

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

ESTELA MARIA LEITE MEIRELLES MONTEIRO

**(RE) CONSTRUÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A
PARTIR DE CÍRCULOS DE CULTURA: experiência participativa com
enfermeiras do PSF do Recife/PE**

**Fortaleza
2007**

ESTELA MARIA LEITE MEIRELLES MONTEIRO

**(RE) CONSTRUÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A
PARTIR DE CÍRCULOS DE CULTURA: experiência participativa com
enfermeiras do PSF do Recife/PE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração em Enfermagem de Saúde Comunitária.

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

**Fortaleza
2007**

ESTELA MARIA LEITE MEIRELLES MONTEIRO

**(RE) CONSTRUÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DE
CÍRCULOS DE CULTURA: experiência participativa com enfermeiras do PSF do
Recife/PE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 25 / 05 / 2007

BANCA EXAMINADORA:

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

Prof^ª. Dr^ª. Maria da Conceição Carrilho de Aguiar
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Silvana Sidney Costa Santos
Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG/RS

Prof^ª. Dr^ª. Meirecele Calíope Leitinho – Membro Efetivo
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^ª. Dr^ª. Maria Grasiela Teixeira Barroso
Universidade Federal do Ceará - UFC

Aos meus filhos, fruto de muito amor, Caroline, Alan e Hugo, personagens protagonistas na minha descoberta, por amar e ser amada em sua completude e humanidade. Ao Ricardo, meu maior incentivador, marido, companheiro, amigo, cúmplice, não na minha, mas na nossa história de vida. Ao meu amado e eterno pai nesta existência, Nelson Meirelles, um ser iluminado que me ensinou a me encantar com a vida a cada novo amanhecer, procurando fazer sua parte para um mundo melhor. À Antonina, minha mãe, guerreira e desbravadora incansável em perseguir e compartilhar seus sonhos e utopias. À minha tia-mãe Isabel lembrança eterna de dedicação e carinho em minha vida. Aos meus irmãos e irmãs Eunice, Edna, Izídio, Izidoro, partes de mim, amigos(as) de infinita dedicação, elo de fortalecimento mútuo de uma trajetória que não tem sido fácil, mas que, com certeza, nos ensina que com todos vocês tudo é mais prazeroso e feliz. À Rejane, minha irmã de Fortaleza pelo imenso carinho e acolhimento. Valeu a força!

AGRADECIMENTOS

Eu sou feliz, por poder agradecer sempre. Este é um momento especial de muita energia e emoção, percebo o sabor doce do apoio, a cor iluminada do abraço afetuoso, a delicadeza do toque que fortalece e impulsiona o cheiro da natureza que provoca nossa respiração mais profunda, o olhar que fala dentro da alma, o som que desperta, chama atenção e estimula por acreditar em nós. Assim, ao longo do meu caminhar, encontrei e tive o privilégio de conviver com seres humanos integrais, que assumiram e compartilharam comigo descobertas, desafios, conhecimentos e emoções no exercício de nossas inúmeras responsabilidades, como, gerar, criar, educar, corrigir, formar, ser exemplo, orientar, ser irmão (ã), ser amigo (a), sempre conservando o amor a vida, as pessoas, a natureza, ao planeta, as possibilidades das relações, permitindo-se incessantemente constituir novas perspectivas sobre a vida e a humanidade.

A vivência do Doutorado me aproximou mais de Deus, nosso pai, amigo e protetor, que com sua energia fortalecedora e seus ensinamentos de simplicidade e amor, deu-me força para perseverar na realização de sonhos e utopias.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a **Neiva Francenely Cunha Vieira**, mulher forte, encantada pela vida e encantadora por sua postura diante dos desafios, na defesa da verdade e da dignidade. Acredita em muitas coisas a partir de sua consciência crítica, mas desacredita do orgulho, da competição, da falta de solidariedade, da exclusão, dos privilégios, da acomodação. Ser humano competente e guerreiro, que me conduziu com seriedade e determinação nesta trajetória de desafios e incertezas, sem perder o referencial teórico metodológico da humanização existencial. Meu agradecimento especial.

Um ambiente de muita leitura e diálogo foi envolvido com companheirismo e aconchego tornando o difícil, desafiador e o aprendizado, prazeroso, pois minhas colegas de turmas, todas enfermeiras cearenses, algumas docentes, foram responsáveis por tornarem nossa turma uma equipe de trabalho e de crescimento pessoal; por isso, agradeço o carinho, apoio, momentos de descontrações, realização de minhas matrículas, caronas. Seres humanos especiais, pela identificação com o cuidar, com o compromisso profissional, com a dedicação aos seus, aos pacientes e a população que almeja uma assistência de saúde de qualidade. A “Elas” Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Karla Maria Carneiro Rolim, Rosane Arruda Dantas, Janaína Fonseca Victor, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Elizabeth Mesquita Melo, Iliana Maria de Almeida Araújo, mulheres vencedoras minha gratidão.

Eu mantenho carinho e admiração por Karla e Fátima, companheiras muito próximas, até na elaboração de trabalhos, seminários e artigos científicos, ensejando na construção coletiva um processo de crescimento mútuo e contagiante.

Realizar meu doutorado na Universidade Federal do Ceará foi um privilégio, pela competência profissional de sua equipe de professores; conscientes das inúmeras dificuldades que assolam as Universidades Públicas desbravam um trabalho enaltecido para a Enfermagem do Ceará, do Nordeste e do Brasil, demonstrando um empenho em manter o crescimento da Intuição de Ensino na formação profissional, *lato e strito senso*, articulado ao cenário que compõe as diversidades e potencialidades características da nossa região. Com carinho e apreço agradeço ao(às) Doutores(as), Ana Fátima Carvalho Fernandes, Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Rui Verlaine Oliveira Moreira, Maria Grasiela Teixeira Barroso, Marcos Vinícios de Oliveira Lopes, Glória da Conceição Mesquita Leitão, Ângela Maria Alves de Souza, Thelma Leite de Araújo, Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, Marta Maria

Coelho Damasceno, Marli Teresinha Gimenez Galvão, Maria Dalva Santos Alves, Lorena Barbosa Ximenes, Ana Karina Bezerra Pinheiro, Violante Augusta Batista Braga, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, Maria Josefina da Silva.

À Dr.^a Almerinda Holanda Gurgel e Dr.^a Maria Socorro Pereira Rodrigues agradeço o acolhimento afetuoso e o apoio em nosso primeiro contato para elaboração, em parceria, do Projeto de Qualificação Institucional (PQI), da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Faculdade de Enfermagem Nossa senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE).

À Coordenadora da Pós-Graduação Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes pela presença amiga e orientações pertinentes na condução de minha trajetória nesta instituição.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Thelma Leite de Araújo, Ana Fátima Carvalho Fernandes, Neiva Francenely Cunha Vieira pela competência e dedicação na realização das missões do PQI no Recife, oportunizando a troca de conhecimentos e o incentivo necessário para fazer germinar sementes de muito trabalho e garra para buscar melhores condições de trabalho e de oferta de Curso de Pós-Graduação *strito sensu* para a FENSG-UPE.

Ao Tiago, Valdicleide e Gisely, colegas do grupo de pesquisa FAMEPE e a professora Socorro Sherlock, com os quais tive a oportunidade de entrelaçar conhecimentos e firmar um convívio prazeroso.

À funcionária Jucilene Alves Veloso, pelo sorriso sempre presente com que nos recepciona, repassando informações precisas, mantendo organizados os equipamentos e ambiente das salas de aula, para a vivência dos momentos de ensino-aprendizagem.

Agradeço a equipe que compõe a Universidade de Pernambuco, a FENSG e o HUOC, Diretoria, Coordenação, Chefias de Departamento, professores, enfermeiras, auxiliares, funcionários, alunos pelo apóio, que comprometida com a qualidade do ensino e da assistência, concedeu minha liberação, permitindo que eu alçasse vôo, na busca do crescimento e aprimoramento profissional.

Às bibliotecárias Roseane de Almeida Silva (FENSG-UPE) pela disponibilidade e competência com que me auxiliou no cumprimento das determinações estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, neste estudo e da bibliotecária da UFC (BCS) Norma de Carvalho Linhares pelas consultas e correções finais de todo material em atendimento as padronizações estabelecidas pela UFC.

À bibliotecária da UFC (BCS) Rosane e funcionários César, Waldir, Adeli, Gracilda, João, Flávio, Eliezer e Edvaldo.

Ao Professor Dr. João Vianney Campos de Mesquita pela presteza e empenho na revisão estilística e gramatical da tese.

Ao Professor Dr. Carlos Domingues pela oportunidade de compor o grupo de professores envolvidos na elaboração do Programa de Qualificação Institucional (PQI), possibilitando a aquisição de bolsa de doutoramento pela CAPS.

À amiga Dr.^a Jael Maria de Aquino pela força presente em todos os momentos, ser humano ético e solidário que tenho a oportunidade de conviver e compartilhar projetos de trabalho e de vida.

À minha amiga Mestra Edilene Barbosa por sua postura ética no compartilhar das dificuldades e das alegrias.

Aos funcionários da FENSG-UPE Aleir, Sandra, Nadir, Zeza, Lucimário, Puã, Leia, Madalena, Fátima, Vera, Eliete, Rose, Beatriz, Rosário, Maria José, Marcos, Genival, Severino, Barbosa.

Às enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, colegas e amigas do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

Aos meus eternos professores da Universidade Federal de Pernambuco, dos quais guardo no peito um carinho sem igual, pois, além do conhecimento, com eles aprendi, através de exemplos, a valorizar e respeitar nossa profissão.

À Irmã Maria Vanda de Araújo, pessoa serena e dinâmica na realização do cuidar como essência da criatura humana. Exemplo de vida e dedicação.

À diretoria e coordenação de enfermagem do HUOC pela liberação e estímulo a capacitação profissional.

Às enfermeiras Andréia, Emanuela, Liliana, Joseli, Nádja, Socorro, Eliane, Rute por participação especial em momentos de minha vida.

À Direção da FENSG pelo incentivo e apoio para que eu fosse capaz de alcançar este objetivo de vida.

Às Prof^{as}. Dr.^a Maria da Conceição Carrilho de Aguiar (UFPE) e Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos (FURG) pelo carinho e apreço dedicados a avaliação criteriosa da tese, propiciando uma sólida contribuição para o aperfeiçoamento e conclusão deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso pela construção de uma trajetória de vida dedicada a UFC, ao ensino, a atividades de extensão e a pesquisa como alicerces de fortalecimento e “empowerment” da enfermagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPS), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Ao artista popular Edineudo Ribeiro de Mesquita dotado de habilidades e inspiração para o desenho desde menino, pela criação do retrato de Paulo Freire.

Meu irmão, venho lhe falar de um tal Círculo de Cultura.

Não é algo novo, pois nasce no começo dos anos 1960, no pensamento de Paulo Freire, para reinventar a educação.

É hora, porém de estudar, de fundamentar minha intenção de promover a saúde em um movimento, de construção coletiva, para fortalecer o saber popular que respeita a autonomia do cidadão brasileiro.

A satisfação é grande. Mexe com o coração e dá energia pra gente.

Quero crer que aprender é um ato de compreender, refletir, escolher, fazer valer seus direitos na saúde, com acesso à moradia, ao lazer e ao trabalho.

Nem por isso eu me encanto, nem descanso lá no canto.

Corro logo para defender o respeito e a dignidade da criança, do jovem, do homem, da mulher e do idoso, por um viver com possibilidades de encontros, debates e conquistas.

Estela Meirelles

13/03/2006

“É preciso ficar claro que a desesperança não é maneira de estar sendo natural do ser humano, mas distorção da esperança. Eu não sou primeiro um ser da desesperança a ser convertido ou não pela esperança. Eu sou, pelo contrário, um ser da esperança que, por “n” razões, se tornou desesperançado. Daí que uma das nossas brigas como seres humanos deva ser dada no sentido de diminuir as razões objetivas para a desesperança que nos imobiliza”

(FREIRE, 2005 a, p.81).

RESUMO

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re)Construção de Ações de Educação em Saúde a Partir de Círculos de Cultura:** experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE. 2007. 179 f. Tese (Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

O entendimento de promoção da saúde como mobilização da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, bem como no controle do processo, vem alicerçar o conceito de Educação em Saúde. A partir deste entendimento, as ações de Educação em Saúde devem estar articuladas a políticas públicas, ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde, assim como, propostas pedagógicas libertadoras, fomentadas nos princípios da solidariedade, da cidadania e da ética, visando à promoção do homem. O estudo apresenta como objetivo geral aplicar o Círculo de Cultura com enfermeiras, que atuam em PSF, como abordagem metodológica para potencializar a práxis de Educação em Saúde. Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada nos meses de fevereiro a maio de 2006. Os sujeitos do estudo foram enfermeiras da equipe de Saúde da Família da microrregião 6.3, do Distrito Sanitário VI, que corresponde ao bairro do Ibura, no Município de Recife-PE. Foram selecionados como instrumentos para coleta de dados um formulário de entrevista, a observação participante, o registro fotográfico e filmagem, além do registro em caderno de campo. Foram utilizados como método e técnica o Círculo de Cultura para articular com a dimensão coletiva e interativa da investigação, no desenvolvimento da pesquisa-ação. Foram realizados oito Círculos de Cultura, constituídos das seguintes etapas: conhecimento do universo vocabular do enfermeiro e da comunidade; dinâmica de sensibilização/descontração; problematização; fundamentação teórica; reflexão teórico-prática; construção coletiva dos saberes; síntese do que foi vivenciado e avaliação. Os Círculos constituíram a aplicação dos pressupostos freireanos, como: participação, diálogo, consciência crítica, acesso a conteúdos articulados à realidade, o conhecimento como instrumento de possibilidades e de liberdade, valorização do saber popular, autonomia para realizar suas escolhas e caminhos; como fundamentos mobilizadores de uma complexa estratégia de “empowerment”. A análise e interpretação privilegiaram a discussão em torno dos dados obtidos, segundo a seqüência dos Círculos de Cultura realizados, de onde decorreu a interpretação, pelo grupo, do significado da experiência e pela pesquisadora-animadora em diálogo com a literatura. Assim, cada enfermeira teve a oportunidade de apresentar sua proposta de ação educativa, sendo consolidada uma proposta coletiva de sistematização das intervenções de Educação em Saúde. A proposta da realização de Círculos de Cultura como abordagem fundamental na prática da Educação em Saúde, vem despertar nos profissionais de saúde uma atitude de inquietação e dinamismo ante questões de saúde que tanto afligem as famílias das comunidades onde atuam. Deste modo, enseja-se uma relação de cumplicidade entre os profissionais de saúde e os grupos comunitários com o entendimento de saúde como produto das reais condições sociais e do compromisso com as ações de promoção da saúde.

Descritores: Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Família; Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re)Building Actions of Health Education from Culture Circles:** experience with nurses of PSF of Recife/PE. 2007. 179 f. Tese (Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

The understanding of health promotion as a process of community mobilization to actuate in the improvement of its life and health quality as also in the control of the process comes to base the concept of education in health. From this, the actions of education in health must be articulated to public policies, agreeable environments and re-orientation of health services, as well as pedagogical liberating offers, stimulated in the principles of solidarity, citizenship and ethics, aiming the promotion of man. This study has as general aim, to apply the Culture Circles with nurses who work in PSF, as a methodological approach to potentialize the praxis of Education in Health. It is a research-action, prepared from February to May of 2006. The subjects of study were nurses from the Family Health team of the micro-region 6.3, of the Sanitary District VI, that is, region of Ibura in the municipality of Recife-PE. Concerning data collection, it was selected an interview form, a participant observation and a photographing register and filming, besides the register in camp notebook. As methodology and strategy the Culture Circle was used to link with an interactive and collective dimension of the investigation, in the development of research-action. The techniques of register, processing and exhibition of results, were also used. It was accomplished eight Culture Circles, constituted by the following: the community and nurse vocabulary; dynamic of sensitiveness / relaxing; problem procedure; theoretical establishment; theoretical – practice reflection; collective construction of the knowledge; summary of the experiences; and evaluation. The Circles constituted the application of freireano presuppositions as: participation, dialogue, critical conscience, contexts near to possibilities and freedom, value to popular know-how, autonomy to achieve choices and ways; as the mobilized basis of a complex strategy of “empowerment”. The analysis and interpretation privileged the discussion around the data according to the sequence of the Culture Circles achieved; from where occurred the interpretation of the meaning of the experience by the group and by the researcher – animated in dialogue with the literature. So, each nurse had the opportunity to present his/her proposal of educational action, being selected collective one of systematization of the interventions of education in health. This proposal of Culture Circles as fundamental approach in practicing the education in health awakes in the health professionals an attitude of anxiety and dynamism towards the problems of health of the families where they work. So, it is necessary a relation of complicity between health professionals and community groups to see the health as product of real social conditions and liability with the actions of promoting health.

Descriptors: Education in Health, Promotion of Health, Family Health, Public Policies, Unique Health System, Nursing.

RESUMEN

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re)Construcción de Acciones de Educación en Salud a Partir de Círculos de Cultura:** experiencia participativa con enfermeras del PSF de Recife/PE. 2007. 179 f. Tese (Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

El entendimiento de la promoción de la salud como un proceso de movilización de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, así como en el control del proceso fundamenta el concepto de Educación en Salud. A partir de esta comprensión, las acciones de Educación en Salud deben estar articuladas a políticas públicas, ambientes saludables y reorientación de los servicios de salud, así como, a propuestas pedagógicas libertadoras, fomentadas en los principios de solidaridad, ciudadanía y ética, buscando la promoción del ser humano. El estudio presenta como objetivo general, aplicar el Círculo de Cultura con enfermeras, que actúan en el PSF, como abordaje metodológico para potenciar la praxis de Educación en Salud. Se trata de una investigación-acción, realizada en los meses de febrero a mayo de 2006. Los sujetos del estudio fueron enfermeras del equipo de Salud de la Familia de la micro-región 6.3, del Distrito Sanitario VI, que corresponde al barrio de Ibura en el municipio de Recife-PE. Fueron seleccionados como instrumentos para la colecta de datos un formulario de entrevista, la observación participante y el registro fotográfico y filmación, además del registro en cuaderno de campo. Fueron utilizados como método y técnica el Círculo de Cultura para articular con la dimensión colectiva e interactiva de la investigación en el desarrollo de la investigación-acción. Fueron realizados ocho Círculos de Cultura, constituidos por las siguientes etapas: conocimiento del universo del vocabulario del enfermero y de la comunidad; dinámica de sensibilización / desconstrucción; problematización; fundamentación teórica; reflexión teórico-práctica; construcción colectiva de los conocimientos; síntesis de lo que fue vivenciado, y evaluación. Los Círculos constituyeron la aplicación de los presupuestos de Freire, como: participación, diálogo, conciencia crítica, acceso a contenidos articulados con la realidad, o conocimiento como instrumento de posibilidades y de libertad, valorización del saber popular, autonomía para realizar sus elecciones y caminos; como fundamento movilizador de una compleja estrategia de “empowerment”. El análisis e interpretación privilegiaron la discusión en torno de los datos obtenidos, según la secuencia de los Círculos de Culturas realizados, de donde surgió la interpretación por el grupo del significado de la experiencia y por el investigador-animador en diálogo con la literatura. Así, cada enfermera tuvo la oportunidad de presentar su propuesta de acción educativa; siendo consolidada una propuesta colectiva de sistematización de las intervenciones de Educación en Salud. La propuesta de la realización de Círculos de Cultura como abordaje fundamental en la práctica de la Educación en Salud, despierta en los profesionales de salud una postura de inquietud y dinamismo frente a las cuestiones de salud que tanto afligen a las familias de las comunidades donde actúan. De este modo se intenta una relación de complicidad entre los profesionales de salud y los grupos comunitarios con el entendimiento de salud como producto de las reales condiciones sociales y del compromiso con las acciones de promoción de la salud.

Descriptorios: Educación en Salud; Promoción de la Salud; Salud de la Familia; Políticas Públicas; Sistema Único de Salud; Enfermería.

LISTA DAS ILUSTRAÇÕES¹

DIAGRAMA – 1 Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação.	55
QUADRO - 1 Relação entre o Método Paulo Freire e o Círculo de Cultura aplicado no estudo.	68
QUADRO – 2 Estrutura básica dos Círculos de Cultura aplicados com as enfermeiras de PSF.	73
DIAGRAMA – 2 Círculo de Cultura.	91
FOTOGRAFIA - 1 Pacto e convivência, elaborado pelas participantes do estudo no 1º Círculo de Cultura.	93
FOTOGRAFIA – 2 Cartaz com as características pessoais das participantes do estudo e reflexão sobre: “ser educador(a)”, elaborado pelas participantes do estudo no 1º Círculo de Cultura.	96
FOTOGRAFIA - 3 Primeira representação das famílias das comunidades nas quais as enfermeiras atuam, elaborado pelas participantes do estudo no 2º Círculo de Cultura.	102
FOTOGRAFIA – 4 Segunda representação das famílias das comunidades nas quais as enfermeiras atuam, elaborado pelas participantes do estudo no 2º Círculo de Cultura.	103
FOTOGRAFIA – 5 Cartaz com as características dos moradores da comunidade como parceiros nas ações educativas a serem propostas, elaborado pelas participantes do estudo no 2º Círculo de Cultura.	107
FOTOGRAFIA – 6 Cartaz sobre o entendimento de educação e de educador, elaborado pelas participantes do estudo no 3º Círculo de Cultura.	112
FOTOGRAFIA – 7 Cartaz sobre o entendimento de Círculos de Cultura, elaborado pelas participantes do estudo no 4º Círculo de Cultura.	118
FOTOGRAFIA - 8 Cartaz sobre como aplicar os Círculos de Cultura na educação em saúde, elaborado pelas participantes do estudo no 5º Círculo de Cultura.	126
FOTOGRAFIA – 9 Cartaz sobre como planejar Círculos de Cultura, elaborado pelas participantes do estudo no 7º Círculo de Cultura.	141

¹ Termo empregado para agrupar e apresentar segundo ordem da paginação, os diagramas, quadros e fotografias presentes no estudo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Trajetória profissional: seu valor para a identificação do objeto de estudo	15
1.2	Problematização do objeto de estudo	18
2	OBJETIVOS	30
2.1	Objetivo geral	30
2.2	Objetivos específicos	30
3	QUADRO TEÓRICO DA ANÁLISE: Educação em Saúde - caminho estratégico para promoção da saúde no PSF	31
3.1	Saúde como política pública	31
3.2	Educação como política social	36
3.3	Educação em Saúde como estratégia de promoção à saúde	41
3.4	Círculo de Cultura de Paulo Freire na Educação em Saúde	47
3.5	Sinopse do capítulo	51
4	CAMINHO METODOLÓGICO	54
4.1	Tipo de estudo	54
4.2	Cenário	57
4.3	Atores sociais	59
4.4	Procedimentos éticos	60
4.5	Período de adaptação da pesquisadora	61
4.6	Inserção no cenário do estudo	62
4.7	Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados	63
4.8	Procedimentos para descrição e análise dos dados	74
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
5.1	Processo participativo das enfermeiras mediante o Círculo de Cultura	76
5.1.1	Caracterização das participantes do estudo	77
5.1.2	Dados dos discursos das práticas das enfermeiras na promoção da saúde das famílias	79
5.1.3	Descrição e análise dos Círculos de Cultura	92
5.2	Sinopse do capítulo	151
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
7	REFERÊNCIAS	161
	APÊNDICE	
	ANEXO	

INTRODUÇÃO

É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar (FREIRE, 2006, p.155).

1.1 Trajetória profissional: seu valor para a identificação do objeto de estudo

O interesse em abordar a atuação da(o) enfermeira(o) na educação em saúde constitui relação apaixonante, alicerçada em um compromisso pessoal e profissional que me conduz na busca instigante em ampliar conhecimentos e compartilhá-los com enfermeiros(as), docentes e discentes. Esse interesse é alimentado por possibilidades de aprendizado junto à comunidade a partir de ações educativas sócio-humanistas, numa perspectiva libertadora.

Destaco o enriquecimento adquirido durante o estudo da dissertação de mestrado, quando apliquei os fundamentos da Teoria do Déficit de Autocuidado, de Orem (MONTEIRO; NÓBREGA; LIMA, 2002), na qual explorei o sistema educativo em relação ao conhecimento do indivíduo e de seus familiares sobre sua patologia. Naquele momento busquei apreender a realidade de vida e de mundo deles, diante das limitações impostas pelo processo cruel de exclusão e a necessidade de sobreviver, não apenas com fortes crises de falta de ar ou de “puxado”, como costumavam denominar a asma. Como se esta situação por si só não fosse suficiente para angustiar e afligir um ser humano que lida com a sensação de proximidade da morte, há o descaso, a desumanização e a inadequação no atendimento focalizado nos serviços de urgência e no “tratamento”, que também se caracteriza por ser descontinuado e de acesso difícil à população pobre.

Ressalto, no estudo citado anteriormente, que as visitas domiciliares realizadas a todos os sujeitos pesquisados foi bastante significativa, levando em consideração a reconhecida influência que o ambiente domiciliar exerce no controle da asma, propiciando, ainda, ao(a) enfermeiro(a), conhecimento das condições reais do contexto familiar de cada cliente, de modo a propor-lhes ações factíveis e eficazes.

O desenvolvimento do estudo citado proporcionou-me uma aquisição de conhecimentos, enriquecidos pelas vivências dos adultos portadores de asma, que revelaram

um saber embasado em questões culturais e históricas, revelando seu cotidiano, ao lidar com as adversidades que se lhes apresentam na busca de um modo de viver mais saudável.

Deste estudo, cito como exemplo uma situação de vulnerabilidade das condições de saúde decorrente de alterações ambientais, o que requereu uma mobilização conjunta na busca do seu enfrentamento, ocasionando um aprendizado compartilhado, ao trilhar o caminho do direito a saúde. Para Smeke e Oliveira (2001, p.131), o direito à saúde está atrelado “ao direito à informação de todos os tipos: as epidemiológicas, as gerenciais, as institucionais, as diretamente envolvidas com a mobilização popular, entre outras”.

Assim, foi identificado o fato de que uma das participantes da pesquisa morava, desde criança, em um bairro considerado um dos mais poluídos de Recife, possuindo fábricas de variadas atividades produtivas, como: cigarros, café, produtos químicos, sabão, margarina, óleo. Diante da presença das inúmeras fábricas em seu bairro, orientei Nina² e seu marido a solicitarem apoio à Associação de Moradores do seu bairro, para pleitear, junto ao órgão responsável pelo controle ambiental, Companhia Pernambucana de Recursos Hídricos (CPRH), a reativação da estação de monitoramento da qualidade do ar na localidade, visto que esta estava desativada (MONTEIRO; NÓBREGA; LIMA, 2002).

Os padrões de qualidade do ar, no Brasil, foram estabelecidos pelo Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA), pela Resolução nº 03, de 28 de junho de 1990. A mencionada resolução determina padrões de qualidade do ar, como as concentrações de poluentes atmosféricos que, ultrapassados, poderão afetar a saúde, a segurança e o bem-estar da população, bem como ocasionar danos à flora, à fauna, aos materiais e ao meio ambiente em geral (MOTA, 1997).

Dentre outras, essa experiência assinala para a necessidade de o(a) enfermeiro(a), continuamente, articular as ações de saúde numa visão ampla dos direitos inerentes à vida em sociedade, e, principalmente, a mobilização política da comunidade para que esses sejam legitimados.

Ainda, como alicerce na apreensão do ser enfermeiro(a) no contexto atual, destaco o desenvolvimento de estudo histórico despertado durante a disciplina Políticas Públicas de Saúde, do Curso de Mestrado na Universidade Federal da Paraíba, acerca da

² Nome fictício escolhido pela própria participante do estudo.

institucionalização do ensino da Enfermagem. A apreciação dos dados documentais e depoimentos proporcionaram verdadeira viagem ao passado e a percepção, crítica e reflexiva, da influência americana propagada com o modelo biomédico de assistência e do modelo de saúde sanitarista-campanhista na formação do(a) enfermeiro(a) (MONTEIRO *et al*, 2000).

O conhecimento do passado possibilita a busca de atitudes de renovação, quando é observado que, no decorrer dos anos, passou-se a valorizar a subjetividade e o saber tácito do trabalhador, dando lugar a uma qualificação real, em contraposição à qualificação formal (RAMOS, 2001).

O entendimento de competência surge quando a construção de aprendizados vai além da aquisição formal de conhecimentos academicamente validados e se consolida também por meio das diversas experiências que o sujeito enfrenta, seja no ambiente de trabalho ou ao longo da vida (DELUIZ, 2001; RAMOS, 2001).

Essa compreensão de aprendizagem permanente ajuda a enfrentar os problemas decorrentes da formação dos profissionais de saúde, dos quais destaco: desconsideração do trabalho como princípio pedagógico; descompasso dos serviços de saúde em relação à academia, decorrente do descompromisso da universidade com a mudança do modelo assistencial; descompromisso ético, humano e social com os usuários; utilização de ações educativas descontextualizadas da vida dos usuários; desinformação, por parte dos profissionais de saúde, das ações cotidianas de enfrentamento dos usuários em relação aos cuidados de saúde.

Após realizar o Curso de Mestrado, firmei uma afinidade por orientações a graduandos e especializando em atividades educativas, como também atividades de extensão, possibilitando compartilhar a satisfação em pesquisar e “cuidar”, por intermédio da Educação em Saúde, acreditando nas potencialidades e autonomia dos cidadãos para ser sujeito no cenário da promoção da saúde, realizando escolhas, exigindo direitos, co-participando da transformação da realidade; e compromisso com a formação profissional que venha conjugar íntima relação entre o pensar, o ser e o agir comprometido com os princípios do SUS e com as possibilidades de transformação da realidade (SOUZA *et al*, 2003).

O ingresso no Curso de Doutorado constituiu um campo profícuo na determinação por alicerçar a produção científica nas práticas de Educação em Saúde e na apropriação de saberes científicos renovadores na atuação profissional do(a) enfermeiro(a). Diante do cenário

que desponta, evidencia-se a necessidade de o homem despoja-se do seu egocentrismo aniquilador, armar-se “de sentimentos de solidariedade e compaixão pelo outro, para que se reacenda a chama dos valores humanos de viver e conviver em coletividade, em defesa da dignidade humana, do respeito à vida, do planeta e valorização das culturas” (MONTEIRO *et al*, 2005, p.343).

Merece destacar, ainda, estudo intitulado: *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS*, no qual foi verificado que a construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de Educação em Saúde “aponta para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde envolvendo a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável” (MACHADO *et al*, 2007, p.341).

1.2 Problematização do objeto de estudo

No cenário político internacional, tem-se um debate na construção de políticas públicas, com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá em 1986. Nesta Conferência, foi elaborada sua Carta de Intenções, a qual apresenta o entendimento de promoção da saúde como processo de mobilização da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle das ações de saúde. Para tanto, ressalta como pré-requisitos básicos para a saúde: paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e educação (BRASIL, 2001a).

O conceito de promoção da saúde alicerça o conceito de Educação em Saúde, tratando de processos que requerem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. A partir deste entendimento, a implementação de ações de Educação em Saúde deve estar articulada a políticas públicas, ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde, assim como propostas pedagógicas libertadoras, fomentadas nos princípios da solidariedade, da cidadania e da ética, visando à promoção do ser humano e à melhoria da qualidade de vida (CATRIB *et al*, 2003a).

Neste sentido, trata-se de incorporar o entendimento de saúde não apenas como a ausência de doença, mas como mobilização ativa, “uma atitude alegre diante da vida uma

acepção otimista das responsabilidades que a vida impõe ao indivíduo capacitado a interagir no meio social” (BRICEÑO-LEÓN, 2000, p.15).

Ao se manter relações com os usuários dos serviços de saúde, no cenário de proximidade com o seio familiar, a realidade não esconde as mazelas da pobreza e, às vezes, da extrema miséria, tornado o malabarismo da vida o cotidiano para sobrevivência. Nesta convivência nem sempre tão pacífica, os moradores da comunidade percebem-se tão perto da violência e de suas causas e tão distante da sonhada conquista da cidadania. E a saúde, onde fica? Em algum lugar acessível a poucos, distante, do outro lado demarcado pelos excluídos, onde todos deveriam estar e atuar sem deixar desacreditar as possibilidades de mobilização e busca de caminhos para transformação da realidade.

A realidade sanitária brasileira está marcada por situação epidemiológica que evidencia a persistência ou recrudescimento de endemias como malária, cólera, tuberculose, desnutrição; o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) como câncer, alterações cardiovasculares somadas ao crescente aumento da população idosa, com suas limitações e necessidades específicas; o surgimento de novas enfermidades como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA); as morbidades e/ou mortalidades causadas por deterioração ambiental, violência urbana e acidentes automobilísticos.

O quadro de saúde desvelado aponta para a pouca expressividade das políticas públicas de saúde diante das urgências da população por saúde com maior qualidade. O sistema de saúde brasileiro vive há duas décadas um processo de mudança, que teve como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos de luta a partir do Movimento da Reforma Sanitária. Assim, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fomentada por um desejo coletivo de atendimento dos anseios e necessidades da população. A legitimidade na construção de um novo modelo de atenção à saúde, alicerçado no enfoque da saúde e não voltado apenas à doença constitui em sua essência uma situação de embate perante a herança recebida que impregna a cultura organizacional, movida por diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público e permeado por uma prática de saúde fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos (CAMPOS, 2003).

O Sistema Único de Saúde é alicerçado nos princípios da descentralização, da equidade, da participação social e da integralidade. Este último princípio é buscado como revigorador do sistema de saúde. Nesse conceito, prevê-se a oferta articulada de ações de

promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, em consonância com a dinâmica do processo saúde-doença.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais encontram-se mobilizados para estabelecer mecanismos capazes de assegurar a concretização do SUS, como expressão de uma política social que faz parte de um projeto democrático e popular mais amplo, que repensa as relações sociais, tendo como objetivo a universalização dos direitos e a radicalização da vida democrática. Assim, várias iniciativas de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde foram esboçadas, entretanto, consistiam em projetos contingenciais e com resultados de pouca visibilidade pela população; até que a estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, é idealizada com o propósito da conversão do modelo da atenção à saúde, apresentando como núcleo da atenção as famílias, entendidas e abordadas no meio onde vivem (SOUSA, 2004).

O ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro, é pensado por meio do PSF, como modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural. Sua sustentabilidade, entretanto, requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção da doença e promoção da saúde (SOUSA, 2004). Dentre as ações do PSF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos.

Discussões quanto à denominação de programa ou estratégia constituem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Em 1994 foi lançado como programa, e em 1997 foi catalogado como estratégia, por constituir uma proposta inovadora em relação aos programas anteriores produzidos pelo Ministério da Saúde. Assim, a segunda versão oficial do PSF define-o como estratégia de reorientação do modelo assistencial.

A palavra estratégia, segundo Morin, Ciurana e Motta (2003), tem um conceito mais ampliado do que programa, pois este é insuficiente e de pouca utilidade em situações mutáveis e incertas, em que se faz necessária a presença de um sujeito pensante e estrategista.

Essa discussão permeia o processo de implementação do PSF, quando por uma parte, reafirma sua condição de programa, por apresentar objetivos, metas e passos definidos, ou seja, apresenta uma normatização operacional; e, por outra parte, exige a posição de

‘estratégia’ pois constitui um caminho possível para se atingir os objetivos do Sistema Único de Saúde e ser capaz de produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

A implantação do SUS, porém, teve que lidar com inúmeras limitações. Ao apresentar uma proposta de ação renovada em saúde, evidenciava a noção de que os profissionais não haviam sido formados em consonância com o modelo de promoção da saúde. Da mesma forma, os gestores deparavam-se com inúmeras dúvidas, ao tentarem adequar a estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor, na ocasião, de recursos para esta finalidade.

O PSF é expandido no plano nacional e conta atualmente com 26.861 equipes de saúde da família, atuando em 5.117 municípios (BRASIL, 2007). No Município do Recife-PE, até meados de 2006, foram contabilizadas 217 equipes de saúde da família distribuídas por 104 unidades básicas de saúde, com cobertura de 49% da população recifense, num total de mais de 700 mil pessoas atendidas pelo programa (RECIFE, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (M.S.), os profissionais de saúde pública são responsáveis por atender às necessidades clínicas e educativas no decorrer de suas atividades com a comunidade (BRASIL, 2001b). A Educação em Saúde constitui papel do(a) enfermeiro(a) nos diferentes contextos de trabalho. Portanto, faz-se coerente a noção de que a enfermagem tenha acesso a alguns preceitos pedagógicos e que seja capaz de entrelaçá-los com a prática profissional em saúde (ROSA *et al*, 2006).

O PSF constitui espaço geopolítico profícuo rumo ao modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, alicerçando a nova estrutura administrativa (VASCONCELOS, 1997). É neste cenário que o(a)enfermeiro(a) atua como membro de uma equipe que é ampliada. Assim, o PSF como proposta de atuação fortalecedora do SUS deve proporcionar uma relação entre os sujeitos e as estruturas sociais embasadas nas ações de Educação em Saúde. Neste sentido, busca-se uma aproximação do significado de educação como movimento presente, quando as pessoas se desenvolvem, se aperfeiçoam (LOBO NETO, 2003).

As atribuições dos profissionais de saúde, como facilitadores na aprendizagem de comportamento para saúde e a discussão sobre as possibilidades de contínuo desenvolvimento

na área da saúde, convergem para a renovação das organizações de saúde e de uma política de educação para o setor (CECCIM; FERLA, 2003).

As ações de Educação em Saúde devem corrigir com urgência a tendência de uma ação em saúde fragmentada e embasada em uma atitude autoritária, verticalizada, de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte em relação aos anseios da população, no tocante a sua saúde e condições de vida.

Para tanto, cabe aos educadores em saúde conhecer a realidade, a visão de mundo e as expectativas de cada sujeito, estando preparados para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades, e poder priorizar as suas necessidades e não somente as exigências terapêuticas, ou seja, aprendendo a notar a presença do outro, respeitando seu saber, na busca de uma complementação (PENNA; PINHO, 2002).

Educação em Saúde constitui, assim, uma estratégia de ação voltada para promoção da saúde, por possibilitar o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, a troca de conhecimento entre os membros da comunidade e os profissionais, com vistas à identificação de opções a serem tomadas para estabelecer atitudes mais saudáveis.

Assim, torna-se necessária uma urgente reflexão acerca de práticas em Educação em Saúde, requerendo questionamentos para o alcance de ações integradas e participativas. Visto que, o avanço importante rumo ao modelo assistencial proposto pelo SUS desencadeado através do PSF com nova estrutura administrativa, concorre ao viés de que sejam reaplicadas as mesmas práticas arcaicas (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Esta problemática emerge da constatação de que as ações de Educação em Saúde, objeto deste estudo, são mecanicamente reproduzidas pelos(as) enfermeiros(as) em seu campo de atuação, principalmente no Serviço Público de Atenção Básica à Saúde, embora seja esperada do PSF uma atuação diretamente voltada à promoção e proteção da saúde da comunidade. A reprodução mecânica desta ação é influenciada pelo entendimento de Educação em Saúde arraigado ao modelo tradicional, em que a transmissão do saber acontece de modo verticalizado e unidirecional, a um usuário passivo, que deve adequar seus hábitos seguindo as recomendações repassadas (RIOS; VIEIRA, 2007, MOURA; RODRIGUES, 2003; PENNA; PINHO, 2002; VICTOR, 2002; VASCONCELOS, 1997). Deste modo, as práticas educativas constituem uma posição viciosa de imposição de atitudes e hábitos ao

usuário diante do poder e da dominação exercida pelos serviços de saúde e dos profissionais que se consideram, em sua visão alienada, “donos da verdade científica”, utilizando uma metodologia pedagógica autoritária (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

É evidenciado, deste modo, um despreparo técnico dos profissionais de saúde para exercer essa prática em consonância com os princípios do SUS, como também a dominância, dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família, das ações clínicas, individuais e burocráticas (VICTOR, 2002). Esse despreparo técnico decorre da dificuldade dos profissionais em acreditarem realmente nos seres humanos com os quais interagem, em sua potencialidade e capacidade de aprender e administrar a própria vida (BUDÓ; SAUPE, 2004). Ainda é considerado o fato de que o conhecimento que compôs o aporte teórico desses profissionais, no decorrer de sua formação, não tenha possibilitado a apreensão das teorias de Educação em Saúde como estratégia para a promoção da saúde na prática profissional (ROSA *et al*, 2006).

Para muitos profissionais de saúde educar em saúde é levar para a população o entendimento e as soluções corretas que eles conscientes, politizados e conhecedores da ciência, já descobriram. Quanto mais se estudar a realidade de vida de uma população, contudo, mais se percebe que o saber popular, antes de ser atrasado, é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade (VASCONCELOS, 1997).

É incontestável o papel de educador em saúde do(a) enfermeiro(a), seja na atenção individual ou coletiva. Estudos sobre as práticas de Educação em Saúde no PSF, porém, realizadas por enfermeiros(as), alertam para a necessidade de rever o ensino da Educação em Saúde, seja na graduação, pós-graduação ou das atuais capacitações (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003; BUDÓ; SAUPE, 2004).

Estas práticas de Educação em Saúde foram caracterizadas por Valla como tradicional, pois constituem um movimento de cima para baixo, imposto pela classe dominante (governantes, profissionais de saúde) à classe popular, marcada pelo estabelecimento de uma relação de poder e coerção, desconsiderando seus saberes e interesses. A intencionalidade desse movimento era de manter as classes populares afastadas do chamado cordão sanitário cultuando uma alienação, para manutenção do poder hegemônico e submissão da classe pobre (OLIVEIRA, 2003).

A superação das limitações pessoais dos profissionais em relação a sua prática de Educação em Saúde junto aos usuários requer uma disponibilidade interior para perceber a comunidade como seres possuidores de conhecimentos próprios, que reconhecem o significado do seu saber, para enfrentar situações adversas, como também, dotados de uma influente comunicação informal para dizer a terceiros o que sabem e, não menos importante, agir de conformidade com seus saberes (DONATO; MENDES, 2002).

