsequentes. Relatamos que iríamos nos reunir com essas pessoas para decidir sobre essa possibilidade.

A percepção foi de que a tarde restou muito animada, todos deram muitas risadas e se divertiram muito, sem perceber o passar das horas. As mulheres demonstraram satisfação com as atividades desenvolvidas e manifestaram interesse em aprender mais sobre trabalhos manuais com E.V.A. Esse encontro terminou mais tarde do que o de costume, por volta das 17h20min, e nenhuma mulher se queixou da demora. Despedimo-nos, orientando que cada uma levasse para casa seu caderninho confeccionado no encontro, que anotassem temas de interesse para serem relatados no nosso quarto encontro, quando iríamos eleger o tema

prioritário do grupo e para a comunidade, no que concerne à saúde da mulher, para ser discutido e estudado na reunião.

No **quarto encontro do grupo** de mulheres, como de costume, as cadeiras das participantes foram dispostas num círculo em volta de mesas e foi solicitado que cada mulher refletisse sobre sua vida e procurasse apresentá-la em forma de desenho numa folha de papel ofício. Para essa atividade foram disponibilizados caneta, lápis, lápis de cores, caneta-piloto e giz de cera, como mostra a fotografia 4:

Fotografia 4 – Construindo o desenho da vida de cada participante.



Fonte: Foto pela autora.

Cada uma representou sua vida por meio do desenho, identificando as pessoas que faziam parte dela, como também sua casa, tristezas, felicidades, pais, maridos, companheiros, filhos, irmãos e amigos. Ao final dessa atividade, cada uma ficou de pé e, uma por vez, apresentou o seu desenho.

Alguns acontecimentos chamaram a atenção das participantes, como, por exemplo, o fato de duas mulheres, que residiam com seus companheiros, não o desenharam, pois para elas, era como se eles não fizessem parte de suas vidas. As demais participantes do grupo, que conheciam essas mulheres, indagaram-nas sobre a ausência do seu cônjuge da ilustração e elas responderam que preferiram não incluí-los, pois viviam mais sozinhas do que com eles. A figura 5 evidencia esse fato no desenho de Pérola, que era uma das participantes que convivia maritalmente, mas não incluiu seu companheiro no desenho da sua vida.

Figura 5 – “Desenho da vida” de uma das participantes do estudo.



Fonte: Desenho elaborado por uma das participantes

Outra participante, que comparecia pela primeira vez ao encontro, se emocionou ao apresentar seu desenho, pois na figura ela desenhou-se rezando (agarrada a um terço) pelo seu companheiro que é usuário de drogas e pela sua família. Ao chorar, falando sobre sua vida, foi acolhida pelas demais mulheres, que manifestaram compreensão e sensibilizaram-se com a situação. Ela ainda acrescentou que precisava muito vir aos encontros do grupo para obter apoio e desabafar, mas que não poderia comparecer aos próximos encontros, pois trabalhava em casa de família, cuidando de crianças.

Esse fato nos faz refletir sobre a importância da amizade, do apoio uma da outra, e da necessidade de criar um espaço de acolhida da mulher dentro da comunidade onde vive, pois, na maioria das vezes, a mulher é chefe de família e a única responsável pela casa e pelos filhos, e ainda se vê envolvida numa situação de uso de drogas pelo companheiro, que nem sempre assume suas responsabilidades familiares.

Nessa perspectiva, percebemos que, para cada mulher, o grupo poderia ter significados distintos, como ser também um espaço terapêutico no sentido de acolher o sofrimento do outro.

A atividade do desenho da vida foi realizada por todas as mulheres, que realizaram belíssimas ilustrações. A participante que não sabia ler (Diamante), entretanto, tentou desenhar, mas, relatou que “não tinha cabeça para desenhar, só para falar da vida dela”.

Ela compareceu ao encontro, acompanhada da filha de aproximadamente sete anos e foi a menina quem desenhou na folha entregue para a mãe.

No momento final do 4º encontro, foi solicitado que cada uma das mulheres relatasse suas sugestões de temas para o próximo encontro e os materiais sugeridos no “caderninho do saber” de cada uma. Para nossa surpresa, entre as dez mulheres que receberam o caderninho no encontro anterior, estavam presentes oito, e somente duas escreveram sugestões de temas para o próximo encontro, Ametista e Diamante, que foi auxiliada pela ACS. Esse fato nos fez repensar a utilização do “caderninho do saber” para o planejamento dos encontros, já que nem todas o utilizaram conforme o combinado. Algumas alegaram esquecimento e outras, falta de tempo.

Lemos os temas sugeridos por estas, para discussão no encontro subsequente, que foram: doença sexualmente transmissível - DST, prevenção do câncer de colo uterino - PCCU, gravidez na adolescência e direitos da mulher. Em seguida, cada mulher deu seu voto sobre qual tema entre os citados gostaria de estudar no próximo encontro do grupo de mulheres, pois tinham interesse em aprofundar o assunto e acreditavam ser um tema importante para a saúde da mulher na comunidade do Novo Barroso. Todas opinaram e o grupo entrou em consenso: o tema do próximo encontro seria gravidez na adolescência, pois se tratava de um problema em saúde da mulher naquela comunidade e elas queriam aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto. A sugestão para facilitar essa discussão seria utilizar um vídeo.

Nessa etapa, já haviam ocorrido quatro encontros com o grupo de mulheres e assim prosseguimos com os encontros grupais, identificando e discorrendo sobre temas de saúde da mulher, relevantes para aquela comunidade, na opinião das participantes, mediante o uso do caderninho. Em cada encontro, as mulheres utilizavam o caderninho para listar temas de seu interesse e o grupo elegia o tema prioritário para ser discutido naquele momento. A seguir, descreveremos as atividades educativas do grupo em relação a cada tema por elas escolhido, iniciando com o diálogo sobre gravidez na adolescência.

5.2.1 Gravidez na adolescência: partilhar experiências

No **quinto encontro** do grupo de mulheres, iniciamos o debate sobre as temáticas em saúde da mulher. Foi importante ocorrerem esses quatro encontros anteriores, para que o grupo se fortalecesse e as participantes criassem vínculos e confiança entre si, além do estabelecimento de novas amizades que ocorreram naturalmente no grupo. Nesse encontro, para nossa surpresa compareceram duas novas participantes, Safira e Rubi, convidadas por Citrino e Esmeralda. As novatas foram bem acolhidas pelo grupo.

O primeiro tema eleito como prioritário foi gravidez na adolescência, pois, entre as participantes, havia três mulheres (Diamante, Pérola e Citrino) que já tinham filhos adolescentes e acharam importante aprender mais sobre esse tema, para ajudá-las na educação dos filhos adolescentes, mais mulheres que foram mães na adolescência e vivenciaram essa situação (Diamante, Citrino e Ágata). Para discutir esse tema, as participantes sugeriram a utilização de um vídeo. Assim, utilizamos o documentário “Meninas” (ANEXO F) como uma ferramenta que proporcionava informação inicial, introduzindo a temática no grupo, para, em seguida, produzir uma discussão e uma reflexão sobre o problema no contexto e realidade de cada uma. A fotografia 5 apresenta o grupo reunido para assistir ao filme “Meninas”.

Fotografia 5 – Assistindo ao filme “Meninas” sobre gravidez na adolescência.



Fonte: Foto pela autora.

Ao final do documentário, discutimos sobre o tema, mediante o diálogo entre as participantes. Vejamos um pouco dessa conversa:

- PARTICIPANTE: No vídeo, uma menina falou que sempre quando tinha relação com o namorado dela, ela pegava preservativo no posto e fazia com preservativo, mas nem sempre tinha. Então numa dessas vezes, foi que aconteceu a gravidez (ESMERALDA).*
- PESQUISADORA: E essa questão que traz no vídeo, ela é da nossa realidade?*
- PARTICIPANTE: Eu já fui algumas vezes no posto e não tinha não preservativo (SAFIRA).*
- PARTICIPANTE: Mas isso aí, é uma coisa que é responsabilidade dos pais, eu acredito que uma filha com 12 anos grávida, está tendo ausência dos pais aí... (TURQUESA)*
- PARTICIPANTE : Eu já acho diferente, eu acho que os pais não têm tanta culpa...eu gostei muito do vídeo e vi que sofrem muito, principalmente na hora de ter... (OPALA)*
- PARTICIPANTE: Não é só ter, o difícil é criar e acaba a juventude também. Perde tudo, às vezes você tem um canto pra ir e não vai por causa do menino, comigo aconteceu isso (ÁGATA).*
- PARTICIPANTE: Nas áreas humildes, os pais não conversam com os filhos, e as adolescentes não têm muita perspectiva de vida (OPALA).*
- PARTICIPANTE: Eu acho que hoje quanto mais se puder ocupar a mente dos seus filhos, a mente dos adolescentes é melhor... muitas vezes os pais são ausentes de conversar, de botar os filhos pra fazer alguma coisa... (TURQUESA).*

A discussão fluiu naturalmente no grupo. As mulheres opinaram sobre o tema, enfatizando as responsabilidades cabíveis aos pais e aos filhos. Em seguida indagamos sobre quem do grupo havia sido mãe na adolescência e gostaria de relatar sua história. Nesse momento, duas participantes do encontro (Citrino e Ágata) contaram suas histórias de vida, apresentadas a seguir.

Eu tinha 13 anos, eu nem sei, eu era tão nova, que eu não sabia era de nada, pra mim tanto fazia, como não. Eu não estudei, fiz só até a 5ª série, separei com 18 anos... mas estão aqui meus filhos lindos e maravilhosos (CITRINO).

O meu foi com 15 anos, deixei de fazer muita coisa, de estudar, de fazer curso, muita coisa, né? Porque eu era quem cuidava dos filhos, mas hoje, graças a Deus tenho duas filhas, mas no começo foi triste, foi horrível mesmo. Eu aconselho muito minha sobrinha que tem 15 anos, digo que a minha vida é uma escola pra ela (ÁGATA).

Prosseguimos com a conversa, indagando das participantes sua opinião sobre os modos como os pais podem ajudar os filhos a prevenir a gravidez na adolescência. Elas acreditam que o diálogo entre pais e filhos influencia muito no desenvolvimento dos filhos e contam suas experiências na formação deles. Vejamos as falas.

Eu acho que a conversa influi muito, por que os meus eu converso e ensino, dou os exemplos das amigas dela, da família pra ela ver o caminho certo e o errado, não proíbo de fazer nada, mas converso (PÉROLA).

Eu converso com os meus, eu digo que quando ele for fazer alguma coisa por aí, ele bote camisinha, ele não traga menino pra mim (CITRINO).

A conversa continuou no grupo, tendo a participação mais ativa das mulheres que já faziam parte do grupo; aquelas que participavam do encontro pela primeira vez ficaram mais tímidas em expor seus pensamentos e permaneceram mais caladas durante toda a discussão. Esta postura adotada pelas duas novas participantes é algo comum na vivência de grupo, pois, ao ingressar em um grupo já existente, o novo membro encontra um processo em construção, portanto, já com evidências de interação e participação entre as pessoas.

As mulheres dialogaram entre si, expondo suas ideias, relatando suas experiências e refletindo sobre a gravidez na adolescência. O vídeo serviu para introduzir esse tema no grupo, com base na realidade de adolescentes grávidas no filme. Concluída a discussão, solicitamos que as participantes relatassem algo que aprenderam no encontro e elas comentaram o seguinte:

Pra mim, tudo isso é muito válido, porque eu tenho uma filha, que apesar de ser criança, mas pra mim toda experiência é válida pra eu trabalhar em cima dela (TURQUESA).

Eu aprendi que nada melhor do que o diálogo e a presença dos pais na criação dos filhos (OPALA).

O amor e o carinho, a atenção dos pais e acompanhar os filhos (SAFIRA).

Eu aprendi melhor, porque já vivi tudo isso (ÁGATA).

No final, recorreremos ao “caderninho do saber” para eleger o próximo tema a ser discutido no grupo, que também representaria um problema em saúde da mulher para aquela comunidade, na compreensão das mulheres. Essa discussão será apresentada no próximo tópico.

5.2.2 Jogo contra o câncer de mama e a favor da vida

No **sexto encontro** do grupo de mulheres, o tema eleito pelas participantes para discussão foi câncer de mama, pois elas reconhecem esse problema em saúde da mulher na sua comunidade. Para discussão, as mulheres sugeriram que fosse utilizado um jogo. Assim, a equipe de saúde desenvolveu um jogo sobre câncer de mama, contendo perguntas sobre o tema, de modo a formular novos conhecimentos e valorizar o saber e a experiência de cada mulher e esclarecer possíveis dúvidas sobre o assunto.

O jogo é uma adaptação do conhecido jogo de tabuleiro, que se desenvolve à medida que a participante responde a uma pergunta sobre o tema e assim ela avança uma casa

do tabuleiro. Vence a participante que conseguir chegar primeiro à última casa da tábua e responder à última pergunta. Foi adaptado pela equipe facilitadora da atividade educativa, a enfermeira e as ACSs e recebeu o nome de *jogando contra o câncer de mama e a favor da vida*. Tudo transcorreu de maneira divertida, agradável e interessante, à medida que as mulheres iam respondendo as perguntas ou pagando prendas, favorecendo a participação das mulheres.

O grupo elegeu duas participantes (Topázio e Safira) para disputar o jogo, que continha oito perguntas e/ ou comentários sobre câncer de mama, elaboradas por nós e pelas ACSs, sobre a detecção precoce de câncer de mama, importância do exame das mamas, entre outras. Previa, também, a utilização, pelas participantes, de uma prótese de silicone, um seio de pano e seio na prancha, disponibilizado pela SER VI, para ensinar a realização do exame das mamas. As demais mulheres, nós e as ACSs participavam apoiando as duas competidoras nas respostas das perguntas previstas no jogo e complementando esse conhecimento.

Durante o jogo, as participantes relataram suas experiências sobre o tema, citando casos de mulheres que tiveram câncer de mama e a quem conheciam no bairro, compartilharam saberes, tiraram dúvidas sobre o autoexame das mamas e a cerca da mamografia, sempre em clima de brincadeira, descontração e muita animação no grupo, para facilitar a aprendizagem.

No jogo, Topázio, ensinou a fazer o autoexame das mamas - AEM, utilizando o seio na prancha, auxiliada por nós; todas as participantes palpavam o seio de silicone para identificar nódulos presentes nessa prótese. Foi distribuído entre as mulheres um informativo sobre como realizar corretamente o AEM. Safira e Topázio demonstraram motivação para participar do jogo, cuja ganhadora foi Topázio. A fotografia 6 mostra o transcorrer desse jogo.

Fotografia 6 – mulheres jogando contra o câncer de mama



Fonte: Foto pela autora.

Ao final do jogo, buscamos identificar o aprendizado das mulheres, constituído no encontro. Para isso, utilizamos o “caderninho do saber” (APÊNDICE B) e o quadro 1 apresenta essa elaboração compartilhada de conhecimentos sobre câncer de mama.

Quadro 1 – Elaboração compartilhada de conhecimento sobre câncer de mama e adoção de novos comportamentos das participantes. Fortaleza – CE, 2009.

Mulheres	O que eu já sabia	O que eu aprendi	O que eu adoto como comportamento
Topázio	<i>Que a mulher que amamenta tem menos riscos de ter câncer de mama, sobre o AEM, mas pouco fazia.</i>	<i>Sobre os fatores de riscos para câncer de mama, os sintomas do câncer de mama e a maneira correta de fazer o AEM.</i>	<i>Mudança de hábitos alimentares e diminuição do uso de bebidas alcoólicas.</i>
Safira	<i>Sobre o AEM, mas não fazia certo, tinha dúvidas.</i>	<i>Como fazer corretamente o AEM e como identificar os nódulos.</i>	<i>Ter uma alimentação saudável, fazer exercício físico e me cuidar mais e me prevenir.</i>
Rubi	<i>Que amamentar diminuía o risco de ter câncer de mama.</i>	<i>Sobre a importância de hábitos e alimentação saudáveis.</i>	<i>Diminuir o uso de bebidas alcoólicas e fazer o AEM mensalmente.</i>
Ágata	<i>Um pouco sobre o AEM.</i>	<i>A frequência certa da realização do AEM e a identificar os nódulos com a ajuda da prótese de silicone.</i>	<i>Fazer frequentemente o AEM, ter uma alimentação saudável e fazer caminhada.</i>
Pérola	<i>Um pouco sobre o AEM.</i>	<i>Sobre o AEM, a importância de alimentação e hábitos saudáveis.</i>	<i>Fazer o AEM frequentemente e melhorar os hábitos alimentares.</i>
Citrino	<i>Que era o câncer que mata muitas mulheres e</i>	<i>Como fazer o AEM e mamografia a partir do 40</i>	<i>Fazer o AEM mensalmente, tentar</i>

	<i>que tinha que fazer o AEM, mas nunca fazia.</i>	<i>anos, mudança de hábitos alimentares.</i>	<i>mudar os hábitos alimentares. É difícil, mas eu vou tentar.</i>
Esmeralda	<i>Que era um câncer que matava muitas mulheres.</i>	<i>Sobre os fatores de risco para câncer de mama e a importância do exercício físico e da alimentação saudável.</i>	<i>Mudança de hábitos alimentares, valorizando a alimentação rica em frutas e verduras, praticar exercícios físicos.</i>

Fonte: Falas das participantes do estudo.

Percebemos que as mulheres tinham pouco conhecimento sobre câncer de mama. Elas sabiam que se tratava de uma enfermidade que causava a morte de muitas mulheres, conheciam um pouco sobre o AEM e sabiam que a amamentação auxiliava na redução dos riscos de ter câncer de mama. Compreendemos ser importante valorizar o conhecimento prévio dos sujeitos, identificando seus saberes e, então, oferecer subsídios para a complementação desses saberes e/ou transformar saberes preexistentes. O jogo permitiu a ampliação desses conhecimentos, especialmente sobre a importância do AEM, da mamografia e dos fatores de risco.

