

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Priscilla Malta Prado Melo

**PRÁTICAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte
2018

Priscilla Malta Prado Melo

**PRÁTICAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Flávia Gazzinelli Bethony

**Belo Horizonte
2018**

Melo, Priscilla Malta Prado.
M528p Práticas coletivas de educação popular em saúde na Estratégia Saúde da Família [manuscrito]. / Priscilla Malta Prado Melo. -- Belo Horizonte: 2018.
118f.
Orientador: Maria Flávia Gazzinelli Bethony.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Educação em Saúde. 2. Educação da População. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Bethony, Maria Flávia Gazzinelli. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 308

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999

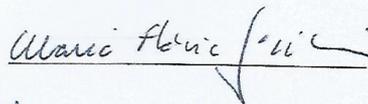
ATA DE NÚMERO 573 (QUINHENTOS E SETENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA PRISCILLA MALTA PRADO MELO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de março de dois mil e dezoito, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "PRÁTICAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", da aluna *Priscilla Malta Prado Melo*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Flávia Gazzinelli Bethony (orientadora), Maisa Tavares de Souza Leite e Vera Maria Sabóia de Souza Mota (participou da sessão por skype), sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

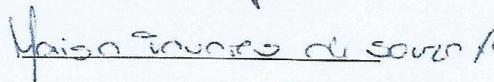
- () APROVADA;
(X) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de março de 2018.

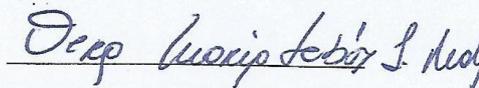
Profª. Drª. Maria Flávia Gazzinelli Bethony
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



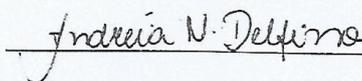
Profª. Drª. Maisa Tavares de Souza Leite
(UNIMONTES)



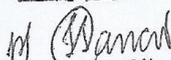
Profª. Drª. Vera Maria Sabóia de Souza Mota
(UFF-RJ)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 05/04/18


Profª. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

MODIFICAÇÃO EM DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **PRISCILLA MALTA PRADO MELO**.

As modificações foram as seguintes:

- Revisar de redação
- Revisar das normas da ABNT

NOMES

Profª. Drª. Maria Flávia Gazzinelli Bethony

Profª. Drª. Maisa Tavares de Souza Leite

Profª. Drª. Vera Maria Sabóia de Souza Mota

ASSINATURAS

Maria Flávia

Maisa Tavares de Souza Leite

Vera Maria Sabóia de Souza Mota

HOMOLOGADO em reunião de CPG
em 07/04/14

Adriana Oliveira
Profa. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação e a realização de mais um sonho não poderiam acontecer sem o precioso apoio de várias pessoas.

No plano espiritual, agradeço a Deus por me guiar na minha trajetória de vida, dando-me força, sabedoria e coragem para enfrentar os desafios, realizar conquistas e vitórias.

Ao meu marido, Carlos Melo, e filhos, Bernardo e Bianca, pelo amor incondicional, pelas decisões compartilhadas, por me apoiarem sempre nas minhas escolhas, compreenderem minhas ausências em alguns momentos e me auxiliarem em outras tarefas, para que pudesse me dedicar ao mestrado! Sem vocês nada seria possível.

Aos colegas de jornada na linha de Educação em Saúde, em especial ao João, à Rafaela, à Alcione; às bolsistas, mestrandas e doutorandas da professora Flávia, que direta ou indiretamente contribuíram para meu aprendizado, esclarecimento de dúvidas, incentivo e apoio (Amanda, Clarissa, Natália, Soraia, Angélica e Heloísa).

Em especial, agradeço muito a oportunidade de me aproximar cada vez mais e à formação de uma incrível amizade com a Érika, pessoa de um caráter sensacional, inteligente, dedicada, sempre disposta a ajudar! Sou grata pelo apoio e pelo incentivo em todos os momentos e por poder compartilhar as dificuldades e alegrias.

À minha orientadora, professora Flávia Gazzinelli, pela competência e empenho com que me orientou neste trabalho e em outras atividades durante o mestrado, pela motivação constante, por me proporcionar aprendizados e amadurecimento tanto pessoal quanto profissional.

Aos meus pais, que me ensinaram, seja pelo exemplo e/ou por palavras, a importância da dedicação, persistência, foco e sabedoria para a concretização dos objetivos e metas de vida!
Aos meus irmãos pela presença constante.

Às minhas amigas e companheiras, pelas palavras de carinho e incentivo (Aninha, Fernanda, Carol, Marine, Karine, Lilian, Dani e Genine).

À Laís, por me esclarecer dúvidas, ouvir algumas apreensões e desejos, por me fazer acreditar que estava no caminho certo pela ampliação de oportunidade profissional.

Aos professores da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Educação da UFMG, por me proporcionarem novos conhecimentos na saúde, educação e enfermagem.

Aos colegas de turma que, durante as disciplinas, contribuíram para meu aprendizado e pensar reflexivo.

À gerente Renata, aos profissionais do CS Glória, em especial os enfermeiros e todos os integrantes da equipe de Saúde da Família com os quais trabalho, pelo apoio e por entenderem minha ausência em determinados momentos.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte e à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, por possibilitarem a realização desta pesquisa.

Aos profissionais da Prefeitura de Belo Horizonte, em especial aos que trabalham no Distrito Sanitário Barreiro, seja na coordenação ou como integrantes das equipes de Saúde da Família ou NASF, pela atenção e cooperação na coleta de dados da pesquisa e pelos aprendizados que me proporcionaram.

Aos usuários presentes nas práticas educativas observadas, por me receberem com tanto carinho e atenção.