Na práxis de Educação em Saúde comprometida com o processo de transformação social, o(a) enfermeiro(a) precisa articular as competências: **técnicas** - habilidades de compreender os processos e lidar com os recursos e equipamentos; entender o sistema e as redes de relações; obter e usar as informações; **organizacionais** - capacidade de autoplanejamento, estabelecimento de métodos próprios, gerenciamento de seu tempo e espaço, entendendo a necessidade da flexibilidade no processo de trabalho; **comunicativas** - capacidade de comunicação e expressão com as famílias usuárias dos serviços de saúde e profissionais superiores hierárquicos ou subordinados; trabalho em equipe; cooperação; diálogo; negociação e comunicação interpessoal; **sociais** - capacidade de aplicar todos os seus conhecimentos, das mais variadas fontes e meios, nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho; **pessoais** - capacidade para assumir a responsabilidade sobre o trabalho; ter iniciativa; ser criativo; aprender; estar aberto às mudanças; desenvolver auto-estima; **de cuidado** - capacidade de interagir com as famílias, levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia e direito de assumir a própria saúde como qualidade de vida; **de serviço** - capacidade de se indagar e buscar responder sobre impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente nos serviços ou usuários; **sócio-políticas** - capacidade de desenvolver uma leitura do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter compromisso social e autonomia de ação, e de desenvolver o exercício da cidadania (DELUIZ, 2001).

Não se pode, entretanto, desconsiderar que a orientação política do neoliberalismo também alcança o mercado de trabalho, desformalizando-o, dispersando-o, dessindicalizando-o, diversificando-o, com redução na oferta e desregulamentação do trabalho com criação de regimes e de contratos de trabalho mais flexíveis. Essa realidade retrata a atual situação empregatícia dos profissionais que atuam em PSF, que ficam à mercê das mudanças e interesses políticos, à permanência ou não de sua contratação, comprometendo os princípios básicos da estratégia, que valoriza o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança entre os profissionais e os usuários.

É neste quadro que se alicerça a discussão de Educação em Saúde, identificando seus desafios e possibilidades. Já é identificado no cenário brasileiro o interesse de alguns municípios em estabelecer acesso de profissionais para atuarem nos PSF mediante a seleção pública, por constituir maior legitimidade na contratação e nas condições para estes desenvolverem e consolidarem suas estratégias de trabalho em parceria com os usuários.

A Educação em Saúde, como práxis emancipatória nos passos de Paulo Freire, constitui instrumento precioso na interação dos profissionais de saúde com a comunidade, e necessita ser articulada à assistência à saúde em todas as suas fases, possibilitando o acesso das famílias às informações que atendam as suas necessidades de saúde. Neste cenário, também é destacada a importância da integralidade no entendimento do cidadão como um ser com necessidades biológicas, psicossociais e culturais, e, como tal, requerendo uma assistência integral.

Uma assistência que venha atender o usuário em sua dimensão holística implica a atuação da equipe de saúde na consolidação de suas habilidades e competências com o objetivo comum de promover saúde como atitude que transcende sua própria dimensão. Nesta perspectiva, os profissionais envolvidos assumem uma atitude política calcada na intersetorialidade e interdisciplinaridade, mediante a elaboração de processos de mobilização, articulações e negociações, a partir de problemas identificados e compartilhados nos núcleos familiares e numa visão coletiva, no seio da comunidade.

Diante deste panorama, a promoção da saúde ressalta o significado da participação efetiva das pessoas, propondo e direcionando mudanças das condições sanitárias e no modo de vida, estabelecendo uma cultura de saúde emancipatória. Para tanto, emerge a necessidade da compreensão do indivíduo, família e coletividade quanto ao direito de acesso ao conhecimento, da vivência em práticas educativas em saúde, respeitando sua autonomia na recondução dos estilos de vida e busca de práticas mais salutares (BRASIL, 2001a).

Neste construto intelectual de pensamento sobre a práxis de Educação em Saúde o homem não pode ser entendido dissociado de sua circunstância histórica. Freire (1980, 2003, 2005a) propõe que a educação ultrapasse os limites da prática pedagógica, como prática social formada na interação intencional, alicerçada na consciência e comprometimento com a transformação humanizadora da realidade e do convívio social.

Para tanto, é imprescindível a superação do entendimento mecanicista da história, possibilitando perceber de forma dinâmica, mediante relações entre consciência e mundo, a história como possibilidade; descortinando a excelência do papel da consciência, constituindo-se, na prática, a inteligência sendo inventada e reinventada no processo e não como algo estático, quase afastado do corpo. Como entende Freire (2003, p.97),

Reconhece o meu corpo como corpo consciente que pode mover-se criticamente no mundo como pode 'perder' o endereço histórico. Reconhece minha individualidade que nem se dilui, amorfa no social, nem tampouco cresce e vinga fora dele. Reconhece, finalmente, o papel da educação e seus limites.

Nesse sentido, enfatiza-se o desenvolvimento da relação indivíduo/sociedade, com base no princípio democrático e no aprimoramento da relação indivíduo/espécie, no sentido da realização da humanidade, devendo constituir um entendimento primordial na busca pela humanização e pelo acesso à cidadania terrena no caminho de uma comunidade planetária organizada (MORIN, 2002).

Assim, a consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade constitui etapa essencial, para que, partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas (NIETSCHE, 2000).

A determinação social da saúde-doença reconhece que as condições e a estrutura social são as causas básicas dos problemas de saúde, e a Educação em Saúde é uma ferramenta de luta política para a melhoria das condições de vida e saúde. Para tanto, ao Estado é resguardada a atuação como interlocutor dos movimentos de usuários dos serviços de saúde e as medidas legislativas e normativas como responsáveis para intervir nas condições patogênicas. Nesta perspectiva, cabe ao educador, fundamentado em uma ação educativa dialógica e conscientizadora, mobilizar os usuários a exercer seu compromisso sanitário na defesa de seus direitos e de sua coletividade à saúde, de modo que o direito à saúde venha acompanhado do direito ao acesso a informações epidemiológicas, gerenciais, institucionais, as diretamente envolvidas com a mobilização popular, entre outras (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

O processo educativo em saúde, para atender as necessidades dos usuários, exige a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade, das estruturas socioeconômicas como constituintes de acessos na busca por condições humanas dignas, como sujeito histórico e social, possuidor, em sua dimensão holística, de interfaces integradas

e permeadas pelo processo autônomo das descobertas e inquietude no exercício da cidadania e na condução do modo de viver em sociedade.

Assim, caberá ao(a) enfermeiro(a) e demais componentes da equipe de saúde, semear uma atitude democrata ou autoritária, dependendo do modo como exercem seu poder. Na atitude autoritária, predomina o estabelecimento de um poder hierárquico que determina seu distanciamento da população, desconsiderando seus conhecimentos populares, valores pessoais, hábitos, cultura e contexto socioeconômico, impondo seu saber e imputando ao indivíduo a responsabilidade de culpa ou vítimas por suas condições de saúde. Na atitude democrática, o poder constitui elemento de interação na busca compartilhada pela identificação, priorização e enfrentamento dos problemas e carência na promoção da saúde. Desta forma, enfermeiro(a), equipe de saúde e comunidade estabelecem uma relação de proximidade, calcada em uma relação dialógica, estabelecendo co-responsabilidade e compromissos, a partir de uma visão do indivíduo como ser histórico, social e político capaz de assumir coletivamente a defesa de seus direitos e respeito ao exercício de sua cidadania (VASCONCELOS, 1998).

Nesse contexto da prática de Educação em Saúde a partir de um projeto político e de uma formação de saber articulado com as vozes do usuário, compete ao profissional enfermeira (o) e aos demais membros da equipe de saúde desenvolver uma atitude que recupere os modos de vida dos sujeitos e seus saberes advindos da sua cultura e de seus valores e crenças. O reconhecimento desse saber aponta para uma direção da articulação entre Educação em Saúde, práticas populares e Educação Popular em Saúde.

A amplitude do universo dessas práticas e a interdisciplinaridade que a permeia reafirmam o entendimento de Educação Popular em Saúde, resguardando, a partir dos anos 1970, uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normalizadora da Educação em Saúde (VASCONCELOS, 1998).

Nos anos 1990 surge um movimento de articulação nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS), que expressa problemas e busca de soluções no redirecionamento do SUS, responsável pelo atendimento de saúde da grande massa da população brasileira. Resultante desse movimento, em 1990, foi realizado o III Simpósio Interamericano de Educação em Saúde, no Rio de Janeiro, pela União Internacional de Educação em Saúde. Neste evento, foram apresentados os resultados de um trabalho de delineamento metodológico

das práticas de Educação Popular (EP) em Saúde nos anos 1990. Estes resultados evidenciaram

...grande distância entre a metodologia educativa praticada em experiências marcadas pela integração junto aos movimentos sociais e a metodologia privilegiada pelo Simpósio voltado para o aperfeiçoamento de técnicas de difusão de conhecimentos e de mudança de comportamento (VASCONCELOS, 1998, p.83).

Em decorrência dessa insatisfação, foi iniciada a estruturação da articulação nacional de Educação Popular em Saúde, culminando com a realização do I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, no final de 1991, em São Paulo (VASCONCELOS, 1998).

Nos encontros e reuniões da ANEPS, percebe-se “os contornos do que seria uma adequação da metodologia da EP para a atual conjuntura. São contornos ainda pouco precisos...” (VASCONCELOS, 1998, p. 84). Com apoio do Ministério da Saúde, em 2003, ocorreu o I Encontro Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde. A organização da ANEPS nos Estados iniciou-se em janeiro de 2004, e, dentre as suas propostas na formulação das políticas públicas, vale destacar o fato de considerar a educação popular como instrumento da gestão dos serviços de saúde, privilegiando a escuta da população e o reconhecimento de suas experiências; como também fortalecer o controle social e a participação popular, fortalecendo e dinamizando os espaços de participação popular da base às conferências, conselhos, audiências públicas, expandindo e ampliando o controle social, qualificando a representação e investindo na capacitação permanente de conselheiros de saúde e de agentes sociais (STOTZ, 2004).

A partir do entendimento das ações de Educação em Saúde, como proposta inovadora, articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças, este estudo propõe aos(as) enfermeiros(as), que atuam em PSF na cidade do Recife, a aplicação de uma metodologia participativa por meio do Círculo de Cultura, inspirado no método de alfabetização de Paulo Freire. A realização dos Círculos de Cultura visa a ensejar uma vivência, entre os(as) enfermeiros(as), de uma proposta de intervenção educativa que valorize a experiência do grupo e promova sua participação na construção do conhecimento coletivo. Espero, desta forma, contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades desses profissionais, como educadores em saúde, numa perspectiva crítico-reflexiva.

O que me proponho é a vivência de uma experiência pedagógica e a aquisição de uma nova técnica para a solução de problemas vitais, com o manejo de Círculos de Cultura, como um instrumento de autonomia. Esta proposta de Paulo Freire pode ser vista a partir da interdisciplinaridade de suas dimensões, pois ele não se percebe apenas como cientista e educador, mas também um sujeito social e político. Ele busca, nas ciências (sociais e naturais), elementos para compreender mais cientificamente a realidade e poder intervir de maneira mais eficaz nela. Por isso ele pensa a educação ao mesmo tempo como ato político, como ato de conhecimento e como ato criador (LIMA, 1979).

Com base na aplicação do Círculo de Cultura como recurso teórico-metodológico para desenvolvimento desta pesquisa, advogo a seguinte **tese**: a aplicação dos Círculos de Cultura como abordagem metodológica desenvolvida junto as enfermeiras de PSF possibilita a (re)construção de ações de educação em saúde, tornando-as reflexivas e críticas.

2 OBJETIVOS

A realidade, porém, não é inexoravelmente esta. Está sendo esta como poderia ser outra e é para que seja outra que precisamos os progressistas, lutar (FREIRE, 2005a, p.83).

2.1 Objetivo geral

(Re)construir as ações de Educação em Saúde, tornando-as reflexiva e crítica, a partir da aplicação de Círculos de Cultura como recurso metodológico de vivência educativa potencializadora da prática de Educação em Saúde com os(as) enfermeiros(as) do PSF.

2.2 Objetivos específicos

Aplicar o Círculo de Cultura, com enfermeiros(as) do PSF, como experiência participativa para potencializar suas ações de Educação em Saúde no PSF;

identificar, na aplicação do Círculo de Cultura com enfermeiros(as) do PSF, encaminhamentos estratégicos que conduzam a (re)construção de ações de Educação em Saúde críticas e reflexivas; e

sistematizar, com as participantes dos Círculos de Cultura, uma proposta de (re)construção das ações de Educação em Saúde que articule as competências necessárias aos(as) enfermeiros(as) de PSF para uma prática de educação em saúde reflexiva e crítica.

3 QUADRO TEÓRICO DA ANÁLISE: Educação em Saúde - caminho estratégico para promoção da saúde no PSF

...é preciso que as maiorias trabalhem, comam, durmam sob um teto, tenham saúde e se eduquem. É preciso que as maiorias tenham o direito à esperança para que operando o presente, tenham futuro (FREIRE, 2003, p.107).

Neste capítulo serão apreciados, de modo seqüencial, os fundamentos histórico-políticos e teóricos norteadores dos saberes, pensamentos e ações no cenário da Saúde, da Educação, da Educação em Saúde na perspectiva da Educação Popular em Saúde e do Circulo de Cultura. O capítulo se encerra com a apresentação de uma sinopse.

3.1 Saúde como política pública

Merece ser destacado o fato de que a orientação política do neoliberalismo evidencia, ideologicamente, um discurso de estagnação e de fracasso dos serviços públicos, como resultado da incompetência administrativa e financeira de o Estado gerir o bem comum. Por outro lado, defende um Estado mínimo, ao mesmo tempo em que advoga a primazia dos métodos e o papel da iniciativa privada no desenvolvimento e no progresso individual e social (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2003).

O contexto político marcado por privilegiamentos do setor privado em detrimento dos serviços próprios da previdência social, nas décadas de 1960 e 1970, e o modelo econômico concentrador de renda, principalmente a partir da década de 1970, concorreu para a deterioração das condições de vida da população brasileira, já exausta com o achatamento do valor real dos salários, taxa crescente de desemprego, dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, aumento da violência urbana e dos índices de acidente de trânsito e de trabalho. O agravamento do quadro de morbi-mortalidade concomitante com o surgimento de novas patologias e o ressurgimento de endemias consideradas sob controle, originou a crise da saúde, detonada mediante a escassez de recursos financeiros do Governo federal (FLEURY, 1994).

O modelo liberal privatista é responsável pela estruturação de uma determinada atitude de trabalhadores de saúde, pautado na prática sanitária da atenção médica, que estabelece um atendimento impessoal por parte do profissional de saúde e o usuário e entre os diversos profissionais de saúde. Este modelo respalda, também, uma prática fragmentada, individualizada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. Em sintonia com a política assistencial, era disseminado o modelo de ensino biomédico e hospitalocêntrico. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a recuperação e a promoção da saúde (MENDES, 2006).

A situação instalada na crise social e política do Brasil nas décadas de 1970 e 1980 constituiu campo fértil para o desenvolvimento de um processo de acelerada e crescente mobilização popular de grupos representativos da sociedade, como associações de bairros, igrejas, movimento dos trabalhadores, entidades profissionais.

Neste contexto, surge o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstituir uma estrutura normativa que correspondesse às necessidades da população nas questões de saúde como direito de cidadania. Nasce, pois, uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções no prisma da compreensão holística do processo saúde-doença (MERHY, 2006).

É ímpar a importância da luta pela reforma sanitária na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua formulação na arena sanitária. A implantação tem nítido caráter de mudança cultural, fundamentando uma dimensão ideológica ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade (MENDES, 2006).

A política de saúde resultante deste movimento direcionou as ações para que passem a ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e da Lei Orgânica nº8.080, legitimando princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e; participação comunitária (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A partir da implantação do SUS, foi desencadeada uma ampliação na quantidade e na qualidade dos serviços de saúde. Tratava-se, então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde, que desse conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto diante do modelo convencional vigente (MENDES, 2002).

A práxis da assistência à saúde revela enorme contradição entre conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor (TRAVERSSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Como marco conceitual desbravador no redirecionamento do pensamento e da ação em saúde, a promoção da saúde emergiu nos anos 1970 e, desde então, evolui e consolida-se como um modelo das ações de saúde. É definido como o processo de mobilização da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação dos usuários no controle desse processo. A defesa de estratégias de promoção da saúde passou a ocupar o centro das discussões das comunidades científicas por meio de eventos internacionais, lançando propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando outra visão para o contexto da saúde (BRASIL, 2001a).

A proposta de promoção da saúde articula na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, que constitui uma combinação de estratégias, envolvendo vários agentes: Estado, comunidade, família e indivíduo (BUSS, 2000).

Ao se estabelecer diretrizes e propostas de enfrentamento dos problemas de saúde a partir do paradigma de promoção da saúde, é constatado que a responsabilidade para a implantação das estratégias que apontam para o alcance de seus objetivos no cenário brasileiro não deve se restringir ao setor saúde, requerendo, para tanto, uma coesão entre os diversos setores dos governos municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos. A mobilização pela constituição de um sistema de saúde no País, universal, acessível e de qualidade se confunde no primeiro momento com a própria luta pela redemocratização do País, e assume no presente contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados, constituindo-se como objetivos à consolidação do SUS, como também a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal, no provimento da saúde ao povo (BRASIL, 2000).

A partir da abrangência do cuidado integral, é proposta a urgência de se corrigir, na assistência prestada pelos municípios, a tendência de um agir em saúde exclusivamente voltado para a atenção básica, desarticulado do reconhecimento das reais necessidades de saúde da comunidade e procurando buscar estratégias para intervir com resolubilidade. Evidencia-se, com efeito, a necessidade de se formularem redes articuladas regionais, para superar a desarticulação e a desintegração organizacionais e a competição entre órgãos gestores, além da ineficiência dos sistemas locais (BRASIL, 2001a).

A municipalização da saúde constituiu elemento marcante para implantação dos programas de Saúde da Família, objetivando promover um acesso da comunidade aos serviços de saúde, de modo a reorientar as ações com enfoque na promoção à saúde buscando estabelecer uma articulação entre as demais instâncias de atenção à saúde, possibilitando encaminhamentos necessários a uma assistência que atenda, entre outros, ao princípio da integralidade.

O Programa Saúde da Família surge no contexto nacional a partir dos êxitos e dificuldades de modelos anteriores de organização da atenção básica, dentre estes a Ação Programática em Saúde (NEMES, 1990), o modelo em Defesa da Vida, os sistemas locais de saúde (SILOS), os distritos sanitários (CECÍLIO, 2006), reportando-se, ainda, no plano internacional, às experiências dos modelos de Saúde da Família, particularmente de Cuba e Canadá (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Na luta cotidiana por estabelecer uma assistência de saúde fundamentada numa relação de proximidade teórico-prática, vale apresentar estudo que evidencie resultados positivos mediante a implantação de PSF, como o exemplo de Sobral. Esse município do Ceará apresenta sua experiência de Saúde da Família de 1997 a 2004. Possui 40 equipes de PSF em funcionamento, aliada à gestão participativa e estratégica do sistema municipal de saúde, e alcança uma inversão do modelo de atenção à saúde, estruturando sua rede de atenção básica e estabelecendo uma articulação de ações intersetoriais e as mobilizações sociais que apresentam significado potencial para intervenções nos mais diversos problemas

de saúde. Os dados epidemiológicos mostram elevação de cobertura vacinal, pré-natal, aleitamento, diminuição do número de crianças de 0 a 23 meses desnutridas e queda do coeficiente de mortalidade infantil, além de ampliação da cobertura aos hipertensos, redução do coeficiente de incidência de internamentos por acidente vascular cerebral (AVC) e ampliação da taxa de detecção e prevalência de hanseníase, eliminando os casos de abandono ao tratamento (ANDRADE *et al*, 2004).

O conjunto de competências exigidas no processo de trabalho em saúde requer uma visão voltada para a elaboração de projetos coletivos. Constitui desafio na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde

...capacitar profissionais a não dicotomizar, a atenção individual às doenças e adoecimentos da vigilância à saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); a não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); a não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e, finalmente, a aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituidor das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde (CECCIM, FERLA, 2003, p. 216).

Cabe, ainda, já na formação profissional, ser estimulado o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo, como também a definição coletiva da assistência às famílias. Para se atingir, entretanto, o desenvolvimento de uma assistência integral, precisa-se repensar as maneiras como se estruturam os processos de formação dos profissionais de saúde de hoje e do futuro; a forma como se organizam e operam, necessitando ser incorporados como estratégias de mudanças pelas diferentes experiências, de conteúdo, de práticas pedagógicas e de cenários de aprendizagem, independentemente do estágio de suas transformações (HENRIQUES; PINHEIROS, 2004).

Assim, o exercício profissional em saúde exige uma atitude crítico-reflexiva comprometida com a articulação entre conhecimento, ensino e prática, que compreenda o fenômeno cuidar-cuidado, sem perder de vista a realidade sociocultural e econômica (WALDOW, 2004).

Neste sentido, intervir para um novo paradigma coletivo na saúde implica cuidar de pessoas em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos agentes, profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes co-responsáveis pela produção da saúde, preparados para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidade.

3.2 Educação como política social

Ao discutir educação, considero oportuno fazê-lo a partir de uma visão ampla da educação, não apenas como uma escolarização do indivíduo, mas também como um universo de intermediações de ser e agir no mundo, como parte integrante do todo, capaz de discernir caminhos e tomar decisões coerentes com a proposta de vida. É nessa perspectiva que vislumbro a educação intrinsecamente articulada ao viver em sociedade, além de fomentadora e propulsora do desenvolvimento integral do indivíduo, ou seja, não apenas sua inteligência, compreensão dos fatos, consciência crítica, como também da sua evolução e equilíbrio psíquico, espiritual, físico e social. Assim, não há como fragmentar a educação como uma etapa da vida ou dissociá-la do exercício da cidadania, pois ela é primordial como direito, é fundamental como princípio da dignidade humana e é essencial na transformação social (LOBO NETO, 2003).

Vale destacar, porém, o fato de que a constituição histórica da educação no País é permeada desde seus primórdios, advinda da colonização, como um processo de dominação e imposição de um saber alienante destituído de criticidade e reflexão que privilegiava a divisão de classes sociais e a manutenção do *status quo* do poder hegemônico. Esta situação é retratada na catequização dos índios pelos jesuítas, na formação escolar ao longo das décadas, que, atuando como aparelho ideológico do Estado, reprimia atitudes questionadoras e participativas, impondo uma atitude de passividade e submissão do educando diante do professor (ROMANELLI, 2002; LOBO NETO, 2003).

Considero a importância dos movimentos sociais nas décadas de 1960 - 1970, que, em tentativas de reconquistar a efetivação da democratização no país e buscar reestruturar a educação como processo de fortalecimento da identidade nacional, evidenciou a mobilização por uma quebra dos paradigmas vigentes que impregnavam a ação educativa no cenário brasileiro (ROMANELLI, 2002).

Ao extrapolar a área acadêmica e institucional, Paulo Freire engajou-se também nos movimentos de educação popular do início dos anos 1960. Foi um dos fundadores do Movimento de Cultura Popular (M.C.P.) do Recife e nele trabalhou em parceria com outros intelectuais e com o povo. O Movimento contribuía para a participação das massas populares na sociedade brasileira, mediante a valorização da cultura popular (FREIRE, 1996).

Freire lembra que os colonialistas diziam que somente eles tinham cultura; que a história brasileira começou com a sua vinda. Estas afirmações inverídicas são necessárias à prática espoliadora que exerciam. Eles, na tentativa de prolongar ao máximo a exploração econômica, tinham como estratégia a destruição da nossa identidade cultural, da história do povo brasileiro. “Todos os povos têm cultura, porque trabalham, porque transformam o mundo e, ao transformá-lo, se transformam”. Cultura é a maneira como o povo percebe e expressa o seu mundo e como o povo se compreende nas relações com o seu mundo (FREIRE, 2005c, p.75).

Freire e Nogueira (2002) citam os autores Moacyr Gadotti, Carlos Brandão, Osmar Fávero, Luís Eduardo Wanderley, Silvia Manfredi, Celso Ruy Beisegel, entre muitos outros, pela dedicação aos estudos para fortalecimento de experiências em educação conscientizadora.

Assim, busca-se superar a visão tradicional da educação bancária, que cultuava o entendimento equivocado de educação como mero “depósito de conhecimento dentro da inteligência silenciada do educando” (FREIRE; NOGUEIRA, 2002, p. 60). Emergindo como enfrentamento a este pensamento preestabelecido estudos que apontavam caminhos inovadores de acesso ao conhecimento da ciência e da técnica, eles evidenciavam a importância da participação criativa dos educandos.

Na história da educação, a cidade de Angicos no Rio Grande do Norte foi a primeira experiência, no Brasil, divulgada e influenciadora de outras, que introduziu o conceito de que, na relação entre educador e educando, é essencial uma situação dialógica de aprendizagem. Isto é, na construção do saber, são enriquecedores tanto a fala e o conhecimento do professor como a fala e a cultura do estudante (FERNANDES; TERRA, 1994).

Uma proposta de educação inovadora e em grande escala, como Angicos, no Rio Grande do Norte, só foi possível porque a conjuntura política e social da época permitia. Os ideais populistas alicerçaram a realização da experiência pedagógica, e os envolvidos em realizá-la se deixaram conduzir, apesar de terem metas diferenciadas. No contexto mais amplo, porém, prevalecia o impulso de gerar “novos eleitores no ideal da reforma agrária, angariar prestígio e força para modificar o revezamento tradicional das elites políticas e estabelecer alianças internacionais (...) de caráter mais transformista”, mesmo que isso

concorresse para a impossibilidade de controle sobre o processo desencadeado (FERNANDES; TERRA, 1994, p.9).

O sucesso da campanha de alfabetização sob a organização e direção de Paulo Freire concorreu para, a convite do recém-empossado Ministro da Educação Paulo de Tarso Santos, do governo Goulart, coordenar o Programa Nacional de Alfabetização, pelo “Método Paulo Freire” que pretendia alfabetizar, politizando, cinco milhões de adultos. As classes dominantes identificaram a ameaça à manutenção do *status quo* e se colocaram contra o Programa, que oficializado em 21 de janeiro de 1964, pelo Decreto n 53.465, foi extinto pelo governo militar em 14 de abril do mesmo ano, pelo decreto n. 53.886. A situação de opressão militar levou Paulo Freire a buscar asilo político, e a residir na Bolívia, no Chile, nos Estados Unidos, na Suíça. Convidado a trabalhar no Conselho Mundial das Igrejas, andarihou, como gostava de dizer, pela África, pela Ásia, pela Oceânia e pela América, com exceção do Brasil (FREIRE, 1996).

O retorno ao Brasil deu-se em clima de anistia política em agosto de 1979. De volta ao País, dedicou-se à docência e à elaboração de novas publicações, além de ter assumido o cargo de Secretário de Educação do Município de São Paulo, na gestão de Luiza Erundina de Sousa (FREIRE, 1996).

Paulo Freire acentua que o caminho se faz caminhando, pois foi por meio de sua experiência ao trabalhar em educação com camponeses, operários, salineiros, empregadas domésticas, migrantes, dando voz para aqueles que estavam imersos no universo popular, que ocorreram os seguintes aprendizados: as pessoas com as quais trabalhava já tinham muitos conhecimentos; era necessário respeitar seu conhecimento, suas crenças, medos, esperanças, expectativas, linguagem; o educador(a) não pode fazer nada se não respeitar as pessoas; uma das tarefas do educador(a) é também provocar a descoberta de necessidade de saber e nunca impor um conhecimento cuja necessidade ainda não foi percebida e estar permanentemente consciente de uma situação de surpresa e, nunca, nunca deixar de se surpreender (FREIRE; HORTON, 2003).

A práxis da educação é um campo de produção cultural, de possibilidade, da presença no e com o mundo. Concretiza-se na capacidade de ir além de comportamentos esperados, na capacidade de elaborar opções educacionais, que caminhem em direção a zonas de inovação (PLANTAMURA, 2002).

O ressurgimento dos movimentos sociais ocorre a partir da década de 1970, em luta contra a ditadura militar e suas políticas econômicas e sociais, com apoio de experiências alternativas realizadas em bairros periféricos, pequenas cidades do interior e povoados rurais, integrados a projetos mais amplos, nos quais a metodologia da Educação Popular foi um elemento estruturante fundamental.

Nascia a Educação Popular, que não se restringia à cultura de livros ou de museus, apresentando íntima relação com a compreensão da realidade; “ela nascia da cultura que os movimentos populares usam e criam em suas lutas” (FREIRE; NOGUEIRA, 2002, p. 62). Merece destaque a magnitude do conceito de cultura como alicerce para redimensionar a educação. Cultura constitui uma dinâmica, que atribui significado às relações humanas, como os gestos das pessoas nos grupos, no trabalho. Na intenção de ampliar o entendimento de cultura, Chaui (2001, p.45) define cultura como “ordem simbólica por cujo intermédio homens determinados exprimem de maneira determinada suas relações com a natureza, entre si e com o poder, bem como a maneira pela qual interpretam essas relações...”.

O conceito de Educação de Adultos desloca-se na direção de Educação Popular na medida em que os(as) educadores(as) não se limitam aos procedimentos didáticos e aos conteúdos a serem ensinados, e passam a abordar um conteúdo articulado ao cotidiano do que ocorreu no meio popular, alimentando a constituição de um pensamento crítico e reflexivo na compreensão de conhecimentos significativos para uma ação social (FREIRE, 2003).

As discussões suscitadas convergem para uma imersão nos fundamentos da educação popular proposta por Paulo Freire, que exige uma compreensão crítica da prática educativa, reconhecendo que toda prática se encontra impregnada por questões ideológicas, epistemológicas, políticas, econômicas, culturais. Estas questões impõem limites às práticas educativas, de modo que, “não podendo tudo, a prática educativa pode alguma coisa” (FREIRE, 2003, p.96).

A educação pensada por Freire sonha em ser outra, em um novo tempo, dentro de um mundo solidário, libertado da opressão e da desigualdade. Ela é a educação da construção deste tempo vindouro, que é o horizonte da esperança do educador popular (BRANDÃO, 2005).

O homem que se conscientiza é aquele que aprende a pensar do ponto de vista da prática de classe que reflete, aos poucos, o trabalho de desvelamento

simbólico da opressão e o trabalho político de luta pela superação (BRANDÃO, 2005).

Esse conjunto de pensamentos e atitudes fomentou o movimento de Educação Popular em busca da legítima educação como processo de inclusão e cidadania, pois ao mesmo tempo em que educa, politiza as pessoas.

Segundo Freire (2003, 2005a), a natureza ética e social da prática educativa, em sua riqueza, em sua complexidade, é fenômeno típico da existência. Assim sendo, constitui prática especificamente humana. Desse modo, as pessoas não podem se assumir como sujeitos da procura, da decisão, da ruptura, da opção, como sujeitos históricos, transformadores, a não ser assumindo-se como sujeitos éticos, comprometidos com o ato de estimular na própria prática educativa o exercício do direito à participação por parte de quem esteja direta ou indiretamente ligado ao quefazer educativo.

Para Plantamura (2002) a inserção do ser humano envolve escolha e decisão, que passa pela leitura e compreensão da própria história e do mundo, e pela esperança profunda na mudança possível mediante a integração orgânica entre suas diversas competências. Esta primeira dimensão aponta a tensão entre a história como determinação e a história como condicionada, mas possível. Trata-se de uma presença e mediação históricas com forte sentido ético, porque compreende a história como possibilidade e, portanto, como esperança. A leitura da própria história e do mundo é ponto de partida para uma caminhada que vislumbra conhecimentos, subjetividades, relações sociais e opções inovadoras que evidenciam uma prática real em permanente reconstituição, mobilizada por uma prática educativa que não silencia, mas que dialoga criticamente, ampliando as zonas de consenso.

Desse modo, emerge o compromisso social de banir a desigualdade, a opressão e o individualismo. “Conseqüentemente a prática educativa deve oportunizar estratégias que desvelem as forças sociais que emperram a construção de uma nova ordem social sem oprimidos e opressores e que promovam vida e saúde” (GURGEL; VIEIRA; BARROSO, 2001, p.14).

3.3 Educação em Saúde como estratégia de promoção à saúde

Pensar Educação em Saúde numa proposta emancipatória passa por uma reflexão dos elementos conceituais e práticos que fundamentaram sua elaboração histórica no cenário brasileiro. A inserção da atenção voltada à Educação em Saúde eclodiu em um contexto político marcado por extrema fragilidade dos agentes populares e imponente domínio das oligarquias rurais. A realização de campanhas autoritárias sinalizava a intensão de proteger os negócios de exportação do café, ameaçados pelas inúmeras epidemias que assolavam o País. Com a denominação de “Educação Higiênica”, são impostas ao povo normas e medidas de cunho técnico-científico (SHALL, 1996). Desse modo, as campanhas de Educação em Saúde apresentavam mais uma característica policial, sem a preocupação de que as leis sanitárias pudessem atingir a liberdade individual e a inviolabilidade do domicílio (SÁ, 1999).

As ações médicas e de educação propagadas como “Educação Sanitária” são evidenciadas nos anos 1920, em meio à crescente urbanização das cidades, assumindo atitude ainda autoritária. A educação é exercida de modo verticalizado, com a exclusão da participação do povo, que se limita a seguir as condutas estabelecidas (VASCONCELOS, 1997).

Nos anos 1940, em decorrência da Segunda Guerra Mundial, é predominante a influência norte-americana nos serviços de saúde brasileiros, pelo interesse e estabelecimento de acordos para exploração da borracha, de minérios e produção de alimentos, inclusive com instalação de bases militares em Natal e Recife, pontos estratégicos para o pouso dos aviões. Em contrapartida, financiou a criação e funcionamento da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP). O SESP desenvolveu papel importante por meio de investimento na formação de seus profissionais, atuando em serviços que adentravam regiões interioranas, exercendo influência ideológica na participação e desenvolvimento comunitário, propagando a educação de grupos. Mantinha porém, um entendimento da doença como fenômeno individual e a educação sanitária como solução para prevenção de doenças e obtenção de saúde (MELO, 1984).

Os movimentos sociais ganham espaço ao final dos anos 1950 e início dos anos 1960, período de efervescência política, pela tentativa de implantação de uma proposta socialista no Brasil. Espocam, com todo o vigor, inquietações e questionamentos também na área da educação e da saúde.

Na educação, merece destaque a forte influência na consolidação do movimento de Educação Popular da mobilização para enfrentamento dos elevados índices de analfabetismo no País, por meio de uma nova proposta para a escolarização de jovens e adultos, os quais até então, eram percebidos como seres imaturos e ignorantes, que deveriam ser atualizados com os mesmos conteúdos formais da escola primária. No Seminário Regional realizado em 1958, no Recife, e com a presença do professor Paulo Freire, como preparatório para o II Congresso Nacional de Educação de Adultos a ser realizado no Rio de Janeiro, foi discutido a necessidade iminente da consciência do desenvolvimento por parte do povo e da emersão deste povo na vida pública nacional. Assim, sugeriram os pernambucanos:

A revisão dos transplantes que agiram sobre o nosso sistema educacional, a organização de cursos que correspondessem à realidade existencial dos alunos, o desenvolvimento de um trabalho educativo 'com' o homem e não 'para' o homem, a criação de grupos de estudos e de ação dentro do espírito de auto-governo, o desenvolvimento de uma mentalidade nova no educador, que deveria passar a sentir-se participante no trabalho de soerguimento do país; propunham, finalmente, a renovação dos métodos e processos educativos, substituindo o discurso pela discussão e utilizando as modernas técnicas de educação de grupos com a ajuda de recursos audiovisuais (PAIVA, 1973, p.210).

Na saúde, emerge o entendimento do processo saúde-doença em sua multidimensionalidade e atrelado às questões sociais. A dimensão alcançada pelo movimento reivindicatório e revolucionário alvissareiro de uma nova ordem política e social provoca uma reação de coerção, com perseguição e tortura aos líderes e pensadores críticos da época. Preocupados em manter o poder e garantir a dominação, é estabelecido com força armada o regime militar que governou o País durante 20 anos (WENDHAUSEN; SAUPE; 2003).

A apreensão do processo histórico revela uma compreensão contextualizada das forças e interesses que constituíam pano de fundo para o pensamento e a ação em saúde e em educação. Em um movimento de contramão no contexto das transformações da sociedade contemporânea, consolida-se a globalização, como formulação ideológica neoliberal, como ápice da reestruturação e soberania capitalista. Inculcando seus pressupostos, preconiza que o caminho para o desenvolvimento de um país está na liberação da economia e na supressão de qualquer forma de intervenção social, de modo que a economia por si mesma seja definida, originando um sistema mundial auto-regulado (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2003).

A segunda metade do século XX é marcada pela terceira revolução científica e tecnológica, com os avanços da microeletrônica, da microbiologia e da energia

termonuclear, que podem constituir benefícios e perigos para a vida humana e do Planeta. A globalização foi consolidada, graças ao sistema integrado pelas telecomunicações instantâneas. Considerando que o sistema capitalista tem na informação uma mercadoria, sua utilização tem finalidade de doutrinação das massas. Essa situação concorre para o aumento da competitividade e do estreitamento da margem de lucro, perda da identidade nacional das mercadorias, do capital e das tecnologias. A situação instituída propaga um sistema de produção global, que universaliza necessidades, gostos, hábitos, desejos e prazeres (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2003).

Vale ressaltar estudo recente, em que a maioria dos profissionais da equipe de saúde enfatizou a idéia da prevenção como fator independente na Educação em Saúde. Desse modo, as discussões teórico-metodológicas sobre uma educação em saúde transformadora e até anti-hegemônica nos sistemas de saúde e sociedade estão longe do cotidiano desses profissionais, como pode ser apreciado nas seguintes falas: “(...)é muito difícil, pois a população carente não aceita certos métodos educativos e na maioria das vezes não tem condições de realizar uma boa higienização oral(...)”; “(...)tenho condições técnicas não tenho condições pedagógicas(...)”; “(...)as condições são boas, desde que eu consiga convencer as pessoas(...)” (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005, p. 293).

Em outra pesquisa, na qual foi realizada uma apreciação de artigos científicos divulgados em periódicos indexados no período de 1999 a 2005, com enfoque nas práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros(as) na promoção à saúde do adolescente, foi evidenciado um número muito restrito de publicações sobre o tema, considerando a elevada vulnerabilidade e dependência deste grupo etário quanto a sua sexualidade e exposição à situação de conflito (AMORIM *et al*, 2006).

Ainda nos artigos apreciados, os enfermeiros(as) fundamentavam suas atividades educativas em referenciais teóricos que seguem uma linha metodológica progressista, que valoriza a participação ativa dos adolescentes, a reflexão crítica e a criatividade, e valoriza saberes formais e não formais, visando a atingir a transformação em suas relações, proporcionando ação educativa voltada para formação de indivíduos pensantes. Os autores dos artigos científicos examinados, que assinalaram respaldar suas práticas educativas na metodologia de Paulo Freire, utilizaram linguagens diversificadas para estabelecer uma interação educandos-educadores, mediante o uso de técnicas de

dramatizações, apreciação crítica de vídeos, atividades lúdicas, dinâmicas grupais, exposição dialogadas, entre outras.

A ação educativa, fundamentada em referenciais teóricos que seguem uma linha metodológica progressista, “contribui para a formação de sujeitos éticos e cidadãos e para a transformação da sociedade na busca de um mundo mais justo, solidário e humano” (CATRIB *et al.*, 2003b, p.44).

O crescimento dos grupos políticos ligados aos movimentos sociais do Brasil propicia condições institucionais para superar a fase em que essas práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população ocorriam apenas em experiências opcionais contingentes e transitórias. “É preciso encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional que permitam sua generalização no SUS” (VASCONCELOS, 2004, p.67).

A Educação Popular sedimenta uma “nova postura” nos profissionais de saúde, que apreendem a intencionalidade da educação e suas possibilidades de mudanças/transformação da realidade de saúde, com a conscientização e a mobilização popular. Neste sentido, evidencia-se crescente interesse de mobilizar a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, possibilitando ao setor uma cultura de relação com as classes populares, visando a uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde, ressignificando sua práxis no cenário social (VASCONCELOS, 2004).

Assim, a Educação em Saúde deve constituir uma prática social baseada na troca de saberes, proporcionando intercâmbio do saber científico com o popular (BRICEÑO-LEON, 1996); uma construção compartilhada do conhecimento, fazendo convergir o saber acumulado a partir das ciências com o saber acumulado pelas classes populares a partir da sua vivência (OLIVEIRA, 2003).

A partir deste entendimento, é possível consolidar uma Educação em Saúde, que atenda aos princípios norteadores do SUS enraizados em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social. Para tanto, precisa abranger políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidos com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvida na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem (SCHALL; STUCHINER, 1999).

Todos os profissionais de saúde que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holística-ecológica, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a reaver a importância da participação nos ambientes que fomentam os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida (PATRICIO, 1999).

A saúde, a partir da visão holística do homem e da teia de relações que atinge o pensamento ecológico, requer do(a) enfermeiro(a) uma percepção crítica de seu saber, saber-ser e saber-fazer comprometido com as transformações que marcam a atualidade. Isso possibilita uma ação educativa permissiva “ao ressurgimento das emoções, do encantamento, dos sentimentos, do cuidar da natureza como premissa para uma melhor qualidade e existência da humanidade” (MONTEIRO *et al*, 2005, p.344).

A apreciação dos pensamentos freireanos propicia fortalecer uma concepção crítica da educação que aspira ser uma educação para a conscientização, para a libertação, para a transformação, e requer uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa dialógica, a produção do conhecimento torna-se coletiva, provocando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos.

Neste sentido, torna-se emergente a compreensão de que o usuário almeja mais autonomia, por meio do interesse em adquirir conhecimentos que lhe permitam cada vez mais reconhecer e buscar enfrentamento dos seus problemas de saúde. Para tanto, é essencial que seja estabelecido vínculo entre os trabalhadores de saúde, o usuário e sua família (CECÍLIO, 2006).