As mulheres relataram suas intenções para mudanças de comportamentos que favoreçam a prevenção do câncer de mama, embasadas no conhecimento constituído no encontro após o jogo, como podemos observar pelo quadro 1.

Ao final do jogo, indagamos às duas participantes competidoras como foi para elas participar daquela atividade e elas responderam o seguinte:

Jogo é legal, é aprender brincando (TOPÁZIO).

A gente aprende e se diverte ao mesmo tempo (SAFIRA).

As participantes nos informavam sobre a importância de proporcionar um aprendizado alegre, prazeroso e constituído com o grupo. As tecnologias educativas foram imprescindíveis para o alcance desse ideal, pois além de proporcionar diversão, favorecia a participação e integração das mulheres, fortalecendo o espírito de equipe.

5.2.3 Representação do drama da infertilidade

No **sétimo encontro** do grupo de mulheres, a discussão sobre o terceiro tema de saúde da mulher foi infertilidade, pois relataram conhecer casais inférteis na sua comunidade e gostariam de obter maiores informações sobre esse problema de saúde, para poderem ajudar,

de alguma forma, a essas pessoas conhecidas. Elas também sugeriram que fossem utilizados jogos e dinâmicas.

Para iniciar o tema infertilidade, uma das ACSs presentes realizou uma atividade com as mulheres, representando a fecundação do óvulo pelo espermatozóide. Solicitamos que as participantes formassem um círculo, onde uma mulher iria ficar dentro do círculo e outra mulher ficaria fora. A participante que estivesse dentro do círculo representaria o óvulo a ser fecundado e a que estivesse fora representaria o espermatozóide, que tentaria ultrapassar a barreira encontrada para fecundar o óvulo. Todas participaram desta atividade e, logo em seguida, as mulheres relataram como foi participar dessa brincadeira, enfatizando as dificuldades da fecundação do óvulo. A fotografia 7 apresenta essa atividade.

Fotografia 7– mulheres dramatizando a fecundação



Fonte: Foto pela autora

Dando continuidade ao tema infertilidade, realizamos o “jogo do repolho” (ANEXO G), que continha nove perguntas e/ou comentários sobre infertilidade, como, por exemplo, ‘quando podemos dizer que um casal é infértil? Você conhece algum tratamento para a infertilidade? Você conhece algum casal infértil na sua comunidade?’- entre outras perguntas. Para passar o repolho de mão em mão entre as participantes, o dentista que estava presente ao encontro ficou de fora da roda e cantava músicas infantis e cantigas de roda, conhecidas de todas e que relembavam a infância. Isso animava as participantes e as motivava a responder às perguntas do repolho, tornando o encontro num clima descontraído, quando todas deram muitas risadas.

À medida que eram feitas as perguntas no jogo, as mulheres do grupo respondiam com o seu conhecimento e os profissionais de saúde complementavam esse saber, o que permitiu a elaboração do saber. Nesse encontro, além da equipe de saúde (enfermeira e ACS), estavam presentes, também, o dentista da área e duas alunas de enfermagem da UNIFOR.

No decorrer da discussão sobre infertilidade, surgiram muitas dúvidas referentes aos órgãos genitais, reprodução humana e métodos anticoncepcionais, esclarecidas pelos profissionais de saúde presentes ao encontro. Nesse momento, tivemos o cuidado de utilizar linguagem clara e evitar termos técnicos, que pudessem dificultar a compreensão das mulheres.

A penúltima pergunta do jogo era: por que é importante discutir a infertilidade no grupo *supermulher: a saúde cor-de-rosa*? As mulheres acreditam na relevância de produzir essa discussão no grupo para poderem compartilhar experiências e assim contribuir com outras pessoas da comunidade, que necessitam desse conhecimento, por estarem passando por esse problema.

É importante destacar o comentário de uma das mulheres, que se referiu a necessidade de debater sobre infertilidade no grupo, pois, sempre que comparecia a algum encontro grupal, eram discutidos os mesmos temas como, por exemplo, DSTs e planejamento familiar. Vejamos os diálogos.

PARTICIPANTE: *é importante porque a gente é mulher e tem coisas que a gente não sabe, é bom pra gente ajudar uma pessoa da família da gente (DIAMANTE).*

PARTICIPANTE: *eu acho importante a gente discutir infertilidade, eu que sugeri o tema, porque todo encontro que a gente vai, seja no colégio ou no posto de saúde, a gente só discute planejamento familiar, DST, é só o que a gente vê muito, e infertilidade é a primeira vez que eu vejo alguém discutir (OPALA).*

PARTICIPANTE: *é bom porque a gente aprende mais, tem coisas que eu nem sabia e estou aprendendo aqui, uma fala uma coisa, a outra fala outra (ÁGATA).*

PARTICIPANTE: *a gente aprende e passa para outras pessoas, que não sabem e a gente pode informar o que a gente aprendeu aqui (SAFIRA).*

PARTICIPANTE: *daqui a pouco a gente tem um diploma, igual a elas (aponta para as acadêmicas de enfermagem, que estavam presentes no encontro) e o pessoal do bairro já vai saber que a gente sabe e ao invés de ir pro posto de saúde, vão se consultar lá em casa, lá na cada da Ametista, da Topázio...(OPALA).*

Todas riram...

Com os depoimentos das mulheres, compreendemos como é fundamental valorizar suas necessidades reais, pois muitas vezes achamos que é importante discutir um tema com a comunidade, quando de fato o assunto de interesse é outro. Esse reconhecimento

das necessidades da comunidade contribui para estimular a sua participação nas atividades propostas, pois só somos motivados para aquilo no que temos interesse.

As mulheres reconhecem que estão aprendendo umas com as outras, em grupo, e que estão se *empoderando*, pois estão cada vez mais aumentando sua participação nos encontros e exercitando sua autonomia. Acreditam ser referência na comunidade do Novo Barroso.

É importante destacar que, com o decorrer dos encontros, as mulheres puderam ir se conhecendo e estabelecendo vínculos de amizade e confiança no grupo, o que contribuiu para que elas, cada vez mais, participassem das discussões. As mulheres também perceberam a crescente participação nos diálogos e a evolução pessoal das próprias participantes, fazendo referência a uma participante que estava mais ativa no grupo e menos inibida, manifestando suas ideias, conforme constatamos nas falas.

A Diamante quando entrou aqui não abria nem a boca, nem pegava nem no papel, e agora ela está falando, e agora é a Rubi, que mal está falando, mas daqui a uns dois encontros ela estará falando também (CITRINO).

A Diamante está de parabéns, porque ela está começando a falar (AMETISTA).

A última pergunta do jogo era - como o grupo *Supermulher: a saúde cor-de-rosa* pode alertar as pessoas sobre a infertilidade? Essa pergunta tentava fomentar uma reflexão sobre a possibilidade de protagonismo das mulheres jovens participantes do grupo. Muitas mulheres comentaram sobre essa pergunta:

PARTICIPANTE: *às vezes a gente sentada na calçada, como eu fico lá em casa com as amigas, aí eu falo do grupo, como foi o grupo, mesmo sem elas estarem precisando, então elas já vão aprendendo e vão repassando pras outras (OPALA).*

PARTICIPANTE: *tem um ditado que diz que o boca a boca tem poder, uma fala pra uma, outra fala pra outra e assim vai (TOPÁZIO).*

PARTICIPANTE: *eu gostei muito, a gente pode orientar em relação ao tema, que eu conhecia pouco, e hoje eu aprendi mais um pouco e posso repassar o que eu aprendi para outras pessoas (ESMERALDA).*

As mulheres não ficaram tímidas para falar sobre sexualidade, que envolve a temática infertilidade, mesmo diante da presença de um homem (o dentista) no grupo. O tema infertilidade foi discutido também mediante um jogo de perguntas e respostas, o que possibilitou criar um ambiente descontraído.

Opala foi uma das mulheres que conversou mais espontaneamente com o grupo, pois a sugestão do tema partiu dela própria e o grupo elegeu como prioridade.

As mulheres aproveitaram o momento para tirar suas dúvidas, dialogando com outras mulheres e com os profissionais de saúde (enfermeira, dentista, acadêmicas de enfermagem e ACS) presentes ao encontro. Muitas mulheres relataram experiências sobre a infertilidade, contando casos de casais que conheciam na comunidade. Uma das ACSs também relatou no grupo sua experiência diante de um diagnóstico de infertilidade.

Em seguida, propomos a realização de uma dramatização sobre o tema infertilidade, para que as mulheres demonstrassem o seu aprendizado constituído no jogo. Opala, Topázio, Citrino, e Esmeralda foram voluntárias para encenar um caso fictício de um casal infértil (ANEXO H), que elas imaginassem e criassem; elas demonstraram motivação para essa atividade,

Após a dramatização, as participantes comentaram sobre a encenação e acerca do caso de infertilidade dramatizado no grupo, enfatizando a maneira como cada uma se comportou diante de um caso de infertilidade na família.

Em seguida, foi distribuído entre as participantes um texto de cordel sobre infertilidade, composto por nós (ANEXO I). As mulheres aceitaram bem o cordel, que continha versos sobre infertilidade. As participantes conheciam a literatura de cordel, que fazia parte do seu contexto e isso facilitou a compreensão da temática exposta.

Logo após, solicitamos que cada participante avaliasse a tarde, por meio da dinâmica de avaliação: ‘que pena, que bom e que tal’ (ANEXO J). O quadro 2 foi formulado com base nos relatos das mulheres do grupo mediante o uso dessa dinâmica.

Quadro 2 – Depoimentos das mulheres sobre a avaliação do encontro. Fortaleza – CE, 2009.

Participante	Que bom...	Que pena...	Que tal...
Ágata	<i>Que eu aprendi melhor, pois a gente não sabe de tudo.</i>	<i>Que pena que durou pouco.</i>	<i>Queria aprender mais sobre planejamento familiar, pois surgiu a dúvida hoje no grupo.</i>
Safira	<i>Que bom que eu aprendi mais.</i>	<i>Que as horas passam rápido. O tempo é pouco.</i>	<i>Que tal que aumente mais a quantidade de mulheres no grupo</i>
Rubi	<i>Que bom que eu aprendi.</i>		
Citrino	<i>Que a tarde foi boa, a gente aprendeu mais coisas.</i>	<i>Que foi pouco tempo.</i>	<i>Que fosse mais tempo de encontro.</i>
Diamante	<i>Que aprendemos mais.</i>	<i>Que pena que já acabou.</i>	
Esmeralda	<i>Que bom que a gente riu bastante e aprendemos muitas coisas com cada uma.</i>	<i>Que pena que acabou.</i>	<i>Que nosso próximo encontro a gente possa trazer mais pessoas pro nosso grupo.</i>
Opala	<i>Que foi debatido o tema que eu escolhi, pois eu tinha muitas dúvidas. Que</i>	<i>Que pena que algumas pessoas tem vergonha de participar de algumas</i>	<i>Que tal, que todo mundo participe, que todo mundo leve a sério, pois por mais que a</i>

	<i>bom que teve várias atividades, como o jogo, a dramatização.</i>	<i>atividades</i>	<i>gente esteja rindo, é uma coisa séria, é pra gente aprender.</i>
Ametista	<i>Que bom que vieram mais convidadas como o dentista e as acadêmicas de enfermagem. Que bom que brinquei e participei de muita coisa, eu gostei muito da tarde. Foi ótimo. Eu não sabia muito sobre o assunto.</i>	<i>Que pena que nem todas participam como a gente. Que pena que eu não vim na semana passada.</i>	<i>Que todas as mulheres participassem.</i>
Topázio	<i>Que bom que eu aprendi e me diverti ao mesmo tempo.</i>	<i>Que pena que não tivemos materiais como no tema de câncer de mama, que a gente pôde pegar e sentir. Que pena que algumas mulheres faltam, porque não podem vir pro encontro, e ficam na curiosidade de saber mais.</i>	<i>Que tal que tivesse sempre mais brincadeiras, porque a gente brincando, a gente aprende melhor do que só se a gente se sentar e começar a conversar, na brincadeira eu acho que todo mundo presta mais atenção.</i>
Turquesa	<i>Que bom que o grupo está podendo se encontrar e dar continuidade ao trabalho. Porque é uma tarde muito boa, muito gratificante, pois o que a gente aprende, a gente passa para as pessoas.</i>	<i>Que pena que eu não posso estar aqui todos os encontros, pois tenho muitos problemas dentro de casa.</i>	<i>Que sempre tenham brincadeiras.</i>

Fonte: Falas das participantes do estudo.

Observando o quadro 2, percebemos que Rubi e Diamante foram as que menos se manifestaram sobre a atividade de avaliação proposta. No geral, as mulheres avaliaram positivamente o encontro, referindo que o tempo do encontro (cerca de 2h e 30 min.) ainda é curto. Elas acreditam que seja importante a inclusão de mais mulheres no grupo, que aumente a duração dos encontros e que sejam sempre utilizadas tecnologias educativas, como jogos e dinâmicas, pois, de uma forma divertida, facilitam a aprendizagem.

Ao final da tarde, algumas participantes, surpreenderam a todos com a sua manifestação espontânea sobre o encontro, iniciando novo diálogo com o grupo:

PARTICIPANTE: *eu queria dizer que eu gostei muito... fui eu que sugeri esse tema, eu sabia que eu iria aprender, mas não sabia como, mas cada comentário de cada um, acrescenta bastante no aprendizado da gente (OPALA).*

PARTICIPANTE: *é difícil uma mãe de família, como muitas aqui são, ter um tempo pra sentar, pra brincar e pra sorrir, pra conversar com alguém, é mais é problema de casa (ESMERALDA).*

PARTICIPANTE: *é bom porque tem a votação, a gente escolhe o tema e com os materiais a gente aprende melhor e descontrai o grupo (ÁGATA).*

PARTICIPANTE: *eu acho que a gente evoluiu de acordo com os temas que já foram discutidos aqui, que de alguma forma contribuiu na vida de cada um e também na troca de*

informações, pois sempre a gente conhece alguém que passa por aquela situação e a gente fala (TOPÁZIO).

PESQUISADORA: *é fácil pra vocês estarem aqui?*

PARTICIPANTE: *pra mim é fácil, porque eu tento fazer as coisas todas pela manhã, pra justamente no dia do grupo estar livre (ESMERALDA).*

PARTICIPANTE: *quando a pessoa se esforça pra estar naquele local, tudo dá um jeito, é só se organizar (ÁGATA).*

PESQUISADORA: *E por que vocês se esforçam para estarem aqui?*

PARTICIPANTE: *Por que estamos gostando, é uma tarde alegre, porque se fosse triste nós estaríamos em casa, assistindo a novela, e aqui nós estamos nos comunicando, nos divertindo e conhecendo as pessoas (ESMERALDA).*

PARTICIPANTE: *às vezes eu aprendo mais brincando do que se fosse muito sério e eu ficasse só olhando (CITRINO).*

PARTICIPANTE: *a gente fica mais é em casa e aqui a gente encontra outras mulheres pra conversar, mas eu acho melhor ouvir do que falar (DIAMANTE).*

Mediante os comentários, compreendemos que as mulheres aprovam a forma como os encontros estão sendo planejados e desenvolvidos e sentem-se motivadas para participar do grupo, pois elas estão inclusas no processo educativo. As tecnologias educativas facilitam a aprendizagem, que acontece de modo mais participativo, descontraído e alegre. Percebemos também que os encontros do grupo de mulheres representam um momento lúdico no dia a dia das mulheres, muito cheio de ocupações. Por isso, elas se organizam para realizar suas atividades domésticas e conciliá-las com os encontros do grupo comunitário. A sensação é de que os encontros grupais funcionam como uma tarde terapêutica.

5.2.4 Definição coletiva do tema prioritário para ação educativa no Novo Barroso

Após sete encontros do grupo de mulheres, relembramos que já haviam sido discutidos no grupo os três temas escolhidos pelas mulheres, como problemas importantes em saúde da mulher, na comunidade do Novo Barroso, que foram: gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade. Prosseguindo com o processo CBPR, solicitamos ao grupo que elegeisse, entre esses três temas estudados, aquele que fosse relevante e prioritário não só para elas, mas também para outras mulheres e que realmente fosse uma prioridade para a saúde das mulheres do Novo Barroso; o grupo foi unânime em eleger a gravidez na adolescência.

O tema gravidez na adolescência foi discutido no quinto encontro do grupo, entretanto, apenas com a discussão baseada no filme, o problema ainda não está contextualizado, sendo preciso trazer o assunto para a realidade local, para o concreto das mulheres, para o entorno dela, na família, na escola. Essa etapa foi iniciada naquele mesmo encontro sobre gravidez na adolescência, porém, após esse tema ter sido eleito como prioritário, foi necessário estudar, refletir e analisar sobre as causas da gravidez na adolescência no Novo Barroso e idealizar ações que as participantes pudessem desenvolver para contribuir na amenização desse problema. Essa discussão aconteceu durante três encontros subsequentes, que também contaram com a participação de outros profissionais de saúde atuantes no CSF Janival de Almeida Viera, além da enfermeira e dos ACSs, que foram o dentista, a nutricionista e a educadora física e, muitas vezes, os acadêmicos de Enfermagem da UNIFOR.