RESUMO

Introdução: a Educação em Saúde (ES) caracteriza-se como uma estratégia de intervenção para reorganização dos serviços e deve se orientar pelo uso de processos e técnicas pedagógicas que visem contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a ES é inerente a várias práticas desenvolvidas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar dos avanços e reflexões teóricas sobre o tema de ES, percebe-se a prevalência no desenvolvimento das ações educativas de estratégias tradicionais de ensino. Entretanto, estudos indicam também o emprego de estratégias de educação distintas das tradicionais nas atividades de ES na ESF. No SUS, verifica-se um avanço em discussões teóricas e reflexões críticas sobre a educação em saúde, associado à participação social e às possibilidades em transformar as tradicionais práticas de ES em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida, através da Educação Popular (EP). **Objetivo:** analisar os princípios da dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa nas práticas coletivas de Educação Popular, na Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa de campo, com abordagem qualitativa. O cenário de estudo constituiu-se de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou espaços intersetoriais pertencentes ao Distrito Sanitário Barreiro do município de Belo Horizonte, os participantes e os profissionais de nível superior responsáveis pelas práticas educativas selecionadas. A coleta de dados deu-se pela observação participante das práticas coletivas de EP na ESF selecionadas e de entrevista com os profissionais coordenadores das práticas observadas. Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC). **Resultados:** foram identificadas 12 práticas coletivas que se agruparam em categorias: (1) transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos, em que as práticas operaram com estratégias que sinalizam para a participação dos sujeitos de aprendizagem e o diálogo, mas foram conduzidas na direção da transmissão e reprodução do conhecimento formal; (2) trocando saberes, histórias e experiências de vida, em que as práticas, embora se caracterizassem pela abertura aos saberes e experiências dos participantes, não se abriram para que se instalassem processos de problematização; (3) experimentando e produzindo coletivamente, em que as práticas, apoiadas na problematização e invenção, buscaram engendrar experimentações em diferentes campos de problemas e da existência, mecanismos de subjetivação e movimentos emancipatórios. Assim, apesar do uso de metodologias participativas, existiram práticas

coletivas que não favoreceram a dialogicidade, o confronto entre saberes e a democracia participativa. Ao mesmo tempo, houve avanços pela incorporação em algumas práticas do encontro intersubjetivo, do confronto entre saberes e indícios da participação democrática.

Considerações finais: a incorporação dos princípios da EP – em especial da dialogicidade, do confronto entre saberes e da democracia participativa em algumas práticas coletivas –, o comprometimento dos profissionais em inovar, aliado ao uso de estratégias participativas podem contribuir para uma construção compartilhada de conhecimentos, permitindo novas conscientizações, produções de subjetividades e emancipação dos sujeitos.

Descritores: Educação em Saúde. Educação da população. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Palavra-chave: Educação Popular

ABSTRACT

Introduction: health Education (ES) is characterized as an intervention strategy to reorganize services and should be guided by the use of pedagogical processes and techniques that aim to contribute to the improvement of the population's living and health conditions. Within the scope of the Unified Health System (SUS), ES is inherent to several practices developed, especially in Primary Health Care (PHC) through the Family Health Strategy (ESF). Despite the advances and theoretical reflections on the ES theme, one can perceive the prevalence in the development of educational actions of traditional teaching strategies. However, studies also indicate the use of non-traditional education strategies in ES activities in the ESF. In SUS, there is progress in theoretical discussions and critical reflections on health education associated with social participation and the possibilities to transform traditional ES practices into pedagogical practices that lead to overcoming situations that limit living with the maximum of quality of life through Popular Education (PE). **Objective:** to analyze the principles of dialogue, confrontation between knowledge and participatory democracy in the collective practices of Popular Education in the Family Health Strategy. **Methodology:** this is an exploratory, descriptive study of the field research type, with a qualitative approach. The study scenario consists of Basic Health Units (UBS) or intersectoral spaces belonging to the Barreiro Sanitary District of the city of Belo Horizonte, the subjects the professionals of higher level responsible for the selected educational practices. The data collection is understood by the participant observation of the collective practices of PE in the ESF selected and of interview with the professionals coordinating the observed practices. To analyze the data, we use the Content Analysis (CA). **Results:** 12 collective practices were identified that were grouped into categories: (1) transmitting information, promoting development and changing habits, in which practices operated with strategies that signal the participation of learning subjects and dialogue, but were conducted in the direction of transmission and reproduction of formal knowledge; (2) exchanging knowledge, stories and life experiences, in which the practices, although characterized by the openness to the participants' knowledge and experiences, did not open for problematization processes; (3) experimenting and producing collectively, in which practices, based on problematization and invention, sought to engender experimentations in different fields of problems and existence, mechanisms of subjectivation and emancipatory movements. Thus, despite the use of participatory methodologies, there were collective practices that did not favor dialogue, the confrontation between knowledge and participatory democracy. At the same time, there were advances in

the incorporation into some practices of the intersubjective encounter, the confrontation between knowledge and evidence of democratic participation. **Final considerations:** the incorporation of the principles of PE - especially dialogue, the confrontation between knowledge and participatory democracy in some collective practices -, the commitment of professionals to innovate, combined with the use of participatory strategies can contribute to a shared construction of knowledge, allowing new awareness, productions of subjectivities and emancipation of subjects.

Descriptors: Health Education. Primary Health Care. Family Health Strategy.

Keyword: Popular Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese da Categoria 1: transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos.....	82
Quadro 2 – Síntese da Categoria 2: Trocando saberes, histórias e experiências de vida.....	86
Quadro 3 – Síntese da Categoria 3: experimentando e produzindo coletivamente.....	92

LISTA DE SIGLAS

AC – Análise de Conteúdo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP-SMSA-PBH – Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERSAM – Centro de Referência de Saúde Mental

CERSAM-AD – Centro de Referência de Saúde Mental, Álcool e Drogas

CEP-UFMG – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CS – Centro de Saúde

ES – Educação em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

EP – Educação Popular

EPS – Educação Popular em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

MPB – Música Popular Brasileira

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEP – Núcleo de Educação Permanente

PNEPS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNEPS-SUS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde – Sistema Único de Saúde