Como estratégia de promoção à saúde, a práxis de Educação em Saúde, nesta conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos, deve eleger metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (CATRIB *et al*, 2003a) e que leve o indivíduo a sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

O exercício de uma prática educativa crítica constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação, na crença de que é possível mudar (FREIRE, 2005a).

Assim, quanto mais conscientizadas as pessoas se tornam, ampliam sua competência política para ser anunciadores e denunciadores, tendo como imperativo ético a desocultação da verdade, procurando desnudar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas (FREIRE, 1980).

A Educação em Saúde como área de conhecimento articula uma visão corporificada tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como Psicologia, Sociologia, Filosofia e Antropologia, constituindo, assim, um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções e espelham diversas compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STUCHINER, 1999).

Para Valla (2000), o profissional de saúde deve conhecer o contexto em que o indivíduo está inserido e suas necessidades em relação à saúde, para, a partir da reconstrução de um saber compartilhado e culturalmente significativo, exercer uma prática educativa utilizando uma linguagem compreensível e simples adequada à realidade.

A prática da Educação em Saúde constitui um caminho de reflexão-ação integrador do cuidar, fundados em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e mobilização popular, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social (CATRIB *et al*, 2003a).

Neste sentido, apreende-se a Educação em Saúde inspirada nos pensamentos de Freire, estruturada em uma práxis coerente e competente, na qual o profissional de saúde/educador seja capaz de testemunhar seu gosto pela vida, sua esperança no mundo melhor, atestar sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade e a maneira consistente com que assume sua presença no mundo (FREIRE, 2005a). Desse modo, é essencial estar aberto ao contorno geográfico, social, político e cultural do indivíduo, família e comunidade para educar em saúde.

3.4 Círculo de Cultura de Paulo Freire na Educação em Saúde

Paulo Freire exerceu plenamente sua capacidade criadora e conseguiu ultrapassar as barreiras da mediocridade de uma vida inerte e de acomodação. Assim, Freire desafia a olhar. “Olhar vendo. Olhar sentindo. Olhar desvelando, Olhar transcendendo. Olhar ousando ir além do que se encontra diante de nossa visão limitada ou distorcida”. Desvela, desse modo, sua vocação ontológica “de ultrapassar limites”, na contínua busca da realização, movido pela consciência do inacabado e convicto de sua potencialidade para transformar e superar desafios presentes no contexto histórico do cotidiano (SILVA, 2006, p. 84).

Sua liderança ativa no movimento de alfabetização, na década de 1960, chegando a alfabetizar 300 adultos em 45 dias, despertando-os a partir da leitura da palavra a leitura do mundo, concorreu para seu exílio. Seu distanciamento do Brasil repercutiu na disseminação de suas sementes de denúncia-anúncio, mote de suas idéias alicerçadas na dimensão dialética da realidade, em diversas pátrias. Também no Brasil, mesmo sem sua presença física, seus conhecimentos continuaram a ser propagados. Diante do caminho percorrido por Freire, com trabalho árduo e determinado, manteve-se íntegro aos seus ideais, conquistando um reconhecimento internacional (SILVA, 2006).

O legado semeado pelo Educador pernambucano, não se limita ao trabalho com a alfabetização de adultos, e essa compreensão é essencial para que se evitem a fragmentação e a descontextualização de seu pensamento. Freire percebia seu trabalho muito mais como uma Teoria do Conhecimento do que metodologia de ensino, que se identifica bem mais com um método de aprender do que um método de ensinar (SILVA, 2006).

Encontro nos estudos desenvolvidos sob a orientação de Barroso uma identificação com os pressupostos freireanos, dos quais destaco, a ênfase de que é necessário que a educação possibilite o homem ser sujeito, constituir-se como indivíduo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Ao investigar acerca da propagação dos pensamentos de Paulo Freire no âmbito internacional com inserção na área da saúde, destacaram-se, entre outros, duas pesquisadoras - Minkler Meredith e Nina Wallerstein - que aplicaram os conhecimentos freireanos com enfoque na Educação em Saúde, apresentando publicações desde 1980 e 1987, respectivamente, trabalho que foi consolidado paulatinamente por ambas até os dias atuais (MINKLER; COX, 1980; WALLERSTEIN, 1987).

Meredith Minkler, PhD, é professora de Health and Social Behavior na School of Public Health, University of Califórnia at Berkeley e Nina Wallerstein é professora no Department of Family, Community, and Emergency Medicine, University of New Mexico School of Medicine. Ao longo dos anos, elas aprofundam estudos associando os pressupostos freireanos, como: participação, diálogo, consciência crítica, acesso a conteúdos articulados à realidade, o conhecimento como instrumento de possibilidades e de liberdade, valorização do saber popular, autonomia para realizar suas escolhas e caminhos; como fundamentos mobilizadores de uma complexa estratégia de “empowerment” (WALLERSTEIN; AUERBACH, 2004).

O conceito de *constitui* um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave da nova promoção da saúde como projeto que almeje a transformação do *statu quo* socio-sanitário de um país. A palavra é utilizada em sua língua de origem pela inadequação no emprego de vernáculo em português com o mesmo significado. Na intenção de apreender um entendimento mais genérico deste termo, é apresentado por Carvalho (2005, p.62) como, “um processo, e ao mesmo tempo, um resultado de ações que afetam a distribuição de poder”, por possibilitar “que indivíduos e coletivos se preparem para responder, de maneira criativa, aos desafios biopsicológicos da vida social”.

Com o intuito de aprofundar reflexões, é destacada a divergência entre os que colocam a melhoria da saúde como objetivo final, enquanto, para outros, a saúde é um meio para alcançar a meta de justiça social (ROBERTSON; MINKLER, 1994).

A abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire (BRANDÃO, 2005), constitui uma idéia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’. A escolha por desenvolver um Círculo de Cultura, visa ensinar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória.

A denominação de Círculo culmina porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho que não tem um professor, mas um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem. A maior qualidade da equipe de trabalho é a participação ativa em todos os momentos do diálogo (BRANDÃO, 2005).

Para Freire, o processo dialogal encontra na cultura o embasamento necessário para compreender no trabalho participativo uma produção de modos próprios e novos, solidários e coletivos de pensar, fomentando um aprendizado por todos juntos, e aquilo que constroem é outra maneira de fazer a cultura que os faz, por sua vez, homens, sujeitos, seres de história, palavras e idéias-chave (BRANDÃO, 2005).

É a conseqüência de uma reflexão que o homem começa a fazer sobre sua capacidade de refletir; a cerca de sua posição no mundo; sobre seu trabalho; a respeito do seu poder de transformar o mundo; no tocante ao encontro das consciências. O trabalho de problematização de uma realidade que a todos envolve deve conduzir o grupo à reflexão. A participação envolvia presença, criação de espaços de reflexão da ação popular troca de conhecimentos, oferta de informações necessárias ao povo, produção de grupos populares de apóio.

Assim Brandão (2005, p.103-4) apresenta em sua leitura do mundo o entendimento que:

Do mesmo modo como o homem depende da natureza para sobreviver e a natureza depende do homem para ter sentido, os homens dependem uns dos outros para sobreviverem e darem sentidos ao mundo e a si mesmos. Por isso mesmo, o diálogo não é só uma qualidade do modo humano de existir e agir. Ele é a condição deste modo e é o que torna humano o homem que o vive.

Círculo de Cultura é um grupo de trabalho, de pensar juntos, em equipe, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo. A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo nos círculos. É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar (DAMASCENO, 2003).

O desenvolvimento do trabalho com aplicação do Círculo de Cultura requer que o pesquisador(a) esteja atento para o que se fala. As falas, as conversas, as frases, entrevistas, discussões, dentro ou fora do círculo, tudo está carregado dos temas da comunidade, seus assuntos, sua vida (FREIRE, 1983).

Tomando por princípio norteador o delineamento do "Método Paulo Freire" (LIMA, 1979), o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos:

a) a *investigação temática*, pela qual aluno e professor buscam, no universo vocabular do aluno e da sociedade onde ele vive, as palavras e temas centrais de sua biografia;

b) a *tematização*, mediante a qual eles codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e

c) a *problematização*, por meio de que eles buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

Constituindo uma estratégia da educação libertadora, o Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento. Neste momento, serão ensejadas a apresentação dos participantes e informações sobre a organização e funcionamento do Círculo (FREIRE, 1999).

A técnica proposta por Freire consiste em fazer o conhecimento decorrer de uma substituição de elementos reais por elementos simbólicos: primeiro, figurados (cartazes), depois, verbalizados oralmente (discussão), para, finalmente, chegar à fase de *sinais escritos padronizados* – leitura (LIMA, 1979).

Em consulta à Biblioteca Virtual em Saúde, tendo como base de dados a Lilacs e utilizando as palavras círculo e cultura, foram identificados apenas três estudos - todas dissertações de mestrado apresentadas ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Uma das pesquisas aplicou o Círculo de Cultura com três famílias com história de alcoolismo (DINIZ, 1997); na outra, a vivência dos Círculos ocorreu com um grupo de enfermeiras-docentes para trabalhar a percepção destas a respeito da prática pedagógica que desenvolviam no ensino da Assistência de Enfermagem (GIORGI, 1997). O terceiro teve como sujeitos do estudo nove alunos, que trabalharam nos Círculos temas geradores relacionados ao processo ensino-aprendizagem (BRITO, 1997). Nos três estudos foram estimuladas na realização dos Círculos a consciência crítica, a construção participativa do conhecimento e as propostas de mudança, recomendando a realização do Círculo de Cultura em grupos de docentes e/ou docentes/discentes.

Destaco, ainda, dissertação fundamentada em Paulo Freire desenvolvida também por enfermeira e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Como pesquisadora-animadora, a autora aplicou Círculos de Cultura com sujeitos portadores de Diabetes melitos tipo 2, rompendo com a tradição

autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Os resultados apontaram para mudanças significativas de hábitos, atitudes e costumes no cotidiano de suas vidas. Além disso, evidenciou-se o fato de que, por intermédio da prática pedagógica os portadores do diabetes melitos vivenciaram uma afetividade entre os participantes do grupo, o que contribuiu para elevar sua auto-estima (DAMASCENO, 2003, p.50). Verifica-se a necessidade de acesso do(a) enfermeiro(a) aos conhecimentos que estruturam a proposta metodológica na educação de adultos por meio do Círculo de Cultura proposto por Freire, para dar ensejo a possibilidades e transformações nas ações de Educação em Saúde.

A reduzida produção de teses e dissertações nas áreas da saúde com aplicação do Círculo de Cultura vem reforçar a relevância da aplicação deste método de ensino e do estudo ora focalizado.

3.5 Sinopse do capítulo

O processo histórico da política de saúde é demarcado por características definidoras do poder hegemônico das pessoas que compõem uma classe social privilegiada, ou ainda, dos interesses econômicos estabelecidos no Brasil.

A nova ordem na agenda de saúde brasileira é marcada por um movimento sanitário com expressiva representação, da população, de profissionais da área, de participantes de movimentos populares, entre outros. O movimento sanitário é responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizado pelos princípios da: universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização (municipalização) e do controle social. Como não poderia ser diferente, a concretização do SUS, inicialmente formalizado no plano legal e culminando em sua efetivação no cenário nacional, veio requerer uma revisão no modelo de atenção à saúde vigente. No decorrer dessa mobilização ascendente, emergiu a necessidade de viabilizar uma renovação nas propostas de atenção à saúde com enfoque na promoção da saúde.

O entendimento da saúde como resultante da produção social constituiu novo paradigma na estruturação das mudanças propostas no modelo de atenção à saúde e na garantia de uma assistência que venha apresentar resolubilidade às necessidades consideradas prioritárias pela comunidade. Também a constatação de resultados satisfatórios na vigilância,

diagnóstico e enfrentamento das situações de risco de adoecimento nas famílias da área adstrita requerer novas competências dos profissionais envolvidos no trabalho em saúde.

É evidenciada, assim, a exigência de profissionais comprometidos com o seu papel sociopolítico e com a efetivação de avanços na garantia de ações de promoção à saúde. Para tanto, constitui desafio à formação continuada dos trabalhadores de saúde, capazes de articular saberes e práticas de atenção integral à saúde, como também perceberem-se como educadores em saúde, comprometidos com a autonomia dos indivíduos e com as possibilidades de transformação da realidade.

As experiências promissoras desencadeadas por Paulo Freire, ante a efetivação prática desse conjunto de pensamentos e atitudes, buscaram uma legítima educação como processo de inclusão e cidadania e fomentaram o movimento de Educação Popular. Essa educação frutífera transcende a modificação dos métodos de educar e transforma as pessoas antes passivas em partícipes na transformação da realidade, pois ao mesmo tempo educa e politiza as pessoas, despertando-as para a consciência crítica das possibilidades e dos compromissos com a construção de um mundo mais solidário.

A práxis da educação é um campo de produção cultural na medida em que os(as) educadores(as) abordam um conteúdo articulado ao cotidiano do que vem ocorrendo no meio popular, alimentando a formulação de um pensamento crítico e reflexivo na compreensão de conhecimentos significativos para uma ação social.

As mudanças de paradigmas que também semeavam o entendimento da saúde em sua multidimensionalidade como resultante da produção social, e da promoção da saúde como proposta de renovação das políticas públicas da saúde, culminaram em aproximar os conceitos teórico-práticos advindos da área da educação e da área da saúde na revisitação das práticas de Educação em Saúde, na busca por constituir sua ressignificação a partir de alicerces de fortalecimento e “empowerment” da população no trato das ações prioritárias de saúde no atendimento das necessidades da coletividade.

Assim, os alicerces da Educação Popular proposta por Paulo Freire requerem do(a) enfermeiro(a) e da equipe de Saúde da Família uma compreensão crítica da prática educativa, reconhecendo que toda prática se encontra impregnada por questões ideológicas, epistemológicas, políticas, econômicas, culturais. Portanto, a prática educativa deve ensinar

estratégias que fortaleçam a participação popular na formação de um conhecimento crítico que promova vida e saúde.

A Educação Popular sedimenta uma “nova postura” nos profissionais de saúde que apreendem a intencionalidade da educação e suas possibilidades de mudanças/transformação da realidade de saúde, com a conscientização e a mobilização popular ao propiciar uma relação de proximidade entre os profissionais e a população.

Fica entendido que, para tanto, os profissionais de saúde, em particular os(as) enfermeiros(as), precisam enxergar novas perspectivas acerca de seu modo de perceber-se; de notar o outro, o usuário e as famílias; de sentir o contexto real e de perceber as possibilidades de interagir no e com o mundo, ao buscar fundamentar sua prática profissional numa relação de respeito e confiança nas potencialidades e no saber do outro, como parceiro(a) nas ações de educação em saúde e educação popular em saúde. Reescrevendo páginas de uma história, onde todos são sujeitos e agentes de um contexto em transformação, no ideário da promoção a saúde, com justiça e humanização da sociedade, os Círculos de Cultura adentram as ações de Educação em Saúde, com o intuito de fortalecer a relação do profissional de saúde e dos usuários e famílias, por fortalecer processos de “empowerment” dos profissionais e dos usuários no exercício de sua cidadania como sujeitos de uma história em transformação.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Não podemos nos assumir como sujeitos da procura, da decisão, da ruptura, da opção, como sujeitos históricos, transformadores, a não ser assumindo-nos como sujeitos éticos (FREIRE, 2000).

4.1 Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa-ação, na qual, em consonância com Peruzzo (2005), como enfermeira/pesquisadora e animadora dos Círculos de Cultura, estabeleço uma interação com as enfermeiras, que atuam em PSF, sujeitos do estudo, determinando a conjugação da investigação com os processos mais amplos da ação educativa e a apropriação coletiva do conhecimento.

Na opção por este tipo de estudo foi sedimentada a finalidade de propiciar às profissionais perceberem-se e atuarem como sujeitos políticos no desenvolvimento dos Círculos de Cultura. Constitui, assim, a alternativa de investigação que visa à inclusão social das enfermeiras, como agentes de conhecimento das ações de Educação em Saúde e beneficiárias dos resultados.

É oportuno ratificar a distinção entre pesquisa participante e pesquisa-ação. A pesquisa participante consiste na inserção do pesquisador(a) no ambiente natural de ocorrência do fenômeno e de sua interação com a situação investigada. Enquanto isso, na pesquisa-ação, o(a) pesquisador(a), além de compartilhar do ambiente investigado, também possibilita aos pesquisados participar da realização do estudo e que os resultados revertem em benefício do próprio grupo pesquisado (PERUZZO, 2005).

Como estratégia de pesquisa, a pesquisa-ação consiste em um modo de conceber e organizar uma pesquisa social de finalidade prática e que esteja de acordo com as exigências próprias da atividade e da participação dos agentes da situação observada (THIOLLENT, 2005).

No caso específico deste estudo, prevaleceu o critério de ancorar a aplicação da abordagem educativa em metodológica de pesquisa, capaz de sobrelevar-se à máscara da neutralidade, de modo a constituir um processo que segue

um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre o agir em Educação em Saúde no campo da prática e investigar a respeito dela.

É exequível a realização de uma série de ações, como planejar, implantar, descrever e avaliar a aplicação do Círculo de Cultura como abordagem metodológica para potencializar a práxis de Educação em Saúde (DIAGRAMA-1), aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação.

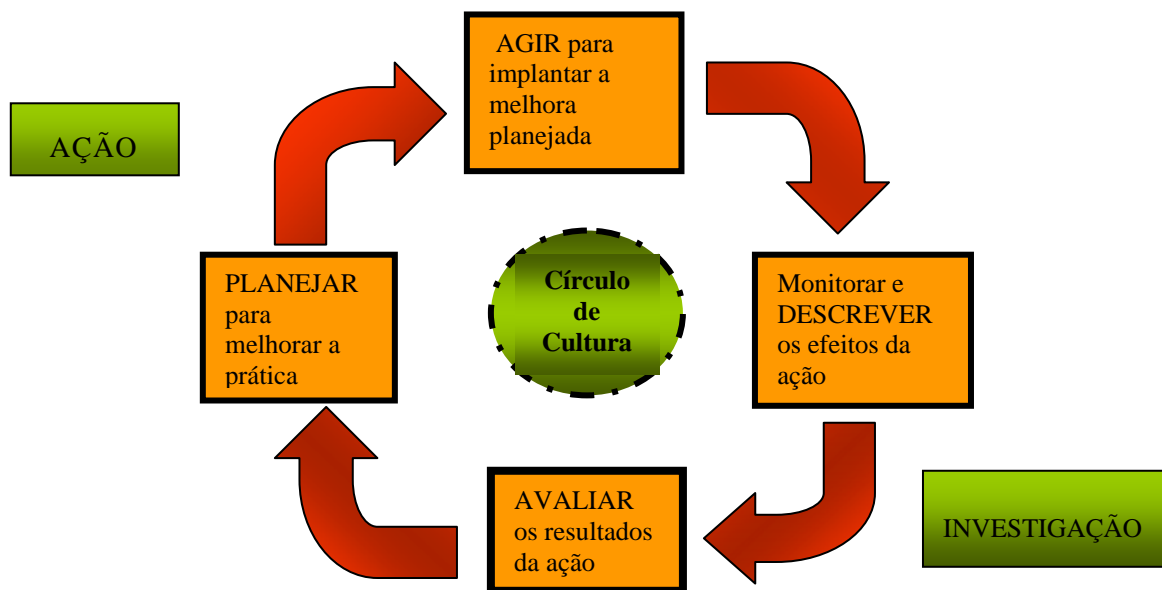


DIAGRAMA - 1 Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação (TRIPP, 2005, p. 46)³.

Brandão (1999, p.9-10) destaca a idéia de que pesquisar/participar constitui uma “modalidade nova de conhecimento coletivo do mundo e das condições de vida de pessoas, grupos e classes populares”. Para um entendimento consistente da modalidade de pesquisa em questão, vale estabelecer o entendimento de conhecimento coletivo como resultante de um processo de trabalho inclusivo do grupo de enfermeiras, sujeitos do estudo, e pesquisadora, que recriam, de dentro para fora, modos concretos de participar do direito e do poder de pensar, produzir e dirigir o uso de seu saber, a respeito de si próprias, de sua equipe e das famílias da comunidade na qual atuam.

³ Acrescentei ao centro do diagrama o Círculo de Cultura, Método de Paulo Freire (BRANDÃO, 2005) que fundamentou todo o percurso metodológico desta pesquisa, o qual é delineado com linhas tracejadas por estar intimamente relacionado ao contexto de inserção de seus participantes.

Com efeito, esse conhecimento (extraído da prática política, torna possível e proveitoso o envolvimento e compromisso da classe de enfermeiras que desempenham até mais de uma atividade assistencial, como também desta pesquisadora, que exerce atividades na assistência, na docência e na pesquisa) é um instrumento a mais no reforço do poder do povo, mas especificamente das famílias com as quais os profissionais se comprometem a realizar ações de promoção a saúde.

Com a finalidade de consolidar a compreensão acerca de pesquisa-ação, encontro na definição de Thiollent (2005) um respaldo teórico que a compreende como uma modalidade de pesquisa social com base empírica, formulada e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo, que envolve os(as) pesquisadores e os(as) participantes de modo participativo e cooperativo. Assim, esta pesquisa tem o propósito de contribuir para solucionar reais problemas e/ou dificuldades do grupo pesquisado no exercício das ações de Educação em Saúde. Para tanto, o grupo necessitou conhecer os objetivos da pesquisa e participar nos Círculos de Cultura.

Esse tipo de pesquisa encontra congruência nos pressupostos metodológicos enfatizados por Freire (1999, p.35):

Se minha opção é libertadora, se a realidade se dá a mim não como algo parado, imobilizado, posto aí, mas na relação dinâmica entre objetividade e subjetividade, não posso reduzir os grupos populares a meros objetos de minha pesquisa. Simplesmente, não posso conhecer a realidade de que participam a não ser com eles como sujeitos também deste conhecimento que, sendo para eles um conhecimento anterior (o que dá ao nível da sua experiência) se torna um novo conhecimento.

A opção por este tipo de pesquisa surgiu do meu compromisso pessoal e profissional com a produção de um saber articulado com a práxis do(a) enfermeiro(a), da enfermeira, com o contexto social da população assistida pelo SUS. Assim, encontro nos questionamentos de Brandão (1999, p.10) fundamento expressivo para o caminho metodológico firmado neste estudo, assim apresentados

Para que serve o conhecimento social que a minha ciência acumula com a participação do meu trabalho? Para quem, afinal? Para que usos e em nome de quem, de que poderes sobre mim e sobre aqueles a respeito de quem, o que eu conheço, diz alguma coisa?

A pesquisa-ação constitui uma forma qualitativa de investigação já empregada em dissertações e teses de doutoramento em algumas linhas de pesquisa, podendo ser citados os seguintes estudos: *Pesquisa-Ação com Mulheres Detentas*

(GIORDANI, 2000), *Pesquisa-Ação na Relação Creche-Cuidador Familiar* (CARMO, 2004), entre outros estudos na área Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Quanto à minha posição durante a pesquisa-ação, cabe ressaltar minha inserção no grupo pesquisado, participando de todas as suas atividades, tendo uma atenção aguçada para observar as participantes nas vivências. Assim, interagi com os membros nos Círculos, assumindo o papel de animadora.

A opção por efetivar um estudo nesta modalidade requer do(a) pesquisador(a) “muita maturidade intelectual; acentuada capacidade de distanciamento, a fim de não criar vieses de percepção e interpretação”, o que não quer dizer neutralidade; e responsabilidade para com o ambiente pesquisado, de modo a não interferir demasiadamente no grupo ou criar expectativas que não poderão ser satisfeitas, até pela circunstância de sua posição transitória no grupo (PERUZZO, 2005 , p. 137).

Ainda é atribuído como máxima responsabilidade do(a) pesquisador(a) a definição clara do problema de pesquisa e dos procedimentos metodológicos corretos e que sejam delineadas as estratégias no sentido de desempenhar papel fundamental na obtenção de resultados cientificamente válidos (PERUZZO, 2005). Neste sentido, como pesquisadora, obtive, na pesquisa ação, respaldo metodológico sólido e profícuo para o planejamento, a formulação e a descrição minuciosa dos Círculos de Cultura, estabelecendo o máximo de fidedignidade na apreensão dos resultados produzidos, seja mediante as falas, atividades artísticas e produções escritas e lúdicas do conteúdo trabalhado pelo grupo.

4.2 Cenário

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário VI, que abrange o total de 8 bairros, sendo eles: Boa Viagem, Brasília Teimosa, COHAB, Ibura, Imbiribeira, Ipsep, Jordão e Pina, com uma população de 368.844 habitantes. A opção por trabalhar com o VI Distrito deu-se por possuir a mais extensa área física e o maior número de equipes. Em virtude da sua extensão, esse Distrito é subdividido em três microrregiões. Por conseguinte, foi constatada a necessidade de optar por uma delimitação, sendo escolhido a microrregião 6.3, correspondente ao bairro do Ibura, que apresenta as seguintes características: área bastante

acidentada, com elevada concentração populacional, predominando o baixo poder aquisitivo de seus moradores, população dependente em sua totalidade do SUS, já ter havido iniciativas anteriores de implementar ações de Educação Popular em Saúde por interesse da direção do Distrito.

O Ibura compreende as seguintes localidades: UR2, com duas equipes de PSF; UR3, com uma equipe aguardando ser inaugurada na época; UR4 e UR5, com duas equipes; UR10, com duas equipes; UR11, com duas equipes; UR12, com duas equipes; Lagoa Encantada/ Asa Branca, com três equipes; Monte Verde, com duas equipes; Três Carneiros de Cima, com três equipes; Três Carneiros de Baixo, com três equipes; Vila dos Milagres, com duas equipes; Vila das Aeromoças, com duas equipes; e Vinte e Sete de Novembro, com quatro equipes.

A microrregião conta com três equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 23 unidades de Saúde da Família, com 30 equipes de Saúde da Família, compostas por enfermeiro(a), médico, agente comunitário de saúde; e, em algumas unidades, há também, equipe de saúde bucal, formada por odontólogo e agente de saúde bucal.

Possui oito UBS, alternando serviços como Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Colposcopia, Diagnóstico/tratamento de Tuberculose e Imunização (vacina), e duas policlínicas, com serviços de Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria, Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Dermatologia, Cirurgia, Cardiologia, Nutrição, Serviço Social, Radiologia, Mastologia, Neurologia, Alergologia, Bioquímica, Endocrinologia, Farmácia e Imunização (Vacina).

Dispõe, ainda, de uma maternidade e de dois centros de assistência psicossocial (Caps), um que assiste pacientes portadores de transtornos mentais e o outro, para pacientes dependentes de álcool e/ou drogas.

O Distrito Sanitário VI, além da Chefia Geral, possui Departamento de Atenção Básica, Departamento de Vigilância à Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Departamento de Recursos Humanos, Departamento Financeiro e Departamento de Educação Popular.

4.3 Atores sociais

Para ter acesso à população que iria compor os sujeitos desta pesquisa, inicialmente, foi realizada visita a todas as Unidades Básicas de Saúde que integram a microrregião 6.3, para conhecimento da área e contato inicial com as enfermeiras. Nessa oportunidade, foram esclarecidos os objetivos do estudo e formalizado o convite para participação.

A seleção dos sujeitos do estudo atendeu aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro(a); exercer a profissão como membro em equipe de PSF na microrregião 6.3, do Distrito Sanitário VI; apresentar condições física e psíquica para participar da pesquisa; não se encontrar em licença médica, férias ou qualquer outro tipo de afastamento durante o período de execução da pesquisa, tendo prevalecido a intencionalidade. As chamadas “amostras intencionais” são um número reduzido de pessoas escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas apresentam em relação a um determinado assunto (THIOLLENT, 2005, p.67). Foi considerado o critério de intencionalidade, visto que, após terem obtido o conhecimento detalhado dos objetivos e propostas do estudo, estas profissionais demonstraram maior interesse nas ações de Educação em Saúde e aceitaram participar nos Círculos de Cultura. A intencionalidade torna uma pesquisa qualitativa mais rica (GIL, 2002) e a participação espontânea e consciente dos sujeitos do estudo é essencial para o desenvolvimento dos Círculos de Cultura, cuja dialogicidade e conscientização constituem alicerces relevantes deste método.

Merece ressaltar que a microrregião selecionada tem 30 enfermeiras. Assim, foram sujeitos do estudo dez enfermeiras que atuam em Programa de Saúde da Família, pertencentes à microrregião 6.3, do Distrito Sanitário VI, do Município de Recife-PE, que demonstraram interesse pela temática e aceitaram participar, ao se identificarem com as condições, desafios e perspectivas do estudo em todas as suas etapas.

Vale destacar o fato de que a determinação da dimensão do grupo resguardou a necessidade de se ter tempo para que cada participante pudesse se expressar, falar sobre o tema, oferecer assim as informações desejadas (DEBUS, 1997), considerando a própria dinâmica dialógica que fundamenta a realização de Círculos de Cultura.

Inicialmente 17, enfermeiras afirmaram pretender participar dos Círculos de Cultura, entretanto duas desistiram - uma por problema de saúde e a outra por motivo de

antecipação das férias. Enquanto isso, cinco enfermeiras estavam comprometidas com a capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS), que, apesar de estar programada para início há quatro meses, foi iniciado também no mesmo período da pesquisa, em um dos seus turnos, manhã ou tarde, inviabilizando a participação delas nos Círculos. Desse modo, dez enfermeiras participaram dos Círculos de Cultura, como atores sociais deste estudo.

4.4 Procedimentos éticos

O desenvolvimento da pesquisa implicou a observância da Resolução nº. 196/96 que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Para tanto, foi obtida carta de anuência das instituições envolvidas na pesquisa, e enviado o Projeto 153/05 ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, para apreciação, sendo considerado aprovado em reunião do dia 06 de fevereiro de 2006 (ANEXO 1).

Os atores sociais do ensaio foram esclarecidos sobre o objetivo e a importância de sua participação no desenvolvimento do estudo. Solicitei permissão deles para registro fotográfico e gravação visual de suas produções artísticas e intelectuais, por constituir um recurso bastante fidedigno no registro das vivências e elaboração do conhecimento durante os Círculos de Cultura, permitindo-me dedicar-me ao meu papel de animadora, sem comprometer a apreensão dos diálogos, relatos e falas expressas pelas participantes do estudo.

Com informação puramente escrita, a promessa de não indicar nomes de pessoas pode garantir proteção ética contra identificação. A situação é mais difícil com imagens, exigindo para sua exibição pequenas máscaras brancas sobre os olhos, além de disfarce digital da voz (LOIZOS, 2005). Assim, ao solicitar a autorização para gravação em vídeo e em fotografia, ficaram definidos seus critérios de utilização, que se limitaram como instrumento para apreensão das vivências dos Círculos de Cultura a ser disponibilizado para mim e para as participantes do estudo, que tiveram a oportunidade de ver uma síntese dos registros fotográficos produzidos.

Foram garantidos o anonimato e o direito de ausentar-se da pesquisa a qualquer momento, situação que foi formalizada com apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) de minha parte, com obtenção da

assinatura de todas as integrantes da pesquisa. Assim, as participantes do estudo foram identificadas por nomes de pássaros na apresentação dos dados coletados em entrevista individual, na sua caracterização e durante os Círculos de Cultura. Também os líderes comunitários citados nas falas das enfermeiras foram substituídos pelas letras iniciais de seus nomes.

Durante a realização dos Círculos de Cultura, foi decidido pelo grupo o modo para devolução dos resultados da pesquisa para os sujeitos do estudo e para os gestores do Distrito VI. Ficou determinada a realização de mais dois Círculos - um para eu apresentar às enfermeiras participantes do estudo as produções do grupo e os dados apreendidos para que elas tivessem ciência e avaliassem se os resultados obtidos eram pertinentes e outro para as próprias enfermeiras mostrarem à Diretoria do Distrito as vivências, conhecimentos, reflexões e propostas elaboradas nas atividades de educação em saúde resultantes dos Círculos de Cultura. Esses dois encontros foram planejados e concretizados a partir da necessidade e interesse do grupo, que se dispôs a assumir compromisso em participar dos mesmos.

4.5 Período de adaptação da pesquisadora

O desenvolvimento do estudo propriamente dito, com a execução da coleta de dados, foi precedido por um período de duas semanas no qual me inseri em um PSF pertencente a um distrito sanitário distinto do cenário selecionado neste estudo. A minha inserção em PSF como pesquisadora teve a finalidade de acompanhar o cotidiano de uma enfermeira, como: programação e execução das várias atividades relacionadas com assistência à mulher e à criança; visita domiciliar; relacionamento com a equipe; relacionamento com os membros da comunidade e usuários do SUS; trabalho de educação em saúde com hipertensos; compromissos burocráticos e administrativos; exigências da Coordenação do Distrito; estrutura física da Unidade Básica de Saúde; situação socioeconômica das famílias residentes na comunidade; rede de apoio acessível à comunidade; e fatores facilitadores e limitantes na resolutividade dos problemas dos usuários.

Esse período de adaptação foi extremamente significativo, pelo fato de estar há mais de um ano residindo em Fortaleza para cursar as disciplinas do Curso de Doutorado. A oportunidade de acompanhar e observar o cotidiano de uma enfermeira de PSF me

proporcionou a aquisição de informações atualizadas da prática profissional junto às famílias da área adstrita, fomentando uma articulação entre as suas competências e as exigências burocráticas estabelecidas pela instituição no armazenamento de dados estatísticos dos indicadores de saúde e da sua produção. Contribuiu, ainda, para ampliar a capacidade de observação e compreensão necessárias para assumir a função de pesquisadora e animadora na realização dos Círculos de Cultura. A inserção em outro distrito teve o objetivo de manter uma uniformidade nas atividades de coleta executadas com as enfermeiras dos PSF que compõem o cenário do estudo.

4.6 Inserção no cenário do estudo

Para desenvolver esta etapa, inicialmente agendei encontro com a Diretora do Distrito Sanitário VI. Ao apresentar meu projeto e esclarecer sobre minha proposta de trabalho, observei que ela ouviu com atenção e demonstrou interesse, ficando de ler para que eu a procurasse posteriormente. Dei um tempo superior a quinze dias e voltei ao Distrito para saber a resposta. Ela me convidou para participar de uma reunião, onde estavam presentes gestores das microrregiões, coordenadores do núcleo de educação popular em saúde e sua assessora denominada no estudo por Letícia, nome latino que significa alegria. O encontro foi bastante produtivo. De modo objetivo, a Diretoria expressou sua aprovação por atender a uma de suas propostas administrativas, e pediu que Letícia me apresentasse as enfermeiras para iniciar o projeto na micro-região 6.3. A área foi delimitada em reunião com a participação das chefias e da Diretoria do Distrito.

O acesso à população do estudo ocorreu no mês de janeiro, ao iniciar uma etapa preliminar de coleta de dados, em visitas minhas a todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que compõem a micro região 6.3, do Distrito Sanitário VI, nas quais as enfermeiras trabalham, foram elas: Monte Verde, UR2, Lagoa Encantada/ Asa Branca, Vila dos Milagres, Vila das Aeromoças, Vinte e sete de Novembro, UR3, UR4/ UR5, UR10, UR12, Três Carneiros de Cima e Três Carneiros de Baixo.

As primeiras visitas foram realizadas em veículo da Prefeitura, junto com dois profissionais que atuam na gestão do Distrito, para conhecimento da localidade e minha apresentação às enfermeiras das equipes de PSF. Prestei atenção e pedi orientação aos motoristas do Distrito para dar continuidade sozinha às visitas subseqüentes.

4.7 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

A pesquisa-ação é um método ou estratégia de pesquisa que agrega vários métodos ou técnicas de pesquisa social, com os quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa na captação de informação (THIOLLENT, 2005). Este estudo tem como desafio buscar na conjugação de instrumentos uma estrutura metodológica mais complexa e consistente, que visa a garantir ampla apreensão de dados significativos para a pesquisa atingir, dentre os objetivos específicos, a descrição da aplicação de Círculos de Cultura com enfermeiras de PSF para a sistematização de ações de Educação em Saúde.

Ao considerar que, sendo esta uma pesquisa qualitativa, ela articula também em seus fundamentos científicos questões de ordem subjetiva - como raízes culturais, sentimentos, emoções, comportamentos, reflexões e colocações pessoais, discussões e sínteses resultantes da produção coletiva - neste sentido, foram selecionados como instrumentos para coleta de dados um formulário de entrevista, as etapas dos Círculos de Cultura, a observação-participante, o registro fotográfico e filmagem, além do registro em caderno de campo.

Nos contatos iniciais com os interessados, busquei identificar as expectativas e os problemas referentes às ações de Educação em Saúde e as características da população (THIOLLENT, 2005). Desse modo, o formulário de entrevista foi aplicado em visita prévia realizada com cada participante do estudo em seu local de trabalho, investigando-se: caracterização pessoal dos sujeitos do estudo, formação e atualização profissional, exercício profissional, e, de modo específico, desempenho de atividades de Educação em Saúde (APÊNDICE 2), o que fundamentou o meu interesse de conhecê-las previamente para articular o conteúdo a ser trabalhado nos Círculos aos seus interesses e necessidades, atendendo a fase exploratória da pesquisa-ação.

Os dados que revelaram informações de ordem pessoal e de capacitação profissional no formulário de entrevista possibilitaram delinear uma identidade do grupo, sujeito do estudo. O instrumento referido anteriormente, também, levantou informações sobre as atribuições desempenhadas pelas enfermeiras no PSF, dando ênfase a conhecer sobre a existência e modos de realização das práticas de Educação em Saúde. Esta busca foi alicerçada em alguns questionamentos, dentre os quais, vale destacar: Trabalha Educação em Saúde com grupos? Como desenvolve sua prática de Educação em Saúde? Quais são as lideranças presentes na sua comunidade? Quais as dificuldades mais relevantes vivenciadas pela comunidade onde você atua?

O interesse em saber se as enfermeiras já desenvolviam Educação em Saúde com grupos e como desenvolviam sua prática de Educação em Saúde possibilitou conhecer as experiências de cada uma e as possibilidades de troca, estabelecendo uma interação, com possibilidades de aprofundar os depoimentos. Na identificação da ausência e das dificuldades nas atividades de Educação em Saúde com grupos, houve uma investigação das possíveis causas, propiciando uma articulação teoria-prática na apropriação de um novo conhecimento. Pelo fato de o cenário da pesquisa ser uma comunidade e o objeto de estudo ser a prática de Educação em Saúde, foi revelada a necessidade de reconhecer suas lideranças e estabelecer uma relação de parceria com elas, no interesse e defesa das questões de saúde. Durante a minha inserção nas UBS, foi possível reunir dados referentes à observação da atuação profissional das enfermeiras e das suas relações com a comunidade.

Assim, as informações apreendidas subsidiaram outras visões sobre o planejamento dos Círculos de Cultura, ao identificar as possibilidades ou limitações de ordem pessoal, estrutural e contextual nas ações de Educação em Saúde e da Educação Popular em Saúde.

As etapas dos Círculos de Cultura são aqui apresentadas como instrumento de coleta de dados, porque propõem uma série de atividades inter-relacionadas cujo foco é a participação plena das enfermeiras. Durante o desenvolvimento do método do Círculo de Cultura, a observação participante de minha parte foi uma atitude considerada primordial, não só para a apreensão de dados significativos, como também para desempenho da função de animadora dos Círculos.

A observação-participante constituiu um instrumento impar para definir meu papel de investigadora durante todo o período de coleta dos dados, iniciado com as entrevistas individuais, que perdurou durante toda a realização dos Círculos de Cultura. Este compromisso de manter contínua vigilância das atitudes, gestos, expressões e falas das enfermeiras que compuseram o grupo participante do estudo contribuiu para estabelecer um rigor metodológico na apreensão dos dados, respeitando a sensibilidade e o meu compromisso profissional e ético.

Em virtude da minha total atenção nas vivências dos Círculos, foi necessário o concurso de uma pessoa responsável por executar a técnica de registro fotográfico e de filmagem com uma pequena câmara de vídeo digital. O uso de vídeo possibilitou registrar não

só as falas, mas também as vivências e expressões do grupo por meio da dança, da dramatização, da interação e produções manuais individuais e coletivas.

A opção por utilizar fotos e vídeos como recursos tecnológicos para apreensão dos dados elaborados durante a experimentação do Método dos Círculos de Cultura deu-se por:

1 impossibilidade da pesquisadora/animadora dominar apenas através do registro manual a demanda de dados produzidos em cada Círculo de Cultura.

2 inadequação do método de gravação, visto que a pesquisa não limitava-se ao uso de um formulário ou roteiro de entrevista.

3 necessidade de eu co-assumir o papel de enfermeira/animadora/pesquisadora no Círculo de Cultura.

Desse modo, diante da inviabilidade de me dedicar ao registro do som e da imagem, foi solicitada parceria de uma pessoa qualificada, que foi anteriormente orientada a posicionar-se e agir de modo discreto e natural, sem interferir na dinâmica dos Círculos e a respeitar a espontaneidade das pessoas; mantendo-se sentado em uma posição privilegiada para não necessitar locomover-se no recinto para realizar as fotografias e gravações em vídeo, ficando um pouco lateralizado e, mais atrás, em relação a mim. Isto porque, o objetivo principal nas gravações era focar as participantes do estudo para registrar não apenas suas falas, mas também suas expressões, gesticulações, ênfase no tom de voz, contexto que traduziu as diversidades e as concordâncias no diálogo.

Foi necessário, ainda, estabelecer com o profissional responsável pelas fotos e filmagens uma comunicação própria por meio de sinais, para nortear os momentos iniciais e finais cabíveis de registro fotográfico ou de vídeo, considerando o desenvolvimento dos Círculos e o tempo necessário para processar o corpo de dados visuais. Nas definições prévias, do que caberia ao registro fotográfico, ficou determinado todo o material elaborado - cartazes, desenhos e modelagens. Enquanto isso, o registro em vídeo deveria apreender os momentos dialógicos mediante depoimentos e discussões, buscando registrar, do modo mais fidedigno possível, as vivências nos Círculos de Cultura.