As mulheres acreditam que a temática gravidez na adolescência deva ser discutida com meninos e meninas, que devem ter as obrigações iguais; enfatizaram a importância dos pais terem confiança nos seus filhos e valorizarem o diálogo entre pais e filhos. Elas referem que os pais têm muitas responsabilidades na prevenção da gravidez na adolescência, mas que não podem ser somente eles os únicos responsabilizados, pois o adolescente já sabe o que é certo e o que é errado. Acreditam que os adolescentes ficam ociosos e que muitos não têm planos para sua vida, o que também facilita a ocorrência da gravidez na adolescência. Vejamos algumas falas:

Eu acho que é a falta de perspectiva de vida, de não ter o que fazer mesmo, de não ter um sonho maior, pra poder ter esse pensamento de se prender a um filho pelo resto da vida, só pode ser (OPALA).

Eu acho que se ocupassem mais a mente dos adolescentes, não acabaria a gravidez, mas diminuiria. Puxando pras coisas que os adolescentes gostam de fazer, como o esporte (TOPÁZIO).

Nessa fase da CBPR, as participantes discutiram e refletiram sobre a gravidez na adolescência na comunidade, tentando compreender os fatores facilitadores dessa ocorrência e em seguida elaboraram uma ação. Na opinião das mulheres, os adolescentes do bairro têm restritas opções de lazer, perspectivas de vida e poucas informações de métodos contraceptivos, pois muitos não frequentavam o CSF. Nesse momento, a própria Topázio, analisou a situação do seu bairro, discorrendo sobre os fatores locais que influenciam a gravidez na adolescência e refletindo sobre as possíveis soluções.

Um bairro desse aqui não tem nada pra fazer, e aí eles vão para as esquinas, ficar pensando e fazendo besteira, não tem nada pra fazer mesmo... As adolescentes precisam de alguém que puxe elas, e não elas terem uma idéia e fazer, porque as idéias que elas vão ter é só namorar mesmo e fazer o que não presta (TOPÁZIO).

O grupo compreende que a gravidez na adolescência é uma questão complexa, que exige estratégias de vários setores da sociedade civil. As mulheres pensaram em estratégias que poderiam contribuir para amenizar a gravidez na adolescência naquela comunidade. Vejamos os diálogos seguintes:

- PARTICIPANTE:** *eu acho que a gente tendo alguma idéia pra envolver os adolescentes daqui (RUBI).*
- PARTICIPANTE:** *como a gente iria fazer pra eles escutarem a gente? Se tem colégio e eles não vão, se eles nem conhecem a gente, como a gente iria chegar até eles? (OPALA).*
- PARTICIPANTE:** *é verdade, teria que ser na comunidade, pois muitos não estudam (ESMERALDA).*
- PARTICIPANTE:** *Pode ter um dia pra fazer um planejamento familiar com eles aqui mesmo...a gente pode aproveitar e fala, junta o útil ao agradável... Adolescente gosta de brincar, a gente poderia fazer um jogo (TOPÁZIO).*
- ACS:** *o interessante é que todas nós aqui conhecemos os problemas da comunidade, conhece exemplo da comunidade e quando a gente conhece, fica mais fácil a gente saber o que pode ajudar aquelas pessoas a não passar mais por esse problema e no grupo a gente tem a oportunidade de ajudar essas pessoas que nós conhecemos a não chegar a esse ponto (ACS 3).*
- PARTICIPANTE:** *A gente não vai conseguir livrar todas as adolescentes da gravidez, mas se conseguir uma, já é alguma coisa (TOPÁZIO).*
- PARTICIPANTE:** *A gente poderia fazer um grupo de adolescentes, lá no galpão, parecido com o que a gente faz aqui, mas só que com mais dinâmica, mais brincadeiras, pra chamar a atenção deles, pra eles aprenderem brincando, como a gente já viu que é mais fácil aprender (OPALA).*
- ACS:** *A gente pode fazer uma pesquisa com os adolescentes pra ver o que eles estão precisando aqui no Conjunto e se eles têm interesse de participar do grupo de adolescentes (ACS 1).*

O que mais chamou a atenção nesse encontro foi o fato de as próprias mulheres refletirem sobre a problemática e pensarem em soluções e estratégias para amenizá-la no bairro. A tecnologia educativa utilizada nesse encontro (ANEXO K) serviu apenas como introdução do tema, cujo diálogo fluiu espontaneamente no grupo. Essas discussões no grupo, em que as mulheres pensam sobre sua realidade, suas potencialidades, refletem sobre esse contexto e planejam as estratégias para tentar amenizar o problema, contribuem para aumentar a emancipação e autonomia das mulheres envolvidas, deixando-as *empoderadas*, e ajudam a exercer sua cidadania.

A vivência das mulheres nos encontros anteriores do grupo durante as práticas educativas contribuiu também para que elas pudessem entrar em contato com as tecnologias educativas e compreender as diversas possibilidades de sua utilização, para elaborar saberes

em saúde, mediante o compartilhamento de experiências, fazendo-as pensar em estratégias de contribuição do grupo na redução da gravidez na adolescência na comunidade onde vivem.

A discussão no grupo de mulheres sobre gravidez na adolescência prosseguiu até o amadurecimento dessa temática. Elas entraram em consenso sobre o que deveria ser feito para amenizar a gravidez na adolescência no Novo Barroso, planejando atividades viáveis de execução por elas mesmas no bairro onde vivem, que serão apresentadas a seguir.

5.3 O aumento da participação e da autonomia das mulheres – planejamento da atividade educativa para o Novo Barroso

Neste tópico, apresentaremos a atividade educativa escolhida, planejada, executada e divulgada pelo grupo de mulheres sobre o tema gravidez na adolescência. Essa etapa representa as fases finais da abordagem CBPR.

O grupo de mulheres teve a ideia de fazer um filme com base na realidade local do Novo Barroso e que pudesse ser apresentado para os adolescentes, como forma de mostrar a problemática da gravidez na adolescência e todas as dificuldades vivenciadas pelas famílias e pelos próprios jovens. Essa foi a primeira ação idealizada pelas participantes. Assim, fizemos um filme voltado para o público adolescentes, baseado na gravidez na adolescência, que foi nomeado pelas participantes de *Menina Mulher*. Seis mulheres do grupo, voluntariamente, escreveram a estória do filme (ANEXO L) e providenciaram o figurino e o local para a filmagem, que foi na casa de uma das participantes (Citrino). Elas também representaram no filme a adolescente grávida, as demais adolescentes e sua família; as três ACSs também contrataram e nós ficamos responsáveis pela filmagem e edição do vídeo. A película também continha depoimentos voluntários das próprias mulheres que foram mães na adolescência. Ao concluir a formatação desse vídeo, cada mulher participante do grupo recebeu de nós, uma cópia dessa filmagem em DVD.

O filme *Menina Mulher* foi apresentado à comunidade do Novo Barroso, especialmente aos adolescentes do bairro, em um evento idealizado e promovido pelo grupo de mulheres *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*, com foco na prevenção da gravidez na adolescência. Esse evento culminou com o **I Encontro de Adolescentes do Novo Barroso**, com o intuito de despertar nos adolescentes a importância da prevenção da gravidez. Foi

realizado nos turnos manhã e tarde, no Diamante Drinks, mesmo local onde ocorriam os encontros do grupo de mulheres.

Na apresentação do vídeo, os adolescentes ficaram atentos à trama, que enfatizava o problema da gravidez na adolescência. Por se tratar de um filme feito na própria comunidade, cujas atrizes são mulheres da comunidade, que utilizam um linguajar característico da região, o filme foi bem aceito pelos adolescentes, que se divertiram com o enredo e puderam visualizar aquela situação de gravidez na adolescência.

As próprias mulheres foram responsáveis pela divulgação deste evento, com o auxílio da equipe de Saúde da Família. Elas distribuíram os convites para os adolescentes (Figura 6), nas próprias residências e/ou em locais de grande fluxo de pessoas no bairro, como comércio, escolas, mercadinhos, *lan house*, lanchonetes etc.

Figura 6 – Convite para participar do I encontro de adolescentes do Novo Barroso



Fonte: Convite elaborado pela autora.

Para a realização do I Encontro de Adolescentes do Novo Barroso, as mulheres se mobilizaram e realizaram um bazar e, com os recursos financeiros adquiridos, compraram lanches para os adolescentes que compareceram ao local e providenciaram a confecção de uma camisa com o nome do grupo de mulheres.

A equipe de saúde (enfermeira, dentista, nutricionista, educadora física, ACS, auxiliar de enfermagem) e a coordenação do CSF Janival de Almeida e representantes do Distrito de saúde da SER VI compareceram ao evento, pois acreditam no potencial do grupo de mulheres da comunidade.

No I Encontro de Adolescentes, com o tema gravidez na adolescência, compareceram cerca de 150 adolescentes que participaram de oficinas, dinâmicas e jogos educativos, desenvolvidos pelas mulheres, com o objetivo de orientar o uso de métodos contraceptivos e discutir com os adolescentes sobre a prevenção da gravidez na adolescência. As próprias mulheres foram responsáveis pela condução dos jogos educativos, apoiadas pelos profissionais de saúde, pois elas já conheciam esses jogos, desenvolvidos durante os encontros do grupo.

Foram também oferecidos para os adolescentes vacinação e lanches, além de oficinas de E.V.A e orientação dos profissionais de saúde sobre métodos contraceptivos.

Na ocasião, as mulheres do grupo e as ACSs realizaram uma pesquisa com os adolescentes acerca da possibilidade de ser formado um grupo de adolescentes na comunidade. O resultado é que esses adolescentes manifestam a intenção de participar de um grupo, que seja na própria comunidade e no período da manhã. Esse grupo, porém, ainda não foi formado, por dificuldades de local para os encontros no bairro. Também planejamos apresentar o filme para adolescentes estudantes de escolas públicas localizadas nas proximidades, mas, em virtude do encerramento do ano letivo de 2009, essa atividade foi postergada para o ano vindouro.

Todas as participantes do grupo 'Supermulher' empenharam-se bastante para que o encontro dos adolescentes fosse um sucesso. Os adolescentes que compareceram foram bem acolhidos pelo grupo. As mulheres demonstraram satisfação em poder proporcionar aos adolescentes do bairro um dia diferente, com muita animação e ainda contribuir para a prevenção da gravidez na adolescência.

A imprensa televisiva da cidade de Fortaleza também compareceu ao Diamante Drinks, no Novo Barroso, para divulgar o evento e entrevistou duas mulheres do grupo (Citrino e Esmeralda), com enfoque na prevenção da gravidez na adolescência.

Após a criação do filme *Menina Mulher* e a realização do encontro dos adolescentes do Novo Barroso, o grupo de mulheres foi se tornando cada vez mais conhecido, não apenas no bairro, mas também em outros locais, mesmo distantes, pois o filme fez muito sucesso na comunidade e as mulheres do grupo se tornaram cada vez mais conhecidas no local onde moram.

As mulheres, as ACSs e nós, fomos convidadas para apresentar a produção no CSF Janival de Almeida Vieira e na SER VI, a pedido dos coordenadores dessas instituições, juntamente com a apresentação da experiência de cada participante no desenvolvimento deste estudo. Posteriormente, recebemos o convite para apresentar o filme durante um curso sobre

saúde da mulher oferecido pela SMS de Fortaleza. Todas fizeram questão de comparecer a essa divulgação, para a exposição do filme e de sua experiência no grupo de mulheres do Novo Barroso, pois, em razão de muitos comentários positivos e convites para divulgar a produção, as mulheres sentiram-se motivadas e valorizadas não apenas na comunidade onde vivem, mas também pelos profissionais de saúde. Desse modo, concluímos a última etapa da CBPR, que é a divulgação dos resultados obtidos com a parceria.

No filme “Menina Mulher”, seis mulheres do grupo participaram escrevendo a história e representando as personagens do filme. Essas mulheres relataram que se sentiram importantes ao fazerem um filme que iria ajudar a prevenir a gravidez na adolescência. Referiram que puderam sentir essa realidade mais de perto. Vejamos os comentários:

Muito sensacional, foi a primeira vez que eu fiz um filme, e que todos me viram fazer aquele trabalho, e ver que todos gostaram (AMETISTA).

Foi ótimo, pois pude sentir o drama mais de perto e ver que a gravidez na adolescência não é fácil (TOPÁZIO).

Foi uma grande satisfação, pois conseguimos reunir os adolescentes para assistirem ao filme, que se tratava da nossa realidade, do problema da nossa comunidade (ESMERALDA).

Foi muito bom, me diverti muito. Foi muito importante não só para mim, mas para toda a comunidade. Descobri que quando se tem força de vontade e atitude podemos fazer coisas incríveis como o filme (OPALA).

Elas também relataram a importância do contato com o próprio bairro, pois algumas nunca tiveram a oportunidade de ajudar sua comunidade. Manifestaram ainda satisfação em poder compartilhar o seu conhecimento com outras pessoas. Essas afirmações podem ser constatados na reprodução das falas a seguir:

Muito importante, porque eu sei que os adolescentes da comunidade agora vão se cuidar e se prevenir melhor, eu espero isso, que eles possam pensar bem (Ametista).

Me senti muito bem, pois nunca tinha tido esse espaço e nem contato com minha própria comunidade e foi maravilhoso (PÉROLA).

Me senti uma pessoa útil para a comunidade, ver os adolescentes me fazerem perguntas e eu saber responder e ajudá-los, foi maravilhoso! (TOPÁZIO).

Eu me senti outra pessoa, pois ajudar os adolescentes foi legal, porque tive a oportunidade de passar algo que aprendi aqui no grupo (SAFIRA).

As mulheres destacaram como pontos mais importantes do grupo a elaboração do filme sobre gravidez na adolescência e a realização do encontro dos adolescentes do Novo Barroso. Para outras, os melhores momentos do grupo foram os próprios encontros das mulheres, durante as atividades educativas em saúde, destacando o desenvolvimento de jogos e o crescimento das participantes, seja individual ou em grupo, conforme constatamos nas declarações a seguir:

A escolha de fazer um filme sobre o grande problema do nosso bairro, que é a gravidez na adolescência (ÁGATA).

Foi o encontro dos adolescentes, pois conseguimos reuni-los para mostrar a realidade de nosso bairro (ESMERALDA).

Os encontros do grupo de mulheres, quando estamos todas reunidas e conversamos sobre os temas (RUBI).

O mais importante foi fazer amizades e ver a cada encontro a evolução e dedicação de cada integrante do grupo (TOPÁZIO).

Eu destacaria os jogos, pois com os jogos eu aprendi muitas coisas e também ensinei para os adolescentes (SAFIRA).

5.4 O que se aprende com esta experiência

Acreditamos haver concluído as etapas da abordagem CBPR, que se iniciou com a formação da parceria e finalizou com a divulgação dos resultados. O quadro 3 apresenta um resumo do processo da CBPR em parceria com o grupo de mulheres *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*, enumerando os encontros da parceria em cada fase do estudo.

Quadro 3 – O desenvolvimento da CBPR no grupo de mulheres *Supermulher- a saúde cor-de-rosa*. Fortaleza – CE, 2009.

Etapas desenvolvidas em CBPR	CBPR – Grupo de mulheres Super Mulher: a saúde cor-de-rosa	Encontros
1) Identificar os participantes, formalizar e fortalecer a parceria.	Selecionamos as mulheres jovens, formalizamos e fortalecemos o grupo de mulheres do Novo Barroso.	01º 02º, 03º e 4º encontros.
2) Investigar os problemas da comunidade.	Investigamos e estudamos os problemas referentes à saúde da mulher no bairro Novo Barroso: Gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade.	04º 05º 06º e 7º encontros.
3) Identificar e definir as prioridades para as questões em que os parceiros irão trabalhar.	Identificamos e definimos, conjuntamente, um tema prioritário em saúde da mulher, no bairro, que foi a gravidez na adolescência.	8º encontro.
4) Utilizar o conhecimento local para estudar e compreender os problemas de saúde prioritários para a comunidade.	Utilizamos o conhecimento das mulheres e das ACSs que residem no local, para refletir e estudar as causas da gravidez na adolescência no Novo Barroso.	5º 8º, 9º e 10º encontros.
5) Utilizar o conhecimento local para planejar as intervenções.	Utilizamos o conhecimento das mulheres e das ACSs que residem no local para identificar as potencialidades e planejar conjuntamente as intervenções, que foram: fazer o filme “Menina Mulher” e realizar o I	10º e 11º encontros.

	Encontro de Adolescentes do Novo Barroso.	
6) Implementar o planejamento elaborado pelos parceiros.	Fizemos o filme <i>Menina Mulher</i> e realizamos o I Encontro de Adolescentes do Novo Barroso, com enfoque na prevenção da gravidez na adolescência.	12º 13º e 14º encontros.
7) Divulgação dos resultados obtidos pela parceria.	O filme foi divulgado na comunidade no I Encontro de Adolescentes do Novo Barroso e todas as atividades do grupo de mulheres, (inclusive o filme e o encontro de adolescentes) foram divulgadas pelas participantes no CSF do bairro, na SER VI e em um curso sobre DST promovido pela SMS.	14º 15º e 16º encontros.

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante destacar o fato de que, embora tenhamos finalizado as etapas formais da CBPR, para fins de realização deste estudo, o grupo de mulheres *Supermulher: a saúde cor-de-rosa* continua se reunindo semanalmente no mesmo local na comunidade, contando com a participação da equipe de Saúde da Família e de outros profissionais de saúde atuantes no CSF Janival de Almeida Vieira, pois o grupo constituiu referência no Bairro. As próprias participantes se responsabilizam pelo desenvolvimento do grupo e sempre convidam novas integrantes.