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1 Educação em Saúde e Educação Popular na Estratégia Saúde da Família	22
3.2 O uso das estratégias participativas na Educação Popular	24
3.3 Paulo Freire e Boaventura Santos como referencial para a Educação Popular na Estratégia Saúde da Família	26
4 METODOLOGIA	29
4.1 Referencial metodológico	29
4.2 Fase exploratória.....	29
4.3 Cenário da pesquisa	31
4.4 Participantes do estudo	32
4.5 Coleta de dados	32
4.5.1 Indicações de práticas coletivas	32
4.5.2 Instrumentos para a coleta de dados.....	33
4.6 Análise dos dados	34
4.7 Aspectos éticos	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 Caracterização dos profissionais responsáveis pelas práticas coletivas	36
5.2 Caracterização geral das práticas coletivas.....	36
5.3 Categoria 1: transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos	38
5.3.1 Grupo de “Nutrição e alimentação saudável”	38
5.3.2 Grupo “Bem-estar”.....	41
5.3.3 Grupo “Cultivar”	43
5.4 Categoria 2: Trocando saberes, histórias e experiências de vida.....	46
5.4.1 Grupo “Estrela da manhã”.....	46
5.4.2 Grupo “Compartilhando Saberes”.....	49
5.4.3 Grupo “Artesanato”.....	53
5.4.4 Grupo “Saúde e Alegria”.....	56
5.5 Categoria 3: Experimentando e produzindo coletivamente.....	59
5.5.1 Grupo “Terapia Comunitária”	59
5.5.2 Grupo “Em canto”	64
5.5.3 Grupo “Dança Sênior”	68
5.5.4 Grupo “Flor de Lótus”.....	72
5.5.5 Grupo “Saúde da Mulher”.....	75
5.6 Discussão dos dados	79
5.6.1 Categoria 1: transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos.....	79
5.6.2 Categoria 2: trocando saberes, histórias e experiências de vida	83

5.6.3 Categoria 3: experimentando e produzindo coletivamente	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE A – Roteiro de Observação	105
APÊNDICE B- Roteiro de entrevista	107
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
ANEXO A - Carta de Anuência da Prefeitura de Belo Horizonte	111
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	112

1 INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde (ES) caracteriza-se como uma estratégia de intervenção para reorganização dos serviços e deve se orientar pelo uso de processos e técnicas pedagógicas que visem a contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo estimular a reflexão crítica das causas dos problemas, bem como as ações necessárias para sua resolução (MACIEL, 2009).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a ES é inerente a várias práticas desenvolvidas. Proporciona tanto a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema – através da formulação da política de saúde de forma compartilhada – quanto às ações que acontecem na relação direta dos profissionais dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007).

Nesse sentido tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania. É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais (BRASIL, 2007, p. 6).

O processo de construção do SUS foi instituído no bojo do Movimento da Reforma Sanitária e na luta pela redemocratização no Brasil. Neste processo, foi conferida à Atenção Primária à Saúde (APS) um lugar privilegiado em termos do cuidado à saúde no país (VIDAL et al., 2014). Para prover tais cuidados, uma das estratégias fundamentais implantadas foi a Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS.

Na ESF, as equipes multiprofissionais responsabilizam-se por uma população e território definidos, possuem várias atribuições, dentre elas o desenvolvimento de grupos educativos com a população da área de abrangência. Tais grupos são espaços de interação e discussão coletiva entre equipe e comunidade (FORTUNA et al., 2013). Considera-se que grupo educativo é a ferramenta mais efetiva das equipes na ESF para promover Educação em Saúde (ES) à população (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012).

Com enfoque no atendimento das complexidades da saúde pública de forma mais abrangente e efetiva, preconiza-se a existência de práticas coletivas de ES na ESF, para promover a reflexão e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, com a

intenção de, junto com a população, desenvolver planos de ação para a modificação dessa realidade (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012).

Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007, p. 6).

A prática da ES, numa perspectiva dialógica, desempenha papel fundamental no processo de construção de novas práticas de saúde, por permitir processos de mediação entre saberes, aproximando-as das necessidades da população. Dessa forma, possibilita novos formatos para as relações entre profissionais e usuários, propícios à organização e mobilização da população, em termos de mudanças de suas condições de vida e saúde (DANTAS, 2010).

Requer o desenvolvimento, pelos profissionais de saúde, da capacidade para o diálogo, para o encontro intersubjetivo necessário à sua realização, assim como as condições para o seu desenvolvimento no cotidiano dos serviços. Implicam, mais além do aprendizado de habilidades e técnicas, principalmente na rediscussão de valores, crenças, visões de mundo e disposições subjetivas por parte dos profissionais, sem desconhecer o contexto em que as mesmas se dão (DANTAS, 2010, p. 19).

Na literatura, verifica-se a divisão da ES em duas vertentes possíveis, que são nomeadas de diferentes modos: ES hegemônica e ES dialógica (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016); ES na Perspectiva Tradicional e na Perspectiva Radical (ROECKER; MARCON, 2011); ES Emancipatória e Não Emancipatória (SILVA et al., 2012). Embora com designações distintas, as nomenclaturas de ES que prevalecem referem-se aos Modelos de Educação à Saúde Tradicional/ Hegemônico ou o Modelo Progressista/Dialógico.

No Modelo Tradicional, as práticas educativas abordam a doença e a intervenção curativa e fundamentam-se no referencial biologicista do processo saúde-doença. As informações são verticalizadas e a comunicação acontece com pouca ou nenhuma interação com os educandos, limitando-se ao repasse de informações. Além disso, neste tipo de abordagem educativa, enfatiza-se a responsabilidade individual referente à mudança de hábitos ou de estilos de vida (REIS et al., 2013).

Esse modelo de educação objetiva, principalmente, a produção de um aumento de conhecimento nos educandos, sem preocupar-se com a integralidade do indivíduo e o

contexto em que está inserido. Pode ser aplicado a projetos e capacitações de abrangência nacional, grupos com alto número de participantes, cuja finalidade seja a sensibilização, sem a produção de interferência na mudança de prática (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Assim, surgem críticas a essa relação verticalizada entre educador e educando, à formação de um indivíduo passivo, receptor de informações, que pode não saber aplicá-las à sua realidade.

Há hiatos enormes entre a realidade de vida do educando e dos profissionais de saúde, tendo este último, em geral, dificuldades de traduzir e interpretar a realidade do primeiro, visto que não realiza uma reflexão sobre a realidade local. O educando vai agir de acordo com suas crenças e realidades, por isto que, por melhor que a prática educativa em saúde possa ser, ao não se considerar estes aspectos, pode ser uma ação esvaziada em si. Tem-se um estilo de pensamento curativista, com foco nas patologias, apresentando uma relação profissional-paciente impositiva. Preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010, p.119).