Para Loizos (2005, p.149), “o vídeo tem uma função óbvia de registro de dados sempre que algum conjunto de ações humanas é complexo e difícil de ser descrito compreensivamente”(…) em tempo real, possibilitando retomar a atenção às situações nas

quais imagens estão apoiadas tanto em textos escritos como na apreensão de fotografias. Para o(a) pesquisador(a) social, as imagens e a tecnologia representa uma contribuição, não um fim. Neste caso, a gravação em vídeo seria, de fato, um conjunto agregador de anotações da pesquisa-participante, igualmente acessível ao(a) pesquisador(a) e participantes do estudo, por ser mais eficiente do que as memórias ou notas literais.

Nos Círculos de Cultura, foram filmados e realizados registros fotográficos dos materiais produzidos pelo grupo participante. A associação da imagem ao som durante a coleta de dados possibilitou a retomada do material em momento imediatamente posterior e sempre que se fez necessário, auxiliando no exame do *corpus* de pesquisa, no registro, na descrição e na análise da informação. Desse modo, foi possível apresentar alguns trechos do material armazenado em vídeo e fotos às enfermeiras, sujeitos do estudo, no penúltimo encontro, como fonte para análise crítica e síntese final do estudo, considerando que, na pesquisa-ação, a avaliação dos resultados foi efetuada pelas participantes e por mim como pesquisadora (THIOLLENT, 2005).

O registro em caderno de campo ocorreu o mínimo possível, dada a minha total atenção ao desenvolvimento dos Círculos, quando foram anotadas apenas palavras-chaves que fluíram pelas falas, ou situações que mereciam maior atenção na transcrição do material audiovisual.

A coleta de dados foi iniciada logo após a aprovação do Projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo desenvolvida nos meses de fevereiro a maio de 2006, quando foram realizadas novas visitas a todas as UBS da microrregião 6.3, de acordo com uma programação preestabelecida, com base nas proximidades dessas. As visitas foram realizadas em duas semanas. Realizei-as sozinha, consultando os motoristas do Distrito VI, principalmente nas primeiras visitas antes de seguir para as localidades.

A área é relativamente bem servida de ônibus, além do que as Unidades de Saúde ficam bem perto das ruas por onde trafegam os transportes. Para realizar as visitas, necessitava ficar por mais tempo para apresentar o meu projeto de pesquisa, seus objetivos, o convite para participar dos Círculos de Cultura cujo tema gerador central foi Educação em Saúde, com uma programação aberta e flexível. Mediante o interesse da enfermeira, solicitava sua inscrição nos Círculos e, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedia à entrevista individual semi-estruturada, com aplicação do formulário de entrevista.

Na aplicação da técnica de Círculo de Cultura, foram considerados alguns aspectos que influenciam nesta técnica, como: composição do grupo, tempo de duração da sessão, determinação da dimensão do grupo e determinação das instalações para o grupo (DEBUS, 1997). Para tanto, as enfermeiras, sujeitos da pesquisa, foram consultadas para agendamento das datas e horários, como também para definição do local. A programação dos encontros semanais para a realização dos Círculos de Cultura foi estabelecida a partir da disponibilidade do dia e horário que atendesse ao grupo, ficando definidas as quintas-feiras, no horário das 13h30min. às 16h30min. O tempo de duração dos Círculos foi programado para três horas, objetivando alcançar uma interação necessária, sem provocar fadiga aos participantes.

O local determinado para realização dos Círculos foi decidido por ser considerado um local mais central, por ficar dentro da própria microrregião e possuir ambiente acolhedor, calmo e reservado, condições consideradas essenciais (LEOPARD *et al*, 2002). Com efeito, os Círculos ocorreram na sala de reunião do PSF da UR2, facilitando o deslocamento das enfermeiras.

Utilizei como método e técnica de grupo para articular com a dimensão coletiva e interativa da investigação, no desenvolvimento da pesquisa-ação, os Círculos de Cultura, que embasaram também a técnica de registro, processamento e exposição de resultados.

As etapas propostas no Método Paulo Freire subsidiaram estabelecer uma correlação com o Círculo da Cultura aplicado neste estudo, pois, por princípio norteador no delineamento do "Método Paulo Freire" (LIMA, 1979), o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos. Como pode ser apreciado no quadro-1.

QUADRO - 1 Relação entre o método Paulo Freire (LIMA, 1979) e o Círculo da Cultura aplicado neste estudo, com enfermeiras que atuam em PSF.

MÉTODO PAULO FREIRE	CÍRCULO DE CULTURA APLICADO NESTE ESTUDO
<p><i>investigação temática</i></p> <p><i>Tematização</i></p> <p><i>Problematização</i></p>	<p>1 Conhecimento prévio do grupo (universo vocabular das enfermeiras e da comunidade)</p> <p>2 Dinâmica de sensibilização e descontração</p> <p>3 Problematização [trabalhar a(s) questão(ões) norteadora(s)]</p> <p>4 Fundamentação teórica</p> <p>5 Reflexão teórico-prática</p> <p>6 Elaboração coletiva das respostas</p> <p>7 Síntese do que foi vivenciado</p> <p>8 Avaliação de cada Círculo</p>

a) Na *investigação temática*, as enfermeira/pesquisadora e enfermeiras do estudo buscaram, no universo vocabular das enfermeiras e da comunidade onde elas atuam, palavras e temas centrais de sua biografia. Para tanto, necessitei inserir-me no local de atuação das profissionais, aproximando-me um pouco de suas leituras e escritas de mundo. Este momento constituiu etapa preliminar na aplicação do Círculo por possibilitar ao educador/pesquisador a delimitação do foco de interesse, considerando a realidade em suas especificidades e desafios.

A investigação temática fundamentou-se nas ações de Educação em Saúde realizada pelas enfermeiras do grupo participante da pesquisa, constituindo uma abordagem que permeia toda a atuação das profissionais na promoção da saúde a partir da atenção ao núcleo familiar. Nos meus encontros iniciais com as participantes, a investigação ocorreu por meio da aplicação do formulário de entrevista e da observação. Os dados obtidos com as enfermeiras possibilitaram um conhecimento prévio do grupo e do seu universo vocabular no trato com as ações educativas em saúde no contexto da comunidade, na qual trabalha. Esta etapa da pesquisa correspondeu, ainda, à fase exploratória na pesquisa-ação.

Esta etapa não é final. Ela continua presente ao longo da realização dos Círculos considerando a inter-relação dos momentos e a necessidade de fundamentar na investigação o

instrumento de escuta e acolhimento das expectativas e interesses do grupo para o planejamento do próximo Círculo. Assim, a facilitadora promoverá uma construção dialógica, com troca de experiências, buscando tornar evidentes pensamentos, opiniões e crenças pessoais e culturais. Na tentativa de uma maior aproximação teórico-prática, vale destacar a inserção da etapa de investigação temática no decorrer da realização dos Círculos. Cito como exemplo, o primeiro Círculo, quando o diálogo em torno do tema gerador problematizava como as enfermeiras se percebiam, foi possível inicialmente uma participante expressar seu sentimento de medo e angústia por ter vivenciado situação de assalto, na UBS que atuava anteriormente. As discussões conduziram à temática da violência, com envolvimento de todas as participantes, que puderam expressar suas crenças, pensamentos e opiniões.

b) Na *tematização*, as enfermeira/pesquisadora e as enfermeiras do estudo codificaram e decodificaram esses temas, ou seja, buscaram o seu significado social, tomando, desse modo, consciência do mundo vivido. Para exemplificar, pode ser citado, no segundo Círculo, os desenhos desenvolvidos pelas participantes do estudo, com massa de modelar, representando como percebiam a realidade das famílias da comunidade onde atuam. Assim, foi possível explorar a criatividade e a potencialidade das participantes do grupo na produção de material lúdico, descobrindo a subjetividade que alimenta a interação do indivíduo com sua espécie e com o meio, possibilitando no conhecimento das subjetividades estabelecer relação direta com a realidade, em momentos de debate e troca, identificando consenso e dissenso essencial na busca de outras perspectivas.

Para propiciar às enfermeiras um ambiente favorável para que pudessem se expressar com facilidade e naturalidade, foram realizadas técnicas de sensibilização e descontração, selecionadas por contribuir com a reflexão crítica proposta para cada Círculo.

Os movimentos que ocorrem durante a existência de um grupo retratam dinâmica única. A proposta de utilizar técnicas de integração, descontração e sensibilização fundamentam-se no pressuposto de que cada grupo em sua individualidade vivencia na interação dos seus membros, a busca de superar o individual e constituir o coletivo. Nesta perspectiva, a técnica da dinâmica de grupo “deve ser utilizada para facilitar a dinâmica grupal favorecendo seu movimento”. Ela auxilia a fazer um diagnóstico constante das demandas e necessidades do grupo, referenciando o facilitador na seleção de estímulos que proporcionem a integração grupal e favoreçam o processo de grupo (TATAGIBA, FILÁRTIGA, 2002, p. 15).

c) A *problematização* possibilita às participantes do estudo a busca para superar a primeira visão mágica, substituindo-a por uma visão crítica, na perspectiva de lutar por seus ideais para a transformação do contexto vivido, momento no processo ensino-aprendizagem que estimula um estado de inquietação do grupo com a realização de leituras críticas do mundo, ao identificar desafios e possibilidades e buscar soluções ao definir os caminhos que conduzem à transformação da realidade. Com o intuito de elucidar a aplicação desta etapa, são destacadas as discussões durante o terceiro Círculo de Cultura, focadas nos questionamentos sobre: O que é educação? Como é ser educador?

A problematização da ação educativa e o papel do educador promoveram uma reflexão crítica sobre as experiências do grupo ao longo de sua formação, como também a tendência a reproduzi-las no contexto profissional. As reflexões emergem do saber popular, das diversas experiências das participantes do grupo, que buscam se alicerçar no confronto deste com o saber científico, que assume significado maior pela sua apropriação com o contexto das atividades de Educação em Saúde com as famílias da comunidade, levando o grupo a elaborar propostas para transformação de sua atuação como educador/animador com base na reflexão sobre a intencionalidade da educação que seja capaz de respeitar a autonomia dos sujeitos e ousar contribuir para sua emancipação.

Para tanto, foi feita, neste momento de problematização, a reflexão acerca de questões norteadoras elaboradas por mim e as participantes do estudo, como também apropriação de fundamentação teórica mediante leitura de texto, que, atendendo a solicitação prévia das participantes do estudo, não eram muito longos e cansativos. A partir da leitura crítica e reflexiva de textos selecionados com base na temática trabalhada em cada Círculo de Cultura, foi possível estabelecer uma aproximação teórico-prática, visando a subsidiar o aprofundamento das discussões e a formulação coletiva de possibilidades de respostas para prover a transformação no contexto vivido, culminando na síntese do que foi vivenciado em cada Círculo.

Foi realizada avaliação qualitativa por meio da auto-avaliação, pelos participantes, em todos os Círculos. Por constituir parte da permanente reflexão sobre a atividade humana, a avaliação constitui um processo intencional no qual avaliador e avaliando buscam e experimentam uma mudança qualitativa. Na qualidade não prevalece o maior, e sim o melhor; não o extenso, e sim o intenso; não o violento, e sim o envolvente; não a pressão, e sim a

impregnação. Qualidade é estilo artístico, mas que produtivo; cultural, mais que tecnológico; lúdico, mais que eficiente; sábio, mas que científico (DEMO, 2002).

Por sedimentar um processo cíclico e inter-relacionado, é possível constatar que o desenvolvimento de um Círculo em todas as suas etapas de levantamento temático, tematização, problematização, constitui um rico levantamento temático para a consecução reflexiva do Círculo posterior, evidenciando a criação de um movimento dinâmico e em contínua reconstrução. Assim, a vivência nos Círculos de Cultura possibilitou identificar necessidades, expectativas, inquietações, que haviam sido despertadas, e mereciam ser trabalhadas nos Círculos posteriores.

A organização e o funcionamento dos Círculos de Cultura propõem um trabalho sistematizado desencadeando a possibilidade de uma reflexão individual e uma construção do conhecimento compartilhada e calcada na troca de experiências. Desse modo, com base na investigação temática que já foi iniciada nos primeiros contatos que antecederam a realização dos Círculos foi possível lançar outras visões acerca do planejamento, que, ainda não sendo conclusivo, foi receptivo a flexibilizações.

Como animadora/pesquisadora, senti a necessidade de, ao término de cada Círculo, realizar uma avaliação, na qual foram apreciados participação, interesse, motivação e apreensão do conteúdo pelo grupo, assim como a minha atuação como facilitadora com base nos objetivos propostos no estudo. A avaliação consistia em verificar o conteúdo do material apreendido, como também verificar a necessidade de rever o planejamento do próximo Círculo de Cultura.

Para esta outra visão sobre o planejamento prévio, era fundamental, na reflexão crítica dos dados registrados em cada Círculo finalizado, valorizar falas, gestos e expressões e apreender a leitura de mundo das participantes nos vários momentos que compõem a realização do Círculo de Cultura, como: dinâmica de descontração e/ou sensibilização, atividade lúdica para explorar os conhecimentos prévios do grupo (universo vocabular das enfermeiras), problematização (elaborar e discutir); seleção dos textos que subsidiam uma boa fundamentação teórica, para a discussão e reflexão teórico-prática. Para contribuir na codificação e decodificação dos temas geradores⁴; e na

⁴ As palavras geradoras utilizadas por Paulo Freire na alfabetização de adultos emergiam do contexto do grupo a partir da relação professor-estudante, como elementos que iriam subsidiar o processo ensino-aprendizagem embasado no diálogo e na troca de conhecimentos. Neste

busca de seu significado social, provocando uma postura ativa do grupo na consciência do mundo vivido.

No quadro-2 é apresentada uma estrutura básica dos Círculos de Cultura realizados com as enfermeiras de PSF, que participaram do estudo. Na estrutura está relacionada à seqüência dos Círculos, constando de: temas geradores, questão norteadora e textos para leitura.

QUADRO - 2 Estrutura básica dos Círculos da Cultura realizados com as enfermeiras, de PSF da micro-região 6.3 do Distrito Sanitário VI, que participaram do estudo.

CÍRCULO DE CULTURA	TEMAS GERADORES	TEXTOS PARA LEITURA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
1	CONHECER A SI PRÓPRIO	
QUESTÃO NORTEADORA	Como me percebo?	Ensinar exige apreensão da realidade (FREIRE, 2005a, p. 33-38).
2	CONHECER O PARCEIRO (FAMÍLIAS)	
QUESTÃO NORTEADORA	Como percebo as famílias da comunidade?	Ensinar exige estética e ética (FREIRE, 2005a, p. 36-39)
3	CONHECER A INTENCIONALIDADE DA EDUCAÇÃO E O QUE É SER EDUCADOR	
QUESTÃO NORTEADORA	O que é educação? O que é ser educador?	Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível (FREIRE, 2005a, p. 76-84); Ensinar exige saber escutar (FREIRE, 2005a, p. 113-125).
4	CONHECER SOBRE CÍRCULO DE CULTURA	
QUESTÃO NORTEADORA	O que é Círculos de Cultura?	A educação popular na área de saúde (BRANDÃO, 2001, p. 127-131).
5	DESCOBRIR POTENCIALIDADES	
QUESTÃO NORTEADORA	Como aplicar os Círculos de Cultura na Educação em Saúde?	Educação em saúde hoje (SMEKE; OLIVEIRA, 2001, p. 115-136).
6	ARTICULAR TEORIA E PRÁTICA	
QUESTÃO NORTEADORA	Que preciso modificar ou reforçar na minha ação educativa?	Conversando com um outro tipo de leitor(a): o(a) educador(a) (FREIRE; NOGUEIRA, 2002, p. 45-53).
7	PLANEJAR COM PARTICIPAÇÃO	
QUESTÃO NORTEADORA	Como planejar os Círculos de Cultura?	Planejamento participativo (GALVÃO <i>et al</i> , 200?), fotocopiado.
8	CONSTRUIR COLETIVAMENTE	
QUESTÃO NORTEADORA	Qual a proposta do grupo para renovar e sistematizar as intervenções de educação popular em saúde? Como avalio o processo vivenciado?	Sistematização (FALKEMBACH, s./d.), fotocopiado.

Estas atividades caminharam refletindo o referencial técnico-científico adquirido pelas enfermeiras em sua formação, e a sua prática junto ao indivíduo/família/grupos em educação na promoção à saúde.

4.8 Procedimento para descrição e análise dos dados

Neste estudo, a descrição e a organização dos resultados constaram de transcrição das informações coletadas com registro de falas na íntegra, ordenadas mediante narração e discussão, segundo a seqüência dos Círculos de Cultura realizados, de onde decorreu a análise e interpretação dos resultados, pelo grupo, do significado da experiência e por mim em diálogo com a literatura, com apreciação de fundamentações teóricas consideradas relevantes e enriquecedoras ao estudo crítico do discurso popular (GIL, 2002).

O objetivo da análise (ou descrição) desta estrutura cognitiva consiste em oferecer a pesquisadora melhores condições de compreensão, decifração, interpretação, análise e síntese do material qualitativo produzido na situação investigativa. “A significação do que ocorre na situação de comunicação estabelecida pela investigação passa pela compreensão e a análise da linguagem em situação” (THIOLLENT, 2005, p.31).

Coube-me sistematizar a realização de tarefas diversas: transcrição do material registrado nas filmagens, consultando caderno de campo e as fotografias, exame sistemático do *corpus* de pesquisa; criação de um sistema de anotações que foram categorizados a partir da identificação do Círculo realizado e da etapa de sua vivência, se momento de: sensibilização, expressão (problematização), leitura, síntese ou avaliação, privilegiando o registro das falas; e finalmente, o processamento analítico da informação colhida. A utilização das gravações de vídeo requereu-me horas de assistência, anotação, agrupamento, revisões, re-análises e uma síntese final (LOIZOS, 2005).

Após a realização de cada um dos Círculos de Cultura, eu assistia à gravação e analisava os cartazes, desenhos ou modelagens elaboradas pelas participantes da pesquisa naquele encontro, para complementar o diário de campo, no qual registrei palavras-chaves e observações significativas e, assim, procedi à digitação ordenada dos dados.

Em vez da estrutura lógico-formal, há na abordagem metodológica da pesquisa muitas características próprias aos processos argumentativos. Esses aspectos

argumentativos se encontram: na apresentação dos problemas estudados e das propostas de solução ou explicações apresentadas conjuntamente por pesquisadores(as) e participantes; nas deliberações relativas à escolha dos meios de ação aplicados; nas avaliações dos resultados da pesquisa e a correspondente ação desencadeada (THIOLLENT, 2005).

Para tanto, o trabalho interpretativo foi elaborado com base nos dados obtidos empiricamente, acrescidos de contribuições teóricas consideradas muito relevantes para fundamentação da análise crítica do discurso popular (GIL, 2002). No caso deste estudo, a etapa interpretativa foi realizada a partir do discurso das enfermeiras produzidos durante as vivências dos Círculos de Cultura.

Na apresentação de seqüências de falas obtidas em entrevista, que antecedeu a realização dos Círculos, foram adotadas como procedimentos a codificação e a categorização. Desse modo, as comunicações orais e/ou escritas, precisamente desta etapa preliminar da coleta, foram estruturadas de forma a promover uma organização de dados, considerando as regras de encadeamento, associação, exclusão e equivalência presente nas mensagens. Assim, houve a apresentação em categorias, e estas, em subcategorias, visando a preservar a riqueza original do conteúdo (RODRIGUES; LEOPARD, 1999).

Para alicerçar a realização dos Círculos de Cultura e a análise dos dados apreendidos, decorrentes do processo dialógico e argumentativo, procedi inicialmente a uma apresentação do perfil dos sujeitos do estudo e da investigação realizada para embasar o delineamento do conteúdo dialógico a ser trabalhado a partir da participação das enfermeiras desde a etapa de planejamento dos Círculos.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“...toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina, daí o seu cunho gnosiológico...” (FREIRE, 2005, p. 69)



Figuras ilustrativas inspiradoras deste estudo, por constituir referências culturais e sentimentais.

5.1 Processo participativo das enfermeiras mediante o Círculo de Cultura

Nesta etapa do estudo, apresento as fases de vivência das enfermeiras percorridas no caminhar teórico-metodológico dos Círculos de Cultura. A aplicação da investigação temática desencadeou o início da ação educativa, que resultou na apresentação dos dados em categorias e subcategorias, que contribuíram para a composição dos temas geradores trabalhados nos Círculos.

A fase da investigação temática foi retomada junto com a tematização e a problematização no desenvolvimento de cada Círculo, haja vista que o método aplicado se caracteriza pela circularidade e inter-relação das fases que compõem os Círculos. A realização dos Círculos ocasionou a obtenção de dados oriundos dos discursos, observações e mobilizações grupais, que, para efeito descritivo, foram percorridos observando a ordem cronológica de sua execução junto ao grupo de enfermeiras do PSF participantes do estudo.

5.1.1 Caracterização das participantes do estudo

Freire (2002) defende a idéia de que a dialogicidade como prática da liberdade não começa quando o educador-educando e educando-educadores se encontram em uma prática pedagógica, mas a antecede na busca do conteúdo programático, quando é estabelecida uma interação de ambos a partir da inquietação em torno do que vai ser dialogado nos Círculos de Cultura.

Assim, o conteúdo programático da educação não consiste na doação ou imposição de uma seleção de informes a serem repassados aos educandos, e sim na devolução a estes, de modo organizado, sistematizado e aprofundado dos elementos que lhes foram entregues de forma desestruturada. Na investigação inquietante do que dialogar para promover o “empowerment” das enfermeiras, busquei apreender o espaço social do trabalho educativo delas, através das falas, gestos, percepções, representações, no sentido de provocar uma discussão que conduzisse a uma consciência crítica de suas ações educativas e da realização de uma proposta de uma práxis de Educação em Saúde.

O grupo do estudo foi composto por dez participantes, todas do sexo feminino, com idade entre 30 e 50 anos, destas quatro são casadas, havendo uma em algumas das seguintes situações civis - união consensual, viuvez, divórcio - e três são solteiras. Todas apresentaram cursos recentes de capacitação em Amamentação e Assistência Infantil nas Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) e de Especialização em Saúde da Família, oferecidos pelo órgão gestor. Por terem realizado cursos de especializações anteriores, por interesse próprio, é maior o número de enfermeiras com dois e até três especialidades.

Elas atuam em PSF de dois há aproximadamente cinco anos, cinco delas eram antes coordenadoras de PACS por um período de quatro até onze anos, quatro possuem um outro vínculo empregatício em hospital, maternidade ou unidade de saúde.

As enfermeiras desempenham as seguintes atribuições: consulta à mulher na prevenção do câncer cérvico uterino; consulta às crianças nos moldes do AIDPI; pré-natal de baixo risco; visita domiciliar; Educação em Saúde; coordenação, apoio e supervisão das ações das agentes de saúde; algumas assumem a gerência técnica nas unidades que não possuem administradores.

Uma enfermeira afirmou não desenvolver Educação em Saúde com grupos, entretanto, as demais referiram que no momento não estão com grupos ou por ser mês de férias, ou por estarem provisoriamente em outra unidade que não é a sua, ou por não conseguirem a adesão do grupo.

Dentre os grupos já iniciados, foram citados os de hipertensão, diabetes, gestantes e saúde mental. Uma enfermeira expressou trabalhar com grupo de adolescentes, enquanto as demais referiram insegurança e interesse em conhecer novas abordagens para conseguir maior adesão dos usuários nos grupos e até criar outros grupos.

Ao relatarem como desenvolvem sua prática de Educação em Saúde, foi referido por algumas que o planejamento se limitava à discussão da equipe envolvida quanto ao grupo a ser trabalhado e ao conteúdo a ser desenvolvido, chegando, ao máximo, em um roteiro do que iria ser exposto. A ausência de um planejamento, com definição dos objetivos, conteúdo contextualizado, metodologia, recursos e tempo, foi justificada pelo excesso de atividades. A partir dos relatos, constatei que alguns grupos eram trabalhados apenas com atividades manuais. As enfermeiras relataram o intento de promover a socialização, integração e/ou produção cultural no grupo, entretanto expressaram a inviabilidade na realização de passeios, lanches, por não haver recursos para esse fim. Assim, quando planejavam algo, ficava por conta da própria enfermeira, sendo inviável uma garantia de continuidade.

Quanto às questões referentes à realização das atividades de Educação em Saúde, todas afirmaram a necessidade de identificar o interesse do grupo e o conhecimento sobre determinado assunto antes de expor novas informações. Não foi percebida ou explicitada uma atenção especial nos seguintes pontos: valorizar o conhecimento prévio do grupo, estabelecer uma relação de confiança enfermeira-família/grupo, utilizar uma linguagem clara, estimular a reflexão e criticidade do grupo.

A avaliação baseia-se na participação e motivação do grupo. Algumas enfermeiras referiram perguntar ao grupo se havia gostado das palestras. A avaliação ainda era feita pelo aumento na demanda ao serviço, bem como na realização de exames cérvico-uterinos.

5.1.2 Dados dos discursos das práticas das enfermeiras na promoção da saúde das famílias

Ao serem questionadas sobre quais as lideranças de sua comunidade, as enfermeiras se expressaram consolidando a **Categoria 1 – Lideranças da comunidade**, cujas falas delinearão algumas subcategorias.

O interesse na temática articula a necessidade de uma relação de parceria com a comunidade e sua representação legal, visando à obtenção de dados que atenda aos fundamentos essenciais da proposta educativa deste estudo, da estratégia do PSF e da política municipal vigente por meio do orçamento participativo. É estabelecido um movimento de parceria dos órgãos gestores com a comunidade, de modo a garantir o controle social no cumprimento das ações prioritárias deliberadas.

O reconhecimento do usuário como parceiro na produção de ações de saúde torna possível a abertura das organizações prestadoras de serviço à participação desses usuários em coletivos organizados, que significam espaços de pactuação, considerando tanto as necessidades sociais quanto os interesses do agente produtor, na recomposição de novas práticas voltadas à promoção da saúde (PEDROSA, 2002).

Subcategoria 1.1 – **Não-identificação das lideranças**

... não sei identificar ainda, estou há oito dias nesta comunidade (Curió).

Uma enfermeira expressou desconhecer as lideranças, pois é recém-chegada à comunidade, situação decorrente de uma determinação em instância superior de permuta entre profissionais dos PSF. Considerando o significado de estabelecer uma relação de respeito e confiança entre a equipe de saúde e a comunidade, seria recomendada uma apresentação formal da enfermeira às lideranças, estabelecendo o mais precocemente possível uma interação e co-participação nas ações de saúde com a comunidade.

Subcategoria 1.2 – **Identificação das lideranças**

Nessa categoria, pôde ser verificado um conhecimento e até interação das enfermeiras com as lideranças, quando estas foram identificadas pela instituição que representam e/ou cargo que ocupam, como também em algumas falas foram especificados seus nomes.

... escola fundamental, igreja católica e protestante, Associação das Mães... (Sabiá).

Associação dos moradores, igreja evangélica... (Bem-te-vi).

...Associação (...) líder comunitário T (...) agente de saúde, membro do Conselho...(Beija-flor).

...SL da Associação de Moradores, Sr. I, Clube de Mães, Igreja Maranata... (Jandaia).

Tem dona O presidente da Associação dos Moradores (...) tem um outro grupo, se formando para se opor a ela, sem proposta... (Patativa).

Sub-Categoria 1.3 – **Distanciamento na relação com as lideranças**

Geralmente tem, mas não estou muito envolvida... (Pomba).

Não são participativos (...) Associação e Moradores, Conselho da Paz (Arara).

Constitui uma competência importante da profissional de saúde comunitária estabelecer uma comunicação fluente com as lideranças, de modo a promover a participação comunitária no planejamento e na identificação das dificuldades e limitações enfrentadas nas ações de saúde e buscar propostas e caminhos para a superação destas.

Estabelecer espaço e tempo para dialogar e assegurar a palavra a todos, seja numa consulta, seja numa reunião, não é fácil e requer dos profissionais de saúde uma consciência do seu papel político-social e criatividade para exercitá-lo em seu cotidiano profissional, como também ser capaz de conciliar a impaciência de técnicos, com as exigências de produtividade por parte da instituição e a ansiedade da população por uma resolução rápida de seus problemas (RAUPP *et al*, 2001).

Subcategoria 1.4 – **Dificuldade na relação com as lideranças**

A situação identificada nos depoimentos seguintes evidencia inabilidade pessoal e profissional das enfermeiras em estabelecer situações de diálogo, na superação de possíveis desentendimentos e até conflitos decorrentes da imposição de uma relação verticalizada, inviabilizando um movimento horizontal de troca e crescimento mútuo.

São muitas, algumas trazem problemas (...) querem atendimento diferenciado... (Andorinha).

...Conselho e Associação de moradores que, às vezes, querem nos manipular, precisa ter jogo de cintura... (Pardal).

É necessário estabelecer situações de diálogo como caminho viável ao entendimento. Seu exercício, porém, envolve algumas questões que precisam ser consideradas, entre as quais merecem ser destacadas a linguagem, o desafio intercultural, os diferentes mundos vividos entre os participantes, a intersubjetividade, os diferentes saberes e interesses que se embrenham nesse diálogo (RAUPP *et al*, 2001).

Categoria 2 – Dificuldades/problemas da comunidade

Nos relatos das dificuldades mais relevantes vivenciadas pela comunidade, podem ser verificados os depoimentos que se seguem.

Subcategoria 2.1 – Demandas sociais/infra-estrutura

...situação gritante, moradores confinados no domicílio (...) aumento dos problemas de saúde mental por estresse... (Arara).

...uso de álcool e outras drogas, desemprego, aumento no número de filhos, gestação não planejada... (Curió).

...falta de saneamento, a questão social (...) desemprego, violência... (Beija-flor).

Merece destaque a forte influência dos problemas de ordem social nas condições de saúde da população, ao identificar um círculo vicioso no desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, decorrente da ausência de trabalho e da carência na formação profissional, elevando a ocorrência da ociosidade e contribuindo para a permissividade aos vícios e ao envolvimento com a marginalidade. O desenrolar acumulativo desse processo de exclusão estabelece a crescente situação de violência que compromete a qualidade de vida da população.

O sistema econômico vigente, concomitante com a elevada taxa de impostos e sua utilização inescrupulosa marcada pelo descaso social e pela ingerência administrativa no trato das verbas públicas, intensifica a face agressiva e desigual das relações sociais. Exige um movimento contrário que busque reaver a dimensão ética das questões políticas, capaz de forjar processos emancipatórios (PIRES, 2005).

Subcategoria 2.2 – Ação educativa no PSF

...falta de conhecimento da comunidade do que é PSF, apesar de já ter desenvolvido trabalho educativo. Reclamam muito, querem ser atendidos a qualquer hora... (Pardal).

...hipertensos estão muito rebeldes (...) não estão seguindo as orientações... (Pomba).

“...muitas adolescentes com vida sexual ativa (...) o atendimento é de 80 mulheres por mês” (Jandaia).

Falta de material educativo (Patativa).

Foi evidenciada pelas enfermeiras a carência de ações de Educação em Saúde. Expressaram, porém, um entendimento de que deviam moldar ou tornar os indivíduos mais submissos, quando a proposta da Educação Popular em Saúde é contribuir para a autonomia do indivíduo, propiciando sua participação na elaboração do conhecimento, atrelando o saber popular ao saber científico; assim, elucidar possibilidades de atitudes e ações, as quais a ele compete definir as escolhas.

As dificuldades na aplicabilidade dos princípios teóricos, metodológicos e filosóficos do PSF, como também seu restrito alcance em termos de ações para além do setor saúde, influenciam os resultados das ações implementadas e comprometem as tentativas de integração/articulação do trabalho do PSF com a dimensão educativa (SILVA; SILVA; LOSING, 2006).

Subcategoria 2.3 – Acesso

Distância da Unidade Básica de Saúde para a comunidade (Patativa).

...área de difícil acesso (...) muito carente e desassistida... (Andorinha).

O PSF propõe nova dinâmica na estruturação dos serviços e ações de saúde, bem como na sua relação com a comunidade, pois objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de solucionar os problemas levantados (SILVA; SILVA; LOSING, 2006). As dificuldades de acesso, todavia, foram apresentadas em virtude da característica acidentada do cenário geográfico, como também por haver UBS que centralizam até quatro equipes, dentre as quais algumas estão distantes de suas comunidades, dificultando o acesso, visto que as famílias precisam subir/descer imensas ladeiras, situação menos receptiva, por alguns cidadãos, como no caso de gestantes e idosos.

A mudança do modelo assistencial é o maior desafio, principalmente de médicos(as) e enfermeiras(os), no trabalho diário das equipes de Saúde da Família. Não basta ser generalista e, o grande diferencial está na forma de atender, de conversar com as pessoas (CARRIJO; PONTES; BARBOSA, 2003). A essência do PSF consiste na atenção voltada à família e no seu acesso na atenção à saúde por meio da visita domiciliar, porém os profissionais ainda estão acostumados a atuar no formato de atendimentos ambulatoriais.

Assim, o acesso a UBS não deveria constituir problema para as famílias da comunidade, caso os profissionais de saúde estivessem comungando com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e de substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

Subcategoria 2.4 – **Participação da comunidade**

Pouca participação da comunidade no planejamento (...) visão errada de PSF (...), que é prejudicada pelas ações assistenciais e paternalistas decorrentes das campanhas eleitorais, que derruba tudo... (Sabiá).

...elas não são participativas, gatos pingados⁵ na apresentação do programa (...) desmobilização, desmotivação... (Bem-te-vi).

Estudo analisando os modelos de participação em saúde da Itália, da Inglaterra e do Brasil identificou dois pontos críticos nas três experiências. Foram evidenciados o problema da representatividade das instâncias colegiadas e a dificuldade dos porta-vozes dos cidadãos de exercerem sua influência nas tomadas de decisões dos gestores (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

É comum pensar-se que a comunidade é pouco participativa, quando na realidade é necessário motivar sua participação, garantindo o respeito as suas colocações e reivindicações, buscando caminhos e resultados que atendam as suas demandas. Desse modo, é possível estabelecer uma relação de confiança e co-participação no planejamento e envolvimento com as questões de promoção da saúde.

Assim, merece uma reflexão sobre a instituição de uma política da gestão e gerenciamento participativos, envolvendo os profissionais de saúde e os usuários, e sobre a

⁵ “Gatos pingados” é uma expressão regional utilizada para indicar a presença de um número reduzido de usuários.

importância das práticas educativas como espaço de fortalecimento na definição e controle de propostas de promoção da saúde.

Categoria 3 – Metodologia dialógica de ensino

Vale ressaltar que a metodologia dialogada de ensino, consiste na formulação compartilhada do conhecimento desenvolvida na prática de Educação em Saúde, que reconhece a experiência cotidiana dos atores envolvidos, visando à conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de “empowerment” para intervir nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

As participantes do estudo, ao refletirem quanto à experiência vivenciada durante sua formação de uma abordagem de ensino que fosse participativa e dialógica, apresentaram as falas a seguir.

Subcategoria 3.1 – Na educação formal

Na especialização, porém de modo muito superficial... (Patativa).

... na especialização um módulo específico... (Arara).

...na faculdade era muito falho (...) na época o enfermeiro era mais assistencial hospitalar ou administrativo em Saúde Pública. Não tinha orientação de educação em saúde. Percebi que tudo gira em torno de educação em saúde. Na especialização foi bom, porém muito corrido... (Sabiá).

...angústia para atuar em educação em saúde. Quando fiz Especialização em Saúde Pública as aulas eram a noite e sábado o dia todo (...) textos longos para ler (...) a quantidade de alunos não dava para o grupo expressar-se (...) sufoco da monografia... (Bem-te-vi).

...na formação meu foco sempre foi para Saúde Pública (...) antes o perfil era voltado para o hospital... (Beija-flor).

Desde a graduação (...) eu trabalho mais saúde (...) a outra enfermeira trabalha mais atividades manuais... (Pardal).

As falas reportaram-se às experiências obtidas ao longo da educação formal, como na graduação e na especialização, evidenciando uma lacuna seja no conteúdo trabalhado seja

na abordagem metodológica utilizada para estabelecer o conhecimento a partir de uma articulação teórico-prática dos fundamentos de uma educação comprometida com a formação de sujeitos autônomos e críticos.

O documento oficial das diretrizes curriculares, para a área da saúde, preconiza a formação do agente de transformação social (BRASIL, 2001c). Para se obter, no entanto, um profissional enfermeiro(a) sensível, político, cômico dos problemas que afetam a saúde da população brasileira e capaz de transformar-se e de intervir na realidade pelo exercício da prática responsável e eficiente, é preciso muito mais do que Diretrizes e Bases e os Projetos Pedagógicos. É necessário um compromisso da coordenação do curso em envolver todos os atores neste processo como sujeitos protagonistas de ações e mudanças (BERNARDINO; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

Para tanto, o projeto político-pedagógico da Educação Profissional necessita estar alicerçado na promoção humana dos atores sociais envolvidos: profissionais e clientes/pacientes, usuários do SUS. Neste sentido, os sujeitos participantes no ensino-aprendizagem precisam conhecer as políticas públicas na assistência à saúde, bem como as ações realizadas pelas organizações da sociedade civil e pelas instituições religiosas articuladas no campo da saúde (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2006).

A política social de saúde materializada no PSF, como estratégia definida para efetivação do SUS, requisita um trabalho engajado de todos os colaboradores e, principalmente, o entendimento da dimensão e necessidades nos planos da saúde, da educação e da articulação entre ambas (SILVA; SILVA; LOSING, 2006).

Subcategoria 3.2 – **Experiência/vivência na metodologia**

... muito pouca... (Pomba e Jandaia).

Não... (Curió).

...participei de uma oficina para melhorar o relacionamento entre os profissionais... (Patativa).

Foi elucidada nas falas a inexpressiva ou até ausência em experiência com a aplicação da abordagem de ensino de forma dialógica e participativa nos moldes do Método Paulo Freire, impossibilitando conhecer uma proposta além da tradicional e bancária vigente

até os dias atuais, diante do desconhecimento e resistência de muitos educadores para permitir-se alçar vôo e encantar-se com as possibilidades que apresentam.

As Diretrizes Curriculares Nacionais instituídas para o Curso de Graduação em Enfermagem determinam que os conteúdos a serem ministrados estejam relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, contextualizados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem. A capacitação pedagógica do(a) enfermeiro(a) deve compor os conteúdos considerados essenciais, independentemente da licenciatura em Enfermagem (BRASIL, 2001c).

A Educação Popular constitui um fenômeno de produção e apropriação dos produtos culturais, impregnada de uma pedagogia estimuladora da participação e do “empowerment” das pessoas, com valores constituídos pela experiência histórica dos participantes. Constitui, portanto, uma ação educativa que congrega princípios, como: autonomia, diálogo, cultura, popular, liberdade, participação; princípios engajados com as propostas norteadoras para o SUS e com a dimensão das ações assistenciais e educativas pertinentes ao cenário de maior proximidade da população.

Categoria 4 – Educação Popular em Saúde

Com vistas à realização de ações de Educação Popular foram destacadas algumas dificuldades.

Subcategoria 4.1 – Dificuldades quanto ao espaço físico

Falta espaço apropriado (...) várias equipes em uma mesma unidade básica... (Patativa).

...falta de um local apropriado, insegurança para desenvolver atividade educativa (...) grupo desinteressado... (Bem-te-vi).

... não tem espaço físico apropriado, quando for para o nosso posto que está finalizando a obra vai ter sala de reunião. (Beija-flor).

... falta local apropriado, falei na igreja evangélica eles estão me pedindo uma solicitação oficial (...) eles pedem para fazer uma festinha, alguma atividade de socialização, mas fica tudo por conta enfermeira, nem sempre a gente pode... (Pomba).

Espaço físico limitado, pois são três equipes para duas salas (...) se colocasse uma divisória na sala de reunião... (Jandaia).

As limitações impostas pela pequena estrutura de algumas unidades básica de saúde, como também o fato de atuarem até quatro equipes de PSF em uma mesma UBS, requerem uma programação cuidadosa para a utilização das salas de consulta e exames. Esta realidade, entretanto, não constitui empecilho no desenvolvimento das ações educativas, visto que o PSF é um cenário receptivo ao engajamento de processos intencionais e ordenados de uma educação libertadora de pessoas e de culturas (BRANDÃO, 2001).

A limitação de espaço físico na UBS para as ações educativas requer mobilização dos profissionais, das famílias e/ou grupos, amparados pelos princípios da intersetorialidade e da integralidade no sentido de utilizar outros espaços, na comunidade, com a finalidade de reunir os grupos de Educação em Saúde, como igrejas, escolas e centros comunitários. Desse modo, a equipe de Saúde da Família junto com os membros da comunidade promoverão um movimento participativo capaz de traçar uma estratégia que venha satisfazer os interesses e as necessidades da população.

Subcategoria 4.2 – Dificuldades quanto à supressão de verbas antes destinadas ao trabalho com grupos

...desinteresse do grupo (...) pouco material (...) tem que ter lanche, antes tinha uns tickets... (Andorinha).

O discurso revelou que as atividades educativas anteriormente recebiam algum incentivo financeiro por meio de *tickets*, possibilitando realizar cafés-da-manhã, antes da caminhada, atividades de recreação, atividades culturais e festinhas de comemoração dos aniversariantes.

A ação educativa precisa despertar interesses mais profundos, por constituir espaço do diálogo, onde o profissional de saúde, que também atua como educador junto a um usuário, pessoal ou coletivo, é tomado como um agente social responsável por uma organização e uma mobilização popular em favor de “transformações sociais indispensável a ‘cura política’ do quadro que gera, também no ‘campo da saúde’, uma seqüência de processos de reprodução da desigualdade e da injustiça” (BRANDÃO, 2001, p.129).

Subcategoria 4.3 – **Dificuldades quanto à realização de ações de Educação em Saúde**

Desinteresse do grupo (...) tempo de vida útil do grupo... (Curió).

Dificuldade para integrar grupo de adolescentes (...) dinamizar (Sabiá).

...não consegui a adesão do grupo as atividades de educação em saúde, não se fixou, não tinha continuidade... (Beija-flor).