Investigamos das participantes como foi a experiência de participar do grupo de mulheres da comunidade e as repostas foram positivas. Quase todas destacaram a importância do aprendizado adquirido e na troca de experiência entre as participantes. Relataram que o grupo favoreceu o estabelecimento de novas amizades entre as participantes e que os encontros representavam um momento de distração para as mulheres, o que contribuiu para o aumento da sua autoestima. Outro elemento de destaque no depoimento das mulheres foi o fato de que o grupo possibilitou às mulheres contribuírem para o crescimento da comunidade onde vivem, o que foi bom para elas e para a comunidade. As mulheres reconhecem que o grupo cresceu pelos próprios interesses. Entre os relatos, vejamos os mais expressivos:

Foi interessante, porque as mulheres foram muito atenciosas. Todas participaram, nos conhecemos melhor e é pelos nossos interesses que o grupo cresce cada vez mais (AMETISTA).

Foi muito bom, pois aprendi muitas coisas boas, melhorei meu desempenho e também minha autoestima melhorou muito, porque antes eu ficava em casa a tarde, sem ter o que fazer e agora passo uma tarde maravilhosa (SAFIRA).

Foi e está sendo muito maravilhoso, pois estou aprendendo muito com estes encontros. A cada dia é melhor e estamos desenvolvendo coisas boas para nós e para a comunidade (PÉROLA).

Está contribuindo, estou aprendendo mais, vou ouvindo e vou aprendendo. Conheci pessoas, que só conhecia de vista, mas não tinha intimidade, e a partir do grupo conheci outras mulheres da comunidade, e isso já é uma grande coisa. Aprendi muito e a cada dia vou aprendendo mais (DIAMANTE).

Procuramos saber a opinião das mulheres sobre a maneira como aconteceram os encontros do grupo durante as atividades educativas. No geral, as mulheres se referem à importância da decisão compartilhada sobre o desenvolvimento do grupo, como também a respeito da utilização de tecnologias educativas nos encontros, como jogos, dinâmicas, entre outras. Seguem as declarações:

Foi bom, porque foi planejado por nós, cada uma, fala uma coisa diferente e está dando muito certo (ÁGATA).

É importante podermos dar nossa opinião até chegarmos a uma conclusão (CITRINO).

Foram planejados por nós para deixar o grupo a nossa cara e fazer o que queremos...Fazemos vários jogos, para que os temas sejam realizados com bastante alegria (TOPÁZIO).

Percebemos, mediante os relatos, que as mulheres se apropriaram do grupo e tomaram para si o planejamento e desenvolvimento dos encontros, pois as decisões foram compartilhadas por todas, sempre procurando o consenso. Elas se reconhecem como parte integrante desse processo. Isso é muito positivo, pois, além de ser um pressuposto em CBPR, contribui para o aumento da autonomia das envolvidas.

Buscamos sugestões das mulheres sobre a realização de próximos encontros grupais a serem desenvolvidos na comunidade pela ESF. Algumas sugeriram que nos próximos encontros fosse comentado mais sobre doenças e hábitos de vida, como tabagismo e alimentação. Outras mulheres referiram que deve sempre haver o planejamento conjunto dos encontros e escolha dos temas para debate em grupo, utilizando tecnologias educativas, como jogos e atividades lúdicas. Algumas sugeriram a criação de grupos para crianças e adolescentes, pois constituem fases da vida que necessitam de atenção especial.

Queria que falasse mais sobre doenças e que as pessoas fiquem mais empolgadas (ÁGATA).

Gostaria que fossem desenvolvidos temas sobre alimentação (TOPÁZIO).

Pra mim, assim está bom, pois pudemos planejar os encontros (TURQUESA).

Que sempre tivesse jogos, oficinas de EVA, grupos de adolescentes e crianças (SAFIRA).

Entre as sugestões citadas pelas mulheres, chamaram nossa atenção as sugestões de duas participantes, que acreditam ser valioso voltar a atenção de um grupo comunitário para as reais necessidades da comunidade, e atuar nesse contexto, realizando ações

voluntárias. Elas manifestaram outras visões para o trabalho educativo com grupos na comunidade. Vejamos as falas:

Sugiro que surjam grupos de voluntários, fazendo visitas em nossa comunidade, a idosos e pessoas carentes, descobrindo mais as dificuldades de nossa comunidade (PÉROLA).

Nós podemos fazer ações voluntárias, a cada tema escolhido, podemos ver a realidade, eu acho isso muito importante (AMETISTA).

Acreditamos que a participação no grupo de mulheres despertou nas envolvidas o interesse em ajudar sua comunidade a enfrentar os principais problemas que a assolam, pois, com o reconhecimento da gravidez na adolescência, como prioridade em saúde da mulher na comunidade Novo Barroso, as mulheres do grupo voltaram seus olhares para sua realidade e contribuíram para amenizar esse problema que era de todos.

Buscamos conhecer a opinião dos ACSs sobre o grupo de mulheres do Novo Barroso. Primeiramente, investigamos sobre como foi para o ACS participar do grupo, e as respostas foram positivas, com enfoque no aprendizado mútuo e no apoio a comunidade. Vejamos os comentários:

Foi muito bom contribuir para despertar nas mulheres novos sentimentos, novos pensamentos, uma nova consciência e saber que nós podemos encontrar grandes apoiadoras na comunidade (ACS 3).

Foi importante pelas atividades que muito contribuiu para meu aprendizado, e pelo conteúdo repassado que foi muito rico de informações (ACS 1).

Foi muito significativo, tanto na área profissional, quanto na área pessoal, limites sendo superados, contribuindo para o crescimento do nosso bairro, valores sendo resgatados, foi ótimo! (ACS 2).

Solicitamos aos ACSs que analisassem sobre o planejamento e desenvolvimento dos encontros do grupo. Para os ACSs, foram cruciais o engajamento das mulheres, a utilização de tecnologias educativas, o respeito às diferenças e a inclusão das mulheres na organização. Os comentários a seguir evidenciam essas afirmações:

É importante saber a opinião delas para o planejamento dos encontros, pois estaremos trabalhando sempre algo do interesse da maioria (ACS 3).

Com muita seriedade, respeito, sem nenhum tipo de exclusão, com ótimas dinâmicas, pensamento de mudanças, foi de um significado bastante bom para a comunidade (ACS 2).

Cada vez mais a organização tinha a participação das mulheres; elas demonstraram bastante disposição na produção dos encontros e eventos (ACS 1).

Investigamos, na opinião dos ACSs, as dificuldades encontradas na realização dos encontros do grupo de mulheres. Referiram que as dificuldades foram no início da formação do grupo, ao convidar as mulheres para os encontros, como também o local dos

encontros não era o apropriado, pois é de propriedade particular e não da comunidade. Vejamos:

No início, elas não sabiam bem o que ia acontecer, e não tinham muito interesse em participar, o local onde acontecem os encontros não é da comunidade, e isso às vezes traz conflitos (ACS 3).

No início, foi o local e fazer com que as pessoas compreendam a importância de formar um grupo (ACS 2).

Como facilidades no desenvolvimento dos encontros do grupo de mulheres, os ACSs citaram o planejamento conjunto dos encontros, envolvendo todas as participantes, o estabelecimento de vínculos entre as envolvidas e a utilização de tecnologias educativas, o que facilitou o processo de aprendizado.

A forma como os encontros foram planejados, com a opinião de todas, elas se sentem realmente participantes da construção do grupo (ACS 3).

A comunicação e a amizade entre as participantes (ACS 1).

Foi um aprendizado de fácil compreensão por todas, bem dinâmico... (ACS 2).

Solicitamos que os ACSs dessem sugestões para os próximos grupos comunitários a serem desenvolvidos na ESF. Referiram a importância de continuar a utilizar tecnologias educativas, como jogos, dinâmicas, entre outras, aumentar o número de participantes dos grupos e realizar os encontros em local da própria comunidade, pois, de acordo com essas informantes, é necessário que os encontros aconteçam em um local que toda a comunidade reconheça como seu, entre outras sugestões, conforme podemos conferir a seguir:

O local mais acessível a mais pessoas da comunidade, jogos, brincadeiras, trazer profissionais de outras áreas da saúde; Eleição de uma liderança dentro dos grupos, de acordo com todos os participantes (ACS 3).

Utilizar um local da própria comunidade, dinâmicas, jogos educativos e aumentar as parcerias (ACS 1).

Que fossem utilizados jogos educativos, aumentar os parceiros, contribuindo voluntariamente (ACS 2).

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No desenvolvimento das atividades educativas em saúde junto ao grupo de mulheres *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*, tivemos algumas dificuldades, limitações, mas também ocorreram muitas facilidades nesse processo e descobertas importantes para a prática educativa em saúde na Estratégia Saúde da Família.

Na aprendizagem existem algumas qualidades indispensáveis, que precisam ser criadas e recriadas em nossa prática educativa. Freire (1996: 120) cita algumas dessas virtudes, como “amorosidade, respeito aos outros, tolerância, humildade, gosto pela vida, gosto pela alegria, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, persistência na luta, recusa aos fatalismos, identificação com a esperança, abertura à justiça...”.

Em nosso estudo, com o objetivo de analisar processos educativos mediados por tecnologias educativas, junto a mulheres adultas jovens assistidas pela Estratégia Saúde da Família, para a Promoção da Saúde deste grupo de usuárias, além dessas virtudes descritas por Freire, alguns elementos foram essenciais para alcançarmos resultados positivos no desenvolvimento de atividades educativas em saúde, junto a uma comunidade no âmbito de atenção da Estratégia de Saúde da Família. Esses elementos serão destacados neste capítulo.

Nosso desafio inicial foi a formação do grupo de mulheres. Não foi fácil mobilizá-las para compor o grupo, mesmo contando com o apoio dos ACSs e sendo enfermeira daquele território há três anos. O primeiro encontro do grupo foi combinado para acontecer no CSF Janival de Almeida Vieira, em dia e horário estabelecidos previamente por nós e pelas ACSs. Foram convidadas doze mulheres, mas nessa ocasião compareceram apenas três, para nossa decepção, frustração e desânimo. Para superar essa dificuldade, dialogamos com as mulheres presentes e entendemos que o local mais acessível para todos os envolvidos (mulheres, nós e ACSs) seria na própria comunidade do Novo Barroso. Assim, embora tenhamos planejado esse encontro inicial, esse planejamento não foi rígido, foi de acesso a esse grupo, para permitir que o processo fosse pactuado com as mulheres.

Observamos que a mobilização e formação de grupos na comunidade para uma atividade educativa deve-se iniciar pela *escuta ativa* das necessidades do grupo que se intenta formar.

A *flexibilidade* no planejamento e desenvolvimento dos encontros foi imprescindível para que o bom desenrolar das atividades grupais, porque foi constituída com

base na *confiança* estabelecida entre nós, os ACSs e o grupo, ocorrendo o nosso deslocamento semanalmente para o local de preferência para o grupo, por ser o mais viável para aquele coletivo. Esse fato nos fez reconhecer que não se pode desenvolver uma prática educativa determinando um local e horário rígidos. Se quisermos o envolvimento da comunidade, é preciso *viabilizar seu acesso* na atividade proposta, que, nesse caso, não é uma acessibilidade apenas de horário, mas é física e geográfica também, pois o percurso do conjunto habitacional Novo Barroso até o CSF Janival de Almeida é de aproximadamente 2,5 km, sendo essa distância agravada por fatores como insegurança, clima quente etc.

Em nosso estudo, a *acessibilidade* foi diretamente proporcional ao sucesso da participação dessas mulheres na prática educativa em saúde na ESF, haja vista o ocorrido no primeiro encontro. Enfatizamos, então, que as atividades educativas devem ser desenvolvidas em locais acessíveis aos sujeitos, podendo ser na própria comunidade, e não no CSF, se esse for o caso, pois alguns fatores, como a distância, fazem com que as pessoas não compareçam às atividades propostas.

Elas foram receptivas a ideia da criação do grupo de mulheres no Novo Barroso e manifestaram interesse que o grupo continuasse se encontrando mesmo depois da conclusão do estudo. Desde o início, acreditaram na proposta do grupo de mulheres na comunidade e suas expectativas em relação à sua participação no grupo eram bastante positivas, visto que reconheciam a contribuição do grupo para a sua saúde.

Destacamos a *assiduidade* dessas mulheres aos encontros, pois, quando faltavam, logo se justificavam, relatando estarem ocupadas com seus afazeres domésticos e/ou familiares. Macedo e Monteiro (2006), desenvolvendo encontros grupais com pais de escolares, também vivenciaram essas dificuldades, constatando que as principais causas que impediram alguns pais de virem a todos os encontros na escola foram: o choque de horário com o trabalho, os afazeres domésticos e falta de interesse e motivação para a participação.

O encontro do grupo Supermulher sempre começava no horário marcado, por volta das 14h e terminava por volta das 17h. Raras vezes as mulheres chegaram atrasadas, pois todas residiam bem perto do local onde o grupo se reunia semanalmente. Algumas participantes levavam seus filhos para o encontro, pois, muitas vezes, não tinham com quem deixá-los. Outras mulheres do grupo manifestaram preocupação com o término das atividades, pois tinham que apanhar seus filhos na escola, por voltadas 17h. Elas são responsáveis pelo

seu lar e pela criação dos filhos; referem que os companheiros isentam-se totalmente dessa responsabilidade.

É interessante relatar que as próprias mulheres trataram de mobilizar novas integrantes, sem nenhuma intervenção ou pedido nosso ou das ACSs, pois acreditaram na importância do grupo para a Promoção da Saúde feminina na comunidade do Novo Barroso e *sentem-se parte desse processo*.

Outra questão é que, desenvolvendo as atividades educativas no próprio bairro, estamos *próximos das comunidades, das famílias, do seu contexto e realidade*, o que contribui para aumentar a adesão às atividades educativas e, ao mesmo tempo, nos fornece subsídios para identificar o conhecimento e as necessidades de cada sujeito e, assim, adequar a prática educativa a essa realidade, pois não se pode negar essa realidade; é preciso reconhecê-la para juntos transformá-la.

A *cultura e as condições socioeconômicas* dos sujeitos também devem ser respeitadas. Na experiência com o grupo de mulheres, observamos que o baixo grau de escolaridade de algumas participantes limitou sua participação nas ações educativas, principalmente naquelas atividades que exigiam leitura e escrita, como, por exemplo, no preenchimento e utilização do “caderninho do saber”. Então, é necessário que o profissional seja sensível e utilize tecnologias educativas, que sejam adequadas culturalmente, de modo a favorecer a participação dos sujeitos e incluí-los nas decisões em saúde. Sugerem-se, na prática educativa, a utilização de figuras, desenhos, jogos, fotografias, ou algo que não requeira leitura e escrita e que transformem a elaboração do conhecimento em algo motivador, alegre e divertido.

Em estudo de Pereira et al. (2007), desenvolvido junto a um grupo de mulheres assistidas por uma unidade básica de saúde da periferia do Rio Grande – RS, a proposta de criação do grupo foi ganhando gradativamente a confiança das usuárias desse serviço, após o estabelecimento do diálogo, da troca de experiências entre as participantes e do respeito a sua cultura.

A *relação dialógica e participativa* foi predominante nos encontros do grupo de mulheres: *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*. Durante a discussão dos temas em saúde selecionados pelas participantes, especialmente sobre gravidez na adolescência, as mulheres relataram a própria experiência, histórias de mulheres que conheciam no bairro e expuseram suas dúvidas. Procuramos *valorizar os conhecimentos* das mulheres, formando o saber do

grupo, com a experiência e o conhecimento prévio de cada uma delas e complementando esse saber com o conhecimento científico dos profissionais de saúde, presentes a cada encontro, estabelecendo-se, com efeito, o diálogo entre o saber popular e científico. Elas próprias reconheciam que estavam aprendendo umas com as outras e percebiam que ensinavam e aprendiam ao mesmo tempo. A aquisição de conhecimentos foi manifesta frequentemente nos depoimentos das participantes do grupo *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*.

Trindade e Ferreira (2009) acreditam que, quando as pessoas interagem em grupo, existe uma possibilidade maior de se formar opiniões e atitudes na interação com os outros, pois podem se sentir mais à vontade para dialogar e compartilhar experiências, ensejando um sentimento de ajuda mútua. As autoras enfatizam também que, na assistência às mulheres, é preciso valorizar os conhecimentos das mulheres e esclarecer suas dúvidas, pois isso aperfeiçoa a assistência e contribui com as ações preconizadas nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

Trindade e Ferreira (2008) também compreendem que o atendimento individual da mulher não privilegia uma discussão coletiva que permeia questões de saúde da mulher, o que certamente possibilitaria o compartilhamento de experiências comuns e a socialização de soluções de questões que envolvem o processo saúde-doença das mulheres.

A literatura científica a que tivemos acesso refere que a prática educativa em saúde ainda é pouco desenvolvida nos serviços de saúde, pois ainda há pouca adesão da comunidade, muito embora a ESF esteja bem próxima das pessoas e das famílias. A não-participação da comunidade nas atividades educativas desestimula os profissionais de saúde, que ficam desacreditados de que essa prática pode dar certo. Muitos de nós fomos formados no paradigma biomédico, onde prevalecem a doença e a cura, não podendo experimentar atividades educativas exitosas. Por isso não acreditamos que a proposta da Educação em Saúde seja viável. Muitas vezes, a população não comparece as atividades de Educação em Saúde, pois está cansada de ouvir o profissional falar e ela ficar só escutando, sem poder participar ativamente, ou porque os temas em discussão não são do seu interesse, nem alvos da atenção daquela comunidade.

Nessa perspectiva, enfatizamos o fato de que os *interesses e necessidades dos sujeitos devem ser valorizadas*, os temas para serem trabalhados na atividade educativa devem partir da própria realidade dos envolvidos e não simplesmente impostos pelos profissionais de saúde. No grupo de mulheres, foram discutidos temas em saúde da mulher, sugeridos por elas próprias, de acordo com seu contexto, realidade e interesse. Observamos que, desse modo,

elas participavam e envolviam-se mais ativamente, pois se sentiam também responsáveis pelo desenvolvimento daquele encontro, na medida em que elas mesmas escolheram o assunto a ser abordado e a maneira como seria desenvolvido.