Já no Modelo Dialógico, a Educação em Saúde é considerada um ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros, o usuário é portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas de vida; os profissionais são detentores de um saber técnico-científico, que é inacabado. Tal perspectiva de educação possibilita o uso do diálogo com o saber popular e a prática educativa é centrada no sujeito a que se destina a prática, com enfoque promocional. Além disso, os espaços educativos promovem a integração, movidos pelo ideal de constituição de sujeitos voltados para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida. Utiliza-se como método a comunicação dialógica, problematização e reflexão (ALVES, 2005).

Esse modelo pode permitir a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-os e capacitando-os para a tomada de decisões relativas à sua saúde. Entretanto, verifica-se a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para a aplicação desse modelo. Quando realizado, esse modelo pode ser aplicado a projetos e capacitações de abrangência comunitária, grupos com menor número de participantes que envolvam ações de promoção da saúde e tenham como finalidade a produção da autonomia do indivíduo (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Em relação à autonomia dos sujeitos e ao conceito de empoderamento, segundo os quais os indivíduos tornam-se capazes de viver a vida de forma a lidar com as limitações impostas,

percebem-se na literatura algumas críticas. Na perspectiva crítico-social, por exemplo, considera-se que as ações educativas estão permeadas por relações de poder e ideologias dominantes, que necessitam ser problematizadas e compreendidas como um produto de relações sociais e históricas que tendem a naturalizar e a reproduzir desigualdades (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Em função dessas críticas, julga-se pertinente a valorização de propostas pedagógicas de ES que tenham como eixo a educação empoderadora por meio da superação de métodos que reforçam o exercício do poder sobre o outro, e da afirmação de espaços dialógicos e de cogestão em que se privilegie o exercício do poder com o outro (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Nesse sentido, na perspectiva teórica pós-estruturalista, considera-se que todos exercem poder e são governados por discursos dominantes compartilhados, que produzem inclusive desejos e necessidades que as pessoas assumem como suas, mas na verdade não são. Esses discursos dominantes fortalecem, por um lado, a coesão social, ao permitir a interação e o compartilhamento de mecanismos de funcionamento social e de discursos comuns aos indivíduos de uma mesma comunidade. Porém, esses discursos podem produzir a exclusão social ou privilégios para certos grupos. Assim, são importantes o questionamento e a reflexão sobre a verdade e o discurso que a sustenta (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Apesar dos avanços e reflexões teóricas sobre o tema de ES, percebe-se, pela literatura, a prevalência no desenvolvimento das ações educativas com o emprego de estratégias tradicionais de ensino. Evidencia-se que o trabalho educativo desenvolvido por enfermeiros participantes de um estudo, atuantes na ESF, ainda está aquém do preconizado para esse modelo assistencial de prestação de cuidados à saúde da família e à comunidade (ROECKER; MARCON, 2011); o modelo tradicional (informativo) é o norteador predominantemente adotado nas práticas educativas (DIAS; LOPES, 2013); o índice de estratégias participativas ainda se apresenta inferior quando comparado às estratégias tradicionais (MENDONÇA; NUNES, 2014); nas ações educativas realizadas, na maioria das vezes, prevalecem palestras e orientações, além da presença da pedagogia do condicionamento (PEREIRA et al., 2015).

Entretanto, estudos indicam também o emprego de estratégias de educação distintas das tradicionais nas atividades de ES na ESF. Entende-se que, mesmo num contexto em que as formas tradicionais insistam em se perpetuar, sinaliza-se uma tentativa de ruptura com o

modelo tradicional e que, mesmo diante das dificuldades, no espaço cotidiano do serviço têm se desenvolvido possibilidades de reinvenção, compartilhamento e recriação das formas de educar em saúde (DIAS; LOPES, 2013).

Alguns autores afirmam que é possível encontrar práticas educativas menos normativas e diretivas convivendo com outras do modelo tradicional. As consideradas menos diretivas utilizam metodologias ativas de aprendizagem que ajudam as pessoas a promover em si mesmas as mudanças necessárias para obter uma melhor qualidade de vida e modificar os modos de viver. Tais práticas são geralmente resultantes da sensibilidade, da criatividade e da percepção dos profissionais quanto à necessidade de ampliar as ações de promoção da saúde para além das atividades de criação de grupos e palestras (TREZZA; SANTOS; SANTOS, 2007, p. 327).

Através do emprego de metodologias ativas de aprendizagem e da ampliação da oferta de atividades educativas para além da abordagem tradicional, verifica-se, concomitantemente, um avanço em discussões teóricas e reflexões críticas sobre a educação em saúde no processo de construção e afirmação do SUS como política pública e a adoção da ESF enquanto modelo de atenção à saúde no país. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) apresenta-se como uma das formas de favorecer a ruptura com o modelo tradicional de ensino. Isso, pois a EPS, baseada em metodologias dialógicas, apresenta uma coerência política entre a participação social e as possibilidades teóricas e metodológicas, para contribuir na transformação das tradicionais práticas de Educação em Saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com qualidade de vida (BRASIL, 2007).

A EPS, em especial de 2003 até os dias atuais, vem ganhando espaços dos mais diversos, instalando-se no dia a dia dos serviços, nos processos de formação, na gestão cotidiana do SUS, fortalecendo-se em muitos movimentos sociais populares e constituindo-se como uma práxis em construção (BRASIL, 2014). Assim, a EPS representa um conjunto de atividades na área da saúde, construídas a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população (BRASIL, 2012). A EPS tem sido pensada hoje como um instrumento de reorientação das práticas educativas de saúde.

Não se trata apenas de uma nova metodologia na área, pois o que se defende é um novo olhar para as práticas de saúde e as relações construídas entre profissionais e comunidade, e que estas relações possibilitem a abertura de novos canais de comunicação e de construção compartilhada do conhecimento, sempre tendo como foco a autonomia e a construção de processos sociais emancipatórios (PINHEIRO; BITTAR, 2016, p. 81).

No âmbito do SUS, a Educação Popular (EP) foi instituída pela Portaria n° 2761, de 19 de novembro de 2013, através Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013, p.1).

A PNEPS-SUS é orientada pelos princípios do diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013). Esses princípios aproximam-se dos pressupostos da pedagogia crítica de Paulo Freire, incluindo os seus conceitos de problematização, diálogo, práxis e protagonismo na busca da transformação social (FREIRE, 1997).