...tem auditório, tem recursos, TV e vídeo, falta impresso, cartolina, lápis de cor (...) falta também acompanhamento suporte. (Pardal).

...dificuldade para expressar-se por timidez causando insegurança para trabalhar com grupos (...) mais apóio, material didático. No máximo o material é emprestado por oito dias... (Arara).

É observada nas falas a fragilidade das enfermeiras na condução didática do processo educativo. Pode ser evidenciada ainda, uma centralização em relação ao processo educativo na profissional educadora como único responsável pelo processo.

Freire (2005a) exprime a noção de que a educação constitui um processo no qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, desafiando e provocando um crescimento mútuo na busca de soluções para as necessidades priorizadas e estabelecendo uma relação de confiança entre enfermeiras/educadoras e os indivíduos, famílias, comunidades/educandos como sujeitos comprometidos com a transformação da realidade. É essencial que a enfermeira identifique e busque a superação de suas limitações e dificuldades em lançar-se como educadora com uma proposta inovadora, permitindo-se também ser aprendiz dentro do processo de criação e recriação de um saber compartilhado, dialógico e participativo.

Subcategoria 4.4 – **Dificuldades para realizar ações de educação em saúde que não se limitem aos interesses institucionais**

...tive oportunidade de vivenciar (...) hoje na relação prevalece o assistencialismo político, não aceito (...) antes mais informação à saúde, hoje marcação de consultas... (Andorinha).

Freire e Nogueira (2002) chamam à reflexão acerca de que, muitas vezes, o profissional descobre que sua capacidade de entendimento da realidade é mais ampla do que os horizontes da instituição. Para o profissional não rotinizar a inteligência que se

profissionaliza dentro da instituição faz-se necessário que, aparceirados com aqueles para quem a instituição foi inventada, os clientes (ou usuários) dêem forma concreta às atuações institucionais prioritárias.

Ao estabelecer objetivos pedagógicos fundamentados na participação popular, democratizando o uso da palavra, a tomada de decisões, o funcionamento orgânico do grupo, o educador em saúde promove uma elaboração compartilhada do conhecimento que vai além do papel de ajudar o grupo a pensar do que pensar pelo grupo, mais de questionar do que discursar, mais de assessorar do que decidir, contribuindo assim para que o grupo se fortaleça no tocante a consciência, autonomia e solidariedade (CARVALHO, s./d. apud SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Categoria 5 – Educação em Saúde e Grupos

De modo espontâneo, três enfermeiras expressaram os grupos com os quais sentem uma maior afinidade para realizar ações de Educação em Saúde.

... gosto de trabalhar com idosos...(Patativa).

...me identifico em trabalhar com gestantes... (Pomba).

...gostaria de no dia da prevenção dar uma palestra antes...(Jandaia).

É destacada a importância de crescimento e legitimação de uma atividade a mais: os grupos educativos. Isto se justifica não por serem virtuosos ou originais em si mesmos, mas pela oportunidade impar de “repor a questão saúde no espaço coletivo”, aprofundar conhecimentos, criar e fortalecer vínculos, utilizar abordagens lúdicas, dimensões ainda considerada de menor valia no contexto assistencial (ASSIS, 2001, p.37).

É importante salientar que, para realização das ações educativas no cenário do trabalho, faz-se necessário identificar nos profissionais de saúde os grupos com os quais têm maior afinidade, o que propiciará a execução do processo educativo como resultado da atuação de ambos como sujeitos na feitura do conhecimento, considerando que, quanto maior a aproximação entre a profissional de saúde/educadora e os usuários(as)/educandos(as), maior a facilidade da educadora para apreender as estratégias educativas significativas para cada grupo. Esta experiência pode ensejar apropriação de conhecimentos significativos na

realização de outras propostas inovadoras e criativas para atuar em Educação em Saúde em distintos grupos.

A apreensão das informações obtidas mediante o formulário de entrevista por mim aplicado junto a cada enfermeira em seu ambiente de trabalho propiciou não só evidenciar as características do grupo, como também foram repensados os temas geradores a serem debatidos nos Círculos de Cultura. A animadora coube tratar a temática que o grupo propunha, abordando ainda “temas de dobradiça”, ou seja, assuntos que se inseriram como fundamentais no corpo inteiro da temática, para melhor esclarecer ou iluminar a temática sugerida pelo grupo de enfermeiras.

A articulação prévia entre pesquisadora/animadora e enfermeiras/sujeitos do estudo propiciou o estabelecimento de uma relação de confiança fundamental para a satisfação das expectativas geradas para todas, como partícipes do processo educativo. Bem assim, consolidou a realização de uma investigação temática, etapa significativa para desencadear a ação educativa proposta neste estudo.

A ação educativa consistiu na aplicação de oito Círculos de Cultura (DIAGRAMA-2), como processo participativo para potencializar as ações de Educação em Saúde das enfermeiras do PSF. No diagrama 2 a seqüência dos Círculos de Cultura foi trabalhada a partir das seguintes questões norteadoras: Círculo 1 – Como me percebo? Círculo 2 – Como percebo as famílias? Círculo 3 – O que é educação? Como é ser educador? Círculo 4 – O que é Círculo de Cultura? Círculo 5 – Como aplicar os Círculos de Cultura na educação em saúde? Círculo 6 – Que preciso reforçar ou modificar na minha ação educativa? Círculo 7 – Como planejar os Círculos de Cultura? Círculo 8 – Qual a proposta de educação em saúde construída pelo grupo?

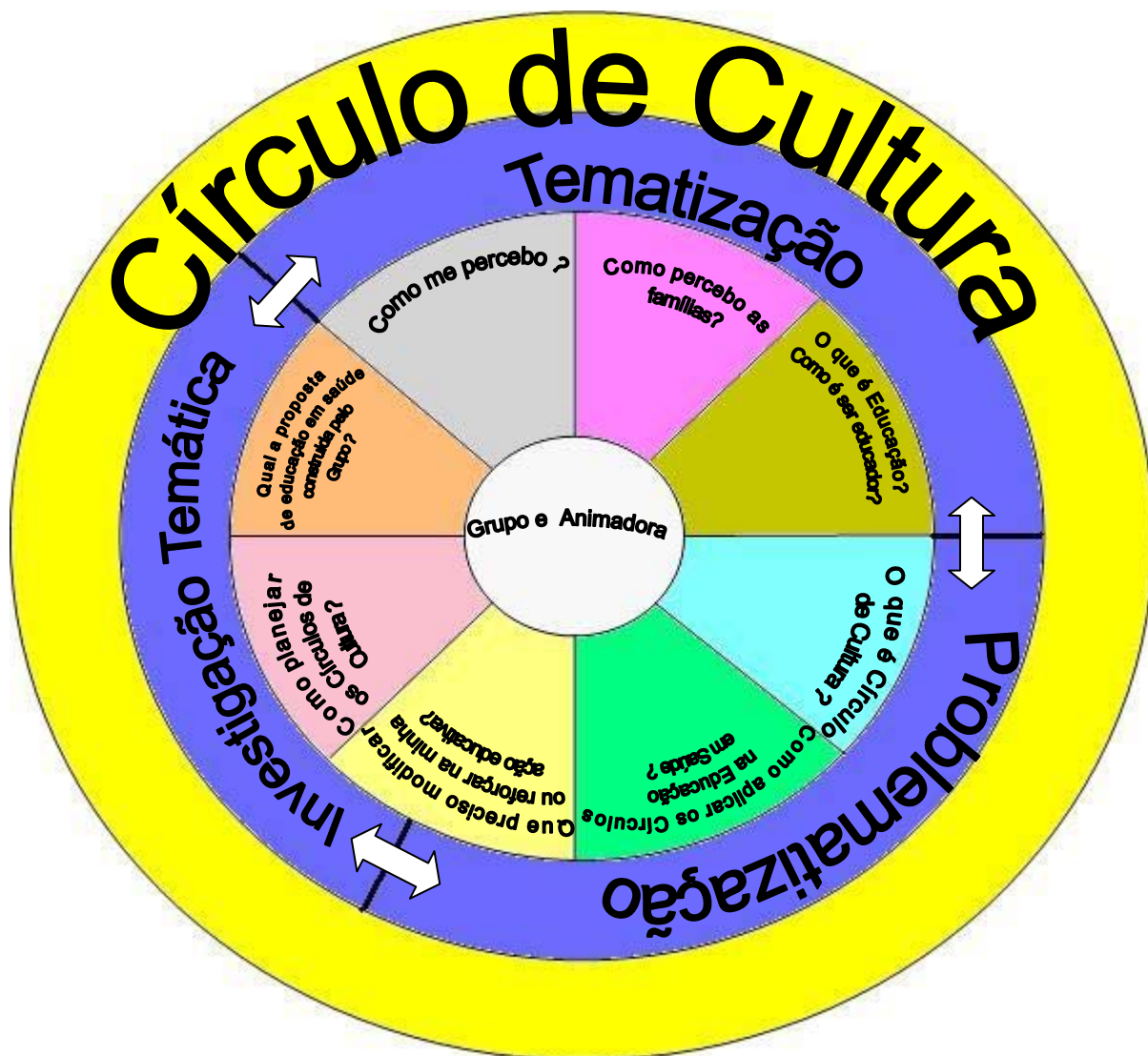


DIAGRAMA - 2 Círculo de Cultura

5.1.3 Descrição e análise dos Círculos de Cultura

Descrição e análise do 1º Círculo de Cultura

O primeiro Círculo foi iniciado com uma dinâmica de apresentação, caracterizando o **momento de sensibilização**, quando foram oferecidas cinco figuras em pares para que fosse escolhida uma, por participante. Assim, foram formados os pares para conversarem informalmente e depois cada um apresentasse o colega no grande grupo, podendo ser acrescentadas mais informações pela enfermeira apresentada, expondo também suas expectativas em relação aos Círculos. Isto pode ser apreciado nas seguintes falas:

...eu quero ter mais segurança para trabalhar com grupo de adolescentes...(Sabiá).

...gostaria de conhecer mais sobre educação popular (...) o conhecimento que tive na especialização foi só teoria e o professor da disciplina tinha uma postura que se distanciava do grupo...(Andorinha).

...desejo poder tirar minhas dúvidas... (Beija-flor).

...espero aprofundar meus conhecimentos...(Bem-te-vi).

...querem que a gente trabalhe com grupo (...) eu necessito de apoio...(Pomba).

Em seguida, foi elaborado um Pacto de Convivência (FOTOGRAFIA-1), sendo explicado ao grupo seu objetivo de estabelecer condições apropriadas para um melhor desenvolvimento dos Círculos, tendo sido acordado o seguinte: respeito ao colega, união, respeito a individualidade, pontualidade, frequência, dedicação, harmonia, ética, realização de dinâmicas, trocas de experiências, criatividade e inovação, interação de saberes, fidelidade, respeito, paciência, desligar o telefone celular.



FOTOGRAFIA - 1 Pacto de convivência elaborado pelas participantes do estudo no 1º Círculo de Cultura.

Como animadora do grupo, por intermédio do pacto, percebo as expectativas do grupo, como também a necessidade de valorizar seus sentimentos, emoções, desejos, apreensões, pensamentos e ações nas vivências dos Círculos, procurando entender seus significados. Algumas palavras, numa primeira leitura, me pareceram pouco significativas, mas, a partir da ênfase com que foram expressas e do meu olhar inquietante de animadora/pesquisadora, comprometida com as descobertas e possibilidades de reaprender e superar limitações pessoais e coletivas, pude refletir sobre as palavras: Paciência = respeitar o tempo de cada um, e fidelidade = articular na prática dos Círculos seu embasamento teórico.

Durante o diálogo, uma das enfermeiras expressou estar muito angustiada por ter vivenciado há alguns dias um assalto em uma clínica particular.

... estava com meus dois filhos, levando o caçula de meses para atendimento (...) e fiquei em estado de desespero e pavor ao perceber as ameaças a mim e meus filhos e os maus-tratos ao médico e ao funcionário (Andorinha).

A mesma enfermeira ainda relatou outro assalto sofrido por ela na unidade de saúde onde atuava.

...eu ainda estava grávida do meu filho mais novo, quando indivíduos já temidos na comunidade por suas práticas ilegais, entraram na UBS e anunciaram o assalto... (Andorinha).

Após ter passado por duas situações de assalto fui tomada por um sentimento de rancor. E passei a questionar-me sobre como eu podia alimentar este sentimento por pessoas que vinham de uma realidade semelhante à comunidade em que eu trabalho... (Andorinha).

...também fui vítima de um assalto. Foi em uma manhã bem cedo, estava em uma parada de ônibus, quando fui abordada para entregar os pertences (...) apesar de não falar nada sofri agressão física, pois ele parecia enfurecido e me bateu muito(...) devido ao ocorrido já ter passado algum tempo, passei a refletir sobre a história de vida de uma pessoa que apresenta aquele comportamento. Pensei inclusive na possibilidade do assaltante ter sofrido maus tratos durante sua infância (Beija-flor).

...eu atendia um adolescente infrator, e certo dia ele me disse que mesmo tendo recebido meus cuidados, caso ele me encontrasse na rua ele poderia roubar-me do mesmo jeito...(Beija-flor).

Inicialmente ela informou ter ficado triste com suas palavras, entendendo-as como ameaça, depois, refletindo com calma, entendeu ser uma maneira de protegê-la, orientando-a para manter uma posição de distanciamento e precaução em relação a ele. Expressou que o seu envolvimento com o crime implicava assumir atitudes agressivas e impulsivas decorrentes de muita pressão.

...na comunidade que atuo, quando vai ter qualquer problema somos avisadas com antecedência para fechar o posto (...) eles prezam pela segurança de todos os profissionais... (Patativa).

A questão de as discussões no grupo se iniciarem compartilhando sentimentos e vivências que inquietavam as participantes no contexto de sua vida pessoal e profissional constituem uma estratégia eficaz de demonstração de um vínculo na realidade social de todos.

Assim, naturalmente, as discussões conduziram à temática da violência, ao considerar que o “tema gerador não se encontra nos homens isolados da realidade, nem realidade separada dos homens. Só pode ser compreendido nas relações homem-mundo” (FREIRE, 2002, p.98).

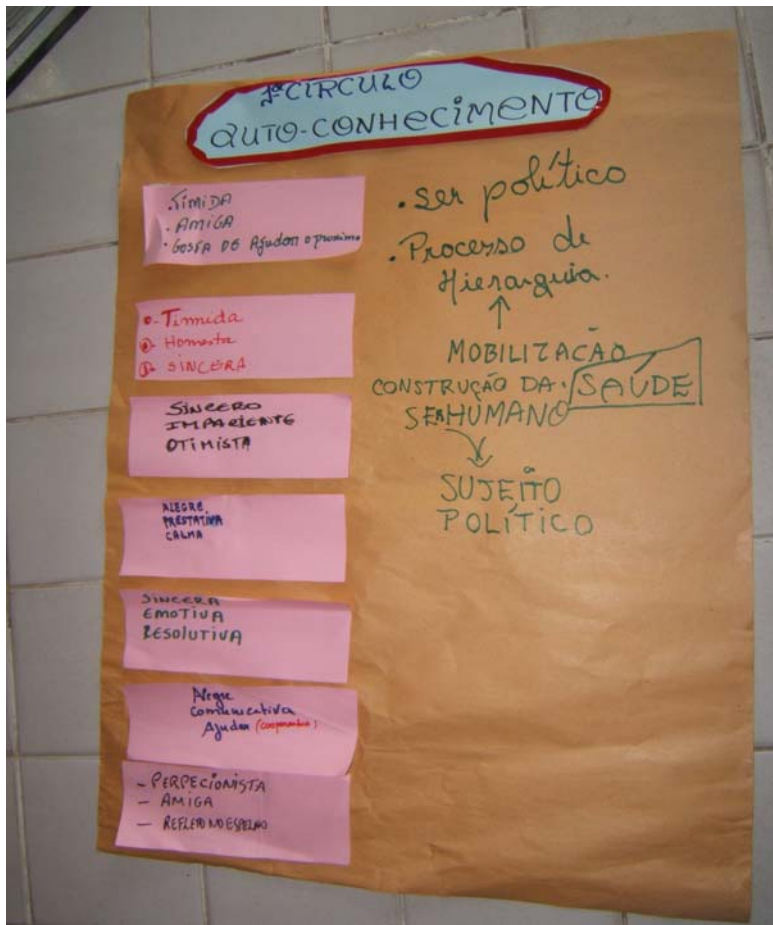
A violência interpessoal se tornou um dos maiores problemas de saúde pública nas cidades latino-americanas. Sob o olhar sociológico os fatores que originam, fomentam ou contribuem para as situações de violência compreendem: nível macro-social, desigualdade social, que produz o crescimento das riquezas e pobreza; o paradoxo de maior escolaridade com menor oportunidade de emprego; crescimento das expectativas e a impossibilidade de realizá-las; mudanças na estrutura familiar; perda da religião na vida diária. Nível meso-social, crescimento da densidade nas áreas pobres e segregação urbana; atitudes machistas; mudanças no mercado de drogas. Nível micro-social, crescimento no número de armas de fogo; consumo de álcool; dificuldade na expressão verbal dos sentimentos. O problema da violência compromete não apenas a qualidade de vida urbana, mas também a cidadania como um todo na América Latina (BRICEÑO-LEÓN, 2005).

Ao ensejar às enfermeiras a oportunidade de expressarem seus sentimentos e preocupações, a realização do primeiro Círculo foi marcada pelo diálogo aberto, que conduziu a discussão para uma temática bastante relevante, considerando a forte influência dos fatores socioeconômicos na ocorrência de situações de violência. Apreensão gerada pela inabilidade de prover políticas públicas capazes de intervir a médio e longo prazo nos processos de exclusão social marcados pela situação de extrema pobreza que vive uma grande parcela da população brasileira. Por conseguinte, coube-me realizar uma escuta ativa, pois senti que as participantes do grupo estavam com muita necessidade de expressar-se, de expor seus medos, angústias e queixas, de falar de seus sentimentos.

As falas foram de tal modo, profundas que foi necessário dar-lhes total atenção, observando que a melhor ajuda naquele momento era a escuta atenciosa e a valorização dos sentimentos e expressões como modo de buscar o equilíbrio pessoal, de tranquilizar o pensamento, de obter apoio pela troca de vivências, enfim, de sentir-se menos tensa e voltar a estar aberta a viver mais livre e feliz. Esta experiência da identificação de uma situação comum ao grupo igualmente se faz necessária quando na condução das ações educativas junto a grupos da comunidade.

Dando continuidade às atividades do Círculo, durante a fase que denomino **momento de expressão**, foram formulados os seguintes questionamentos: Como me percebo? Que pessoa sou? As indagações tinham o propósito de produzir aprofundamentos acerca da condição de cada uma no mundo.

Para conduzir uma reflexão quanto às perguntas propostas, foi utilizada a técnica do espelho, que consistia em abrir uma caixa de sapato para olhar a imagem de uma pessoa, sem falar para os colegas quem estava vendo e escrever, em uma tarja de cartolina entregue a cada enfermeira, três características da pessoa identificada. Só que, dentro da caixa, havia um espelho, o que causou uma surpresa nas pessoas, que sorriam, demonstrando surpresa e um tempo de reflexão para se expressarem. Ao final, uma das enfermeiras falou ter pensado que seria uma foto de uma pessoa famosa como o Presidente “Lula” (Luiz Inácio da Silva).



FOTOGRAFIA - 2 Cartaz com as características pessoais das participantes do estudo produzido com o material elaborado no momento de expressão.

Dentre as características expressas, foram registrados: tímida, amiga, gostar de ajudar o próximo; tímida, honesta, sincera; impaciente, otimista; alegre, prestativa, calma; sincera, emotiva, resolutiva; alegre, comunicativa, cooperativa; perfeccionista, amiga, “reflexo no espelho”, ou seja, ser ela mesma, ser sincera (FOTOGRAFIA-2).

A prática mental do auto-exame permanente é necessária, já que a compreensão de fraquezas ou faltas é a via para a compreensão das do outro; ao descobrir que todos são seres humanos falíveis, frágeis, insuficientes, carentes, inacabados, todos assimilam a idéia de que todos necessitam de mútua compreensão. O auto-exame crítico ainda propicia que cada qual se descentre em relação a cada qual e, por conseguinte, que se reconheça e julgue o egocentrismo. É essencial revisitar a pretensão à soberania intelectual e também moral ao assumir uma atitude de juiz supremo diante do outro (MORIN, 2002) e das situações que se articulam no plano das questões pertinentes à saúde e no exercício das ações de Educação em Saúde.

Ao refletir sobre as características próprias de cada uma das participantes do estudo foram percebido como potencialidade intrínseca ao grupo um perfil bastante significativo no estabelecimento de relações interpessoais e no compromisso consigo mesma e com o outro (FOTOGRAFIA-2). Foi identificada também na autopercepção das enfermeiras a timidez e a impaciência, como características que lhes incomodavam, sentindo a necessidade de buscar sua transformação.

... a minha timidez muitas vezes leva as pessoas a acharem que sou chata e metida...(Jandaia).

A enfermeira que se percebeu impaciente disse:

...essa característica faz com que a partir de certo ponto eu não mais registrasse a fala de uma pessoa que não se limitava a responder objetivamente meu questionamento, comprometendo minha capacidade de escuta, e a visão integral do indivíduo assistido... (Andorinha).

A possibilidade do autoconhecimento revelou a importância das enfermeiras/educadoras revisitar o seu ser, para poder identificar suas características construtivas e limitantes no encontro/descoberta do outro, como parceiro. Faz-se necessário o enfrentamento de atitudes de soberania de muitos profissionais de saúde sobre os indivíduos, famílias e grupos da comunidade, revelando uma metodologia pedagógica autoritária que reforça práticas reducionistas. É constatado nas seguintes falas.

...não é fácil se conhecer (...) identificamos posturas que dificultam nos relacionarmos...(Arara).

...é preciso vencer a timidez (...) o orientador não pode estar distante das pessoas...(sabiá).

...como posso esperar possibilitar mudança no outro se eu não me transformo...(Pardal).

Essas falas foram bastante significativas, pois mostraram que o autoconhecimento implica também ter clareza acerca de pensamentos, posições e comportamentos incorporados ao longo do processo de formação que reprimiram atitudes de criatividade, liderança, repúdio e insatisfação; ao reproduzir pessoas submissas, pouco questionadoras, programadas para executar o que lhe é determinado de modo acrítico.

A formação desses profissionais em sua maior parte ocorreu sob as bases do modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital (CARRIJO; PONTES; BARBOSA, 2003). Neste modelo, a atitude profissional era predominantemente centralizadora do conhecimento, do poder decorrente desse saber científico, impondo ao indivíduo/paciente uma atitude de submissão na condução do processo terapêutico.

Essa busca interior constitui um movimento dinâmico no autoconhecimento do homem, da mulher, como ser inacabado, com potencialidades e possibilidades de crescimento pessoal e profissional na conquista do próprio “empowerment” e no respeito e realização de ações de Educação em Saúde para promover condições para que o outro também possa atingir seu “empowerment”.

Na intenção de articular as discussões envolvendo o auto-conhecimento e a influência do modelo tradicional assistencialista na determinação do seu modo de relacionar-se com o indivíduo, com a família, e a necessidade de estar aberto a uma transformação na sua posição, foi selecionado para leitura um texto, não muito longo, por solicitação prévia de algumas enfermeiras, que se queixaram de escritos muito extensos e cansativos. A utilização da leitura ocorreu no sentido de criar uma teoria-prática, teorizando a realidade e revisitando a teoria.

Neste momento do Círculo, foi realizada a **leitura** do texto de Paulo Freire “Ensinar exige apreensão da realidade”, do livro *Pedagogia da Autonomia*, selecionado por ser de leitura bastante consistente, pois tece uma apreciação das distintas dimensões que norteiam a prática educativa e dos requisitos que podem proporcionar ao profissional de saúde um desempenho com maior segurança (FREIRE, 2005a).

A leitura proporcionou uma articulação entre o tema gerador do primeiro Círculo - auto-conhecimento da enfermeira do PSF - quando busca uma ação educativa coerente com o

entendimento do indivíduo e famílias como sujeito na elaboração de sua história de vida. Com o Círculo a seguir, também, cujo tema é como percebo as famílias da comunidade, demonstrando uma apreensão das condições socioeconômicas, políticas e culturais que delineiam a relação do indivíduo com o meio. A visão da realidade é capturada pela lente da esperança, pela perspectiva de sua transformação como trajetória a ser perseguida na promoção da saúde.

Saber da necessidade do respeito à autonomia, à dignidade e a identidade do(a) educando(a) requer uma prática coerente com este saber, de modo a provocar no educador(a) a criação de algumas virtudes ou qualidades sem as quais aquele saber vira inautêntico, palavreado vazio e inoperante (FREIRE, 1993).

O momento de síntese consistiu no registro dos pontos mais significativos para o grupo neste círculo

A dialogicidade foi evidenciada como elemento central na condução dos Círculos, por propiciar a troca de conhecimentos e experiências entre as participantes do estudo. A participação das enfermeiras sujeitos do estudo neste Círculo de Cultura produziu a constituição de saberes compartilhados.

Ao expressarem inquietações e sentimentos como fruto da relação ser humano-mundo, trouxeram para o cenário de discussão o tema da violência, problema social que atinge toda a sociedade, uma reflexão crítica das reais causas que constituem pano de fundo no crescimento avassalador da violência na vida em sociedade. Desse modo, foram produzidas outras perspectivas sobre a situação-problema, ao ser questionado acerca da moderna forma de dominação mundial hegemônica pelo capital, que estabelece uma cultura reducionista, consumista, exaltando o individualismo, engrandecendo o mais esperto, considerando o mais competente, estimulando o espírito competitivo e enfraquecendo os ideais de cooperação, solidariedade e compaixão com os destituídos sociais (BOOF, 2003a). Assim, Boof (2003a, p.62) garante que o crescimento da violência em todos os campos tem como fator desencadeante a ideologia que alicerça a globalização, ao ensinar que “o direito está do lado do mais forte e não do lado da justiça e da causa nobre”.

Ainda foi destacada, na vivência do primeiro Círculo, a minha sensibilidade para realizar a escuta ativa das participantes do grupo, como também a necessidade de minha coerência em garantir a participação e a autonomia às participantes do estudo. Há necessidade

de o animador do Círculo articular um saber, um pensamento e uma ação democráticos, com base na crença das potencialidades do grupo e na descoberta do saber que lhe é próprio.

O momento de avaliação deste Círculo resultou da observação de maior leveza no semblante das participantes do estudo, como também o relato dos seguintes depoimentos.

... foi importante ter a oportunidade de expressar minhas inquietações e sentimentos.. (Beija-flor)..

...estou saindo menos tensa (...) minha vida é muito corrida (...) ainda vou dar plantão... (Andorinha).

É necessário um diálogo franco para podermos nos aproximar do outro... (Curió).

A análise do material produzido neste Círculo inicial evidenciou a necessidade da educadora/animadora saber escutar, a partir da compreensão de que, não se aprende a escutar falando para as educandas, de cima para baixo, assumindo posição de portador da verdade a ser transmitida aos demais, mas é escutando que se aprende a falar com eles. “Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que em certas condições precise falar a eles” (FREIRE, 2005a, p. 127-128).

A dialogicidade compõe a estrutura mediadora da prática educativa freireana, Situação capaz de produzir um movimento dinâmico e recíproco na intencionalidade de estabelecer um processo educativo que garanta a autonomia dos sujeitos envolvidos. Neste caminhar somente uma metodologia que promova o debate entre as pessoas, alicerçado em suas experiências de vida, de interação na dinâmica das relações sociais, de inserção no mundo do trabalho “é que o indivíduo pode ser preparado para viver o seu tempo, com as contradições e os conflitos, pois conscientiza-se da necessidade de intervir, não mediante a luta armada, mas na busca de um humanismo nas relações entre homens e mulheres”, que permita a ampliação na visão de mundo (OLIVEIRA, 2006, p.83).

Descrição do 2º Círculo de Cultura

O círculo foi iniciado com um **momento de sensibilização** mediante a técnica do toque, desenvolvida ao som de uma música relaxante. Com as participantes em pé, formando um círculo, bem próximas uma das outras, foram orientadas a virar para o lado direito e, após

pedir permissão, iniciar uma massagem suave na colega que está em sua frente, de olhos fechados, procurando sentir o toque em sua cabeça, e/ou pescoço, e/ou ombros, e/ou costas e o toque no outro. Foi observado que algumas tiveram dificuldade em se permitir ser tocada, ficando falando e sorrindo durante a técnica, não conseguindo relaxar.

Em seguida, foi realizado um abraço coletivo a partir da posição, em círculo, das participantes. Ao expressarem como se sentiram durante a técnica, algumas relataram estar relaxadas. Uma das participantes referiu está com “nós” nas costas, expressando, assim, uma sensação de incômodo e bloqueios diante do toque recebido. A dinâmica possibilita demonstrar atitudes de repressão nas relações sociais diante da ameaça de quebrar a autodefesa na delimitação do seu espaço e de sua aparente neutralidade e excessiva racionalidade.

Ao término da técnica de sensibilização, foi solicitada ao grupo uma retomada ao objetivo dos Círculos de Cultura vivenciado, que foi de promover a sistematização de uma proposta de intervenção de Educação em Saúde pelas enfermeiras participantes do grupo/do estudo. Foi retomado, ainda, o Pacto de Convivência, que havia sido iniciado no primeiro encontro, para que se o visse, observando se ainda desejavam acrescentar algum critério.

Com base na necessidade do autoconhecimento, como fase essencial para a descoberta do outro, no **momento de expressão**, busquei socializar o conhecimento das enfermeiras, sujeitos do estudo, sobre a tematização do segundo Círculo de Cultura: Conhecendo o usuário, as famílias, a comunidade. Neste sentido, foi feito o seguinte questionamento: Como percebo as famílias da comunidade onde trabalho?

Para iniciar uma mobilização do corpo e da mente na busca pela resposta para o questionamento proposto, recorri ao trabalho lúdico. Neste sentido, com o grupo dividido em duas equipes, foi solicitada a criação de um quadro com figuras representativas das famílias das comunidades a partir de um trabalho coletivo, utilizando massa de modelar. Em seguida, as equipes apresentaram o quadro das famílias de suas comunidades, criado por intermédio da modelagem.

A primeira equipe apresentou o seguinte quadro (FOTOGRAFIA-3):



FOTOGRAFIA - 3 Primeira representação das famílias das comunidades nas quais as enfermeiras atuam, elaborado pelas participantes do estudo no 2º Círculo de Cultura.

A primeira equipe fez a seguinte descrição do quadro (FOTOGRAFIA-3):

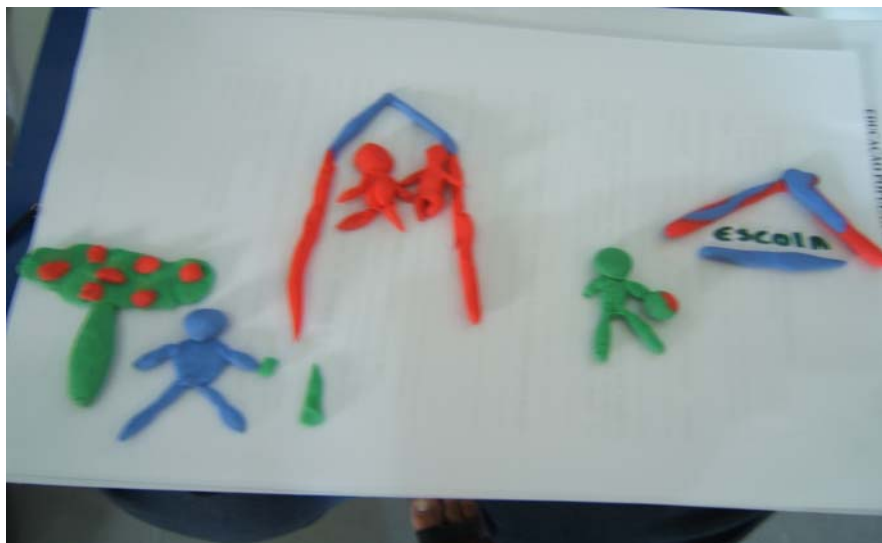
...um homem sem trabalho e bebendo (...) caracterizando a ociosidade pelo desemprego e o sério problema do alcoolismo...

...uma mãe grávida com muitos filhos e uma de suas filhas adolescente grávida.

...um idoso sozinho numa casinha abandonado...

...uma pessoa armada amedrontando a comunidade...

A segunda equipe apresentou o seguinte quadro:



FOTOGRAFIA – 4 Segunda representação das famílias das comunidades nas quais as enfermeiras atuam, elaborado pelas participantes do estudo no 2º Círculo de Cultura.

A explicação do quadro elaborado pela segunda equipe foi a seguinte (FOTOGRAFIA-4):

...crianças pequenas em casa sozinha porque a mãe saiu para trabalhar...

... criança maior na rua, escola vazia...

... ruas com lixo apesar de ter coleta freqüente de lixo (...) a comunidade não pensa em limpar construir melhorias na comunidade, pelo contrário...

...um homem com uma garrafa de bebida na mão, representando as pessoas ociosas sem trabalho, bebendo e sorrindo...

Antecedendo a apreciação das expressões elaboradas pelo grupo, é destacado o pensamento de Paulo Freire, segundo o qual uma das dificuldades é “como trabalhar a linguagem oral ou escrita associada ou não à força da imagem, no sentido de efetivar a comunicação que se acha na própria compreensão ou inteligência do mundo”. A comunicabilidade do inteligido ainda não é a sua comunicação, mas a possibilidade que ele tem de ser comunicada (FREIRE, 2005a, p.133). Este pensamento me leva a refletir sobre a ampla dimensão dos caminhos de expressão e da magnitude dos seus significados interpretativos.

Causa encantamento a riqueza e profundidade das expressões apresentadas pelas enfermeiras quanto à realidade das famílias da comunidade, entretanto estou consciente da

própria limitação de revelar as possibilidades propostas de sua comunicação. É com esta compreensão que ousou tecer uma interpretação do que foi comunicado no momento de expressão pelas participantes do estudo por meio da imagem e das falas. O cenário produzido pelos dois subgrupos formados para a execução da atividade apresentou pontos em comum, como também especificidades bastante significativas no contexto social.

Dentre as situações apresentadas, são destacados a ociosidade, o desemprego e o alcoolismo como situações que se entrelaçam, decorrentes de problemas socioeconômicos predominantes nas periferias das grandes cidades, marcadas pela exclusão social em relação ao acesso ao trabalho como direito de cidadania, que propicia não só o próprio sustento e de seus familiares, ainda que com inúmeras limitações, mas ainda concorre para projetar uma auto-estima no indivíduo mantenedor do lar. Esta realidade adversa é bem peculiar e atinge um contingente numeroso da população das áreas adstritas ao bairro do Ibura, concorrendo para alavancar a realidade de violência doméstica, criminalidade, homicídios e envolvimento em práticas consideradas ilícitas, como o comércio de drogas.

Tudo isso compromete a saúde da população, diante do entendimento da saúde como resultante das condições de paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e educação (BRASIL, 2001a).

Ainda no cenário percebido nas imagens, são apresentadas características específicas na constituição do núcleo familiar, como é evidenciado na seguinte fala: *...um idoso sozinho, numa casinha, abandonado...* O envelhecimento da população, não só brasileira como no contexto mundial, requer o estabelecimento de estratégias de enfrentamento desta realidade de modo a propiciar um envelhecimento acompanhado de qualidade de vida. A realidade brasileira, contudo, assume inúmeras dívidas com sua população idosa, que, após anos de trabalho, é submetida a uma aposentadoria insignificante para seus gastos básicos, quanto mais com as medicações que constituem elementos essenciais para o controle de DCNT, presentes principalmente nesta faixa etária. Em muitas situações, a aposentadoria do idoso constitui o rendimento mantenedor dos demais familiares. O idoso ainda enfrenta dificuldades de aceitação no seio familiar, ficando exposto a conviver com o isolamento, a insegurança, a violência; realidade que é fruto da desumanização pela mais-valia dos que detêm a produção e o capital.

Foi caracterizada também a realidade que se apresenta na infância de muitos moradores da comunidade (...) *crianças pequenas em casa sozinha porque a mãe saiu para*

trabalhar(...) (...) criança maior na rua, escola vazia(...). A situação é constatada pela necessidade de a mulher assumir a responsabilidade pelo sustento dos filhos, seja pela ausência do companheiro ou por sua situação de desemprego. O papel de acompanhamento e orientação no desenvolvimento e educação dos filhos fica comprometido. Este entendimento alerta os profissionais de saúde, sobre a necessidade de mobilizar um trabalho inclusivo desta faixa etária da população, que a partir da intersetorialidade requer um trabalho articulado com escolas, creches, atividades esportivas e culturais, entre outras instituições e representações que constituem rede de apoio social.

Na fala, (...) *uma mãe grávida com muitos filhos e uma de suas filhas adolescente grávida*, é destacado o problema decorrente da iniciação sexual cada vez mais precoce sem o devido preparo dos adolescentes, que se expõem às situações de gravidez indesejada, e ainda às doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais a AIDS, para a qual ainda não há cura, prevalecendo as campanhas incentivando a proteção dos indivíduos com o uso da camisinha.

Foi evidenciado o fato de que as enfermeiras têm uma compreensão das situações e dificuldades vivenciadas pelas famílias assistidas na UBS em que atuam, todavia a dimensão real da situação de saúde das famílias da comunidade causa, em muitos profissionais, uma sensação de impotência e uma atitude de acomodação. O objetivo da abordagem problematizadora, no entanto, é justamente inquietar a enfermeira, que passa a refletir sobre a intencionalidade de sua ação educativa como instrumento de fortalecimento da participação da comunidade no acesso a informações que façam aflorar seu conhecimento crítico e reflexivo na direção de identificar propostas e caminhos de reconstituição da realidade, a partir de um objetivo de socialização do bem comum.

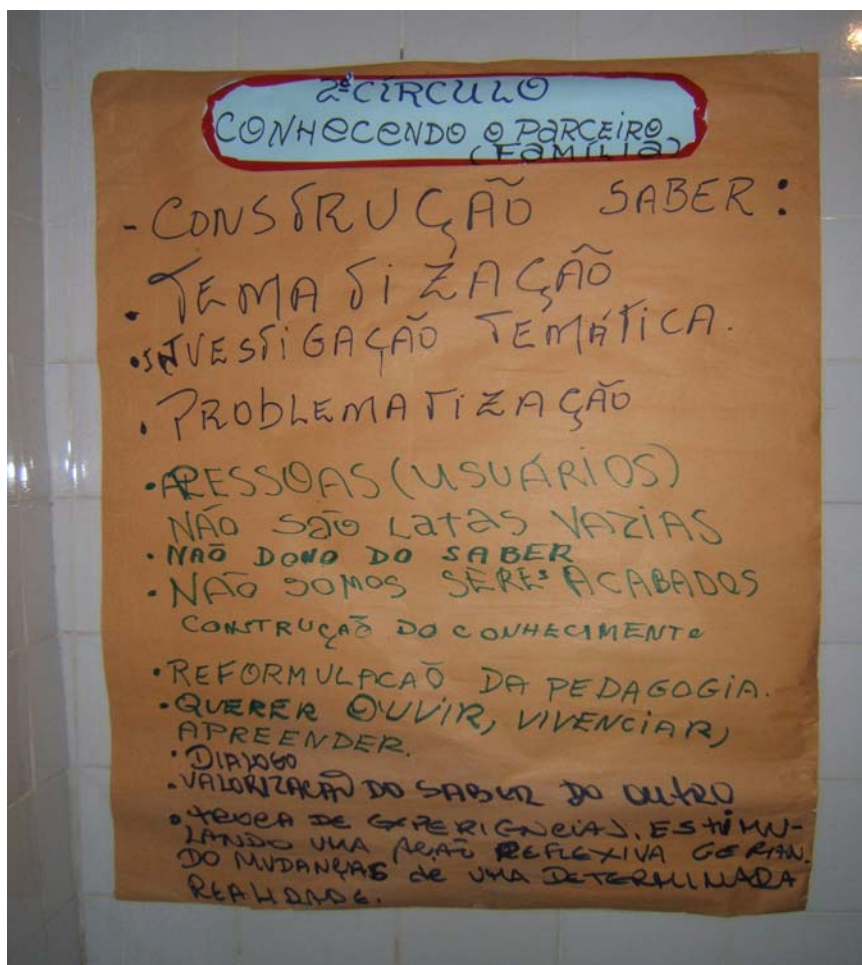
Assim, cabe aos profissionais de saúde, no momento atual, unir-se à causa da preocupação com o Planeta, com a utilização de recursos sustentáveis, imprimindo nova ordem de políticas públicas para o controle e sobrevivência ambiental como condição preditiva para a existência da espécie humana. Desse modo, ao explicar a realidade do ambiente onde as famílias residem, é dito: ... *ruas com lixo apesar de ter coleta freqüente de lixo (...) a comunidade não pensa em limpar construir melhorias na comunidade, pelo contrário...* Esse pensamento de descuido ameaça todo o mundo, por constituir prática disseminada pelos países mais desenvolvidos. Assim, é necessário reinventar modos de sensibilizar a população na defesa do cuidado humano e o cuidado com o Planeta, sensibilizando-os para uma consciência ecológica (BOFF, 1995; 1999; 2003b).

Na proposta de Freire (2001), tem-se a valorização do inter-relacionamento das pessoas e seu meio ambiente imediato como uma das questões desafiadoras no processo de inserir o sujeito no mundo e com o mundo. Deste modo, tomo como ponto de partida a capacidade de descobrir conhecimentos que as enfermeiras possuíam sobre o contexto das famílias da comunidade e o contexto do mundo e sua habilidade para expressar aquele conhecimento tendo como referência a linguagem que lhe é própria. Os profissionais, além das informações científicas, conhecem o modo de viver e de adoecer, as crenças, os pensamentos, as experiências, os conhecimentos populares e a cultura das famílias que assistem (CARRIJO; PONTES; BARBOSA, 2003).