Participar e conduzir o grupo de mulheres nos fez perceber que não é apenas importante discutir os temas propostos no grupo sobre saúde da mulher, mas devemos *saber ouvir* os sujeitos, estar disponíveis para esclarecer suas dúvidas e atentar para a dinâmica das relações no grupo e suas implicações. Nos encontros, ficávamos atenta também à comunicação não verbal das mulheres, suas expressões, seus olhares, o sorriso ou o choro, com o objetivo de compreender o significado daquela experiência para cada uma, pois compreendemos que na prática educativa é importante *saber escutar os envolvidos e reconhecer suas necessidades*. De acordo com Freire (1996: 119), “escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro e às diferenças do outro”.

Para Freire (1987), o diálogo é fruto de uma relação horizontal, fundamentado no amor, na humildade e na fé nos homens, que favorece o estabelecimento da confiança entre os sujeitos, que, conseqüentemente, se tornam parceiros na transformação da realidade, pois o diálogo implica um pensamento crítico e reflexivo.

Notamos que os encontros representaram um momento de lazer para as mulheres, que muitas vezes têm uma rotina cansativa e estressante, no cuidado com o seu lar e com a família. No grupo, elas poderiam dar uma pausa nessas atribuições e encontrar outras mulheres para dialogar e se divertir. O fato de participar de um grupo com outras mulheres do bairro, por si, já contribui para a Promoção da Saúde das mulheres, especialmente para a saúde mental, pois o grupo promove, além de tudo, a *integração e socialização* das pessoas.

Trindade e Ferreira (2009) tiveram essa mesma compreensão em seu estudo com um grupo de mulheres. Perceberam que a participação no grupo contribuiu para a promoção da saúde mental das mulheres, na medida em que as participantes tiveram a oportunidade de vivenciar momentos de contentamento e alegria.

Os encontros ocorreram em clima de *descontração e animação*, mediante o uso de tecnologias educativas, o que favoreceu a motivação e a participação das mulheres, que se sentiram à vontade para expressar suas opiniões. Foi marcante nos comentários das mulheres e dos ACSs que participaram do estudo a importância da utilização de tecnologias educativas no processo de aprendizagem. Referiram que o desenvolvimento de jogos, dramatização, cordel, entre outros, tornaram esse processo alegre e descontraído, facilitando a aprendizagem

do grupo e o seu envolvimento, que foi decisivo para a formulação de conhecimentos, pois aprendiam muito mais brincando e se divertindo e discutindo sobre assuntos de seu interesse.

A utilização das dinâmicas durante os encontros facilitou a criação de um clima descontraído. Para Berkenbrok e Souza (2008), as dinâmicas devem ser um instrumento, um auxílio para os coordenadores de grupo, para fazer alguns momentos ocorrerem de maneira mais alegre. Segundo Macedo e Monteiro (2006), as dinâmicas, o relaxamento, inspirados em jogos de infância, provocam nos adultos lembranças boas, muitas vezes já esquecidas, por serem leves e sempre trazerem ‘uma moral da história’.

Trindade e Ferreira (2009), desenvolvendo um grupo feminino de cuidado, observaram que as participantes perceberam o grupo como espaço legítimo para discutir temas em saúde, de modo mais interativo e educativo, como uma roda de conversa. As autoras afirmam que a maneira como os encontros foram desenvolvidos criou oportunidade de descontração entre as mulheres e integração entre as participantes.

Segundo Freire (1996: 72), “há uma relação entre a alegria necessária à atividade educativa e a esperança”. A alegria deve envolver o clima ou a atmosfera da aprendizagem, pois, sem a alegria, a prática educativa perde o sentido.

Realizar atividades educativas junto à comunidade requer do profissional de saúde, além de boa vontade e criatividade, a *aquisição do próprio material* a ser utilizado nas práticas, como, por exemplo, lápis, giz de cera, cartolina, pincel etc. Isso, muitas vezes, não está disponível em quantidade, nos serviços de saúde, entretanto, pensando-se que a prática educativa em saúde deve ser uma rotina dos profissionais junto às comunidades na ESF, deveria haver recursos suficientes para a aquisição do material necessário, pois essa indisponibilidade de verbas pode contribuir para o desestímulo dos profissionais e da comunidade. Esse fato não pode, todavia, se tornar fator impeditivo para a realização da prática educativa. Em muitas ocasiões, há a necessidade de se improvisar o planejamento, que deve ser flexível, para se adequar às necessidades e imprevistos que possam ocorrer. Nas atividades educativas desenvolvidas no grupo de mulheres, os materiais educativos foram disponibilizados por nós, que também contamos com o apoio da Universidade ligada à pesquisa – a UFC.

O *apoio e o incentivo dos gestores* de saúde também são fundamentais para o estabelecimento da prática educativa na ESF, de modo que se torne parte das atividades rotineiras de todos os profissionais de saúde atuantes na comunidade.

Para o desenvolvimento da prática educativa em saúde, o profissional necessita *atualizar constantemente seus conhecimentos* sobre a temática do encontro, para não fornecer informações desatualizadas e/ou incorretas. Em todos os encontros sobre os temas escolhidos por elas, como gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade, buscamos anteriormente informações atualizadas sobre a temática, por meio de livros e artigos científicos. Além da atualização sobre o tema a ser trabalhado no encontro, houve a preocupação em adequar o tema à escolha da tecnologia educativa, sempre buscando valorizar a sugestão do grupo de mulheres, de forma a incluí-las em todo o processo. Para isso, o planejamento compartilhado da prática educativa foi fundamental.

Para Souza e Tyrell (2007), é imprescindível que os profissionais de saúde e gestores se capacitem para cuidar, de fato, das mulheres, pois existem grandes desafios na atenção à saúde da mulher, como, por exemplo, a luta pela incorporação dos direitos humanos e a Promoção da Saúde de forma abrangente, fortalecendo o ambiente e políticas públicas saudáveis, bem como facilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais e comunitárias para o bem viver.

Nesse sentido, é importante frisar a importância da educação permanente para os profissionais de saúde, como uma política que deve dar conta dessa formação e de outras habilidades, como a comunicação, tão importante para a realização de práticas educativas.

A participação no grupo *fortaleceu os laços de amizades* entre as mulheres do Novo Barroso e também favoreceu o estabelecimento de novos relacionamentos, novos vínculos, tanto entre elas como entre elas e os profissionais de saúde do CSF, que participaram dos encontros. Esse fato contribuiu para aumentar a adesão das mulheres aos encontros e para facilitar a elaboração do conhecimento, pois elas sentiam-se muito à vontade para compartilhar suas experiências e sentiam-se bem convivendo com outras mulheres da comunidade.

Destacamos o crescimento individual das mulheres, a cada encontro. No início, elas estavam tímidas, caladas, especialmente as participantes Diamante e Rubi, mas, com a continuidade dos encontros, elas estavam mais descontraídas e passaram a participar mais ativamente das atividades. Essas mudanças foram percebidas inclusive pelas demais integrantes do grupo.

Foi de grande valia contar com a *participação de outros profissionais de saúde* na maioria dos encontros do grupo de mulheres. O dentista do CFS, a nutricionista e a educadora física que cursam a Residência em Multiprofissional em Saúde da Família oferecida pela SMS

de Fortaleza, logo que tomaram conhecimento da formação do grupo de mulheres, manifestaram a intenção de participar das atividades, inclusive do encontro dos adolescentes do bairro, promovido pelo grupo de mulheres. Os acadêmicos de Enfermagem, monitores do PET Saúde da UNIFOR, que desenvolviam suas atividades curriculares e extracurriculares no CSF Janival de Almeida, também demonstraram interesse em participar dos encontros. Reconhecemos a importância da participação desses profissionais no grupo e favorecemos sua inclusão nos encontros semanais. As mulheres receberam positivamente os novos integrantes, pois percebiam que o grupo estava sendo conhecido não apenas na comunidade, mas também no CSF e no meio acadêmico.

Os profissionais de saúde participantes contribuíram para a discussão dos temas no grupo de mulheres, complementando os saberes em saúde e também para o desenvolvimento das atividades planejadas com o grupo e na superação das dificuldades e problemas comunitários. Essa participação foi imprescindível para o resgate e *exercício da interdisciplinaridade na ESF*, que não pode ser confundida apenas com trabalho em equipe, pois a atuação interdisciplinar implica a busca do conhecimento, num constante ir e vir de resolução de problemas e em ação-reflexão-ação. É preciso uma nova visão ante os problemas que afetam a saúde dos sujeitos, com enfoque na Promoção da Saúde comunitária (MEIRELES E ERDEMANN, 2005).

Cunha et al (2009) concordam na ideia de que, na perspectiva da Promoção da Saúde, a atuação interdisciplinar é imprescindível, pois envolve múltiplas dimensões para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e, sendo assim, não pode ser desenvolvida com base em uma só área do conhecimento; é necessária a incorporação de outros saberes, contudo, a atuação interdisciplinar é necessária em todos os níveis de assistência à saúde, pois o intuito é oferecer uma atenção integral sobre os diversos fatores que interferem na saúde das populações. Desse modo, é imprescindível que cada profissional ultrapasse sua área de atuação, sempre compreendendo seus limites e possibilitando a contribuição de outros profissionais (LOCH-NECKEL et al,2009).

Para Cunha et al (2009), a Promoção da Saúde é um caminho em construção para a melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento dos indivíduos, que deve incluir solidariedade, interdisciplinaridade e envolvimento dos agentes sociais.

As participantes acreditam que podem compartilhar o conhecimento adquirido no grupo, com outras mulheres da comunidade e com sua família. Esse fato é positivo, pois, segundo Macedo e Monteiro (2006), a família é uma instituição na qual os sujeitos iniciam

sua formação, constituindo-se a base da incorporação de padrões de comportamento, valores morais, sociais, éticos e espirituais, entre outros, e sendo as mulheres participantes, em sua maioria, cuidadoras da família, os saberes formados no grupo contribuirão significativamente para a incorporação de novos comportamentos.

Todos os elementos destacados neste capítulo são indicadores atribuídos à maneira como aconteciam os encontros, como foram planejados, organizados e desenvolvidos, quando utilizamos tecnologias educativas, que valorizam a participação das mulheres nas atividades, o seu saber e a sua experiência. No grupo de mulheres *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*, elas tiveram voz e vez. Recomendamos que esses requisitos citados anteriormente sejam observados ao se planejar a constituição de um grupo comunitário, para a realização de atividades educativas em saúde, porque, em nosso estudo, foram essenciais para o progresso das atividades grupais junto à mulheres da comunidade.

Pereira et al. (2007) também citam aspectos essenciais para que um grupo mantenha sua sustentabilidade, como atividades lúdicas, retroalimentação, persistência, respeito, responsabilidade e estímulo.

Ante as considerações destacadas anteriormente, como, por exemplo, disponibilidade de material educativo (lápiz de cor, cartolina, pincel, folhas de papel etc) para desenvolver as práticas educativas, disponibilidade de tempo para planejar conjuntamente as atividades educativas, e da importância da utilização de tecnologias educativas que incluam os sujeitos da prática educativa, de maneira descontraída e motivadora, conseguimos compreender alguns dos motivos de ocorrerem poucas atividades educativas na ESF, pois nem sempre é fácil agregar todos esses elementos. Muitas vezes, é preciso um pouco mais de criatividade e motivação do profissional de saúde para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde junto à comunidade. Existe, todavia, um pressuposto fundamental e imprescindível em toda prática educativa e é disponibilizado facilmente, que é a parceria, a participação ativa dos envolvidos, mediante o *diálogo*; sem isso não há Educação em Saúde, por melhores que sejam as condições físicas e materiais do CSF.

Enfatizamos que, em atividades educativas junto a grupos comunitários, a relação dialógica e participativa deve ser valorizada e incentivada, pois é a proposta mais viável.

Outro ponto fundamental observado no estudo foi contribuir para que os sujeitos *voltem sua atenção para a realidade local*, enfocando os principais problemas de saúde daquela comunidade e discutindo conjuntamente essas questões, tentando visualizar as opções

possíveis para seu enfrentamento e superação numa ideia ampliada de saúde, identificando responsabilidades individuais e sociais. Esse foi o grande diferencial da prática educativa desenvolvida neste estudo e foi facilitado graças à utilização da abordagem CBPR, imprescindível para o alcance dos objetivos do estudo.

É necessário que os sujeitos e os grupos procurem identificar seus objetivos, satisfazer suas necessidades e contribuir para a modificação favorável do ambiente. Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde implica o desenvolvimento de ações educativas para a aquisição de habilidades dos sujeitos na busca pelo viver saudável (CUNHA et al, 2009).

Após vários encontros do grupo de mulheres, cujos primeiros contribuíram para o fortalecimento do vínculo e confiança entre as participantes, e em seguida foram estudadas, conjuntamente, três questões fundamentais de saúde da mulher, na opinião das mulheres do Novo Barroso (gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade). O grupo voltou-se para a *questão prioritária da comunidade*, que era a gravidez na adolescência, e sentiu-se desafiado por este problema, que é complexo e envolve diversas questões sociais. As mulheres não se deixaram desanimar, porém, e uniram forças para estudar as causas da gravidez na adolescência no bairro e planejar estratégias viáveis para amenizar esse problema comunitário. Isto não foi uma tarefa das mais difíceis para elas, pois conheciam o bairro, as pessoas e algumas delas já vivenciaram a gravidez na adolescência e conhecem profundamente essa experiência.

Para Cunha et tal (2009), uma das estratégias prioritárias de Promoção da Saúde é a possibilidade de as pessoas organizarem o próprio cuidado com sua saúde, baseadas em suas experiências de vida.

Na Educação Popular, é importante que, mediante o diálogo, possamos “desafiar os grupos populares para que percebam, em termos críticos, a violência e a profunda injustiça que caracterizam sua situação concreta”. (FREIRE, 1996: 80).

Segundo Neves e Cabral (2008), embasado nos ensinamentos de Freire, a mulher, mediante a aquisição de conhecimentos, como ferramenta para libertação, é quem pode refletir sobre sua realidade, estabelecendo o controle sobre sua vida. E, por meio do *empoderamento* individual, ação-reflexão-ação, poderá realizar uma transição da consciência ingênua para a crítica.

O aprendizado constituído com o grupo favoreceu não apenas o reconhecimento, pelas mulheres, da realidade local e em parceria e com os profissionais de saúde e com a própria comunidade, essas mulheres contribuíram para transformação dessa realidade, pois

são sujeitos da sua história. Assim, pudemos vivenciar os preceitos de Freire (1996:69), ao referir que “aprender é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura.”

Concordamos com Trindade e Ferreira (2009), quando dizem que a clientela dos serviços de saúde é potencialmente capaz de promover ações de saúde, mediante suas diversas possibilidades e estímulos dos profissionais de saúde.

Apoiadas pelos profissionais de saúde envolvidos, as mulheres não mediram esforços para fazer um filme baseado nas suas realidades e realizar o encontro com os adolescentes com foco na prevenção da gravidez na adolescência. Esses acontecimentos demonstram o *protagonismo e empoderamento* das mulheres de uma comunidade da periferia de Fortaleza, que, ante sua problemática local, a gravidez na adolescência, não cruzam os braços e assistem a tudo; elas discutem seus problemas e tentam amenizá-los, com o apoio e incentivo da ESF.

Para Souza e Tyrell (2007), quando falamos de *empoderamento* e promoção da cidadania das mulheres, é importante levar em consideração questões como gênero, direitos sexuais e reprodutivos.

Na prática educativa em saúde, é preciso *innovar, recuperar os espaços sociais* existentes no bairro, criar redes de apoio à comunidade e atuar interdisciplinarmente. Este estudo constata que a comunidade necessita ser apoiada para utilizar suas forças na solução de seus problemas locais. Muitas vezes, basta apenas um pouco de boa vontade e disponibilidade dos profissionais de saúde, para que não desistam nas primeiras dificuldades.

Trindade e Ferreira (2009) concordam com a ideia de que o protagonismo dos sujeitos possibilita o fortalecimento de sua autonomia, auxiliando-os na tomada de decisões que afetam suas vidas. Para Neves e Cabral (2008), o sujeito está *empoderado* quando tem a liberdade para tomar as próprias decisões, estando munido de informações necessárias para tal.

Freire (1996) enfatiza que a aprendizagem deve estimular o processo de autonomia dos sujeitos, devendo, assim, estar baseada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, incluindo a liberdade do ser. De acordo com Freire (1996: 107), “ninguém é autônomo primeiro para depois decidir... a autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas... a autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser”.

Neves e Cabral (2008) em seu estudo com mães cuidadoras de crianças de um hospital público, referiram que o *empoderamento* individual dessas mulheres foi feito no enfrentamento das situações-limites dos cuidados, em complementação aos encontros com os profissionais de saúde. As autoras perceberam que a troca de experiências entre essas mães cuidadoras durante a pesquisa também representou uma forma de *empoderamento* coletivo.

As participantes avaliaram positivamente os encontros do grupo de mulheres, referindo à importância da troca de experiências e que a oportunidade de conversação entre as mulheres contribuiu para o bom êxito do grupo, pois, nas consultas individuais no CSF, as mulheres, na maioria das vezes, são sujeitos passivos no recebimento de informações e intervenções dos profissionais de saúde.

O grupo *Supermulher: a saúde cor-de-rosa* construiu sua *identidade* no bairro. Elas se reconhecem como *pessoas de referência na comunidade* do Novo Barroso. Acreditam que podem compartilhar os saberes constituídos no grupo, com outras mulheres de sua comunidade e com sua família.