Na Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS (2012), verifica-se também a influência do teórico Boaventura de Souza Santos e das suas formulações teóricas relativas à democracia participativa, à valorização e ao confronto de saberes e culturas, à formação da consciência crítica e da cidadania participativa, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos (BRASIL, 2012; SANTOS, 2003).

Considerando-se o debate atual em relação às tentativas de mudanças na Educação em Saúde pelo uso de abordagens pedagógicas diferentes das tradicionais nas práticas educativas na ESF, e os avanços teóricos sobre a Educação Popular e a institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS, questiona-se: de que modo as atividades educativas coletivas desenvolvidas pelos profissionais na APS relacionam-se com o ideal preconizado nas políticas públicas e na literatura científica, quanto à ruptura com o modelo tradicional de ensino? Ao lado disso, indaga-se: em que medida os princípios da dialogicidade, do confronto entre saberes e da democracia participativa encontram-se nas atividades coletivas, orientando as ações educativas de Educação Popular no contexto da ESF?

Este estudo justifica-se pelo fato de que, nas pesquisas desenvolvidas sobre Educação em Saúde ou Educação Popular na Atenção Primária, há uma ênfase no olhar dos profissionais sobre as atividades educativas realizadas (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016; PRADO;

SALES; NOMIYAMA, 2014; MENDONÇA; NUNES, 2014; COSTA et al., 2014; DIAS; LOPES, 2013; ROECKER; NUNES; MARCON, 2013; BRACCIALLI; VIEIRA, 2012; ROECKER; MARCON, 2011).

Nos estudos em que o foco recai sobre as práticas de educação, na perspectiva do pesquisador, observa-se a ênfase na classificação das práticas em dois modelos (tradicional e dialógico), sem aprofundamento nas estratégias e concepções metodológicas empregadas. Nesse ponto específico, Mendonça e Nunes (2014) afirmam ser fundamental realizar um estudo que verifique como as estratégias participativas estão presentes no contexto do trabalho em grupo e quais fatores estão associados à sua presença.

Roecker, Nunes e Marcon (2013) acreditam ser necessária a realização de novos estudos, com o intuito de desvelar as nuances das práticas educativas, com vistas a prestar uma assistência voltada às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade. Afinal, mesmo com a prevalência de grupos focados na doença através do repasse de informações centradas no discurso comportamentalista e prescritivo, há evidências de utilização de estratégias pedagógicas que apontam caminhos criativos e participativos, que merecem ser explorados (SILVA et al., 2013).

Assim, este estudo poderá contribuir, do ponto de vista científico e social, para o conhecimento e aprofundamento sobre a Educação Popular, em relação à maneira como vem sendo implementada por algumas equipes na ESF e as estratégias educativas utilizadas. Diante disso, esta pesquisa poderá promover uma reflexão pelos profissionais de saúde quanto à necessidade de repensarem sobre as práticas educativas coletivas, na busca pela melhoria de sua qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os princípios da dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa nas práticas coletivas de Educação Popular, na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar práticas coletivas de Educação Popular na Estratégia Saúde da Família, evidenciadas pelo emprego de estratégias participativas ou distintas das tradicionais;
- Identificar as estratégias e o modo de condução utilizados nas práticas coletivas e sua relação com os pressupostos da Educação Popular presentes nas políticas públicas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Educação em Saúde e Educação Popular na Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas coletivas de Educação em Saúde com a população, uma vez que são desenvolvidas atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças que vão além das consultas individuais. Um dos grandes desafios do cenário de saúde atual é desenvolver, no cotidiano dos serviços, práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários (FERNANDES; GERMANO, 2010).

A proposição das práticas de Educação em Saúde (ES) não é de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa nessa perspectiva visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pela valorização do espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde, como contextos para o desenvolvimento de práticas educativas emancipatórias (FERNANDES; GERMANO, 2010).

É nessa dimensão da ES que os profissionais de saúde devem se comprometer de fato com a vida do outro, construir encontros, adotar novas formas comunicativas na relação profissional-usuário. Sendo assim, é importante reorientar as práticas de saúde, na busca pela ampliação da capacidade de análise e de cogestão dos sujeitos, da capacidade para lidar com as limitações individuais e impostas pelo contexto, para desenvolver uma prática construtiva, processual, que procure fazer com que os sujeitos reconheçam e expressem seus interesses e desejos (FERNANDES; GERMANO, 2010).

Apesar da prevalência do modelo tradicional nas práticas educativas, pesquisas apontam a presença de inovações e criatividade nas estratégias educacionais das práticas coletivas de ES com a população. Em um estudo etnográfico desenvolvido com pessoas diabéticas participantes de grupo de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, utilizaram-se, como estratégias, jogos, brincadeiras e ginástica, criadas de modo a favorecer uma maior interação entre os participantes, incentivando-os a estabelecer um diálogo e, assim, um processo de comunicação mais autêntico. Como resultado, verificou-se que os pacientes

desenvolveram ou modificaram suas atitudes, adquirindo certa autonomia no cuidado da diabetes e a conquista no manejo dessa condição (ALMEIDA; SOARES, 2010).

Em um estudo do tipo pesquisa-ação, intervenção de educação em saúde, com enfoque na promoção à saúde de um grupo de idosos residentes na comunidade de Santo Amaro, Pernambuco, utilizando as artes cênicas como ferramenta, observou-se o aprimoramento das relações e da comunicação entre o profissional e os participantes da intervenção (CAMPOS et al., 2012). Em outro estudo desenvolvido na Saúde da Família em Belo Horizonte, constatou-se que a música pode ser utilizada em sua dimensão afetiva, recreativa e reflexiva, permitindo a problematização de situações vivenciadas no grupo, mediadas pela música (SILVA et al., 2013).

Um estudo de revisão de literatura demonstrou a existência de práticas educativas em salas de espera de uma UBS com o emprego de outras estratégias, além das palestras, conversas e distribuição de folhetos, tais como: recreação interativa (contador de história, encenação de higienização em boneca e brinquedoteca); filme educativo e de entretenimento; teatro interativo; e ainda, exercício de alongamento com música, dinâmicas e oficinas. Concluiu-se que as ações educativas tiveram potencial para ampliar a valorização do saber popular e do agir em conjunto (REIS; SILVA; UN, 2014).