A valorização do saber popular por parte dos profissionais de saúde constitui estratégia para dar ensejo à efetivação de conhecimentos, ao tornar acessível sua articulação com o saber científico. No **momento de leitura**, é proposta uma reflexão crítica de um conhecimento científico, que seja significativo por sua contextualização com a realidade e com a possibilidade de nela intervir.

Foi realizada, então, a leitura do texto “Ensinar exige estética e ética” do livro *Pedagogia da Autonomia* (FREIRE, 2005a). A escolha deste texto ocorreu por considerar que a solidariedade social e política de que as pessoas necessitam para uma sociedade menos injusta e mais acolhedora perpassa uma prática democrática. Para tanto, torna-se indispensável um compromisso com o pensamento certo, decorrente da busca de uma compreensão aprofundada na interpretação dos fatos. Pensar certo não admite identificar a necessidade de mudar e repetir as velhas práticas.

A leitura foi seguida de uma discussão embasada na junção dos saberes consolidados, nas vivências e experiências das enfermeiras e o saber científico apreendido a partir da reflexão crítica do conteúdo. A apreciação do texto possibilitou revisitar a técnica proposta na alfabetização de adultos, que visa à substituição de elementos reais por elementos figurados e significativos, a fim de permitir maior operacionalidade psicológica de símbolos e sinais na natural tomada de consciência lúcida dos problemas, a partir do seu mundo psicossociológico (BRANDÃO, 2005).



FOTOGRAFIA - 5 Cartaz com as características dos moradores da comunidade como parceiros nas ações educativas a serem propostas, elaborado pelas participantes do estudo no 2º Círculo de Cultura.

Merece destaque o entendimento que as enfermeiras apresentaram dos usuários e do seu papel como educadoras em saúde. Para tanto, foi realizada uma produção coletiva (FOTOGRAFIA-5), elaborada mediante reflexões e discussões que emergiram após a leitura do texto.

...são pessoas com histórias de vida, não são “latas vazias”⁶ (Beija-flor).

...nós profissionais não somos os donos do saber (...) não somos seres acabados (Pomba).

Os modelos de intervenção fundamentados na metáfora do corpo como máquina ou do entendimento da saúde como ausência de doença consolidaram uma trajetória de

⁶ Lata vazia constitui uma metáfora e significa objeto ou coisa material sem conteúdo; aluno caracterizado pela ausência de conhecimento e pela passividade na ação educativa.

exclusão e insuficiência no atendimento das questões de saúde da população (CARVALHO, 2005). Na busca da superação desta atitude fragmentária, emerge a compreensão dos indivíduos na sua complexidade e da saúde física e mental como resultante das condições de inserção no seio da sociedade, alicerçada nos modos de organização da vida nas relações humanas através, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura, do lazer, como também, nas relações com o meio ambiente (VAISTMAN, 1992).

Percebo na vivência grupal, por intermédio do método de trabalho escolhido neste estudo, que a formação de um novo papel da educadora que deve superar uma ação de imposição e repasse de informações preestabelecidas, ao considerar o interesse das educandas e colocar-se como educadora-educanda, capaz de ouvir, apreender, experienciar e valorizar o saber do outro, o diálogo, a conscientização e a troca de experiências, estimulando uma ação reflexiva comprometida com a transformação de determinada realidade.

Ainda no segundo Círculo, foi trabalhada no grupo *A Técnica dos Excluídos* (texto fotocopiado, s/d nem autoria) que consistiu na distribuição entre as participantes do grupo, dos numerais de um a seis. Em seguida, foi lido um texto onde cada relato de uma personagem do cotidiano social antecedia um número, de modo que a pessoa que tivesse com aquele número deveria interpretá-lo. O texto foi o seguinte:

1- “Homem gostava muito de caminhar e observar, atentamente, os acontecimentos do seu percurso. Certo dia, caminhando em passos ligeiros, parou de repente e observou que 2- crianças dormiam sentadas na calçada, encostadas, apoiando-se mutuamente. De repente, 6- gatos saltaram um muro, do outro lado da rua, miando como loucos, pois estavam sendo perseguidos por 4- cachorros que rosnavam e latiam, alguns com a língua de fora. 2- Homossexuais, que passavam naquele momento, gritaram histéricos e assustados. 6- As crianças que dormiam, abriram os olhos, levantaram-se apressadamente e viram 3- velhinhas que caminhavam lentamente, trêmulas, meio corcundas, de bengala na mão. Perto dali, 4- crianças brincavam de roda muito sorridentes e 2- pulavam cordas, saltitantes e alegres sem perceberem o que ocorria ao redor. 1- Doente que estava se dirigindo a unidade de saúde da comunidade, gemia com dores em várias partes do corpo. Numa das esquinas 3- adolescentes, quase despercebidos, experimentavam uma “picada” , puxavam fumo e conversavam. Noutra esquina 2- prostitutas “rodavam a bolsinha” a espera de clientes. 1- Deficiente visual, que passava por ali deixou cair no chão sua identidade e ficou procurando-a desesperadamente. 6- Homens reunidos ao redor da praça davam um belo show de capoeira.

2- Desempregados atravessavam a rua tristes, cabisbaixos e coçando a cabeça. 4- Mendigos pediam esmolas de mãos estendidas para os transeuntes. 3- Bêbados tentavam equilibrar-se, após uma bebedeira matinal. 1- Fugitivo da prisão local, passou correndo, abaixou-se e escondeu-se no depósito de lixo das proximidades. O cheiro era horrível e mal dava para ele respirar. 4- Policiais o procuravam por todos os cantos da rua e já estavam cansados. 6- Mulheres faziam um protesto contra exploração das empregadas domésticas, mostrando faixas e cartazes com os seus direitos. Mas algumas pessoas que se encontravam naquele local não foram observadas pelo homem e esperavam até agora para **fazer parte** desse texto, mas infelizmente foram **excluídas**".

Como comentário da técnica vivenciada, foi expresso pela participante que estava com o numeral cinco:

Eu fiquei o tempo todo esperando ser chamada (...) fiquei chateada e incomodada por não poder participar da brincadeira. É muito ruim ser excluída...(Arara)

Outra enfermeira ressaltou:

... os personagens relatados estão muito próximos do cotidiano das comunidades (Pardal).

O desenvolvimento da técnica atingiu seus objetivos no momento que retomou a discussão sobre o cotidiano social e as situações de exclusão, ao levar as enfermeiras a assumirem-se como atores desse palco de vivências e relações sociais. A técnica propiciou a identificação no contexto de sua área adstrita, os usuários, famílias e grupos que estão representados em algumas das personagens e a análise de seu modo de percebê-los e tratá-los no atendimento de suas necessidades de cuidado e na realização das ações de Educação em Saúde.

O **momento de síntese** desse Círculo relacionou como pontos mais significativos as reflexões a seguir delineadas.

Espera-se que a enfermeira/educadora revise o seu ser, para adquirir condições de identificar suas características construtivas e suas características limitantes no encontro/descoberta do outro, como parceiro nas ações educativas em saúde.

A capacidade de conhecimentos que as enfermeiras possuíam sobre o contexto das famílias da comunidade constituiu ponto de partida para uma reflexão crítica dos problemas

socioeconômicos predominantes nas comunidades, marcadas pela exclusão social que compromete a saúde da população.

A pluralidade de conhecimentos passa a ser reconhecida como elemento norteador do conhecimento inovador, visto que conhecimento único não tem capacidade de se inovar. Assim, Demo (2003) assevera que a ciência necessita conceber-se na multiculturalidade, não por concessão, mas por sobrevivência em termos de manter a capacidade de alternativa. Basta trazer à baila a proposta de educação inter/multicultural crítica, da qual germinam amplos processos sociais de luta contra as desigualdades econômico-sociais e contra as exclusões histórico-culturais pela articulação nas ações educativas da democratização participativa com a democracia representativa (SANTOS, 1995).

Para o grupo, foi entendido que a prática educativa exige da educadora-educanda uma definição, uma tomada de posição, uma decisão, com ruptura de formas pedagógicas que propagam a discriminação, ao impor a reprodução de modos de agir moldados à manutenção da realidade.

O **momento de avaliação** consistiu na verbalização de um vocábulo que representasse o Círculo. Algumas palavras foram apresentadas por mais de uma enfermeira. Foram paz, diálogo, troca, conscientização, reflexão e vida. As falas evidenciam uma apropriação de palavras significativas ao método Paulo Freire e ao sentimento de satisfação na formulação coletiva do conhecimento.

Descrição do 3º Círculo de Cultura

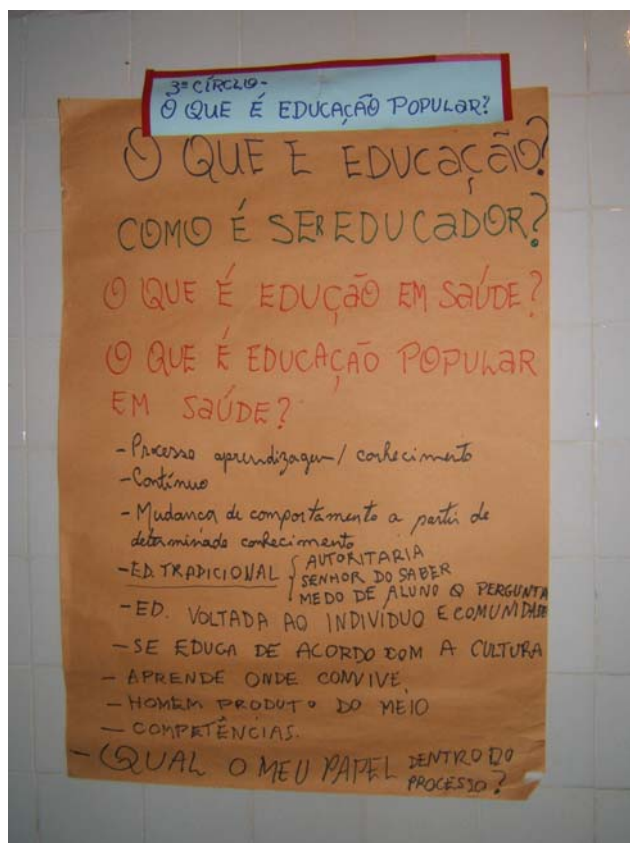
A técnica da dança da comemoração e de agradecimento ao poder da natureza, costume presente em algumas culturas indígenas, denominado *A Dança do Círculo*, foi utilizada para promover a dinâmica inicial deste encontro. Ela é realizada com as pessoas de mãos dadas em círculo, quando são dados dois passos para a direita, seguidos por um leve movimento de flexão dos joelhos. Em seguida, após realizar alguns movimentos de alongamento corporal, foi solicitado às participantes procurar expressar-se por meio do corpo, permitindo-se articular seus movimentos de acordo com o ritmo que estivessem ouvindo. Inicialmente foi colocada uma música de Rita Lee, Roberto de Carvalho, Cilze Mariane Costa e Arnaldo Jabor *Amor e Sexo*; depois foi rodada uma música de Chico César na linha afro-rege, e depois foi uma melodia que destaca as raízes culturais de Pernambuco, o *Frevo*

Vassourinha de Matias da Rocha e Joana Batista Ramos e todas caíram no “passo”⁷, visto que corria a semana pré-carnavalesca. Ao término da dinâmica, todas estavam exaustas, sendo necessário trabalhar um pouco a respiração antes de sentar. Ao questionar sobre a vivência da dinâmica, foi relatada uma identificação maior com algum ritmo, apesar de se perceber que todos mexeram de modo diferente com seu corpo. Algumas demonstraram maior dificuldade em expressar-se pela dança, por inibição ou por não costumarem exercitar sua prática com frequência em seu cotidiano. Eu, como animadora, participei da técnica envolvendo todas e formando parcerias com aquelas que tinham maior dificuldade.

No momento de expressão, foram propostos, inicialmente, para reflexão os seguintes temas geradores: O que é Educação? Como é ser educado? Foram acrescidos pelo grupo outros questionamentos, como: O que é Educação em Saúde? O que é Educação Popular em Saúde? As perguntas levantadas demonstraram uma curiosidade do grupo quanto à temática que só iria ser possível contemplá-la no Círculo subsequente.

A partir das inquietações provocadas no grupo, pedi que cada uma revisitasse seu processo de formação, procurando expressá-lo. Foi registrado em cartaz afixado na parede a partir das falas do grupo (FOTOGRAFIA-6):

⁷ Cada uma das diferentes posições do pé, na dança. Dança própria da cultura local desenvolvida para acompanhar as composições de frevo, ritmo musical predominante no período carnavalesco.



FOTOGRAFIA - 6 Cartaz sobre o entendimento de educação e de educador, elaborado pelas participantes do estudo no 3º Círculo de Cultura.

A reflexão sobre o entendimento de educação culminou em algumas falas que constituíram ainda a escrita de um cartaz (FOTOGRAFIA-6). Ao apreciar a alocação seguinte, é verificada a preponderância da educação bancária. Ela se caracteriza por uma relação de distanciamento e submissão do aluno às determinações do professor, que foi preparado para o exercício do poder do saber. A ação educativa nesta abordagem tradicional limita-se à transmissão de conhecimento teórico descontextualizado, apresentado de modo acrítico. O entendimento do “bom aluno” para esse professor autoritário é do aluno que se destacava pela obediência e repetição dos conhecimentos repassados pelo professor, enquanto aquele que assumisse uma atitude questionadora e/ou inovadora por propor um pensamento discordante daquele repassado em sala de aula era rotulado como “mau aluno”, “indisciplinado”.

... foi experienciado com maior predominância a educação tradicional, caracterizada por ser autoridade onde o professor é o dono do saber e o aluno tem medo até de perguntar...(Jandaia).

Também foram apresentadas, porém falas que identificaram uma busca de avanços em relação ao ensino bancário. Ao referir-se a educação como processo que necessita garantir a apreensão de novos conhecimentos, capaz de produzir mudanças sedimentadas pela aplicabilidade do conhecimento no seu modo de viver, é descoberta também a identificação das questões culturais pertinentes ao contexto socioeconômico do educando e necessidade de propor um conteúdo contextualizado.

...processo de aprendizagem, aquisição de conhecimento... (Patativa).

...mudança de comportamento a partir de determinado conhecimento... (Curió).

...educação voltada ao indivíduo e comunidade... (Sabiá).

...se educa de acordo com a cultura... (Bem-te-vi).

...aprende onde convive...(Andorinha).

Nas discussões foi mencionada uma situação vivenciada por uma participante do grupo, lembrando a observação de situações de reuniões com grupo comunitário onde o próprio educador popular utilizava uma linguagem rica em jargões, pouco conhecida da população; e que ainda alguns líderes comunitários também repetiam alguns deles, de modo que ela questionava se realmente as pessoas tinham conhecimento correto do sentido das palavras que estavam incorporando em sua comunicação verbal.

Diante do caso apresentado, foi destacado pelas enfermeiras do estudo a necessidade de eu, como animadora do grupo, precisar conhecer bem as pessoas que o compõem e respeitar sua cultura e sua linguagem, aproximando-me de sua realidade para, a partir daí, trabalhar a elaboração coletiva do conhecimento, sem imposições nem autoritarismo; e estar aberto a aprender com o outro para poder ensinar a ele.

As discussões sobre o que é Educação em Saúde e sua diferença em relação ao que é Educação Popular em Saúde, temática central do próximo Círculo, já despertava inquietações, como pode ser apreciado nas seguintes falas.

...a educação em saúde é centrada no médico (Andorinha).

...na transmissão do conhecimento... (Patativa).

O grupo ainda exemplificou algumas campanhas do Ministério da Saúde, trazidas como situações fragmentadas, de momentos, sem continuidade. A gestão do trabalho na UBS foi identificada como nó crítico para o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde. Esta barreira se expressa mediante acúmulos de serviços assistenciais em detrimento das atividades educativas.

Foi levantada como reflexão a própria atuação da(o) enfermeira(o) na assistência infantil nas doenças prevalentes da infância (AIDPI), em que ele ou ela realiza consulta às crianças da comunidade até a idade de cinco anos, quando há médico no posto. Destaca que as enfermeiras em atendimento, muitas vezes identificam que as crianças apresentam outros diagnósticos não contemplados pelo programa, situação em que recorre ao profissional médico. Assim, elas evidenciaram uma preponderância das ações curativas sobre as ações educativas.

Ainda neste sentido, as enfermeiras afirmaram que, até o próprio ACS recebe incumbências burocráticas, distanciando-se de seu real papel de proximidade com a comunidade, como ir ao distrito apanhar medicação que a comunidade está precisando e não tem na UBS.

Em relação à Educação Popular, nas falas, foi percebida uma compreensão de valorização do conhecimento e da cultura popular.

... a educação popular forma o indivíduo respeitando-o no todo... (Sabiá).

... a educação popular é uma troca de conhecimento... (Pardal).

... a reforma curricular valoriza o saber popular, o saber do povo... (Pomba).

... na educação popular ocorre uma interação do profissional de saúde com a comunidade... (Curió).

...na comunidade que eu trabalhava no interior era melhor, porque o povo aceitava melhor o uso de plantas medicinais... (Andorinha).

Uma das enfermeiras referiu que o uso de terapias naturais, como as plantas medicinais, tinha maior aceitação em zonas rurais do que nas áreas urbanas.

A educação, portanto, é um ato político e exige que o “professor se saiba, em termos ou em nível objetivo, em nível da sua prática, a favor de alguém ou contra alguém, a

favor de algum sonho e, portanto, contra certo esquema de sociedade, certo projeto de sociedade”. A politicidade da educação requer do professor e da professora que se exercitem como um ser político, superando uma identidade superficial e limitada ao técnico e ao sábio, mesmo porque estes também são substantivamente políticos (FREIRE, 2001, p.95). Portanto, a(o) enfermeira(o), no exercício de sua ação educativa, desenvolve outras competências além da técnica, como a comunicativa, a organizacional, a político-social.

Após a elaboração coletiva com base nos saberes do grupo, foi iniciado o **momento de leitura**, quando foram apreciados os textos (FREIRE, 2005a): 5.1-*Ensinar exige saber escutar*; 5.2-*Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível*. Quando divididos em quatro grupos, cada dois grupos liam apenas um dos textos para depois apresentar suas reflexões críticas diante da leitura.

Como animadora do Círculo de Cultura, meu papel fundamental, ao falar com clareza sobre o objeto, é incitar as educandas a fim de que elas, com os materiais que ofereço, desenvolvam a compreensão do objeto em lugar de recebê-la, na íntegra de mim. Elas necessitam se apropriar da inteligência do conteúdo para que a verdadeira relação de comunicação entre mim, como professora, e elas, como educandas, se estabeleça (FREIRE, 2005b).

Em seguida, foi retomada a discussão para formulação coletiva da **síntese** deste Círculo. Subdivididas em quatro grupos, as enfermeiras salientaram algumas reflexões, que culminaram na elaboração do seguinte texto:

A constituição de uma prática educativa renovada passa por:

...uma escuta ativa, que implica em ouvir o outro respeitando as diferenças... (Andorinha).

...pela superação da burocratização da mente, afrontando as idéias propagadas pela supremacia da globalização econômica... (Sabiá).

...pelo movimento contrário à domesticação do homem diante do poder do capital e da imposição de uma cultura de consumo... (Patativa).

*...uma convicção de que não somos apenas objeto da história, mas seu sujeito igualmente (...)
ensinar é mudar a realidade... (Arara).*

No **momento de avaliação**, foi solicitado que o grupo fizesse uma reflexão, relatando como estavam se percebendo no decorrer do processo vivenciado. A partir do questionamento levantado, as enfermeiras assinalaram:

...estou curiosa para saber realmente o que é Círculo de Cultura... (Andorinha).

Vibrante com a fala que expressava interesse pela descoberta, antecedendo o desejo de aprofundar seus conhecimentos sobre o tema gerador do próximo Círculo, expliquei que, na proposta vivenciada já aplicava os fundamentos do Círculo de Cultura para que quando se fosse discutir sobre ele já se tivesse experiência em sua aplicação.

Foi expresso, também:

...estou sentindo diferença na metodologia (...) eu era acostumada a receber tudo pronto...(Pomba).

Esta fala ressalta a predominância de vivências tradicionais de ensino, na qual o conteúdo é repassado pelo professor para o aluno de modo verticalizado, de maneira que, ao aluno, é imputada uma atitude de passividade, cabendo-lhe apenas receber as informações transmitidas. Diante da inadequação dessa didática que tende a reduzir os alunos a meros objetos e enaltece o professor como autoridade acabada faz-se essencial estabelecer uma ação renovadora na busca de aprender a aprender, ao estabelecer a meta de reconstruir o conhecimento, em sentido participativo/construtivo, como base da autonomia emancipatória (DEMO, 2001).

Uma das enfermeiras questionou:

Porque um trabalho tão importante não tinha um quantitativo maior de enfermeiras participando (...) o sistema de comunicação do Distrito fica prejudicado (...) só o Ibura em suas dimensões e peculiaridades deveria compor um Distrito (Jandaia).

Como processo participativo de avaliação, foram expressos nesta fala reconhecimento e valorização da experiência que estava vivenciando por meio dos Círculos de Cultura, demonstrando inquietação, por considerar que um número maior de enfermeiras poderia ter acesso àquele método de ensino nas discussões de Educação em Saúde como prática emancipatória. A mobilização, produzida até aquele Círculo, retroalimentou o movimento dinâmico e dialógico proposto com a aplicação desta abordagem metodológica de

ensino, à medida que foram apresentadas e vivenciadas ações renovadas de uma prática educativa que envolve sujeitos políticos, históricos e sociais na arena das questões de saúde.

Demo (2003) alerta aos profissionais e estudiosos, numa visão interdisciplinar, para o grande mal que aflige o Brasil - a pobreza política, que não é outra pobreza, mas face política. A pobreza é a face mais injusta de uma sociedade calcada no privilégio de pequena minoria contra grandes maiorias.

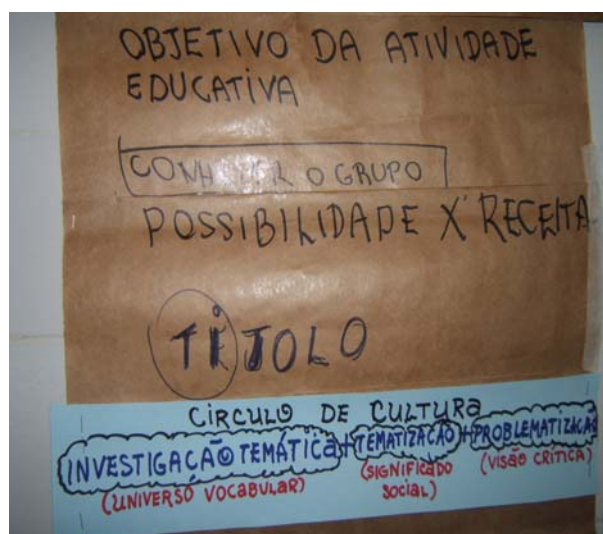
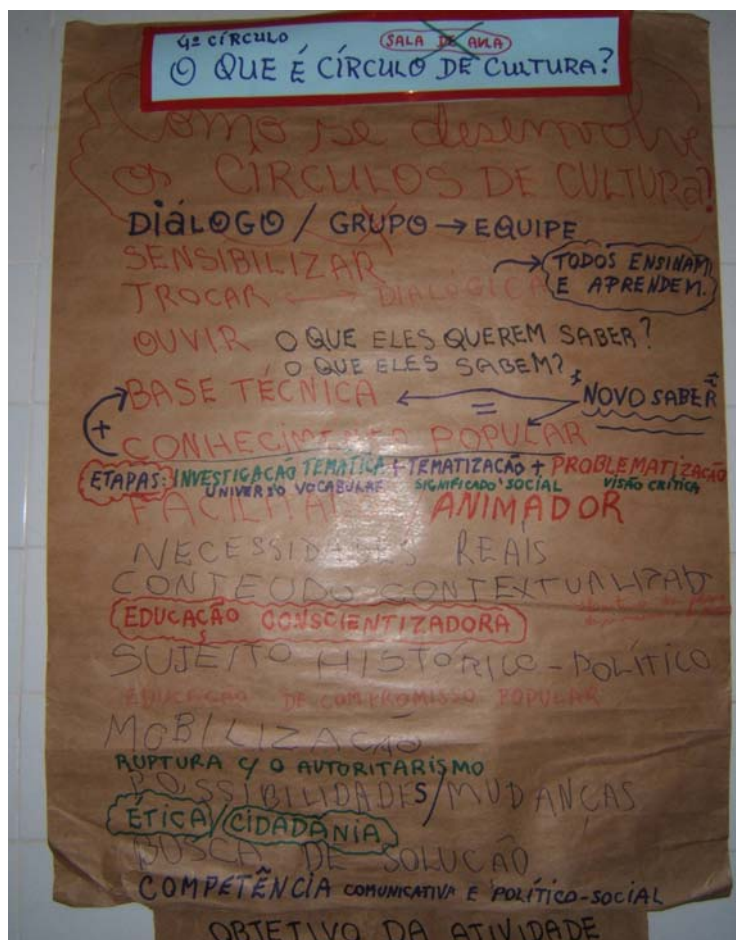
Descrição do 4º Círculo de Cultura

O **momento inicial** do Círculo de Cultura foi vivenciado com a utilização da técnica do nó, que consiste em estabelecer encontros das participantes do estudo, que, após serem estimuladas a caminhar em diferentes direções no espaço central da sala, são informadas a parar, e sem sair do lugar, dar sua mão direita para a pessoa que esteja do seu lado esquerdo e sua mão esquerda para a pessoa mais próxima do seu lado direito. Em seguida, pede-se que tentem desatar os nós. Inicia uma mobilização e movimentação do grupo para direcionar ações articuladas em busca de desatar os nós. Mexe para um lado para o outro, passa-se por cima, por baixo e os nós foram se desfazendo, entretanto, ficaram ainda dois nós, quando o grupo concordou em parar para discutir sobre a vivência da técnica.

O grupo, após a vivência, iniciou com uma reflexão de que a técnica provocou o movimento do grupo na busca de uma solução para um problema que estava incomodando a todos, deparando-se com dificuldades e requerendo muita persistência para descobrir o caminho e restabelecer o equilíbrio do grupo. Ainda foi instigado no grupo o desejo de repetir a técnica para descobrir o que havia acontecido, que dois dos nós não foram possíveis de desfazer naquele momento, sendo acordado ser repetido em outro Círculo para se poder respeitar o tempo disponibilizado para cada encontro.

Dando continuidade ao trabalho de grupo, foi retomada a atividade do Círculo de Cultura, apresentando como **questionamento**: Como ocorre a formação dos Círculos de Cultura, até então experienciado pelo grupo? As respostas deveriam ser embasadas nas percepções pessoais, como também no que o grupo vivenciou no decorrer dos três encontros anteriores.

À luz deste debate produzido no grupo, foi elaborado um cartaz (FOTOGRAFIA-7) que ilustrou sentimentos e percepções das enfermeiras em relação ao método por meio das seguintes palavras-chaves: sensibilizar, trocar, ouvir, conhecimento popular, base técnica ou saber científico, facilitador.



FOTOGRAFIA - 7 Cartaz sobre o entendimento de Círculos de Cultura, elaborado pelas participantes do estudo no 4º Círculo de Cultura.

As palavras-chaves registradas no cartaz (FOTOGRAFIA-7) foram assinaladas a partir das discussões no centro da roda. A palavra sensibilizar foi proposta como internalização de contextos e significados considerados imprescindíveis a uma atitude profissional consciente e conscientizadora.

A ação de educação em saúde realizada mediante os Círculos de Cultura, alicerçadas no diálogo, na escuta e na troca de conhecimentos, propõe-se a fortalecer os processos de participação popular valorizando seu conhecimento, crenças e religiões, artes, trabalho, entre outros.

Neste momento, foi evidenciado que o grupo atribuiu valores significativos no processo de aprendizagem que estava sendo construído. É importante salientar que essa aprendizagem poderá gerar em cada um, e no grupo como um todo, reflexões e decisões de seu papel como educadora em relação aos usuários.

Após a análise dos processos de formação de Círculos de Cultura, o grupo dividiu-se em dois subgrupos e lhes foi solicitado apresentar uma situação cotidiana de uma prática educativa. O subgrupo 1 escolheu como tema central das discussões a amamentação. O subgrupo 2 interpretou uma prática educativa sobre planejamento familiar, na qual, entre as participantes, uma agente de saúde encaminhou uma gestante ainda jovem já com cinco filhos, passando por várias dificuldades financeiras.

Ambas as atividades educativas reproduziram uma prática tradicional de Educação em Saúde, na qual foi apresentado um comportamento predefinido para ser seguido, consoante está nas falas:

Subgrupo 1. Tema: Amamentação

Mãezinhas têm que amamentar é muito importante para criança...(Arara).

A criança precisa do leite materno (...) para crescer com saúde... (Jandaia).

Muitas vezes elas estão passando necessidade (...) não estão se alimentando direito... (Patativa).

...elas ficam sobrecarregadas com os afazeres do lar, com o cuidado das crianças... (Sabiá).

...ou quando estão com dificuldades na relação com o companheiro (...) ou com o sustento da família (Pardal).

...agente fala, fala e depois quando vai para a visita domiciliar está tudo do mesmo jeito... (Beija-flor).

Subgrupo 2. Tema: Planejamento Familiar

...está grávida novamente (...) não escuta as orientações... (Curió).

...agente manda um encaminhamento para o médico fazer laqueadura, e eles não fazem... (Andorinha).

Essa atitude educativa proposta pela imposição e não pela conquista e o envolvimento, não é capaz de atingir os objetivos de transformação e mudança de comportamento que venham atender aos propósitos de saúde no exercício de cidadania da população.

O profissional atribui à mãe uma responsabilidade única por todo e qualquer problema de saúde que a criança apresente e desconsidera suas dificuldades ou desejos pessoais para realizar a amamentação.

Segundo Javorski (1997), inúmeras vezes prevalece uma ação educativa impositiva, autoritária e impessoal e não contribui com a decisão da mãe de amamentar, existindo etapas na estrutura emocional familiar que exercem influência nessa decisão. Esta afirmação corrobora as falas das enfermeiras.

É lícito chamar a atenção o fato de que o ato de amamentar decorre de um processo fisiológico e envolve aspectos biopsicológicos e socioculturais. Ao se falar sobre amamentação, isto requer consideração das condições hormonais, nutricionais e emocionais favoráveis, portanto, não compete ao profissional de saúde, quando no papel de educadora, exercer uma visão simplista sobre esse processo de alimentação natural pela mãe ao seu nutrido, quando esta mesma mãe se encontra desprovida de condições socioeconômicas adequadas para ter assegurado sua saúde. Portanto, a Educação em Saúde para o estímulo à amamentação não pode ser tratada como prática imposta à mulher, desconsiderando sua individualidade e autonomia.

Para Silva (2000), o ato de amamentar, sua qualidade e duração estão relacionadas ao significado que a mulher atribui a essa experiência, considerando os elementos de interação vivenciados por ela em seu contexto. Portanto, o(a) profissional de saúde/educador(a) precisa articular as ações de incentivo ao aleitamento materno a noção de direito reprodutivo, numa perspectiva de reaver a visibilidade da mulher como sujeito principal da prática da amamentação.

A Educação em Saúde, para estimular a amamentação, é iniciada antes do nascimento da criança. O pré-natal é um estágio profícuo para a realização de ações educativas para promover uma interação enfermeira(o) e gestante que venha favorecer a autonomia da mãe na decisão quanto ao aleitamento materno (VASCONCELOS; LIRA; LIMA,2006).

Ainda foi relatada uma situação vivenciada por uma das enfermeiras, que referiu orientar uma mãe adolescente sobre a importância da amamentação, entretanto, ao chegar em casa, a jovem recebia influência de sua mãe, que repassava um aconselhamento distinto do seu, afirmando ser o leite materno fraco para a criança e que deveria dar leite industrializado com “mistura”⁸.

Foi evidenciada no caso citado, a possibilidade de as mães mais jovens serem influenciadas por algum familiar próximo ou pela vizinha, situação que requer sensibilidade do profissional para identificar as especificidades de cada situação, bem como a habilidade para engajar esses familiares nos Círculos das discussões sobre o leite materno e os cuidados com a alimentação artificial. Ao apresentar possibilidades consideradas adequadas na alimentação do recém-nascido, a enfermeira busca assegurar a autonomia da mãe para fazer suas escolhas.

A prática de Educação em Saúde requer seja estabelecida uma relação de confiança e comprometimento, essencial para possibilitar opções por mudança. Vale destacar, ainda, que na fase de problematização da situação apresentada pelos subgrupos, como animadora das discussões sobre o modo de tratamento das usuárias, observei que, no contato inicial com o grupo, todas foram tratadas por “mãezinhas”.

Lancei a reflexão crítica no grupo de que o modo aparentemente carinhoso de tratar aquele grupo de mulheres retratava de fato uma atitude de dominação. Ao estabelecer o

⁸ Vocábulo utilizado na linguagem coloquial significando substância farinácea adicionada ao leite para aumentar sua consistência.

tratamento de mãezinhas, sem interessar-me por seus nomes, estava negando suas identidades, sua individualidade e desconsiderando seu modo de ver e viver a vida, seu saber, sua cultura, seus medos e necessidades.

Ao dar continuidade à análise da proposta educativa apresentada, foi identificada também a ausência de uma escuta ativa das participantes, quando eu demonstrava me preocupar em repassar uma série de informações que tinham que ser seguidas, inclusive achando-me no direito de omitir do indivíduo histórico e político o direito de embasado em seu “novo conhecimento”, realizar suas escolhas. Esta atitude deixa de ser facilitadora/animadora de possibilidades, pois não valoriza a autonomia das pessoas/cidadãos, mantendo a imposição de uma receita impregnada de preconceitos, de uma cultura alienada de submissão, de resignação diante do processo de exclusão social.

Emerge a necessidade de o profissional de saúde estar aberto para apreender o ser humano em sua integralidade, considerando questões inter-relacionadas a saúde, como as questões de gênero, socioculturais, as relações interpessoais, os condicionantes da situação psicológica do indivíduo, entre outros.

Da mesma forma no subgrupo 2, cujo tema é planejamento familiar, o profissional tece um julgamento prévio, destituído da necessidade de envolvimento e parceria na escolha e utilização dos métodos contraceptivos, sem considerar as atitudes de submissão de algumas mulheres nas suas relações com homens dominadores e até agressivos, instituindo situações de violência doméstica.

Diante da situação apresentada pelo segundo subgrupo, ainda percorrendo a fase de problematização, foram levantados no grupo os seguintes questionamentos: a mulher está querendo realmente submeter-se a um procedimento contraceptivo definitivo? A ela foram apresentadas as possibilidades de métodos contraceptivos ou decidido pelo profissional um método contraceptivo radical para aquela mulher? As indagações levam-me a divisar novas perspectivas em relação a tudo que eu tinha certeza, para repensar e reorientar minhas ações autoritárias e decisórias sobre o corpo do outro, sobre a vida do outro.

Para Demo (2002, p.33), são fundamentais as indagações sobre o mundo, acerca do homem e a respeito do próprio conhecimento, por gerar uma consciência crítica de que, para haver “um progresso de base no século XXI, os homens e as mulheres não podem

mais ser brinquedos inconscientes não só de suas idéias, mas das próprias mentiras. O dever principal da educação é de armar cada um para o combate vital para a lucidez”.

Dando continuidade ao desenvolvimento do Círculo de Cultura após a finalização da fase de problematização, passei à etapa do **momento de leitura**, estruturado a partir da apreciação crítica e reflexiva de um artigo científico da *Revista Interface* de autoria de Brandão (2001), intitulado: “A educação popular na área de saúde”. Foi procedida a leitura coletiva, quando cada participante, de modo espontâneo, lia em voz alta determinado trecho. Durante a leitura inicial, foi levantado um questionamento por uma das participantes dos Círculos, referente ao seguinte trecho do texto: Como substituir a “educação bancária”, de que falava Paulo Freire, por uma educação igualitária e dialógica?

Foi discutido sobre o conteúdo do artigo lido, articulando as leituras dos textos de Paulo Freire que antecederam este Círculo, as quais criticam veementemente o ensino tradicional fundamentado em um movimento unidirecional de transmissão de informações, em que o professor é o dono do saber e os alunos elementos passivos programados para decorar e aceitar as informações sem qualquer questionamento. Enquanto isso a prática dialógica se fundamenta na troca, pois aí quem ensina-aprende e quem aprende-ensina.

A partir do interesse do grupo, foi esclarecido e exemplificado sobre o desenvolvimento do método de alfabetização de jovens e adultos, possibilitando identificar algumas diferenças entre este método e o tradicional, como: da necessidade de o professor conhecer a realidade do grupo, de iniciar a construção do conhecimento novo, possibilitando ao grupo expressar seu saber popular, de partir da linguagem falada, que faz parte do seu cotidiano, de utilizar o universo vocabular do grupo presente em sua comunicação verbal na escrita e na leitura, de buscar na reflexão crítica da realidade o movimento de leitura do mundo, antecedendo a leitura da palavra (LIMA, 1979; BRANDÃO, 2005).

As discussões foram bastante ricas e culminaram em retornar a visão para o cartaz em elaboração até então, com base no saber que o grupo apresentou em decorrência dos conhecimentos que lhe são significativos a partir de sua formação profissional e de suas vivências intra e extra-ambiente de trabalho, fundamentando uma apreciação crítica do artigo científico proposto para aprofundar as possibilidades na construção do “novo conhecimento” delineando, desse modo, o momento de síntese, quando foi proposto acrescentar ao cartaz as seguintes palavras-chaves: diálogo, conteúdo contextualizado embasado nas necessidades reais do grupo, educação conscientizadora, sujeito histórico-político, educação de

compromisso popular, mobilização, possibilidade de mudanças e busca de soluções (FOTOGRAFIA-7).

O método da Educação Popular está embasado no reconhecimento e na valorização dos sujeitos em coletivos. Ele rejeita qualquer estabelecimento de saber hierarquizado, propondo a emergência dos diferentes saberes como instrumentos da emancipação. Neste sentido, faz-se necessário que os processos de educação popular garantam um exercício de autonomia e auto-afirmação, com a intenção de originar transformações da realidade fruto dos saberes e interesses dos sujeitos e seus coletivos (TERMO..., 2006).

Como **síntese** deste Círculo, foi proposto que:

os Círculos de Cultura são alicerçados na dialogicidade que permeia toda construção do “novo saber”; produto de uma elaboração coletiva que parte do saber peculiar aos participantes do grupo como produto de sua relação no mundo e com o mundo, articulado a um saber capaz de mobilizar na problematização das questões de saúde uma educação estratégica na promoção da saúde.

Foi retomada a necessidade de sensibilização da educadora-educanda em ouvir o grupo, buscar conhecer o que eles querem saber, o que eles sabem, qual a sua leitura de mundo quanto a sua realidade e suas questões de saúde, como um movimento dinâmico e permanente no Círculo de Cultura, a fim de manter uma convergência com a intencionalidade de uma educação emancipatória.

A Educação Popular em Saúde constitui em sua essência uma prática conscientizadora que tem nos Círculos de Cultura um espaço para discussão e construção coletiva dos processos articulados no contexto social e político que merecem ser estudados com o desafio de propor transformações que impliquem a luta por um viver mais saudável.

O desenvolvimento do Círculo de Cultura implicou a realização de um processo dialógico e dialético que se constituiu pela composição do seguinte universo vocabular: educação tradicional – educação bancária, dono do saber, alunos passivos, decorar; educação dialógica - educação igualitária, saber popular, troca de saberes, alunos críticos e reflexivos, transformação da realidade.

As participantes expressam a **auto-avaliação** nas seguintes palavras: paz, emoção, lembranças, reflexão, amor, carinho, tranquilidade, união. Destaco algumas falas que se seguiram:

Estou refletindo mais sobre minha prática... (Curió).

...sinto mais segurança ... (Sabiá).

Tem sido um crescimento... (Bem-te-vi).

As falas evidenciaram uma evolução pessoal e profissional, visto que o crescimento decorre de um processo internalizado, que vem repercutir no modo de raciocinar, de sentir, de se relacionar, de atuar no palco da vida e no cenário do PSF. Ante os desafios gerados pela problematização do cotidiano das ações de saúde junto às famílias e das dificuldades e possibilidades de atuar em Educação em Saúde, as enfermeiras se descobriram partilhando uma prática educativa nos Círculos de Cultura; percebendo-os como estratégia fortalecedora do seu “empowerment” pela consciência crítica de seu espaço, de seu tempo e de seu momento de assumir-se propagadora de uma ação educativa que não se encerra em si mesma, mas abre um leque de tantas outras possibilidades de promoção de saúde e da qualidade de vida.

Destaco no uso das palavras, como modo de apropriação de um processo avaliativo, a alternativa de conhecer os sentimentos e as emoções que fluíram, inquietando o indivíduo em sua aparente neutralidade e provocando um despertar para exercer de modo integral sua ação educativa.

Morin (2001, p.102) fala que o exercício de uma ação educativa requer competência, técnica e arte; e vai além: destaca que ela requer *eros*, que conjuga os significados de desejo, prazer e amor, desejo e prazer em ensinar, amor pelos educandos e pelo conhecimento. “O *eros* permitem dominar a fruição ligada ao poder, em benefício da fruição ligada à doação”. Implica fé na cultura e, acima de tudo, fé nas possibilidades do espírito humano.

Descrição do 5º Círculo de Cultura

O quinto Círculo teve início com uma técnica de movimentação corporal e exercícios de alongamento e de respiração. Em seqüência, visando a descontrair o grupo, solicitei às participantes imitar animais. Essa técnica teve o objetivo de auxiliar na descontração e mobilização do grupo, para assumir posições e atitudes peculiares a determinados animais.

Tendo-se aquecido o grupo, passei ao momento de expressão, quando o grupo foi solicitado para um trabalho individual, em que, com folha de papel ofício, cada participante, por meio do desenho ou da escrita apresentasse uma técnica de abordagem de ensino que gostaria de destacar. Em seguida, todas fixaram o trabalho individual em um cartaz (FOTOGRAFIA-8).



FOTOGRAFIA - 8 Cartaz sobre como aplicar os Círculos de Cultura na Educação em Saúde, elaborado pelas participantes do estudo no 5º Círculo de Cultura.