A percepção é de que é rara a existência de grupos de mulheres atrelados à ESF em Fortaleza, principalmente se estes grupos funcionam como parceiros da equipe de saúde. O grupo de mulheres do Novo Barroso despertou a atenção e curiosidade não apenas dos demais profissionais do CSF local, mas também de outros profissionais de saúde da atenção primária, ligados a SER VI no Município, fazendo-os compreender que é possível mobilizar a comunidade para o enfrentamento de seus problemas locais. Essa compreensão se evidencia mediante o convite feito ao grupo de mulheres para apresentar suas experiências em saúde comunitária, no próprio CSF, na SER VI e em um curso de saúde da mulher para profissionais de saúde, promovido pela SMS de Fortaleza.

Alvim e Ferreira (2007) compreendem ser necessária uma mudança de perspectiva no pensamento e ação do enfermeiro atuante na Educação Popular em Saúde. Isto é, perceber a pessoa como cidadã participativa e consciente de sua condição de vida implica necessariamente uma prática educativa com base no diálogo, mediante uma relação horizontal entre os envolvidos. É imprescindível que o enfermeiro considere o modo de vida dos sujeitos e de sua comunidade com respeito as suas concepções e práticas de vida e saúde.

Participar do grupo de mulheres também constituiu grande momento de aprendizagem para nós e para os ACSs, pois, compartilhando experiências com as mulheres, pudemos adquirir com a comunidade outros saberes que muitas vezes não se adquire em livros ou na universidade, e sim vivenciando os processos na prática comunitária. Nessa

perspectiva, concordamos com Freire (1987:39) quando refere que educador e educando são sujeitos do processo de aprendizagem em que crescem juntos e que “o educador já não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”.

Cunha et al (2009) compreendem que todas as ações de assistência de enfermagem devem se efetivar mediante o cuidado, a educação, informação e comunicação. Assim, a Promoção da Saúde deve ser considerada uma possibilidade de cuidado em enfermagem.

Para Trindade e Ferreira (2008), a Educação em Saúde é uma possibilidade de o enfermeiro criar espaços discursivos sobre questões inerentes à saúde da mulher, como sexualidade, considerando aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos e se apropriando de espaços como hospitais, creches, escolas, indústrias e empresas, direcionando essas atividades para o indivíduo, família e comunidade, desenvolvidas no âmbito da interdisciplinaridade para uma compreensão maior desses aspectos.

Nosso estudo sinalizou para a necessidade da flexibilidade e da inclusão dos sujeitos em todo o processo da prática educativa, desde o planejamento, a execução até a avaliação e divulgação dos resultados, valorizando a realidade e a necessidade daquela comunidade, como também o saber e as experiências de todos os sujeitos. Para isso, devemos lançar mão de tecnologias educativas lúdicas, que respeitem a cultura e o contexto daquela comunidade, para, assim, estabelecermos uma relação dialogada e participativa e elaborarmos compartilhadamente novos saberes em saúde.

Concluimos que a prática educativa em saúde é viável sim de ser desenvolvida na ESF, desde que considerados esses aspectos importantes, como os que foram citados anteriormente neste capítulo.

A participação das mulheres no grupo *Supermulher: a saúde cor-de-rosa* contribuiu para o aumento da autonomia, emancipação e fortalecimento da cidadania e consciência crítica dessas mulheres, mediante as evidências percebidas no decorrer do estudo. Desse modo, acreditamos haver alcançado os objetivos deste estudo, como o de descrever experiências de mudanças comportamentais adotadas por um grupo de mulheres adultas jovens, como resultado da utilização de tecnologias educativas para a Promoção da Saúde deste grupo de usuárias. Sabemos, entretanto, que a mudança de comportamento dos sujeitos é algo que exige força de vontade e determinação, no decorrer de um período.

Concordamos com Alvim e Ferreira (2007: 317 p) quando referem que, na educação problematizadora, não ocorre, na maioria das vezes, a mudança imediata de comportamento, que só é percebida quando o sujeito “der marcas de transformação do seu saber”, que acontece em processos contínuos, na intermediação dos saberes científicos e populares para a conquista de um novo saber.

As mulheres participantes deste estudo já nos ‘deram marcas’ de mudanças de comportamento, por tudo o que foi evidenciado durante os encontros com o grupo, mediante seus comentários na aprendizagem sobre temas em saúde (gravidez na adolescência, câncer de mama e infertilidade) e na própria ação planejada por elas, para tentar amenizar a problemática da gravidez na adolescência na comunidade onde vivem, quando se mobilizaram para fazer um vídeo sobre a temática e promover um encontro com os adolescentes do bairro. Isto demonstra sua tomada de decisão e conseqüentemente, aumento de sua autonomia.

De acordo com Oliveira et al. (2009), o potencial de um grupo para incitar mudanças de comportamentos é evidenciado pela presença de fatores terapêuticos, como oferecimento de informações, coesão do grupo, desenvolvimento de técnicas de socialização, aprendizagem interpessoal, entre outros.

Os elementos sinalizados nesse processo educativo em saúde, como, autonomia, emancipação, cidadania e consciência crítica, são aspectos que devem estar presentes em processos educativos que assegurem a participação das pessoas. As mudanças comportamentais advêm de processos que dão conta de assegurar isto nas pessoas.

O grupo *Supermulher: a saúde cor-de-rosa* da comunidade Novo Barroso continua a se encontrar, mesmo depois da conclusão deste estudo, o que nos faz pensar que, quando favorecemos a participação e o envolvimento dos sujeitos em todo o processo de desenvolvimento da prática educativa, estes se apropriam do grupo, criando um “sentimento de pertença” e fortalecimento de uma identidade própria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo surgiu de nossas inquietações, ao observarmos que ainda eram desenvolvidas poucas atividades educativas em saúde na ESF, muito embora este serviço de saúde esteja bem próximo ao local onde as pessoas vivem, e que, muitas vezes, essa prática seguia modelos impostos e rígidos, nos quais a necessidade, individualidade e a experiência de cada ser humano nem sempre eram consideradas. Sabemos que esse modelo de Educação em Saúde, no qual os sujeitos não participam ativamente, leva a uma baixa adesão às práticas educativas, tanto por parte da comunidade, como também dos profissionais de saúde, conforme observamos em nossa busca literária.

Com o intuito de investigar se é possível desenvolver atividades educativas dentro de uma perspectiva pautada na participação e emancipação da comunidade, com ênfase em tecnologias educativas na ESF, e perceber como a comunidade responde a processos como esses, propusemo-nos desenvolver atividades educativas em saúde, com um grupo de mulheres jovens da comunidade, desde uma abordagem diferenciada, pautada no diálogo e na participação dos sujeitos, reconhecendo seus contextos, saberes, experiências e suas necessidades, mediada por tecnologias educativas inclusivas desse processo e, por meio deste estudo, concluímos que isso é possível sim, desde que sejam observadas algumas questões já expostas.

Como objetivo deste estudo, buscamos analisar processos educativos mediados por tecnologias educativas, junto a mulheres adultas jovens assistidas pela Estratégia Saúde da Família, para a Promoção da Saúde deste grupo de usuárias. Acreditamos ter alcançado esse intuito, por tudo o que foi observado no período de convívio semanal com as mulheres participantes, exposto como resultados desse estudo.

Para nossas reflexões finais, trazemos aqueles aspectos que foram se consolidando durante nossa trajetória de estudos sobre práticas educativas em saúde e no decorrer do desenvolvimento dos encontros com as mulheres do grupo, pois o nosso contato com todas as participantes foi decisivo para o nosso aprendizado e crescimento pessoal e profissional, especialmente para a elaboração deste trabalho. Afirmamos, contudo, que não é pretensão do estudo esgotar toda a discussão que envolve a prática educativa em saúde na Estratégia Saúde da Família junto à comunidade; neste estudo, tivemos o propósito de trazer à tona alguns questionamentos e reflexões que envolvem essa temática.

Os problemas de saúde da comunidade do Novo Barroso, especialmente os referentes à saúde da mulher, sempre estiveram às vistas de todos os moradores do bairro. Parece-nos, entretanto, que se tornaram banais para aquela comunidade ou, então, se estiveram visíveis às pessoas, estas não se mobilizavam para mudar aquele contexto. Por outro lado, como profissional de saúde atuantes na ESF, na assistência àquela comunidade, ainda não havíamos despertado para o potencial que os grupos possuem para mobilização comunitária e enfrentamento de seus problemas.

A utilização da abordagem CBPR possibilitou esse despertar, tanto da comunidade quanto dos profissionais de saúde, mostrando-se uma estratégia positiva para o reconhecimento dos problemas comunitários e envolvimento e mobilização comunitária na superação dessa realidade. Desse modo, o estudo foi de profundidade social enorme e esperamos que possa trazer contribuições para:

Promoção da saúde e assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família

Nas práticas educativas, é preciso inovar e criar parceria com a comunidade no desenvolvimento dessas atividades. Para isso, é necessário ultrapassar os limites físicos do CSF e ir para o território, conhecer a comunidade, as famílias, os sujeitos e as suas necessidades e potencialidades.

As tecnologias educativas devem ser utilizadas no processo educativo, no sentido de incluir os sujeitos no processo de aprendizagem e facilitar o diálogo entre saber científico e popular, pois neste estudo foram imprescindíveis para o envolvimento e participação dos sujeitos e, assim, favoreceram sua aprendizagem.

A Promoção da Saúde pressupõe o resgate da participação comunitária, que deve ser incentivada, pois é preciso reconhecer as pessoas como capazes de promover seu cuidado, e, para isso, devem ter direito à participação nas decisões em saúde. Nessa perspectiva, é importante estimular a formação de grupos na comunidade assistida pela ESF, pois, além de contribuir na Promoção da Saúde desses sujeitos, estes podem se tornar parceiros dos profissionais de saúde no enfrentamento dos principais problemas de sua comunidade.

Na ESF, o enfermeiro é um profissional que está bem próximo das famílias e da comunidade, tendo assim a oportunidade de reconhecer o território não somente geograficamente, mas também os sujeitos e as potencialidades locais, para apoiar a comunidade no reconhecimento da sua realidade e na superação das dificuldades. Desse

modo, o enfermeiro não deve permanecer desenvolvendo uma prática educativa verticalizada e impositiva, pois sabemos que esta não é efetiva. Sua prática deve incluir a participação comunitária, com respeito à cultura, valorização das reais necessidades locais, contribuindo para o aumento da autonomia dos sujeitos, *empoderamento* comunitário, mudança social e transformação dos sujeitos em verdadeiros protagonistas de suas vidas. Parece-nos, entretanto, que o enfermeiro atuante da ESF ainda não despertou totalmente para o papel social que exerce como agente transformador da realidade, pois na nossa prática profissional o incentivo à participação comunitária nas decisões em saúde e na transformação da sua realidade ainda é incipiente.

Acreditamos que a experiência apresentada mediante a parceria comunitária, facilitada pela CBPR poderá contribuir para uma visão renovada da prática educativa na ESF, com vistas à Promoção da Saúde comunitária e individual e, conseqüentemente, o desenvolvimento da promoção da saúde, especialmente na prática do enfermeiro atuante na ESF, que valorizem o saber popular e a participação comunitária nas decisões em saúde, sensíveis às reais necessidades dos sujeitos e da comunidade, e que contribuam para a mudança social, pois o estudo demonstra que essa atuação é possível de ser realizada pelo enfermeiro atuante na ESF.

Os profissionais de saúde atuantes junto à comunidade devem estar atentos a questões de poder, raça, classe, comunicação e respeito, observando competências específicas que facilitem as relações entre pesquisadores e comunidades, que incluem competência cultural, comunicação, saber ouvir, partilha de poder e controle sobre as decisões e consenso.

Para que a prática educativa em saúde, com vistas à emancipação dos sujeitos, se torne parte das atividades da Estratégia Saúde da Família, não bastam apenas disponibilidade e compromisso dos profissionais de saúde, mas também apoio e incentivo dos gestores locais e órgãos responsáveis pela saúde pública. Imprescindível também é que essa prática seja experienciada e efetivada desde a graduação dos profissionais de saúde, sendo necessário o reforço das bases teóricas e práticas da Educação em Saúde e Promoção da Saúde entre esses formandos e frequente atualização desse conteúdo pelos profissionais de saúde atuantes na ESF.

Para as mulheres participantes

Para as mulheres, terem participado de um grupo feminino na comunidade constituiu momento prazeroso e de lazer, permitindo uma pausa na rotina diária para

encontrar e dialogar com outras mulheres, sejam da comunidade ou profissionais de saúde, permitindo a ampliação das amizades e o estreitamento de vínculos afetivos.

O aprendizado com o grupo foi evidente no estudo, pois elas ficaram à vontade para expressar seus conhecimentos, suas experiências e opiniões, como também convidaram espontaneamente outras mulheres para participar dos encontros, divulgando ser um momento prazeroso. Relataram que pretendiam estender esse aprendizado para sua família, amigas e outras pessoas que estivessem precisando.

A Educação em Saúde e as mudanças de comportamento iniciam-se na família. As mulheres do Novo Barroso são o alicerce da família, as responsáveis pelo cuidado com o lar e com os filhos. Sendo assim, as mulheres que participaram do grupo poderão estender seus saberes e práticas para sua família e incentivar mudanças de comportamento.

A participação no grupo de mulheres contribuiu para que elas se reconhecessem como pessoas de referência na comunidade e pudessem perceber todo o seu potencial transformador da realidade. Assim, sentiram-se *empoderadas*, pois tiveram a oportunidade de contribuir para a melhoria da comunidade onde vivem e exerceram sua cidadania mediante o envolvimento em uma atividade educativa de prevenção de gravidez na adolescência. Essa atitude favoreceu o aumento da autoestima, o poder de exigir seus direitos, exercer sua cidadania de forma plena e participar das decisões em saúde, sendo incluída efetivamente no processo de cuidar.

As mulheres sentiram-se importantes ao ajudar sua comunidade a superar seus problemas. Referem que nunca haviam tido essa oportunidade anteriormente e o grupo favoreceu essa atuação comunitária. Despertaram novas visões para o trabalho com grupos, sugerindo a realização de ações voluntariadas, conhecendo sua comunidade e as pessoas necessitadas e, assim, contribuir para a superação dessas dificuldades encontradas.

As participantes demonstraram mudanças de atitude, conhecimentos e competências para a mudança da realidade local. Algumas, que no início dos encontros estavam tímidas e retraídas, com o decorrer do tempo, foram se tornando mais comunicativas e participativas e, por que não dizer, mais autônomas e *empoderadas*.

Acreditamos ter contribuído para a Promoção da Saúde das mulheres participantes do grupo e para sua emancipação, e que tenhamos plantado uma sementinha de vontade em cada uma, em continuar o trabalho que foi apenas iniciado, pois o grupo de mulheres *Supermulher: a saúde cor-de-rosa* continua se encontrando semanalmente na comunidade do

Novo Barroso, algumas vezes, sem a presença frequente da enfermeira da ESF, pesquisadora deste estudo, não pela conclusão da pesquisa, mas porque sua presença não é mais necessária para que o grupo continue existindo, pois este se tornou independente e autônomo e, desse modo, as mulheres podem planejar suas ações e convidar outros sujeitos.

Para os ACSs participantes e para nós

A participação dos ACSs da ESF neste estudo, apoiando-nos e auxiliando-nos no desenvolvimento das atividades grupais, foi fundamental para o progresso do estudo. Ao final, eles também puderam manifestar suas opiniões sobre todo o desenrolar dessas atividades, contribuindo assim para uma ampla visualização das dificuldades e facilidades encontradas nesse processo, permitindo um avanço nas atividades educativas a serem desenvolvidas posteriormente na comunidade.

Acreditamos que participar do grupo de mulheres tenha sido um momento de aprendizado para esses sujeitos, tanto profissional, quanto pessoal, pois também são mulheres residentes no Novo Barroso e tiveram a oportunidade de dialogar sobre saúde da mulher com outras mulheres e estreitar laços com a comunidade assistida, que também são seus vizinhos. Sua participação no grupo de mulheres contribuiu para a aquisição de experiências no desenvolvimento de atividades educativas grupais e permitiu entrar em contato com a realidade das mulheres, compartilhando suas experiências.

Para nós, que também somos enfermeira da ESF, cada encontro constituiu um desafio, pois tivemos que dispor de tempo para o planejamento das atividades educativas e usar a criatividade e espírito de liderança para que essas atividades envolvessem ativamente todas as participantes e se constituíssem em um momento de prazer para todos os sujeitos envolvidos. Não é tarefa das mais fáceis conduzir uma atividade educativa, em que se procura realizar tudo conjuntamente com os envolvidos, mas, também, não é das mais difíceis, pois a interação com a comunidade proporciona momentos prazerosos e de intenso aprendizado, o que facilita a realização dessas atividades.

Apesar de já desenvolvermos atividades educativas na ESF há certo tempo, cerca de sete anos, este estudo permitiu vivenciarmos profundamente como é desenvolver atividades educativas, procurando inserir todos os sujeitos no processo, contemplando as necessidades de cada participante. Mesmo com as dificuldades encontradas, que perpassa todo o nosso fazer profissional, seja em qualquer nível de atenção à saúde, compreendemos que é possível desenvolver atividades educativas na ESF, vislumbrando o reconhecimento e a

mudança da realidade local, o aumento da autonomia, da emancipação e o exercício da cidadania dos envolvidos. O enfermeiro é um profissional que tem todo o potencial para o desenvolvimento desta prática.