As práticas de ES desenvolvidas numa perspectiva dialógica, que visem ao conhecimento da realidade de vida, compartilhamento dos saberes, participação popular, dentre outros aspectos, podem ser caracterizadas como Educação Popular (EP). A Educação Popular em Saúde (EPS) desenvolvida por meio do diálogo voltado para a construção da autonomia e emancipação de grupos populacionais permite uma aproximação com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), no que diz respeito à importância em priorizar mecanismos e espaços para a gestão participativa e o incentivo à descentralização, no sentido de aproximar a saúde tal como é vivida e sentida pela população (BRASIL, 2007).

A EP é orientada pela Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013, por princípios teóricos como: (1) o diálogo, entendido como o encontro entre os sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de outros acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização; (2) a amorosidade, que envolve a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da

sensibilidade; (3) a problematização, que propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade (BRASIL, 2013).

Além desses princípios fundamentais, destacam-se: a construção compartilhada do conhecimento, que consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde, desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas; a emancipação, que envolve um processo coletivo e compartilhado em que pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação a partir da construção de processos de trabalho, nos quais os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo saúde-doença; a construção do projeto democrático e popular, definido como a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa, que visa à transformação da realidade (BRASIL, 2013).

3.2 O uso das estratégias participativas na Educação Popular

O desenvolvimento da Educação Popular requer, além do uso de técnicas e estratégias adequadas, o compromisso ético-político com os educandos.

São vários os dispositivos que podem servir de insumo na busca da transformação das práticas no cuidado, na formação, na educação, no controle social e na participação em saúde. As técnicas são recursos para estimular a participação e a cooperação; porém, não são os únicos determinantes para que se tenha um processo educativo democrático. Um elemento fundamental de uma ação educativa permeada pela educação popular que independe das técnicas é o compromisso ético-político com os educandos (BRASIL, 2016, p. 26).

A estratégia participativa pode permitir a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, a partir da valorização dos seus conhecimentos e experiências, envolvimento na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas (BRASIL, 2016).

É importante considerar, contudo, que as estratégias participativas no processo coletivo do ensino-aprendizagem não podem ser absolutizadas, nem subestimadas, pois sua utilização serve para nortear uma prática educativa, que tem determinados objetivos dentro de um contexto histórico. Nesse sentido, tais técnicas permitem “estimular a produção do conhecimento e a sua recriação, tanto no grupo/coletivo quanto no indivíduo/singular, uma

vez que a técnica não é um fim, mas um meio, ou seja, uma ferramenta a ser utilizada” (BRASIL, 2016, p. 87).

Dentre as estratégias participativas empregadas na Educação Popular, há as que se apoiam na arte-cultura, tendo em vista uma maior aproximação da humanização e da integralidade. As linguagens da arte podem permitir tocar dimensões mais totalizadoras do sujeito que, em geral, são esquecidas no cotidiano da saúde, como as do corpo, da estética, da ética, da espiritualidade, da afetividade, vinculando desejo e cognição, intuição e sensibilidade. Portanto, trabalhar com a arte pode permitir agregar outras dimensões, além do racional, sendo possível a produção de sentidos e sentimentos (BRASIL, 2016).

Se bem construídas, as relações desenvolvidas no processo educativo permeado pela arte e a cultura popular demonstram-se efetivas no sentido de construir uma nova cultura da participação, cultura mais respeitosa e comprometida com o jeito de andar a vida das pessoas, promotora de relações mais horizontais entre profissionais e usuários, entre as pessoas de modo geral [...]. É impossível sentir-se do mesmo jeito após uma intervenção artística, seja plástica, poética, musical ou cênica. Mesmo que a vivência cause repulsa aos sujeitos participantes, provoca reflexões e até transformações, ou seja, agradável ou não, as pessoas não são as mesmas (BRASIL, 2016, p. 35).

Além da arte, há as rodas de conversa e os círculos de cultura, propostos por Paulo Freire, com potencial para facilitar o conhecimento dos fazeres e saberes populares. A partir dos princípios básicos como o diálogo, a troca de saberes e a construção compartilhada, é importante que a “roda” permita a expressão de todos os participantes, podendo contar com um facilitador ou animador que, mediante a disposição horizontal entre os envolvidos, pode proporcionar uma quebra da relação hierárquica entre quem fala e quem escuta (BRASIL, 2016).

Estar em roda pode proporcionar um crescimento individual ou coletivo, pois é um exercício significativo de construção democrática do saber. As rodas podem contribuir com o planejamento de grupos e o fortalecimento do protagonismo popular na intervenção da realidade, caso a forma de condução propicie a reflexão, a sistematização de ações e estratégias de superação das situações limites apontadas ou vivenciadas por seus participantes (BRASIL, 2016, p. 45).

As Cirandas também estão presentes em experiências de Educação Popular em Saúde. Representam elementos da identidade, de expressão simbólica, cultural e religiosa das diversas etnias e culturas. Dentre os diferentes tipos de cirandas, destacam-se as cirandas como Espaço Popular, que se caracterizam como espaços de articulação e participação de diversos atores para a constituição de propostas de ação coletiva, e as cirandas como

Promoção à Vida, que podem contribuir para que o saber gestado em seus espaços possa alimentar as práticas em saúde locais, de modo a incorporar abordagens populares, como farmácias vivas, massoterapia, terapia comunitária, espaços de brincar, círculos de cultura, grupos de autoconhecimento, entre outros, no contexto dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2016, p. 47).

Há ainda as oficinas, que são espaços privilegiados de criação e de descobertas, em que é possível utilizar danças, poesias, pinturas, modelagens, brincadeiras e dinâmicas de grupo. Na oficina, é importante adequar a sequência das etapas para que se alcance o objetivo proposto, de forma que o processo e o produto sejam reflexivos. O processo de construção que se realiza por meio de oficinas tem várias características: “é pluridimensional, criativo, coletivo, planejado e coordenado coletivamente” (BRASIL, 2016, p. 50). É imprescindível o uso das mais variadas formas de linguagens que possam corresponder às diversas e inseparáveis dimensões da pessoa (BRASIL, 2016).