No produto da elaboração coletiva, foram propostas estratégias conjuntas de mobilização e conscientização, como: a discussão em grupo; o uso de métodos visuais; a participação do grupo; contando histórias e compartilhando as próprias experiências; a participação em peças de teatro e/ou vídeo; a aprendizagem por meio de jogos e brincadeiras; as feiras e encontros comunitários; rádios populares.

Em relação às abordagens destacadas no cartaz (FOTOGRAFIA-8), o grupo apresentou as seguintes falas:

A participação dialogada é uma técnica por propiciar a troca de conhecimento (...), onde todos ensinam e todos aprendem, proporcionando o envolvimento e motivação do grupo... (Pardal).

...com a disposição dos participantes em círculo (...) todos podiam expressar-se... (Pomba).

...destaquei a tempestade de idéias por nortear a construção do conhecimento a partir do saber prévio do grupo... (Bem-te-vi).

Foi possível identificar o fato de que as técnicas apresentadas continham objetivos com pontos de identificação com os Círculos de Cultura, ainda que de modo superficial e fragmentado, visto que o Método de Paulo Freire é embasado em uma estrutura prático-teórico-prático que requer uma coerência entre métodos, processos, técnicas de ensino, materiais didáticos com a opção política que está impregnando o projeto pedagógico.

Durante a situação de problematização, as enfermeiras discutiram a aplicação do Círculo de Cultura na educação em saúde. Esta reflexão possibilitou uma análise crítica sobre as experiências pedagógicas que revelassem na interação educanda-educadora uma metodologia tradicional, em que prevalecia uma percepção linear, descontextualizada, autoritária. Esta metodologia foi percebida como articulada a uma visão unicausal do processo saúde-doença, pelo uso da persuasão e imposição na transmissão verticalizada de informações. Foi ressaltado, também, que o método tradicional de ensino propaga o individualismo e a competição com a negação à mobilização e a luta social mais ampla, reforçando as relações de dominação entre os detentores do saber científico e a população com sua tradição cultural e seu saber empírico.

Com o intuito de contribuir na construção do novo conhecimento e visando a oferecer acesso a um saber contextualizado com o questionamento central desse Círculo, o

momento de leitura consistiu na apreciação crítica do texto: *Educação em Saúde hoje* (SMEKE; OLIVEIRA, 2001), cuja escolha ocorreu pela leveza e profundidade com que os autores propõem que os indivíduos sejam levados a ter uma compreensão real da situação em que vivem, compartilhando valores e crenças, entre outros componentes culturais da população.

É pertinente dar ênfase ao entendimento de que as práticas educativas são processos multifacetados, dinâmicos e complexos. Neste sentido, os educadores, compreendendo todos os profissionais de saúde, precisam incrementar nos indivíduos sua condição de sujeitos, sua consciência da ampla teia social na qual estão inseridos, de modo a contribuir para autonomia e emancipação dos sujeitos. Para tanto, os profissionais necessitam “também identificar em si próprios as potencialidades de transcender os limites das situações e contribuir para que os educandos também o façam”, identificando as redes de solidariedade dos grupos sociais de que fazem parte, articulando-se nelas por meio dos movimentos nos diversos níveis de poder (SMEKE; OLIVEIRA, 2001, p. 132).

Com o propósito de produzir uma reflexão sobre a dimensão da ação educativa na vida das pessoas, foi lido, por uma das participantes do estudo, o texto *O menino*, de Helen Buckkey. Ele relata a estória de um pequeno garoto muito criativo e espontâneo, que ingressa em uma escola cuja professora não acreditava em seu potencial, impondo aos alunos a obediência e repetição de suas atitudes, coibindo, assim, sua iniciativa e criatividade. Precisando mudar de escola, a nova professora pediu-lhe que fizesse um desenho e ele ficou sem iniciativa, esperando que ela também determinasse o que desenhar, e que cores utilizar. Como queria ela que eles fossem espontâneos e não direcionou sua criação, ele limitou-se a reproduzir o desenho tal qual havia sido condicionado pela professora anterior.

A discussão do texto resultou nas seguintes falas:

É possível reconhecer a importância do papel do professor na formação do indivíduo (...) pode favorecer suas potencialidades, criatividade ou reprimi-las...(Sabiá).

O poder exercido pelo professor reprograma o indivíduo a uma situação de submissão, de dependência...(Andorinha).

Os danos causados pela postura do professor dominador (...) reduz o homem a um objeto...(Pardal).

As falas são expressas como a pintura de uma tela que retrata um processo de internalização/externalização de conhecimentos, técnicas e emoção através de signos, símbolos e cores, que, demarcando um tempo para ser produzido requer uma concretude do imaginário. Ao traçar uma apreciação da obra, as falas retratam uma ampliação da percepção quanto ao significado do ato educativo no contexto da formação do indivíduo cidadão ou de uma massa de manobra lançada à deriva em uma realidade discriminatória e repressora no exercício da cidadania, na participação popular e no controle social das políticas públicas.

No **momento de síntese**, foi retomada a discussão a partir da junção dos saberes popular e científico, buscando responder ao questionamento: como aplicar o Círculo de Cultura na Educação em Saúde? Esta reflexão objetivou inquietar as participantes do grupo a buscar cada vez mais construir ou reconstruir propostas de Educação em Saúde alicerçadas nos conhecimentos da Educação Popular, não tencionando obter de imediato uma resposta pronta e acabada, mas sim uma reflexão para alimentar e retroalimentar o desenvolvimento dos Círculos subseqüentes.

Todos os profissionais de saúde, como educadores que são, para aplicar os Círculos de Cultura nas ações de Educação em Saúde, precisam fortalecer nos indivíduos uma conscientização do estado em que vivem e sua condição de sujeitos autônomos e comprometidos com sua emancipação, ou seja, caminhantes no processo de seu “empowerment”. “Entende-se que a emancipação não ocorre de forma verticalizada, ninguém emancipa ninguém, portanto, o processo de emancipação é endógeno, parte do sujeito, que na condição de sujeito, busca a sua emancipação” (TERMO..., 2006, p.2).

Para tanto, os profissionais também precisam conquistar seu “empowerment”, com capacidade de transcender os limites das situações e contribuir para que os educandos também o façam, identificando as redes de solidariedade que lhes são significativas e articulando-se nelas por movimentos sociais.

Cada pessoa precisa reconhecer as relações que lhe são positivas e úteis, que reforçam sua autonomia, com o entendimento de que o útil não é simplesmente aquilo que lhe convém, individual ou isoladamente, mas, sobretudo, o que a torna solidária, de modo concomitante, com o mundo natural e social. O caminho para esse reconhecimento exige a vivência prática de intervir no mundo a partir do trabalho e da política, mediante a descoberta e o teste das variadas relações com o mundo físico e social (VILLASANTE, 2002).

As participantes expressam os seguintes comentários na **avaliação** do círculo: *...leve* (Curió); *...produtivo* (Bem-te-vi); *... de compreensão clara...* (Arara); *... que conduziu a muitas reflexões...* (Pomba); *...precisamos exercitar nosso “empoderamento” e possibilitar o “empoderamento” do outro...* (Pardal).

Até que Andorinha questionou-me sobre qual a minha avaliação. Respondi que o caminhar dos Círculos estava me respondendo as inquietações de que o saber tem vida, é contextualizado e articula o saber popular e o científico; que sentia estar no lugar certo, na hora certa, no momento certo e que estava aprendendo muito com o grupo, vibrava com suas colocações e com as iniciativas que estavam eclodindo para aplicação de Círculos de Cultura no trabalho com grupos das comunidades.

Descrição do 6º Círculo de Cultura

No sexto Círculo de Cultura, para a etapa de **sensibilização**, foram trabalhadas duas técnicas. Na primeira, adotei o movimento corporal, onde todas imitaram os movimentos de dança de um dos membros do grupo, que assumiu a posição de líder, e, ao tocar em outro participante, passava a liderança, até que todos tiveram a oportunidade de assumir a condução da dinâmica no grupo.

Na segunda técnica de sensibilização, cada uma das participantes do estudo assumiu uma das personagens que atuam no Programa de Saúde da Família, como: atores comunitários de saúde, líderes comunitários, enfermeira, odontólogo, médico, membro da família e da comunidade. Em seguida cada personagem encheu uma bola de soprar, amarrou e depois jogou para cima com a responsabilidade de não deixar cair no chão, preocupando-se não só com a sua, mas também em auxiliar as colegas, cujas bolas viessem para o seu lado. Após um tempo em que elas estão jogando, envolvidas para evitar as quedas das bolas, foi solicitado de uma em uma, para deixarem sua bola e para sentarem. A dificuldade para executar a atividade foi aumentando com a diminuição das personagens, até que apenas uma permanecia tentando manter as bolas para cima.

Na discussão das técnicas vivenciadas, foi identificada por algumas a inibição para exercitar a dança, enquanto para outras fluiu com naturalidade, de modo que, nestes casos, foi prazeroso ser líder. Também foi destacada a importância do trabalho

compartilhado, onde todos assumem sua função e trabalho em equipe, com vistas a alcançar um mesmo objetivo.

Neste Círculo, o **momento de expressão**, que correspondeu à fase de problematização, foi apresentado ao grupo o seguinte questionamento: o que preciso modificar ou reforçar para vivenciar Educação em Saúde em uma metodologia participativa? Para estimular a condução de uma abordagem problematizadora geradora de reflexões críticas, foram entregues três situações-problema distintas, para cada subgrupo analisar e propor sugestões de como agir.

Os casos apresentados foram elaborados com base nas experiências e relato das enfermeiras e exigiam uma análise crítica pelos grupos para definir a posição e a atitude que correspondiam a um enfrentamento das dificuldades identificadas a partir das novas visões construídas ao longo dos Círculos de Cultura vivenciados.

Casos apreciados:

CASO 1

Alice, enfermeira ainda jovem estava atuando há quatro anos no Programa de Saúde da Família de uma região do Município de Agrestina, interior de Pernambuco. Suas atividades educativas eram escassas e enfadonhas; nem ela as realizava com prazer nem a comunidade sentia-se estimulada a participar. Muitas vezes ia apenas para apanhar a medicação distribuída.

Como vocês acham que Alice deveria proceder como facilitadora/animadora?

...Alice deveria consultar os usuários participantes do grupo sobre seus interesses e expectativas...(Pardal).

Ela podia rever seu tipo de ensino...(Bem-te-vi).

...para ela ser animadora ela deveria primeiro estar animada e acreditar no seu trabalho...(Curió).

...se ela estimulasse as pessoas a participar, a falar, a desenhar, a criar, seria diferente...(Andorinha).

...deveria trocar a sala de aula por Círculo de conversa, de troca...(Patativa).

...ela precisa querer aprender com a comunidade para poder querer que eles aprendam com ela...(Pomba).

A compreensão da incompletude nos seres humanos mobiliza a atuação em um cenário permanente de pesquisa, movidos por forte sentimento de esperança que nutre esta busca constante. Passa-se, pois, da incompletude humana a seres com opções, seres com possibilidade de decisões, de ruptura e de ser éticos a partir da mobilização individual e coletiva rumo à ação (FREIRE, 2001).

Freire, em suas obras referenciadas neste estudo, desperta a todos do berço esplêndido da acomodação e da inércia diante do outro, indivíduo e coletividade, do seu processo histórico de exclusão social, da atuação como atores de perpetuação do processo de dominação. A sua visão política da educação fala da utopia da imparcialidade da ação educativa, e põe em reflexão as possibilidades de se atuar como educadores comprometidos com a emancipação, com a participação, com a constituição de sujeitos autônomos e fortalecidos em sua identidade cidadã.

O SUS é entendido como expressão de uma política social resultante de um projeto democrático e popular mais amplo, que procura repensar as relações sociais, a partir da universalização dos direitos e da radicalização da vida democrática (CARVALHO, 2005).

Neste cenário, as profissionais se percebem como enfermeiras, membros da equipe de saúde da família, que busca articular as ações de promoção da saúde voltadas ao núcleo familiar considerando sua realidade sociocultural.

Na perspectiva de se assumir uma atuação concatenada aos princípios norteadores do modelo de saúde vigente, há notável acordo em torno da idéia de que “um dos requisitos éticos que temos como seres históricos é a busca da coerência”, manter um compromisso de vigilância na articulação dos conhecimentos teóricos com a prática profissional e no cotidiano de vida. Esse compromisso requer que se saiba como se posicionar eticamente ao se lidar com as identidades múltiplas e estratificadas geradas pela história da opressão. Assim, “devemos reexaminar e reavaliar nossas próprias posturas, que podem estar em contradição com aquilo de que dependemos enquanto parte de nossa identidade profissional” (FREIRE, 2001, p.65, 69).

A ideologia neoliberal impõe uma pseudo-crença na fatalidade histórica e preconiza um treinamento técnico-científico dos educadores por negar uma formação integral que vislumbre uma compreensão crítica do papel de cada um no mundo (FREIRE, 2001).

Um professor democrático precisa perceber-se como aprendiz, ante um meio ambiente cultural particular, buscando adotar o caráter e as necessidades sociais e culturais deste, no processo educativo (FREIRE, 2001).

Desse modo, é condição ímpar que se dispa da carapaça da insegurança e medo, de inovar, de fazer diferente, de ousar, de ir além, de fazer um novo caminho com erros e acertos, mas com intenção de “ser melhor” de se permitir alçar vôo em direção ao horizonte de esperança e de descobertas de possibilidades e transformações da realidade.

O caminho a ser trilhado em consonância com esta proposta pauta-se na análise do funcionamento de um Círculo de Cultura, que constitui em seu sentido dinâmico, a força criadora do diálogo, o esclarecimento das consciências mediante a reflexão do homem sobre ele mesmo ou da mulher sobre ela própria, acerca do mundo em que e com que está em contínua inter-relação e sobre sua saúde como produto social. Assim, todos são levados a fortalecer a consciência de que o mundo é seu também, que o trabalho não se restringe a uma obrigação do homem e da mulher, mas uma maneira de amar e ajudar o mundo a ser melhor (FREIRE, 2005b).

CASO 2

Mariana desenvolve Círculo de Cultura com um grupo de idosos de sua comunidade. Neste dia, estava preparada para trabalhar o tema hipertensão em virtude das dúvidas levantadas por eles no último encontro. Ao iniciar o Círculo, entretanto, pergunta como eles passaram esses dias, desde o último encontro. E eles começam a expressar as dificuldades de relacionamento no lar, e o sentimento de tristeza e baixa auto-estima.

Como vocês acham que Mariana deveria proceder como facilitadora/animadora?

...Mariana deveria dar um pouco de atenção aos sentimentos do grupo... (Patativa).

Ela podia conversar com os idosos sobre a relação deles com seus familiares(...)e depois sobre hipertensão... (Sabiá).

...era melhor que Mariana perguntasse aos idosos sobre o que eles prefeririam falar naquele dia(...)ter cuidado para não ficar cansativo...(Andorinha).

...a solidão e o isolamento social incomoda muito os mais velhos...(Arara).

...é um pouco complicado(...) porque a enfermeira pode não estar preparada para aquele tema...(Beija-flor).

...ela devia deixar os idosos poderem falar de seus medos e incômodos(...)ela precisava estimular a troca de experiências...e não trazer as coisas prontas(...)fica chato...(Jandáia).

De início, vale ressaltar que Freire propagava um movimento sincrônico entre o fazer, o pensar e o emocionar-se, apesar de reconhecer a existência e a necessidade de buscar a redução de conflitos entre essas dimensões constitutivas do ser humano (FREIRE, 2005a). Ao considerar a essencialidade do fazer, do pensar e do emocionar-se, é ampliado o entendimento do processo educativo como ação recriada na intenção de articular o interesse e participação do grupo no Círculo de Cultura considerando os temas geradores que emergem dos próprios participantes do grupo.

O grupo não tem que se enquadrar em uma estrutura de ensino rígida e unidirecional, tida como escola bancária, mas, ao contrário, é redimensionado o significado de um educador em saúde estar sensível à apreensão das necessidades e interesses reais do grupo a partir da possibilidade de instrumentalizar-se com as discussões e teorizações sobre a proposta contestadora, a universalidade da opressão de Freire, e aplicá-las a um contexto específico. Então, “preciso ser reinventado e recriado segundo as demandas pedagógicas e políticas da situação específica” (FREIRE, 2001, p.62).

Vasconcelos (2004) ressalta que a carga afetiva desempenha papel essencial na aprendizagem. Para aprender, a pessoa necessita querer, ou, de modo mais específico, sentir necessidade. Consciente desse entendimento, o(a) enfermeiro(a)/animador(a) do Círculo de Cultura percebe-se atenciosa pela escuta e sensível às inquietações e necessidades do grupo como força propulsora da ação educativa. As dificuldades de relacionamento no lar e o sentimento de tristeza e baixa auto-estima vivenciado pelos idosos do grupo são fortes indicativos para delimitação dos temas geradores que norteiam a ação dialógica.

Compete à enfermeira/educadora não se limitar ao mero cumprimento de um planejamento prévio, ainda que tenha tido uma elaboração compartilhada. Ela deve garantir

ao grupo decidir sobre as possibilidades de flexibilização no planejamento da ação educativa, diante de um interesse ou necessidade iminente no grupo, visto que, nos Círculos de Cultura, a atuação da enfermeira como animadora vai ser facilitada pela motivação dos atores sociais envolvidos na discussão de temas geradores que venham fortalecê-los no enfrentamento dos problemas e desafios vivenciados.

CASO 3

Denise está realizando os exames preventivos nas mulheres, quando chega a Sr.^a Firmina, bastante atrasada, para a sua marcação, querendo ser atendida de imediato. Denise pede, porém, que aguarde, pois só faltam três mulheres que chegaram no horário. Dona Firmina fica furiosa e começa gritar dentro da Unidade, dirigindo palavras agressivas a Denise.

Como vocês acham que Denise deveria proceder?

...iria logo atender Firmina passando ela na frente das outras pacientes, para que ela parasse de gritar... (Pardal).

... essa postura reforçava o entendimento de que é preciso fazer escândalo para ser atendida logo... (Sabiá).

... caso ela se recusasse a aguardar sua vez não iria atendê-la na frente não, encaminharia ela a agente de saúde para que remarcasse sua consulta... (Arara).

Ao buscar um subsídio científico para avançar na discussão, merece ser apreciado o entendimento de que se deve relacionar a ética da compreensão entre as pessoas à ética da era planetária, pelo fato de requisitar a mundialização da compreensão. Compreender é também aprender e reaprender incessantemente (MORIN, 2001).

O pensamento/ação de grandeza macro precisa ser disseminado e formado a partir do pensamento/ ação no cotidiano de cada um. E por que não começar por mim e por você? Imbuída desta reflexão como animadora, trouxe ao debate a necessidade de ampliar a percepção naquele momento sobre quem era Firmina. Que situações teriam provocado seu atraso? Que percepção ela apresentava sobre o tipo de acolhimento dispensado pelos profissionais aos usuários naquele serviço? De que forma ela e sua família estavam? E por que ainda não acrescentar ao banco de questionamentos uma reflexão que é apresentada por

Morin (2002): por que estamos receptivos e simpáticos para determinadas pessoas próximas privilegiadas, entretanto, na maioria do tempo, fechados para as demais?

O próprio tempo necessário para a reflexão proposta educa sobre como agir, pois se deixa de apresentar uma atitude impulsiva muitas vezes grosseira, revidando o modo como as pessoas são abordadas, situação que incomoda quando, passada a pressa daquele momento, se percebe que o nosso erro não contribuiu para solucionar a situação, instalando-se o caos, retroalimentando sentimentos negativos e atitudes de violência.

Firmina poderia estar vivenciando uma série de problemas familiares e dificuldades de ordem socioeconômica, resultando em um comportamento que estava refletindo sua necessidade de ser ouvida. Assim, foi pensado na possibilidade de chamar Firmina em uma sala reservada para conversar, levando-a a perceber que havia a compreensão de que alguma coisa estava acontecendo para que ela tivesse aquela atitude. Havia, porém, a necessidade de ser esclarecido que aquela atitude seria pertinente caso os seus direitos estivessem sendo negados, o que não retratava a realidade, pois todas as mulheres agendadas queriam ser atendidas e que a enfermeira tinha o maior prazer em atendê-las. Assim, o diálogo poderia ser a primeira opção para estabelecer boa comunicação entre a Sr.^a Firmina e os profissionais.

Um ambiente tumultuado dificulta a realização de uma assistência agradável e acolhedora comprometida com a satisfação não só dela, Firmina, mas, também, de Maria, Penha, enfim de todas. Cabe, também, convidá-la para participar das reuniões programadas para avaliação dos serviços realizados e sugestões de mudanças a serem apreciadas de modo participativo pelos profissionais do PSF, das lideranças e usuários do serviço, como também da formação e participação de um grupo de mulheres para discussão e troca de experiências de situações que lhes são significativas.

A participação comunitária em processos decisório, no planejamento e na execução das ações de saúde, constitui um princípio fundamental da nova promoção da saúde. A Carta de Ottawa, entre outros documentos de âmbito mundial dessa corrente, enfatizam a necessidade de que as ações de saúde busquem fortalecer a atuação de indivíduos e coletivos, a oferecer condições favoráveis ao exercício de maior controle sobre a saúde e o meio, com a implementação de estratégias que dêem suporte social às comunidades, que estimulem processo de auto-ajuda, que garantam o repasse de informação e que realizem atividades voltadas para a Educação em Saúde (CARVALHO, 2005).

A fim de contribuir para uma ampliação na elaboração dos conhecimentos foi realizada no **momento de leitura** uma apreciação crítica do seguinte texto: “Conversando com um outro tipo de leitor(a): o(a) profissional educador(a)”, do livro de Paulo Freire e Adriano Nogueira intitulado *Que fazer: teoria e prática em educação popular*, das páginas 45 a 53. No texto, os autores despertam no leitor algumas reflexões da prática educativa, ao propor alguns questionamentos, destaque: em minha atividade profissional, o que acontece com os interesses e as características peculiares à cultura popular? Que posso fazer em prol dessas crianças filhas das periferias? Qual a dimensão política do trabalho do professor(a)? Os autores propõem uma reflexão entre a convivência com o rigor do trabalho e a satisfação das atividades. Desperta no educador seu papel social diante das situações de exclusão, assumindo uma atitude de inclusão e de acolhimento diante do outro e de suas necessidades e dificuldades e estabelecendo uma relação de empatia e confiança. O entendimento do papel social da enfermeira/educadora é essencial na aplicação de uma metodologia participativa a ser vivenciada nos três casos apreciados no momento de problematização.

Para tanto, trabalhar com opção pelos marginalizados não é baratear os métodos de trabalho, nem é menosprezar a inteligência humana porque está molhada de pobreza e carência. Cabe despertar nos educadores o aspecto solidário dessa opção, no qual “o ser humano é assumido em seu poder de superar ou romper, a limitação, a pobreza e a carência” (FREIRE; NOGUEIRA, 2002, p.53).

O Círculo aberto a dialogicidade e provocador de inquietações, pela continuada instigação ao desvelamento e consciência crítica das situações, do contexto, da prática profissional, vem causar ebulição nas formas de pensar, renovando-as.

Quando Freire e Nogueira (2002) se propõem a falar diretamente ao(a) educador(a), eles buscam disseminar seus sonhos, utopias e crenças mais profundas de que a nossa história, a história da cidade, a história das famílias da comunidade onde se atua, é compreendida não apenas como deve ser, mas é uma história entendida também como possibilidades dentro do mundo não acabado.

A possibilidade de refletir e buscar ampliação dos conhecimentos na apreciação dos casos apresentados conduziu à elaboração da seguinte **síntese**:

a análise dos casos foi interessante pela aproximação que se estabelecia entre o conteúdo que estava sendo construído a partir do debate dos temas geradores e de situações

peculiares do cotidiano profissional, requerendo uma reflexão crítica de situações-problema e tomada de decisões, buscando a incorporação do novo conhecimento e a abertura para mudanças de comportamento.

É perceptível a necessidade de reconduzir no grupo uma discussão crítica das atitudes propostas diante de cada caso, desvelando a necessidade de como profissionais comprometidos com o processo de emancipação do outro, se tenha a capacidade de compreender os comportamentos e atitudes dos usuários, mesmo quando apresentarem atitudes de agressividades, medos e carências.

O profissional de saúde/educador necessita perceber-se como sujeito crítico e político em sua ação de Educação em Saúde, desvencilhando-se de uma atitude reprodutora e dominadora para uma postura promotora de autonomia e transformação. Para tanto, é ímpar o profissional conhecer-se para possibilitar perceber o usuário em sua complexidade como ser humano com direitos e possibilidades a serem conquistadas; sair da redoma da pobreza política que aprisiona a mente fragilizada pelo poder centralizador do conhecimento intelectual, não se permitindo alçar vôos em um horizonte de saberes, cultura, crenças e religiões, e contextos, o que torna obsoleta uma ação de educador desagregada de uma ação também de educando na construção coletiva de novo conhecimento. O conhecimento a ser visionado deve apresentar propostas e possibilidades de uma ação emancipadora no exercício de sua cidadania.

O envolvimento gerado pela inter-relação dos sujeitos da ação de Educação em Saúde rompe com neutralidade e a rotinização da prática profissional, provocando a exacerbação de sentimentos de encantamento e satisfação em contribuir com o processo de inquietações, descobertas e crescimento do outro. Assim, o usuário, sua família e os grupos serão contaminados pelo prazer de sentirem-se seres com sonhos, seres de esperança, seres com possibilidades de conquistas.

A aplicação dos Círculos de Cultura requerem do profissional de saúde, e mais especificamente das enfermeiras sujeitos do estudo, o conhecimento dos princípios que norteiam sua aplicação no cenário do PSF, sensibilizadas pela vivência prática dos seus fundamentos teóricos, de modo a manter uma constante auto-vigilância no exercício de uma ação educativa integral e coerente.

Os Círculos se constituem pela formação de um grupo de trabalho e debate da linguagem no contexto de uma prática social livre e crítica (FREIRE, 2005b) comprometida com uma mobilização no acesso às questões de saúde e nas potencialidades necessárias para articular uma ação de transformação desta realidade.

O momento de avaliação concorreu para o registro e apreciação de algumas falas:

...são muitas informações, muitas inquietações... (Beija-flor).

...a gente tem muitas atitudes a serem transformadas... (Arara).

...é a mudança começa em cada uma de nós... (Jandaia).

Esse Círculo veio responder muitas inquietações minhas na busca de perceber com que perspectivas eram visto situações já referidas pelas próprias enfermeiras no decorrer dos Círculos anteriores, por compreender ser este um modo mais preciso de avaliar o processo como um todo e rever minha condução como pesquisadora/animadora nos Círculos de Cultura.

Descrição do 7º Círculo de Cultura

Inicialmente, foi vivenciada, no **momento de sensibilização**, uma técnica de expressão corporal, na qual as participantes do Círculo foram orientadas a se dividirem em três grupos menores e assumirem o desafio de, em tempo curto, planejar uma apresentação teatral de pouca duração para ser encenada, sem nenhuma determinação prévia, cabendo a dupla fazer sua criação de modo livre.

Foi interessante perceber que as três apresentações tiveram em foco a mulher. Meus senhores e minhas senhoras, na primeira apresentação, tiveram presença em palco duas artistas que cantaram e dançaram um trecho da música de Rita Lee e Roberto de Carvalho *Cor de rosa choque*, dando um enfoque de desabafo, e de liberdade, ao expressarem através da música e da dança, seus sentimentos, desejos, sonhos e luta pelo respeito e direitos da população feminina e por um mundo mais justo.

Dando continuidade à encenação, o segundo grupo, dentre os apetrechos disponibilizados para serem utilizados, caracterizou-se em duas personagens antagônicas. Uma representava um ser angelical, convidava e mobilizava as mulheres para participarem de

um Círculo de Cultura a ser formado na comunidade, com a participação dos profissionais de saúde, enquanto a “diaba”, em movimentação dinâmica e inquieta no palco, tenta atrapalhar a mobilização das mulheres, alegando que o lugar delas é em casa, esperando o marido chegar, inculcando a noção de que não cabe à mulher refletir e discutir assuntos de seu interesse. Ao final da apresentação, a “diaba” foi vaiada pela platéia, que repudiou as idéias de alienação e subserviência preconcebidas para a mulher.

Na abertura das cortinas fictícia, o terceiro grupo encenou um círculo de cultura com mulheres da comunidade cujo tema focalizado era o conhecimento do próprio corpo. Uma mulher com idade de 40 anos afirmava não se olhar nem tocar, pois havia sido criada para cuidar do marido, dos filhos, da casa e cozinhar. Relatou que em sua infância não tinha tempo para brincar, realizava os afazeres domésticos, enquanto os irmãos podiam brincar e se divertir.

As situações propostas pelos grupos possibilitaram a problematização da discriminação imposta à mulher com a propagação no seio da sociedade de uma atitude de sua submissão e obediência da mulher em relação ao homem. A dominação das mulheres é reafirmada pelas próprias mulheres, ao reproduzir as mesmas atitudes na criação de seus filhos e filhas. As reflexões fortaleceram as inquietações das enfermeiras participantes do estudo, que se demonstraram sensibilizadas e comprometidas com as lutas contra a discriminação e as situações de violência doméstica que vitima as mulheres.

Após o fechamento das cortinas, a discussão da técnica culminou no entendimento de que o planejamento faz parte do cotidiano de cada qual e de sua importância para que as enfermeiras pudessem, mesmo dentro do pouco tempo permitido, executar uma ação que atingisse seus propósitos. A partir das reflexões propostas no centro das discussões que possibilitava novas visões sobre planejamento, fiz o seguinte questionamento, no **momento de expressão**: como planejar um Círculo de Cultura?

As participantes foram estimuladas a se expressarem, desenhando uma figura que representasse o sentimento aflorado pelo Círculo de Cultura vivenciado, explicando seu significado, ou mesmo mediante a palavra ou expressões. O que foi produzido pelas enfermeiras subsidiou a elaboração de um cartaz que ficou assim (FOTOGRAFIA-9).



FOTOGRAFIA – 9 Cartaz sobre como planejar Círculos de Cultura, elaborado pelas participantes do estudo no 7º Círculo de Cultura.

O cartaz foi assim decodificado, por suas falas (FOTOGRAFIA-9):

Lembrei-me logo de uma árvore frondosa e carregada de bons frutos.... (Sabiá).

... essas pessoas estão de mãos dadas porque me marcou neste círculo a palavra integração, demonstrando a necessidade de união, compromisso e envolvimento das pessoas para transformar a realidade... (Curió).

...tive dificuldade em expressar com desenho, por isso escrevi uma idéia que foi fortalecida em mim(...) a medida do saber é crescente e contínua.... (Pardal).

desenhei um rosto de semblante sério e pensativo com muitas inquietações, idéias e ao mesmo tempo muitos questionamentos, que vão e vem, é que o espaço do papel não permitiu que eu expressasse tudo... (Andorinha).

Desenhei um rosto feminino que simboliza meu sentimento e como eu desejo que seja o rosto das mulheres da comunidade, feliz, alegre, de bem com a vida... (Patativa).

...desenhei algumas pessoas em círculo que chamei de ciranda de troca... (Beija-flor).

... desenhei quatro figuras, uma mulher sorrindo para representar minha sensação de descontração, um pássaro voando simbolizando a paz, um coração flechado lembrando o sentimento de amor e um longo rio significando o caminho... (Bem-te-vi).

A produção do grupo em relação ao planejamento do Círculo de Cultura teve como expressão coletiva apreendida a partir de suas falas as seguintes categorias de palavras: compromisso, união, envolvimento, inquietação, alegria e desejo contínuo de aprender. Estas palavras são reveladas na compreensão de planejar uma educação como espaço da produção, da alegria, da co-responsabilidade, do fortalecimento individual e coletivo, da auto-estima, enfim, da promoção do desenvolvimento humano.

As falas retratam o crescimento crítico e reflexivo gerado ao longo da construção do novo conhecimento. É evidenciado o fato de que os conteúdos e a metodologia que estruturou os Círculos de Cultura provocaram uma inquietação, uma ressignificação do saber, pensar e agir em Educação em Saúde, mesmo porque nenhum conhecimento é apresentado como acabado, e verdadeiro, mas como fundamentações, que necessitam ser contextualizadas e submetidas a uma rigorosa apreciação crítica, possibilitando ao indivíduo e ao grupo estabelecer uma avaliação e, conseqüentemente, uma atitude favorável ou não ao conhecimento acessado.

Para tanto, é considerado valorativo um conhecimento capaz de provocar o desejo de mudar e crença nas possibilidades dessa mudança na realidade de saúde da população adstrita. O conhecimento prático-teórico-prático envolvendo Círculo de Cultura é consolidado pela vivência de um espaço dialógico, de valorização do saber popular, da necessidade de participação dos indivíduos, como sujeitos do processo educativo, estimulando-os a identificar os problemas geradores das situações de saúde da população, como também a delinear propostas para solucioná-los.

Neste momento, vale retomar o levantamento realizado a partir dos diálogos prévios com as enfermeiras, como etapa da investigação temática e retroalimentado durante o desenvolvimento dos Círculos, quando foram identificados, como limitações para desenvolver Educação Popular em Saúde, a ausência de planejamento e o distanciamento nas relações com os líderes comunitários. As informações apreendidas subsidiaram, para o **momento de leitura**, a seleção de um texto fotocopiado, elaborado por docentes da Escola de Educação Física da

Universidade de Pernambuco (GALVÃO *et al*, 200?), intitulado Planejamento Participativo. A opção por este material baseou-se na necessidade de construção de um conhecimento entrelaçado e fortalecido pela consistência de seus princípios teórico-práticos. Portanto, a etapa de planejamento dos Círculos de Cultura deve estar alicerçada no compromisso com a participação dos sujeitos envolvidos, usuários, lideranças da comunidade, profissionais de saúde.

Após a leitura e as discussões, delineei como síntese do conhecimento construído o fato de que, dentre as diferenças entre planejamento participativo e normativo, o grupo destacou que este último é desenvolvido por minorias. No planejamento participativo, há necessidade de mobilização e envolvimento de todos os atores sociais envolvidos, enfatizando a participação das famílias e de suas lideranças, como também a importância crescente da apreensão da realidade para estabelecimento dos diagnósticos e suas prioridades para desenvolvimento das etapas de planejamento, implementação e avaliação das atividades educativas.

Na etapa da **síntese**, foram feitas considerações que identificaram atitudes mais flexíveis, planejamento de Círculos a partir da articulação entre os saberes populares e científicos, da valorização das necessidades e interesses da comunidade, compreendendo o indivíduo de modo integral, como também, restou expressa a necessidade de integrar seus familiares, estabelecendo ações que desencadeiam um processo de inclusão social.

Ao final do Círculo, solicitei às participantes para irem amadurecendo suas idéias, para constituir pauta nas discussões da reunião semanal de cada unidade, onde participam todos os membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família e as lideranças com representação da comunidade. A mobilização constitui estratégia essencial para o fortalecimento e a ampliação das possibilidades de efetivação da aplicação de Círculos de Cultura nas ações de Educação em Saúde.

No momento de **avaliação**, foi retomada a importância da articulação entre os saberes e a perspectiva de uma aplicação de ações de Educação em Saúde na perspectiva da Educação Popular na vivência do PSF. A construção do conhecimento constituiu um desafio na promoção de espaços de interação com as famílias e seus representantes, como pode ser apreciado nas falas a seguir.

Os conhecimentos elaborados provocam inquietação em relação a situações de relacionamento com as famílias e suas lideranças até então consideradas incômodas... (Beija-flor).

Estou estimulada para estabelecer uma relação de parceria com as famílias e as lideranças... (Patativa).

...percebo que a participação da comunidade garante uma proximidade que ultrapassa o sentido de área adstrita... (Andorinha).

Ao compartilhar sonhos e perspectivas, destaco a sensibilidade de Boff (2003a), ao acentuar que este caminhar aponta para a possibilidade de renovações e transformações na direção de confiantes e esperançosos, se manter aceso o desejo de um Brasil que, inserido num mundo globalizado, supere as diversidades étnicas, culturais e religiosas rumo a uma justiça mínima para todos, propagando um cuidado essencial com a vida e o Planeta, o único que se tem para habitar, impregnado pelo sentimento de solidariedade, de sinergia, de “fraternura” e amor.

Descrição do 8º Círculo de Cultura

No encontro do oitavo Círculo de Cultura para a **sensibilização** inicial, foi realizada uma técnica de animação com a realização voluntária de exercícios de alongamentos para identificar e minimizar áreas de tensão muscular, de forma que o grupo pudesse sentir-se à vontade.

Com base no objetivo que fundamentou a realização dos Círculos, no **momento de expressão**, mobilizei as participantes do estudo para responder ao seguinte questionamento: qual a proposta de Educação em Saúde do grupo que possibilita articular um desempenho das enfermeiras do PSF para uma práxis de educação em saúde reflexiva e crítica?

Assim, cada enfermeira teve a oportunidade de apresentar sua proposta de ação por meio de um planejamento de Círculo de Cultura.

Andorinha expressou seu desejo de trabalhar com grupo de mulheres, colocando-se aberta a consultá-las e ouvi-las em seus interesses e prioridades quanto aos temas a serem discutidos. No seu planejamento, propôs a realização de técnicas de apresentação e

descontração do grupo. No conteúdo, considerou a possibilidade da discussão sobre sexualidade, questões de gênero, educação dos filhos, entre outras, partindo de uma visão integral da mulher e não apenas dos aspectos biológicos com enfoque na doença. No objetivo apresentado, expôs a intenção de estimular a participação e expressão das mulheres, contribuindo assim para sua auto-estima, troca de experiências e busca de enfrentamentos, tanto para as necessidades pessoais, como para as da comunidade. Destacou, ainda, a necessidade de consultar e ouvir a opinião das mulheres na avaliação da experiência educativa vivenciada, conforme pode ser apreciado na citação de alguns trechos de sua fala.

Minha proposta busca promover a participação de mulheres em todas as etapas da atividade educativa... na descoberta dos seus anseios(...) expressando como gostariam que o grupo fosse conduzido...

...o objetivo é estimular o grupo a buscar conhecer mais sobre corpo, sexualidade, questões de gênero, sentimentos(...) temas envolvendo a saúde da mulher...

Eu queria realizar uma dinâmica em que as mulheres, com argila ou massa de modelar, pudessem elaborar representações do corpo e aparelho reprodutor da mulher. E aí para ter idéia do conhecimento popular dessas mulheres...

Curió sentiu-se motivada a trabalhar um grupo com enfoque na saúde mental, por estar sensibilizada pela demanda bastante significativa de clientes/usuários dependentes de medicação controlada (ansiolíticos), além dos que são portadores de desordens mentais, como evidencia na fala.

Desejo formar um grupo com atenção à saúde mental, pois percebo uma demanda muito grande de pessoas da comunidade com distúrbios mentais, como também de dependentes de benzodiazepínicos...

Salientou que já estabeleceu algumas parcerias com a assistente social do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e com a presidente do Comitê dos Neuróticos Anônimos, que reside no bairro. Expressou o interesse em construir um espaço de expressão e reflexão de suas necessidades e modos de estar na família, na comunidade, na sociedade, como também de desenvolvimento criativo das habilidades manuais e intelectuais do grupo.

Nakamura (1996) apud Carneiro Jr. e Silveira (2003) acentua que as desigualdades socioeconômicas, a incompatibilidade entre os anseios e as possibilidades reais para satisfazê-

los, além de influenciar as situações experienciadas de adoecer, são também responsáveis pelas condições de estresse e problemas de saúde mental.

Durante a apresentação da proposta, Curió expressou o fato de que a presidente do Comitê dos Neuróticos Anônimos havia se proposto a participar como colaboradora, mas que a assistente social havia chamado sua atenção para a necessidade de que ela se percebesse como paciente participante do grupo. Neste momento, senti a necessidade de intervir, reafirmando que no Círculo de Cultura todos são participantes e, como tal, devem ser percebidos como sujeitos autônomos com potencialidades e jamais como submissos, inferiores ou incapazes. Cabe a animadora propiciar o espaço do diálogo e da escuta com a participação espontânea de todos, respeitando as individualidades e possibilitando a troca das experiências, de modo que a animadora ensina e aprende com o grupo.

Ainda, foi sugerido pelo grupo que os participantes fossem consultados para nomear o grupo que estava se formando com uma identidade própria que não se limitasse ao enfoque da doença ou do estigma dos distúrbios mentais.

Sabiá apresentou sua proposta de formação de Círculo de Cultura com adolescentes.

...eu e as atores comunitárias de saúde estamos trabalhando com um grupo de adolescentes em encontros quinzenais nas quartas-feiras à tarde na Associação de Moradores...

...os conhecimentos com os Círculos de Cultura estou utilizando com os adolescentes...

...estou realizando dinâmicas e atividades de criação e demonstração com a participação dos jovens, valorizando suas falas e garantindo um espaço de escuta e respeito na construção do conhecimento...

Ela ressaltou que, dentre os temas solicitados, eles demonstraram muito interesse em saber sobre métodos contraceptivos, pela precocidade com que iniciam suas atividades sexuais.

Patativa sempre conversava sobre sua preocupação com as gestantes de sua comunidade.

...identifiquei muitos casos de gravidez na adolescência, além de casos de gravidez de alto risco, o que muito me preocupa pela necessidade de estabelecer um encaminhamento seguro...

...percebi que em muitos casos algumas das gestantes que encaminhava ainda continuavam mantendo seu acompanhamento comigo pelo estabelecimento de uma relação de confiança...

Assim, ao planejar seu Círculo de Cultura, escolheu o grupo de gestantes, a ser realizado na capela do bairro, visto que a Unidade Básica de Saúde fica um pouco distante e em área mais elevada. Ela destacou o planejamento familiar e o aleitamento como temas de interesse do grupo. Neste sentido, ressaltou a apreciação do tema como descoberta de possibilidades, de caminhos, respeitando as escolhas, sem impor uma conduta preestabelecida, de modo verticalizada.