Facilitar os encontros do grupo de mulheres constituiu um grande momento de aprendizado profissional, como também pessoal, além de ser um enorme prazer estar próxima da comunidade e das mulheres. Ao mesmo tempo em que nos portamos como pesquisadora, integrante de uma instituição de ensino superior de renome na cidade de Fortaleza – CE, também somos enfermeira da ESF, atuante naquela comunidade onde ocorreu a pesquisa. Em alguns momentos no desenvolvimento desse estudo, era difícil nos posicionar somente como enfermeira ou apenas como pesquisadora, pois ambas as atribuições se confundem e se complementam. Pudemos aprofundar nossos conhecimentos em saúde, principalmente, sobre saúde da mulher, a partir dos temas de interesse do grupo em cada encontro, como também acerca das tecnologias educativas, como as dinâmicas de grupo e jogos e podendo vivenciar essas novas experiências grupais.

O aprendizado adquirido foi imensurável, tanto em conhecimento científico, quando buscamos conhecer mais sobre Educação em Saúde, grupos na comunidade e sobre os temas em debate no grupo e outras experiências respeitantes à temática, como também e principalmente, os saberes adquiridos, por meio do diálogo com as mulheres da comunidade e com os demais parceiros do estudo, compreendendo as experiências individuais de cada participante. Esses saberes não se adquirem em livros ou na Universidade, mas sim, na interação com a comunidade. Ao chegarmos ao final deste estudo, a sensação é de realização profissional, imensa satisfação e crescimento pessoal.

Limitações do estudo

Os resultados encontrados neste estudo foram possíveis graças ao envolvimento interdisciplinar dos profissionais de saúde e à ativa participação dos sujeitos, estando diretamente relacionados à sua realização junto a um grupo de mulheres na ESF e à utilização do referencial da CBPR. Assim, não generalizamos, pois, não se sabe como outros grupos, como adolescentes, idosos, entre outros, respondem a processos como estes.

Sugerimos a realização de mais estudos, utilizando métodos participativos, que tragam novamente à tona questões como essas, para que, cada vez mais, a temática de Educação em Saúde faça parte das rodas de discussão entre os profissionais de saúde, com o intuito de aprimoramento dessa prática.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Reflexão. V. 61, n1. Jan/fev.2008, Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 17/01/2008. Acesso em: 01/04/2008.

AGÊNCIA PARA HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Community-Based Investigação Participativa**. Conferência Síntese. Julho de 2002. Agência para Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/about/cpcr/cbpr/>

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Evidence Report/Technology Assessment. **Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence**. Number 99. AHRQ Pub. No. 04-E022-1. August 2004.

ALVES, V.S. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol 9, n 16, p 39-52, set/2004/fev/2005, Botucatu, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 17/01/2008.

ALVIN, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da Educação Popular em Saúde e a Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 315-9.

ANDRADE, L. O. M, BARRETO, I. C. H. C, FONSECA, C. D. A Estratégia Saúde da Família. IN: DUNCAN, B.B.; SCHMITD, I. N.; GIUGLIANI, E. R. **J.Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência 3ª ed.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. N.; PEREIRA, W. R. Consulta de Enfermagem: um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista Enfermagem**. 2007, 20 (22): 226-9.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

BERKENBROCK, V. J. **Dinâmicas para encontros de grupo**: para apresentação, intervalo, autoconhecimento. 7ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080 e n. 8.142/90**. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

BESEN, C. B., SOUZA NETTO, M. DA ROS, M. A. A Estratégia Saúde da família como objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. V 16, n 1 São Paulo. Jan/abr. 2007. Disponível em www.scielo.br acesso em 02/04/2008.

CAMPOS, R. T. O. CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de Autonomia: o sujeito em questão. IN: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. de S. AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M; CARVALHO, Y. M. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec-Fiocruz; são Paulo-Rio de Janeiro: 2006. 669-687.

CARVALHO, V. L. CLEMENTINO, V.Q., PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 243-8.

CATRIB, A. M.; F., et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. IN: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

CHIESA, A.M.; VERISSÍMO, M.D.L.O.R. A Educação em Saúde na Prática do Programa Saúde da Família. IN: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de são Paulo, **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo e misto**. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, R.R. et al. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidades de cuidado de enfermagem. Reflexão. **Texto Contexto Enfermagem**; Florianópolis, 2009, jan-mar; 18 (1):170-6.

DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R, WILHELMS, D. M. Grupos de mulheres e elaboração de material educativo. IN: 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.

FARIDI, Z.; GRUNBAUM, J. A.; SAJOR GRAY, B.; FRANKS, A.; SIMOES, E. Community-based participatory research: necessary next steps preventing chronic disease. **Prev. Chronic Dis.**, v. 4, n. 3, p. A70, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 148 p, (coleção leitura).

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 17ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FLICKER, S.; SENTURIA, K.; WONG, K. **Desenvolver uma parceria CBPR**: identificação e seleção de parceiros. Disponível em: [Http://www.cbprecurriculum.info](http://www.cbprecurriculum.info). Acesso em: 06/12/2008.

FRANCO, M. F. A. **Percepção dos catadores do lixão do Jangurussu em face dos riscos ambientais e ocupacionais á saúde**. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza: 2007.

GRACIOTO, A.; GOMES, C. J.; ECHER, I. C.; LORENZI, P. D. C. Grupo de Orientação de cuidados aos familiares de pacientes dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, jan-fev, 59 (1): 106-108, 2006.

GAZZINELLI, M.F., A. GAZZINELLI, REIS, D.C; PENNA, C. M. M. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (1): 200-2006, jan/fev, 2005. 200-206.

GONÇALVES, L. H. T. ; SCHIERS, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Abr-Jun; 14(2):271-9, 2005.

HARTWIG, K. CALLESON, D. WILLIAMS, M. **CBPR: Primeiros passos**: Definições, fundamentos e principais fundamentos no CBPR. Disponível em: <http://www.cbprcurriculum.info>. Acesso em: 06/12/2008.

HOGA LAK, REBERTE LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):559-66.

ISREAL, B. **A Community- Based Participatory Research**: Princípios, fundamentos e Políticas recomendadas. Modelos de sucesso com CBPR. Washington, EUA, março, 2000, p 16-22. Disponível em: <http://aaspireproject.org/about/cbpr.html>. Acesso em 17/01/2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Ceará. Fortaleza. Acesso em: <HTTP://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20/07/2009.

LACERDA, W. A.; SANTIAGO, I. M. F. L. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Rev. Katálýsis**. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 197-205 jul./dez. 2007.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências para a ação educativa da Enfermeira. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, março-abril; 16(2), 2008. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 30/09/2008.

LOCH-NECKEL, G. SEEMANN, G, EIDT, H.B.; RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde coletiva**, 14 (Supl 1)1463-1472, 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOOMIS, M. E. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company, 1979.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T. ; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva** v.12 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2007. Disponível em www.scielo.br acesso em 17/01/2008.

MACEDO, V.C.D. ; MONTEIRO, A.R.M. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):222-30.

MCALLISTER, C. L. et al. Parents, Practitioners, and Researchers: Community-Based Participatory Research With Early Head Start. Public Health Matters. **American Journal of Public Health** | October 2003, Vol 93, No. 10.

MCGRANAGHAN, R. ; BROWN, J. K. **Divulgação dos resultados do CBPR**. Disponível em: <http://www.cbprcurriculum.info>. Acesso em: 06/12/2008.

MEIRELES, B. H.S. ERDMANN, A.L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 2005, jul-set 14 (3): 411-8.

MENDES, R. SUCUPIRA, A.C. Promoção da saúde, conceitos e definições. **SANARE. Revista Sobralense de Políticas Públicas**: Sobral, 2003.

MERHY, EE. **Saúde**, a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, EE. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, EE.; Onocko, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: hucitec, 2006. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2005.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad. Saúde Pública** v.18 n.6, nov./dez Rio de Janeiro, 2002.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**, 2ª Ed. Goiânia: AB, 2003.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E., Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**; Florianópolis, 2008, jul-set; 17 (3); 552-60.

IETSCHE, E. A. **Tecnologia Emancipatória**: possibilidade para a práxis de Enfermagem: Ijuí: Ed. UNIUI, 2000.

NIETSCHE, E A.; BACKES, V. M. S.; COLOMÉ, C. L. M.; CERATTI, R. N.; FERRAR, F. Tecnologias Educacionais, Assistenciais e Gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, maio-junho, 2005, 13 (3): 344-353.

OLIVEIRA, N.F., MUNARI, D.B., BACHION, M.M., SANTOS, W.S., SANTOS, Q. R. Fatores terapêuticos em grupos de diabéticos. **Rev Esc Enferm USP**, 2009, 43 (3):558-65.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, J.F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, 2004, nov/dez/, v 5, n 2.

OLIVEIRA, E.N. **Pancada de amor dói e adoce**: violência física contra mulheres. Sobral, CE: edições UVA, 2007.

PALERMO, AG, MCGRANAGHAN, R.; TRAVERS, R. **Desenvolver uma parceria CBPR**. Disponível em: <http://www.cbprcurriculum.info>. Acesso em: 06/12/2008.

PEDROSA, J. I. dos S. Avaliação das práticas educativas em saúde. IN: VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

PEREIRA QLC, SILVA CBDCA, PELZER MT, LUNARDI VL, Siqueira HCH. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 320-5.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no ministério da saúde: identificando espaços e referências. IN: 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.

PEREIRA, A. P. C. M.; SERVO, M. L. S. A Enfermeira e a Educação em Saúde: Estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v 30, n 1, jan/junho/2006, Salvador, 2006.

POPE, C. MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. Trad: Ananyr Porto Fajardo, 2ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2005.

RADNAI, G. P. **Qualidade das ações educativas em saúde desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família de Sobral: Avaliação à luz do referencial de Donabedian**. Monografia de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA: Sobral, 2005.

ROCHA, P. K; PRADO, M. L.; WAL, M. L. CARRARO, T. E. Cuidado e Tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, jan-fev, 2008, 61 (1): 113-6.

ROSSO, C.F.; COLLET, N. Os Enfermeiros e a prática de Educação em Saúde em Município do interior paranaense. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v1, n1, outubro, 1999. disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fenh/index>. Acesso em: 17/01/2008.

SCHALL, VT. MODENA, CM. As novas Tecnologias de Informação e Comunicação em Educação em Saúde. IN: Minayo, MC.; Coimbra Junior, CEA. (org.). **Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 245-255.

SINCLAIR, B. P. Promoção e prevenção de saúde. IN: Lowdermilk, D. L. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SOUZA KV, TYRRELL MAR Os Fatos & Atos Relacionados Ao (Difícil) Exercício Dos Direitos Sexuais e Reprodutivos: Em Recortes, O Processo de viver de um Grupo de Mulheres de Classes Populares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jan-Mar; 16(1): 47-54.

TOMASI, N. G. YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde-Fundamentos Essenciais**. Curitiba: As Autoras, 1999, 98p.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):1039-1047, jul-ago, 2003.

TREZZA MCSF, SANTOS RM, SANTOS JM. Trabalhando Educação Popular em Saúde com a arte construída no cotidiano da Enfermagem: um relato de experiência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 326-34.

TRINDADE, W. R. FERREIRA, M. A. Grupo feminino de cuidado: estratégia de pesquisa-cuidado à mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2009, maio-jun, 62 (3): 374-80.

TRINDADE, W. R. FERREIRA, M. A. Sexualidade Feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto-contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2008. jul-set, 17 (3): 417-26.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde.** IN: 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.

WALL, M. L. **Tecnologias Educativas:** subsídios para a assistência de enfermagem em Grupos. Goiânia: AB, 2001.

WALLERSTEIN, N. B. DURAN, B. *Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities.* **Health Promot Pract** 2006; 7; 312 originally published online Jun 7, 2006

APÊNDICES

APENDICE B – Roteiro para identificação das mulheres participantes do grupo**Nome:** _____**Idade:** _____**Escolaridade:**

- Analfabeta Ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto ensino médio completo

Ocupação:

- dona de casa, vendedora professora estudante outros:

Situação conjugal:

- casada Estável solteira separada viúva outros:

Renda Familiar (juntando todo o dinheiro que entra na casa):

- menos de 1 salário mínimo
 1 salário mínimo
 De 1 a 2 salários
 + de 3 salários

Número de Filhos _____

APÊNDICE C – Roteiro para identificação dos ACSs participantes

Nome: _____

Idade: _____

1) Tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde: _____

2) Tempo de atuação como ACS no Bairro Novo Barroso: _____

APÊNDICE D - “Caderninho do Saber”

Nome: _____

Encontro nº: _____ Data: ____ / ____ / _____

Temática do Encontro: _____

O que eu achei desse encontro no grupo de mulheres:

Minha Sugestão para o próximo encontro é:

Como podemos realizar o próximo encontro? Que materiais educativos podemos utilizar?

O QUE EU JÁ SABIA	O QUE EU APRENDI	O QUE EU ADOTO COMO COMPORTAMENTO

APÊNDICE E – Entrevista Semi-estruturada com as mulheres participantes do grupo

- 1) Por que você se interessou em participar do grupo de mulheres?
- 2) Pra você, como foi participar do grupo de mulheres?
- 3) A sua participação no grupo de mulheres contribuiu em sua vida? De que forma?
- 4) Qual a sua opinião sobre o desenvolvimento do grupo, em relação à maneira como os encontros foram:
 - a) Planejados –
 - b) Organizados –
 - c) Desenvolvidos –
- 5) O que você destacaria como ponto mais importante dos encontros do grupo de mulheres?
- 6) Que sugestões você daria para os próximos encontros grupais a serem desenvolvidos na ESF?
- 7) Como você se sentiu podendo ajudar a comunidade na superação de problemas como a gravidez na adolescência?
- 8) Pra você, como foi realizar o filme para ser apresentado à comunidade?

APÊNDICE F – Entrevista Semi-estruturada com os ACS.

- 1) Pra você, como foi participar do grupo de mulheres?
- 2) Qual a sua opinião sobre o desenvolvimento do grupo, em relação à maneira como os encontros foram:
 - d) Planejados –
 - e) Organizados –
 - f) Desenvolvidos –
- 3) Que dificuldades você aponta na realização deste grupo?
- 4) Em sua opinião, quais as facilidades para a realização do grupo de mulheres?
- 5) Que sugestões você daria para os próximos grupos a serem desenvolvidos na ESF?

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara Senhora,

Sou Enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC e estou desenvolvendo um estudo que tem como título: TECNOLOGIA EDUCATIVA: UMA PROPOSTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE UM GRUPO DE MULHERES.

Estamos convidando você a participar deste estudo, onde será formado um grupo de mulheres, que irão se encontrar semanalmente por cerca de dois meses, no Centro de Saúde da Família - CSF Janival de Almeida Vieira, para conversar e discutir temas de seu interesse em saúde. Você poderá participar ativamente de todos os encontros, desde o planejamento, organização, escolha e discussão dos temas em saúde, até a avaliação dos encontros. Todas as discussões durante os encontros serão registradas com sua autorização, através de um gravador de voz e máquina fotográfica para não perder nada importante. Depois, as falas serão transcritas e no último encontro confirmarei com você o que escrevermos. As fotos possivelmente serão divulgadas junto ao texto do que foi vivenciado no grupo. No final de todos os encontros, realizaremos entrevistas sobre o que você achou dos encontros do grupo de mulheres.

Dou-lhe a garantia que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que a qualquer momento, caso desejar, você poderá ter acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. A senhora tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento durante o andamento da pesquisa, sem que isto lhe traga prejuízo. Você não receberá pagamento para participar deste estudo. Entretanto, o benefício potencial desta sua participação é sua interação com outras mulheres, com as Agentes Comunitárias de Saúde e com a enfermeira pesquisadora para que novos conhecimentos sejam adquiridos ou transformados no sentido de promover sua saúde e contribuir para a melhoria das atividades educativas em saúde.

Aparentemente, você não corre risco em participar deste estudo, tampouco constrangimentos. Garanto que você poderá ter acesso, ao final do estudo, a todas as informações resultantes dele. Os registros apresentados serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Gostaria muito de poder contar com sua valiosa participação, que desde já agradeço. Se desejar participar do estudo, peço que assine esse termo de consentimento em duas vias, onde uma via ficará com a pesquisadora e a outra via ficará com você.

Se precisar entrar em contato comigo ou com minha orientadora, segue os endereços:

Aluna: Enfermeira Joyce Mazza Nunes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 Bairro Rodolfo Teófilo. Fone: 33668464

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Neiva Francenely Cunha Vieira

Endereço: Alexandre Baraúna, 949 Bairro Rodolfo Teófilo 60430-160
Fone: 33668029/33668027

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UFC: fone 3366.8338 para esclarecer dúvidas em relação a sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,

Joyce Mazza Nunes

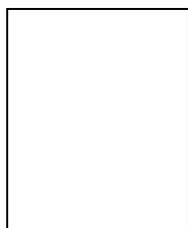
Pesquisadora, enfermeira e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da UFC

Consentimento pós-esclarecido

Eu _____, declaro que tomei conhecimento e fui esclarecida pela pesquisadora sobre o estudo citado acima, compreendi ao objetivos desta pesquisa e concordo em participar da mesma, dos encontros do grupo de mulheres e da entrevista. Concordo também, que os dados resultantes da mesma possam ser publicados.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

Assinatura da participante



Polegar direito da participante

Testemunha

APENDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACSs

Cara Agente Comunitária de Saúde - ACS

Sou Enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC e estou desenvolvendo um estudo que tem como título: TECNOLOGIA EDUCATIVA: UMA PROPOSTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE UM GRUPO DE MULHERES.