Assim, mediante o emprego de diferentes estratégias, pode-se contribuir para que a Educação Popular conduza a um processo de aprendizagem libertador, que se dá por meio de discussão coletiva, reflexão e ampliação do conhecimento individual e coletivo, além da criação, formação e transformação desse conhecimento, em que os participantes são sujeitos de sua elaboração e execução (BRASIL, 2016).

3.3 Paulo Freire e Boaventura Santos como referencial para a Educação Popular na Estratégia Saúde da Família

Os conceitos de *dialogicidade* de Paulo Freire, *confronto entre saberes e democracia participativa* de Boaventura Santos são conceitos referência para o desenvolvimento e a análise da Educação Popular. A confluência das ideias desses teóricos contribui para a sua utilização como referencial para a condução da Educação Popular, em sintonia com o preconizado pelas políticas públicas nesse campo de conhecimento (PEREIRA; BETHONY, 2014).

Ambos os teóricos ressaltam a necessidade do diálogo, a valorização da interação entre educador e educando e destes entre si, a importância do conhecimento do contexto sócio-histórico-cultural dos sujeitos envolvidos no processo educativo para a realização de uma ação educacional transformadora. Consideram também que o saber científico não deve ser o

único válido, sendo importante o conhecimento do senso comum, a valorização do saber e participação popular no processo educativo (FREIRE, 1997; SANTOS, 1985).

O pensamento de Paulo Freire refere-se ao diálogo como algo libertador, contrário ao monólogo opressivo do educador sobre o educando. Freire reforça a concepção do diálogo como processo crítico-problematizador, que permite olhar o mundo e a existência humana como uma realidade inacabada e em constante transformação. O desafio freiriano é a construção de novos saberes a partir da situação dialógica que provoca a partilha de mundos diferentes, mas que comungam do sonho e da esperança de juntos construírem algo melhor (FREIRE, 1997; FREIRE, 1993).

Dessa forma, o diálogo implica uma *práxis social*, que envolve o compromisso entre a palavra e a ação humanizadora. Permite a reflexão sobre a vida em sociedade e a discussão sobre a educação, a linguagem praticada e a possibilidade de ação de modo que transforme o mundo. Assim, a postura dialógica e a prática da dialogicidade são requisitos importantes para uma educação humanizadora e corporificada no exemplo (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008).

Boaventura Santos defende a tese de que a atribuição de sentidos ao conhecimento científico depende do potencial de diálogo com o senso comum. Entende-se que do mesmo modo que o conhecimento deve se traduzir em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico só faz sentido se for traduzível em sabedoria de vida (SANTOS, 1985). O senso comum, conforme Santos, pode desenvolver sua positividade e contribuir com a emancipação cultural e social quando tanto ele quanto a ciência moderna se superem a si mesmos para dar lugar a uma outra forma de conhecimento, procedendo-se, assim, a “dupla ruptura epistemológica” (SANTOS, 1985).

Para a efetivação dessa “dupla ruptura epistemológica”, Boaventura aponta três argumentações norteadoras: a indissociabilidade entre a produção científica e os usos que dela são feitos através da valorização da *práxis*, que torne possível à técnica converter-se numa dimensão da prática, e não o contrário; a necessidade de encontrar um novo equilíbrio entre adaptação e criatividade; a promoção da horizontalização das relações através da atenuação do desnivelamento entre os discursos, visando a ampliar o diálogo (SANTOS, 1985).

A fim de permitir uma relação horizontalizada entre as diferentes possibilidades de cada campo cultural e de presentificação dos ausentes, Boaventura Santos irá definir o conceito de

ecologia, que constitui a superação da lógica monocultural. Em contrapartida, por exemplo, à monocultura do saber e do rigor, na qual há a crença em um único saber (rigoroso) e com bases científicas, Santos propõe como forma de superação a Ecologia dos Saberes, através de um novo diálogo de conhecimentos e confronto entre os saberes (MOREIRA; GOIS, 2006). O confronto entre os saberes pressupõe a transformação da ignorância em saber aplicado, a partir da identificação de contextos e práticas em que cada saber opera. E nesse sentido, a democracia se torna presente através da ruptura com as tradições e a tentativa de instituição de novas determinações, novas normas e leis relacionadas aos saberes populares e contexto social (SANTOS, 2004; SANTOS, 2003).

Verifica-se, portanto, que as propostas dos dois teóricos confluem na defesa de uma educação que busque a construção de um entendimento das particularidades históricas e sociais da população, valorizando as diferenças (SANTIAGO, 2012). Além disso, percebe-se a defesa de princípios humanistas e de intencionalidade política como base das propostas educativas dos dois autores, na intenção de colocar em discussão a possibilidade de um projeto pedagógico capaz de identificar-se com os anseios de uma Educação Popular. Assim, pode haver a construção, com a população, da compreensão dos particularismos de suas identidades culturais, das diferenças a serem preservadas e das desigualdades que os oprimem, munindo-os de conhecimentos que possam dotá-los de maior capacidade para efetuar a leitura de suas próprias experiências (SANTIAGO; FALKENBACH, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial metodológico

Para analisar os princípios da dialogicidade, do confronto entre saberes e da democracia participativa nas práticas coletivas de Educação Popular (EP) desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), optou-se por um estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa de campo, com abordagem qualitativa.

A escolha da pesquisa exploratória se deveu ao fato desta permitir o conhecimento e a familiaridade do pesquisador com um ambiente, um fato ou um fenômeno, a fim de compreendê-lo, modificando ou ampliando conceitos. O caráter descritivo está relacionado à descrição de determinado fenômeno, em torno do qual são realizadas análises empíricas e teóricas (LAKATOS; MARCONI, 2003).

A estratégia de pesquisa de campo foi empregada a fim de perceber e estudar as relações estabelecidas tais como ocorrem na realidade (LAKATOS; MARCONI, 2003), e a abordagem qualitativa para aproximação e análise do objeto de investigação, incorporando aspectos do significado e da intencionalidade como inerentes aos fatos, às relações e às estruturas sociais das práticas educativas (MINAYO, 2008).