Bem-te-vi, a exemplo de Patativa, também apresentou uma proposta para formar grupo com gestantes. Identificando a dificuldade de espaço físico na própria unidade onde atuam três equipes, articulou a possibilidade de utilizar a estrutura física da Associação dos Moradores, mesmo reconhecendo não possuir as condições mais adequadas.

...junto com as atores comunitárias de saúde (ACS) que desejarem participar, iremos inicialmente trabalhar com um grupo de gestantes...

...iremos consultar as gestantes sobre os temas de seu interesse(...) entretanto desde já tenho convicção que a temática o aleitamento materno será abordada com uma “nova” proposta metodológica não como um conhecimento pronto a ser incutido ao grupo, mas através de um diálogo aberto às inquietações e possibilidades de estabelecer uma relação mãe-filho o mais saudável possível...

Com vistas a subsidiar o acesso a um saber científico contextualizado com o saber peculiar às participantes dos Círculos, foi vivenciado um **momento de leitura** crítica e reflexiva sobre um texto fotocopiado, intitulado, *Sistematização*, de Elza Falkembach (Unijuí – RS, 1991). O texto foi selecionado por exibir um conteúdo objetivo e de linguagem clara, apresentando inclusive ilustrações que aproximam o conteúdo trabalhado com situações do cotidiano, além de constituir um material bastante atualizado, apesar do ano de publicação.

Para Falkembach (1991), a sistematização é um processo coletivo de produção do conhecimento que acontece a partir de práticas sociais concretas. E destaca que, mesmo que

os atores da prática de Educação em Saúde tenham diferentes visões de mundo, a partir do respeito a essa diversidade, é possível dialogar, expor pensamentos e aproximar as visões e chegar a pontos comuns no entendimento e encaminhamento das práticas desenvolvidas, tendo como produção resultante uma unidade sem uniformizar.

No **momento de síntese** com a contribuição da leitura do texto o grupo apresentou a sistematização uma proposta de (re)construção das ações de Educação em Saúde por intermédio dos Círculos de Cultura, pelas enfermeiras do PSF participantes do estudo.

- 1 Os profissionais necessitam estar sensibilizados quanto à importância do trabalho com grupos.
- 2 Os profissionais necessitam vivenciar a abordagem de ensino que fundamenta uma abordagem participativa e libertária para melhor apreensão dos limites e possibilidades de sua aplicação no cenário da Educação em Saúde.
- 3 A abordagem tradicional de ensino encontra-se muito enraizada ao longo da formação dos profissionais de saúde, conduzindo a uma automação na sua reprodução nas práticas educativas em saúde, conduzindo a oferta de receitas e imposições de condutas de saúde desarticuladas das expectativas e interesses da comunidade.
- 4 O Círculo de Cultura facilitou tanto a sensibilização do profissional como também novas perspectivas sobre as ações de Educação em Saúde.
- 5 A proposta da realização de Círculos de Cultura passa pela conquista de espaços de escuta, diálogo, participação de todos, troca de experiências, valorização do saber popular, desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, contextualização do conteúdo, respeito à autonomia dos sujeitos históricos, possibilidades de caminhos e de transformação da realidade.
- 6 A proposta da realização de Círculos de Cultura requer que o profissional de saúde atue não como professor, “dono do saber”, mas como animador (a), que acredita nas potencialidades do grupo, que não se limita a ensinar, mas também tem interesse de aprender com o grupo, que é capaz de se encantar com as conquistas, avanços e descobertas do grupo. É essencial o

autoconhecimento, para identificar suas, limitações, valores e preconceitos, para coibir uma atuação de inclusão, descobertas, respeito às diferenças, aprendizagem, humanização, socialização, superação, de possibilidades.

- 7 É necessário que, ao iniciar o trabalho educativo, cada profissional tenha a liberdade de identificar qual grupo lhe desperta o interesse, seja pelas suas necessidades, seja por sua proximidade, que lhe traga um significado especial para contribuir no desenvolvimento da experiência de Educação em Saúde numa proposta renovada e criativa.
- 8 É essencial o apoio continuado da equipe central, estando abertos e próximos para facilitar as ações de Educação em Saúde fortalecendo parcerias, disponibilizando material educativo, recursos materiais mínimos, como papel-ofício, lápis-piloto, papel-madeira, lápis-cera, material para modelagem manual.
- 9 Há necessidade do entendimento compartilhado entre equipe de base e equipe central sobre a necessidade de fortalecimento de trabalhos continuados de Educação em Saúde que considerem os indivíduos em sua integralidade e não apenas orientações fragmentadas definidas de modo verticalizado, em que onde profissionais e comunidade passam a ser objeto do processo, conduzindo à alienação e não à conscientização popular.
- 10 Valorizar as atividades de recreação e socialização dos grupos como estratégia de promoção de auto-estima, aprendizado no estabelecimento de relações sociais, possibilidades de lazer, valorizar atividades culturais e talentos do grupo, oportunidade de compartilhar momentos de descontração e alegria essenciais na promoção da saúde.
- 11 A proposta da realização de Círculos de Cultura requer a participação do grupo, desde a etapa de planejamento, alicerçando o desenvolvimento dos Círculos, como também, na sua avaliação, evidenciando um compromisso mútuo dos profissionais de saúde e do grupo em buscar fortalecer o atendimento das expectativas e necessidades do grupo. Para tanto, o profissional necessita receber as críticas como elemento essencial na pactuação do contínuo crescimento do grupo.

- 12 A proposta da realização de Círculos de Cultura requer dos membros da comunidade uma participação ativa como sujeitos com autonomia para conduzirem sua trajetória histórica, alicerçados no processo de conquista de sua cidadania.
- 13 A proposta da realização de Círculos de Cultura, como abordagem fundamental na prática da Educação em Saúde, vem despertar nos profissionais de saúde uma atitude de inquietação e dinamismo ante as questões de saúde que tanto afligem as comunidades de baixo poder aquisitivo.
- 14 A proposta da realização de Círculos de Cultura fundamenta uma relação de cumplicidade entre os profissionais de saúde e os grupos comunitários com o entendimento de saúde como produto das reais condições sociais e do compromisso com as ações de promoção da saúde.

Em seguida, solicitei às participantes que exprimissem a **auto-avaliação** da vivência dos Círculos, sendo exposto como depoimentos:

...eu vou sentir falta. Foi gratificante. Tivemos outros cursos com outros nomes, educação popular, educação em saúde (...) até na especialização, entretanto não foi vivenciado desse modo, com esse eu aprendi bastante. Se esse tivesse sido um módulo da minha especialização, ela já teria valido a pena (Andorinha).

... a metodologia foi completamente diferente contribuindo para que com a vivencia dos Círculos de Cultura eu compreendesse melhor seus princípios e sua aplicação(...) os conhecimentos foram trabalhados em dose homeopática nos sensibilizando sobre a importância de uma atuação reflexiva em educação em saúde...(Curió).

...antes nos foi imposto para trabalhar com grupo, mas a gente nem sabia como era... (Andorinha).

Já tinha participado de outros cursos para atuarmos em educação popular, inclusive na especialização, porém a experiência desse foi totalmente diferente...(Bem-te-vi).

Foi importante você está sensibilizando e não forçando... (Patativa).

Achei proveitoso estava começando a trabalhar com adolescentes. Eu tinha grande dificuldade, pois utilizava uma abordagem tradicional. Eles ficavam inquietos, desinteressados. Agora eles participam, discutem, elaboram cartazes, estão motivados (Sabiá).

Quando a prática educativa surge de uma educação transformadora, fundamentada no diálogo e no exercício da consciência crítica, então, as mudanças aparecem como resultado de uma realidade em que as pessoas envolvidas no processo retornam participativas, a conscientização passa a ter sentido de auto-avaliação, crítica e reflexiva de sua prática de Educação em Saúde (MONTEIRO *et al*, 2005).

5.2 Sinopse do capítulo

O Círculo constituiu um espaço de encontro e descoberta do outro como sujeito, com aspirações, sentimentos e vivências que precisam ser desveladas a partir do diálogo no grupo, da participação nas discussões, da troca de conhecimentos e experiências. A organização das participantes em formato de círculo, mantendo uma dialogicidade no processo de construção de um saber coletivo, compartilhado e contextualizado, conduziu as enfermeiras a uma viagem interior, no encontro do pessoal, do formal, do informal. O movimento de busca interior promoveu crescimento, pois possibilitou descortinar a superação de limitações e dificuldades pessoais identificadas, que condicionam o indivíduo a situações de submissão e acomodação diante de sua história de vida e de passividade ante os processos de exclusão em que os usuários e as famílias da comunidade em que atuam estão expostos.

A utilização dos textos propiciou uma reflexão crítica do papel das enfermeiras como educadoras e da necessidade de considerar a realidade socioeconômica das famílias da comunidade e as possibilidades de intervir nesta realidade, assumindo esses como profissionais sujeitos de sua história. As colocações e discussões foram propostas como fruto de inquietações minhas e das participantes do estudo, com perspectivas de avanços, mudanças e priorização de desafios a serem enfrentados.

Necessitei, como animadora do Círculo de Cultura, estabelecer um compromisso de coerência no pensamento e na ação, exercendo uma escuta ativa, estimulando a participação de todas as componentes do grupo, problematizando e desafiando as enfermeiras às reflexões críticas dos conteúdos trabalhados. Senti um pouco de insegurança diante de uma

vivência inovadora e pelo desejo de permitir-me trilhar por caminho de utopia e esperança, como nordestina que sou. Encontro significado para este pensamento na reflexão de que, apesar de todas as adversidades históricas, malgrado de ter sido considerado, jeca-tatu, João-ninguém, carvão para a engrenagem produtiva, o povo brasileiro nunca deixou de ter autoestima e encantamento pelo mundo (BOFF, 2003a).

O lúdico foi trabalhado no Círculo como expressão dos seres humanos, resultando numa magnitude de informações e conhecimentos da realidade das famílias residentes na área adstrita sob a responsabilidade das profissionais participantes do estudo. Foi possível evidenciar que as enfermeiras possuem uma coerente apropriação do contexto das famílias, à medida que foi constituído e desconstituído o quadro panorâmico daquela realidade, pela discussão que visou a aprofundar o entendimento das causas e fatores que concorrem para sua ocorrência. É apresentada, assim, uma série de desafios ao(a) enfermeiro(a) e à equipe de saúde, que provocam um sentimento de inquietação e de mobilização social no sentido de buscar respostas e possibilidades de ação concreta no cenário da promoção da saúde.

A vivência do Círculo ainda veio articular a pluralidade de conhecimentos como elemento norteador do conhecimento inovador como campo fértil ao afloramento de processos sociais de luta contra as desigualdades econômico-sociais e contra as exclusões histórico-culturais mediante ações educativas comprometidas com a emancipação dos sujeitos. A dimensão cultural presente nos contextos dos saberes fomenta a ação educativa cristalizada na participação dos sujeitos envolvidos na construção do novo conhecimento.

A aplicação do Círculo de Cultura como abordagem teórico-metodológica asseverou a participação e o estímulo à reflexão crítica das enfermeiras na construção do conhecimento, pois ao revisitar sua prática profissional, foi questionado o modo como lhes foram apresentado conteúdo sobre educação popular, educação em saúde, em momento anterior a este estudo, como também, foi percebido incoerências, na relação teoria-prática e, na imposição de ações arraigadas ao modelo curativo e biomédico.

O exercício da consciência política é indispensável ao processo de “empowerment” do profissional de saúde no exercício de sua competência sociopolítica. Assim, ele desagrega um modo de pensar e agir compartimentalizado por normas e regras sendo conduzido como massa de manobra para a defesa e interesses outros e suprime uma autonomia integral da(o) enfermeira(o) diante das diversidades e desafios presentes na realidade brasileira marcada pelas situações de pobreza.

À medida que os Círculos foram se processando, notei que os desafios foram aumentando de modo diretamente proporcional ao processo de emancipação dos sujeitos envolvidos, a partir de sua participação na arena das discussões das práticas de Educação em Saúde. Os Círculos foram alicerçados no exercício da criticidade e da consciência política do papel da enfermeira/educadora e da intencionalidade da ação educativa como processo de libertação.

Os conteúdos trabalhados a partir da articulação teoria-ação instigou nas enfermeiras participantes do estudo o interesse em saber como poderiam elas caminhar na aplicação de Círculos de Cultura com grupos pertencentes ao território sob sua responsabilidade; em movimento contrário, a formação de grupos pré-estabelecidos pelo nível central, com ênfase na ação educativa para controle da doença, e a negação do(a) enfermeiro(a) como sujeito crítico e reflexivo da ação educativa.

Diante de uma intensa elaboração intelectual pela troca e construção coletiva de saberes em um movimento dinâmico de articulação com a realidade do contexto em que o PSF está inserido, as enfermeiras a partir da análise dos casos, foram instigadas a aprofundar uma reflexão crítica de sua prática como profissionais educadoras em saúde, comprometidas com o exercício pleno de sua competência social e política, nas relações com o usuário, com as famílias, as lideranças e os grupos.

O ato de conhecer representa um caminho privilegiado para compreensão da realidade. O conhecimento sozinho é incapaz de mudar a realidade e para haver transformação da realidade, é preciso o conhecimento ser convertido em ação. Esse movimento dialético entre a convenção do conhecimento em ação transformadora e a convenção da ação transformadora em conhecimento é entendido por práxis. A práxis muda não só a realidade, mas muda também o sujeito. Assim, a práxis constitui a trajetória de todos na construção da consciência humana e universal (BOFF, 2003a).

A partir das inquietações, foram gestadas as propostas apresentadas. O universo subjetivo é renovado nas vivências do real; entre desejos e aspirações, o ser humano percebe-se em um cenário que exige sua atitude diante dos fatos, deixando de ser mero expectador do espetáculo para se assumir como protagonista de sua história de vida.

Percebi, nos momentos de conversa nos Círculos de Cultura, a transformação de mulheres fortalecidas por suas conquistas de aprendizado no aprendizado daqueles tão

próximos, mas que precisam perceber-se acolhidos e participativos no exercício de sua cidadania em espaços que lhes sejam significativos. A Educação em Saúde, assim, vem renovar os seres em evolução, caminhantes e perseverantes.

Foi surpreendente vivenciar a aplicação de um método capaz de produzir um fluxo tão intenso de conhecimentos críticos, reflexivos, mobilizadores e dinamizadores de renovações na prática da Educação em Saúde. À medida que os Círculos avançavam, aumentava significativamente a produção do conhecimento coletivo do grupo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“... aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito” (FREIRE, 2005a, p. 69).

O desenvolvimento deste estudo possibilitou-me construir um novo conhecimento, a partir da própria realidade, por gerar um cenário onde pesquisadora e pesquisadas são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas diferentes, ensejando o acesso a conhecimentos científicos restritos a uma minoria da população, ao dialogar acerca dos pensamentos freireanos e da sua aplicabilidade no cenário da Educação em Saúde.

Para tanto, foi estabelecida como alicerce a educação declamada e poetizada na fala de Freire, de educação do agora e do amanhã; educação que propõe uma reflexão permanente da prática, perguntando, refazendo, indagando; educação que não é submissa nem opressora, que provoca os(as) educandos(as) a se constituírem sujeitos de sua história de vida, com o conhecimento crítico do real e com a alegria de viver (FREIRE, 2001).

Este estudo se propôs a descrever a experiência participativa aplicada com a realização de Círculos de Cultura com enfermeiras de PSF como estratégia para potencializar a atuação delas nas ações de Educação em Saúde reflexiva e crítica. Foram realizados oito Círculos de Cultura, que se constituíram das seguintes etapas: conhecimento do universo vocabular das enfermeiras; dinâmica de sensibilização/descontração; problematização; fundamentação teórica; reflexão teórico-prática; construção coletiva das respostas; síntese do que foi vivenciado; e avaliação. Nos encaminhamentos estratégicos utilizados na aplicação do Círculo de Cultura, verifiquei que:

- a identificação dos conhecimentos prévios, das expectativas e das vivências das enfermeiras nas ações de Educação em Saúde estabeleceu maior proximidade entre mim e as enfermeiras e minha maior apropriação como animadora/pesquisadora na condução dos Círculos de Cultura que atendessem aos interesses e necessidades do grupo nas ações de Educação em Saúde.
- As técnicas de sensibilização despertaram sentimentos e emoções, propiciando um envolvimento integral da enfermeira como sujeito na construção do conhecimento.

- O Círculo como espaço dialógico e participativo situou as enfermeiras como protagonistas no palco das discussões e desencadeou uma interlocução dos saberes de cada participante, a partir de suas experiências, sua cultura, sua religião e crenças, seu modo de ver e se relacionar no mundo, seus desejos e metas a serem alcançados.
- O fato de as discussões no grupo iniciarem-se compartilhando sentimentos e vivências que inquietavam as participantes no contexto de sua vida pessoal e profissional possibilitou o estabelecimento de vínculos na realidade social de todas.
- A apreciação de questionamentos e situações-problemas levou o grupo a trabalhar na construção de um conhecimento contextualizado para uma prática transformadora das ações de Educação em Saúde.
- O uso do lúdico com a produção de criações artísticas pelos sujeitos do estudo permitiu ampliar e aprofundar a dimensão dos significados na apreensão dos dados que constituíram o estudo.
- A elaboração dos cartazes propiciou o registro e a visualização de palavras, idéias e pensamentos, considerados relevantes apreendidos das discussões que alimentaram os Círculos de Cultura.
- A apreciação crítica de um texto em momento posterior ao desvelamento dos saberes próprios das participantes do estudo estabeleceu uma ação articulada teoria-prática, teorizando a realidade e revisitando a teoria.
- O processo avaliativo levou as participantes envolvidas a uma continuada apreciação das vivências/conhecimentos gerados, evidenciando ainda limitações e possibilidades que reorientaram a condução dos Círculos subsequentes.
- O movimento de sínteses constituiu uma estratégia de extração dos elementos essenciais propostos em cada Círculo, delineando um todo articulado e fomentador da dimensão política e social das enfermeiras como educadoras em saúde.

Os Círculos constituíram a aplicação dos pressupostos freireanos, como: participação, diálogo, consciência crítica, acesso a conteúdos articulados à realidade, o conhecimento como instrumento de possibilidades e de liberdade, valorização do saber popular, autonomia para realizar suas escolhas e caminhos; como fundamentos mobilizadores de uma complexa estratégia de “empowerment”.

A apreensão do material produzido pelas participantes do estudo, no decorrer da realização dos Círculos de Cultura, requereu a utilização de técnicas distintas, o que contribuiu na apresentação e discussão dos resultados. A conjugação do papel de animadora/pesquisadora solicitou uma estrutura de apoio articulada à captação dos dados.

A análise e interpretação privilegiaram a discussão em torno dos dados consoante a seqüência dos Círculos de Culturas realizados, de onde decorreu a interpretação, pelo grupo, do significado da experiência e por mim em diálogo com a literatura.

Os Círculos de Cultura, como metodologia participativa e método teórico-metodológico de investigação, foi fundamental por despertar nos profissionais de saúde uma atitude de inquietação e dinamismo ante as questões de saúde que tanto afligem as famílias das comunidades onde atuam, de modo a propiciar uma relação de cumplicidade entre mim e as enfermeiras, reforçando em todas o entendimento de saúde como produto das reais condições sociais e do enfrentamento dos desafios na busca de fortalecimento e efetividade de ações no cenário da promoção da saúde, como uma conquista de cidadania.

A experiência no método do Círculo de Cultura auxiliou as enfermeiras na sistematização de uma proposta coletiva de (re)construção das ações de Educação em Saúde, que articulou as competências necessárias ao(a) enfermeiro(a) de PSF para uma prática educativa reflexiva e crítica. Das proposições apresentadas, destaco:

Os(as) profissionais precisam ser sensibilizados quanto à importância do trabalho com grupos.

Os(as) profissionais precisam vivenciar a abordagem de ensino que fundamentam uma prática participativa e libertária para melhor apreensão dos limites e possibilidades de sua aplicação no cenário da Educação em Saúde.

A abordagem tradicional de ensino encontra-se muito enraizada ao longo da formação dos profissionais de saúde, conduzindo a uma automação no seu processo de

reprodução nas práticas educativas em saúde, conduzindo a oferta de receitas e imposições de condutas de saúde desarticuladas das expectativas e interesses da comunidade.

A proposta da realização de Círculos de Cultura passa pela construção de espaços de escuta, diálogo, participação de todos, troca de experiências, valorização do saber popular, desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, contextualização do conteúdo, respeito à autonomia dos sujeitos históricos, possibilidades de caminhos e de transformação da realidade.

A proposta da realização de Círculos de Cultura requer que o(a) profissional de saúde atue não como professor(a), mas como animador(a), que acredita nas potencialidades do grupo, que não se limita a ensinar, mas também tem interesse de aprender com o grupo, que é capaz de se encantar com as conquistas, avanços e descobertas do grupo. É essencial o autoconhecimento, para identificar suas, limitações, valores e preconceitos, para que estes não coibam uma atuação de inclusão, descobertas, respeito às diferenças, aprendizagem, humanização, socialização, superação e possibilidades.

É necessário que, ao iniciar o trabalho educativo cada profissional tenha a liberdade de identificar qual grupo lhe desperta o interesse, seja pelas suas necessidades, seja por sua proximidade, que lhe traga um significado especial para contribuir no desenvolvimento da experiência de Educação em Saúde numa proposta renovada e criativa.

É essencial o apoio continuado da equipe central, estando aberta e próxima para facilitar as ações de Educação em Saúde, fortalecendo parcerias, disponibilizando material educativo e recursos materiais mínimos, como papel-ofício, lápis-piloto, papel-madeira, lápis-cera e material para modelagem manual.

Há necessidade do entendimento compartilhado entre as equipes de base e central sobre a necessidade de fortalecimento de trabalhos continuados de Educação em Saúde, que considerem os indivíduos em sua integralidade e não apenas orientações fragmentadas definidas de modo verticalizado, em que profissionais e comunidade passam a ser objetos do processo, conduzindo à alienação e não à conscientização popular.

É preciso valorizar as atividades de recreação e socialização dos grupos como estratégia de promoção de auto-estima, aprendizado no estabelecimento de relações sociais, possibilidades de lazer; valorizar atividades culturais e talentos do grupo, dar oportunidade de compartilhar momentos de descontração e alegria, essenciais na promoção da saúde.

A realização de Círculos de Cultura precisa da participação do grupo, desde a etapa de planejamento, alicerçando o desenvolvimento dos Círculos, como também na sua avaliação, evidenciando um compromisso mútuo da animadora/pesquisadora e das enfermeiras participantes em buscar fortalecer o atendimento das expectativas e necessidades do grupo. Para tanto, a profissional necessita receber a crítica como elemento essencial na pactuação do contínuo crescimento do grupo.

Como fruto de uma elaboração plural, foi consolidada uma avaliação de que os Círculos de Cultura facilitaram tanto a sensibilização do profissional, como o estabelecimento de outras perspectivas sobre as ações de Educação em Saúde.

Retomando o pensamento de Paulo Freire, que vem cada vez mais forte soando para mim como palavra viva, foi percebido o fato de que, ao ensinar vivenciando o Círculo de Cultura, o aprendizado torna-se mais fluente, aprofundando o conhecimento tomado pelo sentimento de muita emoção, pois uma dimensão tão ampla e profunda de visão de mundo e da ação educativa para um mundo mais humano e solidário passa pelo envolvimento de todos os sentimentos inerentes à criatura humana, traduz-se em amor pelo próximo, pelo Planeta e pela crença na utopia de uma sociedade mais justa. Merece ser ressaltado o entendimento de utopia para Freire, que navega ao longo do seu sentido denotativo, pois é concebido como algo possível de ser alcançado, mas que depende de trabalho, dedicação, persistência e da esperança que alimenta os sonhos de quem é capaz de sonhar sem se acomodar.

Diante do exposto, foi possível constatar uma evolução na compreensão das participantes do processo vivido de uma atitude educativa, antes autoritária e tradicional, para uma posição que valoriza a sensibilização, a liberdade, a conscientização, a autonomia, a participação e a mobilização como forma de emancipação dos indivíduos.

Foi evidenciado mediante as proposições apresentadas pelas enfermeiras, bem como nos ensaios individuais de um planejamento educativo mais contextualizado e mais participativo, que a aplicação dos Círculos de Cultura com o grupo de enfermeiras, como recurso teórico-metodológico de vivência e investigação, contribuirá para ações de Educação em Saúde reflexiva e crítica nos cenários de sua prática social de trabalho.

Uma prática educativa em saúde, fundamentada em uma abordagem metodológica do Círculo de Cultura, potencializará a integralidade e a intersetorialidade nas ações de Saúde

da Família. Nesta abordagem metodológica, está implícita e explícita a necessidade dialógica das condições de saúde com os outros setores da sociedade.

Os Círculos de Cultura constituem um palco de renovação, onde o saber autoritário do(a) professor(a) é superado por um saber elaborado com a participação de sujeitos respeitados em sua autonomia e no exercício de sua cidadania, saindo de cena o “dono do saber” e adentrando o(a) animador(a), o(a) mobilizador(a) da participação, o(a) coordenador(a) das atividades educativas, o indivíduo que não é mais importante do que o grupo participante, que aprende enquanto ensina e se encanta pelas descobertas com o outro, das potencialidades de fortalecer o poder inerente ao indivíduo como ator de sua história de vida e membro de uma sociedade que clama pela dignidade da existência humana e pela compaixão do mundo.

A realização do estudo consolidou um modelo de ação de educação em saúde, passível de ser reaplicado, testado e flexibilizado com o propósito de resguardar a coerência entre os princípios freireanos e sua aplicação no exercício de uma prática educativa crítica e reflexiva.

7 REFERÊNCIAS

AMORIM, V. L.; VIEIRA, N. F. C.; MONTEIRO, E.M.L.M.; SHERLOCK, M. S. M.; BARROSO, M. G. T. Práticas Educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 19, n. 4, p. 240-246, out./dez. 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; GOYA, N., MARTINS JÚNIOR, T. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE - Rev. Pol. Públicas**, v. 5, n. 1, p. 9-20, jan./mar. 2004.

ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 36-38.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 19, n. 3, p. 182-187, jul./set. 2006.

BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E.; CIAMPONE, M. H. T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 36-40, jan./fev. 2006.

BOFF, L. **Ecologia: grito da terra, grito dos pobres**. São Paulo: Ática, 1995.

_____. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Depois de 500 anos: que Brasil queremos?** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003a.

_____. **Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003b.

BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da saúde. **Interface Comum. Saúde Educ.**, v.

5, n. 8, p. 127-131, fev. 2001.

_____. **O que é método Paulo Freire**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa em seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**. Protocolo. Brasília, 2001b. (Cadernos de Atenção Básica, 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto promoção da saúde**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 9 mar. 2007.

BRICEÑO-LEON, R. Siete Tesis sobre la educacion sanitaria para la participacion comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

_____. Bienestar, salud pública y cambio social. In: BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M. C.

S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.15-24.

_____. Urban violence and public health in Latin América: a sociological explanatory framework. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1629-1648, 2005.

BRITO, V. H. **Processo ensino-aprendizagemda assistência de enfermagem: ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente**. 1997. 147f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 1997.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 57, n. 2, p. 165-169, mar./abr. 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-77, jan./mar. 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 211-226.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 509-584, abr./jun. 2003.

CARMO, T. M. D. **Pesquisa-ação na relação creche-cuidador familiar em uma instituição comunitária**. 2004. 112f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

CARNEIRO JR., N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov./dez. 2003.

CARRIJO, C. I. S.; PONTES, D. O.; BARBOSA, M. A. Reflexão sobre a importância da temática saúde da família no ensino da graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 155-159, mar./abr. 2003.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CATRIB, A. M. F.; PORDEUS, A. M. J.; ATAÍDE, M. B. C; ALBUQUERQUE, V. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003a. p. 31-38.

CATRIB, A. M. F.; PORDEUS, A. M. J.; ATAÍDE, M. B. C.; VIEIRA, N. F. C.; ALBUQUERQUE, V. L. M. Saúde no espaço escolar. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. de V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003b. p. 39-44.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta a formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 211-226.

CECÍLIO, I. C. O.(Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10 , n. 2, p. 323-331, mar./abr. 2005.

DAMASCENO C. F. **Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adulto (DM2) e profissionais**. 2003. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-15, maio, 2001.

DEMO, P. **Desafios modernos da educação**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **Avaliação qualitativa**. 7. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

_____. **Pobreza da pobreza**. Petrópolis: Vozes, 2003.

DINIZ, J. C. **Enfermagem**: uma proposta para atuar com famílias de indivíduos alcoolistas baseada no Método de Paulo Freire. 1997. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

DONATO A. F.; MENDES R. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. **SANARE – Rev. Pol. Públicas**, ano 3, n. 2, p. 35-38, abr./jun. 2002.

FALKEMBACH, E. **Sistematização**. Unijuí – RS, 1991. Fotocopiado.

FERNANDES, C.; TERRA, A. **40 horas de esperança. O método Paulo Freire**: política e pedagogia na experiência de Angicos. São Paulo: Ática, 1994.

FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde Debate**, n. 43, p. 44-52, jun. 1994.

FREIRE, A. M. A. A voz da esposa: a trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, M. (Org.). **Paulo Freire**: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. (Org.). **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação; uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Professora, Sim, Tia, Não:** cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho d'Água, 1993.

_____. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 34-41.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Política e educação:** ensaios. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005a.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005b.

_____. **A importância do ato de ler:** em três artigos que se completam. 46. ed. São Paulo: Cortez, 2005c.

FREIRE, P.; HORTON, M. **O caminho se faz caminhando:** conversas sobre educação e mudança social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer:** teoria e prática em educação popular. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GALVÃO, E.; PONTES, M. F.; ESCOBAR, F. M.; SIVINI, I.; SOUZA JÚNIOR, M.; OLIVEIRA, M. A.; LIMA, T. J. S. **Planejamento participativo**. Recife: Coordenação de Extensão da Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco, 200?. Fotocopiado.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORDANI, A. T. **Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-AIDS e drogas**. 2000, 112f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

GIORGI, M. D. M. **O idealizado e o realizado no ensino da assistência de enfermagem**. 1997. 165 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

GURGEL, A. H.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Educação em Saúde: processo de trabalho de enfermagem na área de saúde da mulher. **Nursing**, v. 8, n. 4, p. 14-19, jul. 2001.

HENRIQUE R. L. M.; PINHEIROS, R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **J. Assoc. Bras. Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 8, jan./ mar. 2004.

JAVORSKI M. **Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado Canguru**. 1997. 147f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LEOPARD, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHKE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F.; TOSCHI, M. S. **A educação escolar: políticas, estrutura e organização**. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, L. O. Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: _____. **Tecnologia, educação e democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 175-176.

LOBO NETO, F. J. S. (Coord.). **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, M. W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 137-155.

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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MELO, J. C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cad. CEDES**, v. 4, n. 6, p. 28-43, 1984.

MELO, G.; SANTOS R. M.; TREZZA, M. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa de Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. R. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, I. C. O.(Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.

MINKLER, M.; COX, K. Creating critical consciousness in health: applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting. **Int. J. Health Studies**, v. 2, n. 10, p. 311-322, 1980.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 631-635. jul./ago. 2004.

MONTEIRO, E. M. L. M.; BATISTA, P. S. S.; SÁ, L. D.; MENESES, L. B. A. Institucionalização do Ensino de Enfermagem na Paraíba: uma viagem ao passado. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 3, p. 458-464, maio/jun. 2000.

MONTEIRO, E. M. L. M.; NÓBREGA, M. M. L.; LIMA, L. S. Autocuidado e adulto portador de asma: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 55, n. 2, p. 134-139, mar./abr. 2002.

MONTEIRO, E. M. L. M.; ROLIM, K. M. C.; MACHADO, M. F. A. S.; MOREIRA, R. V. O. A visão ecológica: uma teia na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 341-344, maio/jun. 2005.

MORIN E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma e reformar o pensamento.** 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana.** São Paulo: Cortez, 2003.

MOTA, S. O ar. In: _____. **Introdução à engenharia ambiental.** São Paulo: ABES, 1997. cap. 6, p.145-170.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface Comun. Saúde Educação**, v. 7, n. 13, p.109-118, ago. 2003.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje.** São Paulo: Hucitec, 1990.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem.** Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

OLIVEIRA, I. A dialogicidade como estrutura mediadora da ação educativa. In: OLINDA, E. M. O.; FIGUEIREDO, J. B. A. **Formação humana e dialogicidade em Paulo Freire.** Fortaleza: UFC, 2006. p. 75-83.

OLIVEIRA, R. M. Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classe populares: uma conversa com Victor V. Valla. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1175-1187, jul./ago. 2003.

PAIVA, V. P. **Educação popular e educação de adultos.** São Paulo: Edições Loyola, 1973.

PATRICIO, Z. M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida: novos paradigmas outros desafios e compromissos sociais. **Texto & Contexto Enferm.** v. 8, n. 3, p. 53-77, set./dez. 1999.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 33-35.

PENNA, C. M. M.; PINHO, L. M. O. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 55, n. 1, p. 7-12, jan./fev. 2002.

PERUZZO, C. M.K. Observação participante e pesquisa-ação. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 125-145.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 729-736. set./out. 2005.

PLANTAMURA, V. Zonas de inovação e contextos formativos para competência crítico-reflexivas. **Bol. Téc. SENAC**, v. 28, n. 2, p. 13-21, maio/ago. 2002. Disponível em: <senac.br/informativo/BTS/282/boltec282b.htm>. Acesso em: 19 nov. 2003.

RAMOS, M. N. **Da qualificação a competência: deslocamento conceitual na relação trabalho-educação**. 2001. 340f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2001.

RAUPP, B.; DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R.; FAJARDO, A. P. A Vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Projetos e ações. **Programa de Saúde da Família**. Recife, 2006. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pe/secsaude/familia.php>>. Acesso em: 9 mar. 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.438-446, mar./abr. 2004.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de

enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, mar./abr. 2007.

ROBERTSON, A.; MINKLER, M. New Health promotion movement: a critical examination. **Health Educ. Behav.**, v. 21, n. 3, p. 295-312, out. 1994.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARD, M.T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROMANELLI, O. **O. História da educação no Brasil: 1930-1973**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

ROSA, R. B.; MAFFACCIOLLI, R.; NAUDERER, T. M.; PEDRO, E. N. R. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 185-192, jun. 2006.

SÁ, L. D. **Parahyba: uma cidade entre miasmas e micróbios**. O serviço de Higiene Pública, 1895 a 1918. 1999. 291f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SANTOS, B. S. **A construção multicultural da igualdade e desigualdade**. In: Congresso Brasileiro de Sociologia, 7., 1995, Rio de Janeiro.

SCHALL, V. T. Debate sobre el artículo de Briceño-León. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 18-19, jan./mar., 1996.

SCHALL, V. T.; STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 54 -56, abr./jun. 1999.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102. Acesso em: 22 Jan. 2007.

SILVA, I. A. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 241-249, abr./jun. 2000.

SILVA, J. A. Categorias freireanas: novas perspectivas para a prática docente na educação de jovens e adultos. In: OLINDA, E. M. B.; FIGUEIREDO, J. B. A. (Orgs.). **Formação humana e dialogicidade em Paulo Freire**. Fortaleza: Editora UFC, 2006. p. 84-92.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família - PSF. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 70-74, jan. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm>. Acesso em: 24 fev 2007.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: FERNANDES, M. E. L.; DOWBOR T. P.; KRETZER M. R.; GOUVEIA I.; SUCUPIRA A. C.; MENEZES L.; RESEGUE R. (Org.). **AIDS: prevenção porta a porta**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 41-45.

SOUZA, J. G. C.; CAVALCANTI, A. T. A.; MONTEIRO, E. M. L. M; SILVA, M. I. Como será o amanhã? Responda quem puder! Perspectivas de enfermeirandos quanto ao seu futuro profissional. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 453-458, jul./ago. 2003.

STOTZ, E. N. Encontro de movimentos e práticas de educação popular e saúde. **Interface Comum. Saúde Educ.**, v. 14, n. 8, p. 179-182, fev. 2004.

TATAGIBA, M. C.; FILÁRTIGA, V. **Vivendo e aprendendo com grupos**: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

TERMO de Referência. Oficina 26. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 7., 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.ag.br/pdf/termo_oficina26.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2007.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TRAVESSO-YÊPEZ, M.; MORAIS N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466. set./dez. 2005.

VAISTMAN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. **Am. J. Health Promo**, v. 3, n. 3, p. 197-205, 1992.

VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, C. S. **Construção do conhecimento em sala de aula**. 15. ed. São Paulo: Libertad, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje: variações sobre o tema**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 63-97.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 67-83, jan./mar. 2004.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 6, n. 1, p. 99-105, mar. 2006.

VILLASANTE, T. R. **Redes e alternativas: estratégias e estilos criativos na complexidade social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

VICTOR, J. F. **Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro**. 2002. 100f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado na saúde**. São Paulo: Vozes, 2004.

WALLERSTEIN, N. Problem – posing education: Freire's method for transformation. In: SHOR, I. (Ed.). **Freire for the classroom**: a sourcebook for Libertiary Teaching. Portsmouth: Heinemann Educational, 1987.

WALLERSTEIN, N.; AUERBACH, E. **Problem-posing at work**: a popular educator's guide. Alberta. Canadá: Grassroots Press, 2004.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 17-25, jan./mar. 2003.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) colega:

Sou professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Pernambuco e aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo um estudo intitulado: **(RE) CONSTRUÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DE CÍRCULOS DE CULTURA: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE.**

Os sujeitos do estudo serão enfermeiros(as) que atuam em Programas de Saúde da Família no Município de Recife – PE, que aceitarem participar da pesquisa.

Convido-os a participar do estudo, que objetiva avaliar a implementação de um experimento com metodologia participativa como estratégia, para sistematizar uma proposta de intervenção de Educação em Saúde de enfermeiros do PSF, fundamentada na abordagem problematizadora.

O desenvolvimento do estudo será realizado por meio de visitas de campo às comunidades onde (os)as profissionais atuam e da realização de oito encontros educativos, fundamentados na abordagem problematizadora. Cada encontro terá a duração de duas horas e abordará temática referente à práxis da Educação em Saúde. Serão realizados com a minha presença e dos(das) profissionais, sujeitos da pesquisa, que serão consultados para agendamento das datas e horários, como também na escolha de um local apropriado.

Para coletar dos dados, serão utilizados métodos visuais, como a fotografia e a filmagem, além de registro em caderno de campo das observações e situações vivenciadas. A gravação em vídeo e as fotografias contribuirão como instrumentos para apreensão das vivências dos Círculos de Cultura a serem disponibilizado para apreciação por mim e pelos(as) participantes do estudo.

Informo, ainda, que:

4 Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar.

- 5 Garanto-lhe o anonimato, o segredo quanto ao seu nome, e as informações prestadas durante as etapas da pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificá-las.
- 6 Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- 7 Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento dos envolvidos diretamente no estudo - pesquisadora, enfermeiros(as) de PSF, a comunidade onde atuam, como também trazer contribuições científicas para a formação e capacitação continuada dos profissionais na realização de uma Educação em Saúde emancipatória.

Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no telefone (81) 34283080/ (81) 9141-6033. Informo também o telefone do Comitê de Ética e Pesquisa da UPE - (81) 34164062.

Diante desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valiosa cooperação a qual desde já agradeço.

CONSETIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo (RE) **CONSTRUÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DE CÍRCULOS DE CULTURA: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE** da enfermeira e professora Estela Maria Leite Meirelles Monteiro, e compreendi os seus objetivos concordando em participar do mesmo.

Recife, ____ de _____ de 2006.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nº _____

1. Dados de caracterização

Idade _____ **Sexo** () feminino () masculino

Estado civil: () casada () solteira () viúva () divorciada () união consensual

Graduada pela: () UFPE () UPE () FUNESO **Ano de conclusão:** _____

2. Dados Profissionais

Cursos de Capacitação: _____

() Iniciativa própria () Oferecido pelo órgão gestor **Período de realização:** _____

Cursos de Capacitação: _____

() Iniciativa própria () Oferecido pelo órgão gestor **Período de realização:** _____

Cursos de Especialização: _____

() Iniciativa própria () Oferecido pelo órgão gestor **Ano de conclusão:** _____

Cursos de Especialização: _____

() Iniciativa própria () Oferecido pelo órgão gestor **Ano de conclusão:** _____

Tempo que atua em PSF: _____

Experiência anterior: _____

Se exerce outra atividade profissional (local e setor) _____

Que atribuições desempenha no PSF?

() Consulta de preventivo

() Consulta de crianças nos moldes do AIDPI

() Pré-natal de baixo risco

() Visita domiciliar

() Educação em saúde

() Coordenação, apoio e supervisão das ações das atores de saúde

() Outras. Especificar _____

3. Dados referentes à Prática de Educação em Saúde

Trabalha Educação em Saúde com grupos? () não () sim

() 1 hipertensos e diabéticos () 2. planejamento familiar

() 3 adolescentes () 4. portadores de hipertensão arterial

() 5 idosos () 6. portadores de diabetes

() 7. gestantes () 8. saúde mental

() 9. mulheres () 10. outros: _____

Temas: _____

Como desenvolve sua práxis de Educação em Saúde?

Planejamento (objetivo, conteúdo contextualizado, metodologia, recursos, tempo) _____

Implementação (Valoriza o conhecimento prévio do grupo, estabelece uma relação de confiança enfermeiro-família/grupo, linguagem clara, estimula a reflexão e criticidade do grupo, promove a socialização, integração e/ou produção cultural no grupo) _____

Avaliação (participação, interesse, motivação e apreensão do conteúdo pelo grupo, atuação do facilitador) _____

Quais são as lideranças presentes na sua comunidade?

Quais as dificuldades mais relevantes vivenciadas pela comunidade onde você atua?

Tem experiência em vivenciar na sua formação uma abordagem de ensino dialógica fundamentada nos pressupostos freireanos? Cite.

Quais as dificuldades que você tem para desenvolver ações de Educação Popular de Saúde?

- () Local inapropriado/ estrutura física.
- () Desinteresse do grupo .
- () Insegurança para trabalhar com grupos.
- () Dificuldade para expressar-se//timidez.
- () Outras _____

ANEXO A