Nesta pesquisa iremos formar um grupo de mulheres para o desenvolvimento de atividades educativas em saúde, pautadas no diálogo, necessidades e realidade de mulheres assistidas na Estratégia Saúde da Família, com enfoque na promoção de saúde. Desse modo, convidamos você a participar dos encontros do grupo de mulheres, que será desenvolvido no Centro de Saúde da Família - CSF Janival de Almeida Vieira, onde você atua como ACS. Você poderá participar ativamente de todos os encontros, contribuindo na discussão com as mulheres e especialmente, na organização e coordenação deste grupo, onde todos os encontros serão registrados com gravador de áudio e possivelmente com câmera fotográfica. Também lhe convidamos a participar de uma entrevista que será gravada e realizada após todos os encontros do grupo de mulheres, onde abordaremos as dificuldades, facilidades e limitações observadas por você no decorrer dos encontros do grupo de mulheres.

Dou-lhe a garantia que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que a qualquer momento, caso desejar, você poderá ter acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. A senhora tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento durante o andamento da pesquisa, sem que isto lhe traga prejuízo. Você não receberá pagamento para participar deste estudo. Entretanto, o benefício potencial de sua participação é que você poderá adquirir novos conhecimentos sobre saúde e sobre desenvolvimento de atividades de educação em saúde, podendo aprimorar o seu trabalho como ACS.

Aparentemente, você não corre risco em participar deste estudo, tampouco constrangimentos. Garanto que você poderá ter acesso, ao final do estudo, a todas as informações resultantes dele, caso deseje. Os registros apresentados serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Gostaria muito de poder contar com sua valiosa participação, que desde já agradeço. Se desejar participar do estudo, peço que assine esse termo de consentimento em duas vias, onde uma via ficará com a pesquisadora e a outra via ficará com você.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe os seguintes endereços:

Aluna: Enfermeira Joyce Mazza Nunes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 Bairro Rodolfo Teófilo. Fone: 33668464

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Neiva Francenely Cunha Vieira

Endereço: Alexandre Baraúna, 949 Bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce, CEP: 60430-160, Fone: 33668029/33668027

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UFC: fone 3366.8338 para esclarecer dúvidas em relação a sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,

Joyce Mazza Nunes

Pesquisadora, enfermeira e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da UFC

Consentimento pós-esclarecido

Eu _____, declaro que tomei conhecimento e fui esclarecida pela pesquisadora sobre o estudo citado acima, compreendi ao objetivos desta pesquisa e concordo em participar da mesma, dos encontros do grupo de mulheres e da entrevista. Concordo também, que os dados resultantes da mesma possam ser publicados.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

Assinatura da participante

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do COMEPE



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 147/09

Fortaleza, 08 de junho de 2009

Protocolo COMEPE nº 153/ 09

Pesquisador responsável: Joyce Mazza Nunes

Deptº./Serviço: Unidade de Atenção à Saúde da Família-UBASF

Título do Projeto: "Tecnologia educativa: uma proposta para promoção da saúde de um grupo de mulheres"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 04 de junho de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 341/09

Fortaleza, 23 de novembro de 2009

Protocolo COMEPE nº 153/ 09

Pesquisador responsável: Joyce Mazza Nunes

Deptº./Serviço: Unidade de Atenção à Saúde da Família-UBASF

Título do Projeto: "Tecnologia educativa: uma proposta para promoção da saúde de um grupo de mulheres"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, que a filmagem realizada voluntariamente pelos sujeitos da pesquisa não terá necessidade da aprovação do COMEPE, uma vez que será utilizada na pesquisa supracitada, apenas a descrição dessa atividade.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B - Dinâmica de apresentação: 'Recebi um presente'

Trata-se de uma dinâmica rápida e que tem como objetivo principal fazer com que os participantes gravem mutuamente os nomes. Prepara-se um pequeno pacote, embrulhado como se fosse um presente. O coordenador inicia a dinâmica, explicando que cada qual irá receber este presente e que deve passar adiante para o seu vizinho, dizendo o nome das últimas pessoas que repassaram o presente. Para isto deverá ser usada a frase: “Este presente, eu recebi de fulano, que recebeu de sicrano, que recebeu de... e assim sucessivamente. E estou repassando para...” Neste momento, se deve passar o presente adiante para o vizinho e este deve dizer em voz alta o seu nome e dar continuidade ao repasse do presente.

FONTE: BERKENBROCK, V. J. Dinâmicas para encontros de grupo: para apresentação, intervalo, autoconhecimento. 7ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ANEXO C - Dinâmica de avaliação: Em três palavras

Esta dinâmica de avaliação de encontro se presta para ocasiões em que não se tem muito tempo para a avaliação, mas se pretende dar a oportunidade para que todos consigam expressar seu sentimento em relação ao encontro. Para isto, no final do encontro, num instante oportuno, o coordenador propõe que cada qual faça sua avaliação do encontro dizendo três palavras que caracterizaram – em seu modo de ver – o encontro. Espontaneamente cada um irá dizer sua avaliação em três palavras. Podem ocorrer palavras repetidas diversas vezes. Estas palavras repetidas – ou palavras com significado próximo – formam claramente a tônica da avaliação do encontro. A partir delas a coordenação pode perceber qual o sentimento que se conseguiu passar no encontro.

FONTE: BERKENBROCK, V. J. Dinâmicas para encontros de grupo: para apresentação, intervalo, autoconhecimento. 7ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ANEXO D – Dinâmica ‘Balão das expectativas ou do desejo’

Distribui-se entre os participantes um balão, uma tira de papel e uma caneta. Pede-se que cada um escreva nas tiras as suas expectativas em relação ao encontro, identificando-se e em seguida, dobre a tira bem fininha e a coloque dentro do balão, encha o balão e o amarre. Todos ficam em pé e jogam o balão para cima, sem deixá-lo cair. Os participante trocam os balões entre si e em seguida, cada participante pega um balão qualquer, que não seja o seu, estoura-o e lê as expectativas de seu colega, comentando sua opinião.

FONTE: GONÇALVES, A. M. Dinâmica de grupos na formação de lideranças. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2007, 10ª Ed.

ANEXO E - Dinâmica do Espelho

MATERIAL: Ter uma caixa de papelão forrada, com tampa que possa ser aberta com facilidade.

- O coordenador apresenta aos participantes do grupo a caixa, dizendo que dentro dela encontra-se a coisa mais importante do mundo.

- explica que vai mostrar o conteúdo da caixa a cada um dos participantes, mas que eles não devem mostrar aos vizinhos, nem fazer qualquer comentário. Seja qual for o sentimento que tenham ao olhar o conteúdo da caixa, (surpresa, admiração, alegria, medo, etc...) Não devem se manifestar.

Em seguida passa a caixa, abrindo-a a cada um dos participantes, que ao se verem no espelho ficarão surpresos e admirados.

Logo após franquia a palavra para que os participantes digam o que sentiram ao se verem na caixa, sendo apresentados como a coisa mais importante do mundo.

FONTE: Jura em prosa e verso. Dinâmicas de grupo. Dinâmica do espelho. Disponível em: <http://www.juraemprosaeverso.com.br/Dinamicas/DinamicadoEspelho.htm>. Acesso em: 22/07/2009.

ANEXO F –Sinopse do vídeo Meninas

No dia em que completa 13 anos, Evelin descobre que está grávida de seu namorado, um rapaz de 22 anos que acaba de se desligar do tráfico de drogas para o qual trabalhava na Rocinha, Rio de Janeiro, onde vivem. A gravidez não a impede de continuar sendo a garota de sempre. A possibilidade de um aborto nem passou pela cabeça de Luana, 15 anos, quando ela descobriu que estava grávida. Órfã de pai, Luana vive com quatro irmãs e a mãe em uma casa onde só há mulheres. Desde cedo ajudar a mãe a criar as irmãs mais novas, e há meses vinha alimentando a idéia de ter um filho “só para ela”. Edilene não planejou nem evitou sua gravidez. Tampouco o fez sua mãe. Agora, mãe e filha estão grávidas. Edilene espera um filho de Alex, por quem é apaixonada. Alex engravidou ao mesmo tempo sua vizinha, Joice, de 15 anos. Edilene, aos 14 anos e grávida, já vai viver o drama de um triângulo amoroso. Ao longo de um ano a equipe acompanhou o cotidiano destas quatro “meninas-mães”.

Fonte: <http://www.cinepop.com.br/filmes/meninasdoc.htm>

ANEXO G - JOGO DO REPOLHO

Objetivo

Esta é uma forma criativa de mensurar o conhecimento das pessoas, em relação a determinado assunto.

Material

Papel A4 com perguntas pré-elaboradas, pelo facilitador ou pelo grupo.

Procedimento

Elaborar previamente, questionamentos sobre o tema escolhido, em folhas de papel para as pessoas responderem. Cada pergunta é colocada em folhas diferentes, ou seja, uma pergunta em cada folha. Em seguida, enrolar cada folha, uma após a outra, de modo que todas fiquem como que envolvendo uma a outra, formando uma bola, assemelhada a um repolho.

Levar o repolho para a sala e passar para alguém específico ou solicitar um voluntário. Colocar uma música bem ritmada e ficar de costas para o grupo. O grupo vai passando o repolho enquanto a música toca. O facilitador deve para a música subitamente e quem estiver com o repolho deverá retirar a primeira folha, ler o que está escrito e responder. Se não souber a resposta o grupo pode responder. E assim, sucessivamente até que a última folha seja respondida.

Variação: Pode-se utilizar uma caixa tampada com as perguntas em seu interior

FONTE: <http://www.via6.com/topico.php?tid=98361&cid=10243>
Acesso em: 15/08/2009.

ANEXO H - CASO FICTÍCIO SOBRE INFERTILIDADE PARA DRAMATIZAÇÃO

M. L. é uma jovem de 30 anos casada há 08 anos com M. de 35 anos. M. L. nunca tinha engravidado e sonhava muito em ser mãe; por isso, junto com seu esposo e sua mãe, procurou a ginecologista para saber o que estava acontecendo com eles.

No dia da consulta, a ginecologista conversou com o casal e avaliou a situação de saúde. M. L., seu esposo e sua mãe, aproveitaram para tirar todas as suas dúvidas com as doutoras, que forneceram material informativo sobre infertilidade e agendaram uma nova consulta para daqui há 1 mês.

FONTE: Construído pela autora e pelas participantes.

ANEXO I – Cordel sobre infertilidade**A INFERTILIDADE**

Um problema de saúde
É a infertilidade
Atinge muitos casais
Causando ansiedade
Mas pode ser revertida
Se tiver agilidade

Ela pode ser primária
Se nunca engravidou
E pode ser secundária
Se um filho já gerou
Mas pode ser evitada
Pra aquele que se cuidou

São muitas suas causas
Tem aquelas femininas
Somente trinta por cento
São as causas masculinas
Mas tem ainda aquelas
Femininas e masculinas

Aquele casal infértil
É o que não engravidou
Após mais de um ano
Que a relação começou
Pode ainda conceber
Quando ele acreditou

A idade da mulher
É fator determinante
Após trinta e cinco anos
Cada vez é importante
Pra conceber um filho
É tentar a todo instante

Ovários policísticos
Causa infertilidade
Tem a endometriose
Pra mim não é novidade
Isso tudo meu amigo
Causa esterilidade

É possível reverter
Tratar a infertilidade
Com muita paciência
E também tranqüilidade
Pra um filho conceber
Alcançar felicidade

Pra resolver o problema
Temos muito tratamento
O casal junto decide
O melhor nesse momento
Fazer inseminação
Salva muito casamento

A concepção assistida
Com uma orientação
Envolve modernas técnicas
Para fertilização
Tem o bebê de proveta
E indução da ovulação

Fonte: construído pela autora.

ANEXO J - Dinâmica de avaliação: Que bom, que pena, que tal

Trata-se de uma dinâmica de avaliação baseada um pouco no impulso emocional. Para isto, a coordenação prepara uma folha, onde está escrito na parte superior, em distância simétrica: “Que bom!”, “Que pena!”, “Que tal?”. Pode-se fazer um traço de maneira a compor colunas simétricas na folha de alto a baixo. Cada participante recebe uma folha e deve escrever na respectiva coluna o que lhe vem a mente ao ler as expressões “Que bom!”, “Que pena!”, “Que tal?”, pensando no encontro que está encerrando. Dá-se um tempo, para que cada qual escreva sua avaliação. Terminado o tempo combinado, cada participante lê para os outros o que lhe veio à mente e colocou por escrito ao ver as expressões e pensar no encontro que está chegando ao fim.

FONTE: BERKENBROCK, V. J. Dinâmicas para encontros de grupo: para apresentação, intervalo, autoconhecimento. 7ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ANEXO K - Dinâmica: Caixa de Bombom

(Adaptado pela pesquisadora para utilizar no grupo de mulheres na discussão sobre gravidez na adolescência)

Estabelece-se o número de participantes e seleciona-se o mesmo número de qualidades para serem abordadas durante a dinâmica. Poderão ser introduzidas algumas que achar relevante dentro da situação em que vive. A pretensão é que todos escolham uns aos outros durante a mesma, podendo acontecer de algum participante não ser escolhido.

O Presente: O organizador pode escolher como presente alguma guloseima como uma caixa de bombom com o mesmo número de participantes, ou outro que possa ser distribuído uniformemente no final da dinâmica. Este presente deve ser leve e de fácil manejo pois irá passar de mão em mão. Tente embrulhá-lo bem atrativo com um papel bonito e brilhante para aumentar o interesse dos participantes em ganhá-lo.

Disposição e local: os participantes devem estar em roda ou descontraidamente próximos.

Início: O organizador com o presente nas mãos diz (exemplo): Caros amigos, eu gostaria de aproveitar este momento para satisfazer um desejo que há muito venho querendo fazer. Eu queria presentear uma pessoa muito especial que durante o ano foi uma grande amiga e companheira e quem eu amo muito. Abraça a pessoa e entrega o presente. Em seguida pede um pouquinho de silêncio e lê o parágrafo 1:

1.PARABÉNS!

Você tem muita sorte. Foi premiado com este presente, mas ele ainda não é seu. Queria saber por que você acha que acontece a gravidez na adolescência e pergunte a opinião de suas colegas.

Observe os amigos em torno e passe o presente que recebeu para quem você acha mais ALEGRE.

2.ALEGRIA!ALEGRIA!

Hoje é festa, pessoas como você transmitem otimismo e alto astral. Parabéns, com sua alegria, mas o presente não é seu. Você que é tão alegre, responda qual o significado da gravidez na adolescência para você? E para as adolescentes grávidas?

Depois que todas responderem também, passe o presente a quem achar mais INTELIGENTE.

3. A INTELIGÊNCIA NOS FOI DADA POR DEUS. Parabéns por ter encontrado espaço para demonstrar este talento, pois muitas pessoas são inteligentes e a sociedade, com seus bloqueios de desigualdade, impede que eles desenvolvam sua própria inteligência. Mas o presente ainda não é seu. Você que é tão inteligente, responda: qual a influência da gravidez na adolescência para a sociedade como um todo?

Passe-o a quem lhe transmite PAZ.

4. O mundo inteiro clama por **paz** e você gratuitamente transmite esta tão grande riqueza. Parabéns! Você está fazendo falta às grandes potências do mundo, responsáveis por tantos conflitos entre a humanidade. Com muita Paz, responda por que é importante discutir gravidez na adolescência no grupo “Super mulher: a Saúde cor-de-rosa”? Passe o presente a quem você considera AMIGO.

5. Diz uma música de Milton Nascimento, que "amigo é coisa para se guardar do lado esquerdo do peito, dentro do coração". Parabéns por ser amigo, mas o presente. . . ainda não é seu. Responda como nós do grupo “Super-mulher: a saúde cor-de-rosa” podemos contribuir para a redução da gravidez na adolescência no Novo Barroso? O que podemos fazer? Como e quando? Pergunte a opinião do grupo.

Em seguida, Passe o presente a quem você considera SOLIDÁRIO.

6. Parabéns! Você prova ser continuador e seguidor dos ensinamentos de CRISTO. Solidariedade é de grande valor. Já que você é tão solidário, pense em outras pessoas solidárias e Como nós do grupo “Super-mulher: a saúde cor-de-rosa” podemos discutir a temática gravidez na adolescência com a comunidade do Novo Barroso? Quando? O que podemos utilizar? Quem pode nos ajudar? “Mas o presente ainda não é seu, passe-o a quem você acha mais justa do grupo.

7. “Justiça! Foi o que Cristo mais pediu para o seu povo e por isso foi crucificado. Mas não desanime. Ser justo é colaborar com a transformação de nossa sociedade. Mas já que você é muito justo, não vai querer o presente só para você. Abra e distribua com todos, desejando-lhes FELICIDADES!”

ANEXO L - Sinopse do Filme “Menina Mulher”**MENINA MULHER**

Elenco: Esmeralda, Opala, Ametista, Citrino, Topázio e Ágata.

Direção: Opala

Autoria: Grupo de mulheres do Novo Barroso - *Supermulher: a saúde cor-de-rosa*

Filmagem: Joyce Mazza

Estréia: 29 de setembro de 2009 – Diamante Drinks – Novo Barroso

Sinopse: Paty é uma garota de 13 anos, que conhece Léo, um menino de 17 anos. Os dois começam a ficar e ela engravida. Sua melhor amiga e confidente é a Nanda, outra adolescente de 15 anos. Léo e sua mãe se recusam a aceitar a gravidez de Paty, que fica desesperada. Paty, mesmo grávida quer sair com Nanda para o forró, mas sua mãe não a apóia. Diante das dificuldades de uma gravidez na adolescência, Paty reconhece que errou e promete para sua mãe que a partir de agora, terá mais cuidado para evitar outra gravidez na adolescência e conversará com Nanda para que ela também evite engravidar na adolescência.

Fonte: Elaborado pela autora e pelas participantes do estudo.