Ressalte-se que a abordagem qualitativa visou a um aprofundamento de determinada realidade, de forma a realizar uma investigação social que tende a compreender a historicidade humana, respeitando as especificidades da cultura local que marca, em si, a trajetória dos acontecimentos (MINAYO, 2008). A intenção de compreender em profundidade um fenômeno, neste caso a adoção ou não dos princípios da Educação Popular (dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa) em práticas coletivas que utilizaram estratégias participativas em sua condução, está em sintonia com a abordagem escolhida.

4.2 Fase exploratória

O estudo incluiu duas fases: uma fase que precedeu a coleta de dados, de caráter exploratório, e a outra fase da coleta de dados e desenvolvimento do trabalho de campo, propriamente ditos. Para identificar o cenário de estudo e as práticas coletivas com estratégias participativas que seriam objeto de investigação na Estratégia Saúde da Família, em Belo Horizonte, foi

desenvolvida a fase exploratória do estudo. Essa fase foi necessária, pois a cidade de Belo Horizonte possui uma rede ampla, constituída por nove regiões administrativas ou regionais (Venda Nova, Norte, Nordeste, Pampulha, Noroeste, Leste, Centro-Sul, Oeste e Barreiro), com um total de 148 UBS e 569 equipes de Saúde da Família.¹ Nesse caso, seria necessário selecionar um ambiente de estudo em que tais práticas coletivas de Educação Popular estivessem presentes na rotina dos serviços. Assim, a fase exploratória incluiu as seguintes ações:

1. Levantamento de grupos operativos desenvolvidos por profissionais de nível superior, de UBS e equipes de Saúde da Família por regional, no site da Prefeitura de Belo Horizonte e pela Intranet (acesso restrito aos servidores públicos);
2. Levantamento pela Internet de práticas coletivas premiadas ou destacadas em eventos ocorridos no período de 2013 a 2017 e relacionadas à Saúde Coletiva ou Saúde da Família, a partir das seguintes palavras-chaves: práticas coletivas exitosas ou inovadoras, Educação em Saúde e estratégias participativas, Educação Popular, Estratégia Saúde da Família. As premiações investigadas foram: Prêmio INOVASUS, que busca reconhecer e incentivar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS; Prêmio Victor Valla, cujo objetivo é contribuir para o fortalecimento dos grupos coletivos, movimentos populares e acadêmicos, assim como dos serviços de saúde que desenvolvem ações de EPS, de forma democrática e dialógica; Prêmio Mineiro de Práticas Exitosas, voltado para o reconhecimento dos atores envolvidos no processo da saúde pública, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde, que prestam uma assistência de qualidade para a promoção à saúde. Foram investigados os eventos locais, nacionais e internacionais que abordaram a Atenção Primária e que incluíram trabalhos relacionados ao tema em estudo.
3. Levantamento junto à coordenação da Secretaria Municipal de Saúde e referências técnicas em regionais do distrito que se destaca em relação às práticas de Educação Popular desenvolvidas pelos profissionais das UBS em Belo Horizonte.

Na busca pelo site da Prefeitura de Belo Horizonte e Intranet, foram obtidos dados quantitativos referentes aos grupos operativos realizados por profissionais das equipes de saúde da família ou NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) por região administrativa, e

¹ Dados obtidos no Portal da Prefeitura de Belo Horizonte – PBH, acessado em agosto de 2016.

o número de UBS e equipes de saúde da família por regional. Verificou-se que o Distrito Barreiro, dentre os demais, é o que se destaca em termos do desenvolvimento de práticas coletivas por profissionais de nível superior e do número de UBS e equipes de saúde da família em Belo Horizonte. Com relação à busca pelas práticas coletivas premiadas ou destacadas em eventos, procedeu-se à leitura dos resumos dos trabalhos para identificar características referentes ao objeto de pesquisa (uso de estratégias participativas na condução das práticas coletivas na Estratégia Saúde da Família, em Belo Horizonte). Dessa leitura resultaram três práticas coletivas participativas do Distrito Barreiro. Esse distrito foi apontado também pelas coordenações por concentrar práticas diferenciadas e inovadoras de Educação Popular na Prefeitura de Belo Horizonte.

4.3 Cenário da pesquisa

A investigação foi realizada nas vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao Distrito Sanitário Barreiro, de Belo Horizonte, Minas Gerais. Essa escolha foi feita a partir do destaque evidenciado por essa Regional, conforme resultados descritos na fase exploratória da pesquisa. Dessa forma, o cenário de estudo constituiu-se por UBS ou espaços intersetoriais do Distrito Sanitário Barreiro, de Belo Horizonte, onde os profissionais da ESF desenvolveram as práticas coletivas de Educação Popular por meio de estratégias participativas.

O Distrito Sanitário Barreiro, localizado na região sudoeste de Belo Horizonte, faz limite com os municípios de Contagem, Ibirité, Brumadinho e Nova Lima. É formado por 54 bairros e 18 vilas, com 70 mil domicílios que abrigam 283.544 habitantes, conforme levantamento do Censo IBGE, realizado em 2010. Seu território de 53 km² de extensão ainda possui muitas áreas desocupadas que atraem novos moradores e empresas, impulsionando o crescimento local. Coexistindo com a intensa atividade industrial e comercial da região, há diversas áreas verdes e nascentes. Além disso, a Prefeitura mantém quatro parques com área verde e equipamentos de esporte e lazer. O sistema de saúde pública municipal disponibiliza 20 Centros de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM, um Centro de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CERSAM-AD), um Centro de Convivência, um Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST e três hospitais públicos. Os 20

Centros de Saúde são compostos por 85 equipes de Saúde da Família.²

4.4 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais de nível superior integrantes das equipes de Saúde da Família ou NASF que desenvolviam práticas coletivas de Educação Popular, evidenciadas pelo uso de estratégias participativas. Optou-se por incluir os profissionais de nível superior por entender que teriam maiores possibilidades de acesso a conhecimentos sobre os princípios norteadores da Educação Popular, em função da sua participação em eventos de treinamento em serviço e das experiências vivenciadas durante a formação acadêmica. Os participantes do estudo foram definidos por meio das indicações das práticas coletivas pelos gerentes das UBS ou coordenadores distritais do Núcleo de Educação Permanente do Barreiro (NEP-Barreiro), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Saúde Mental (SM).

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Indicações de práticas coletivas

Para a coleta de dados, foi necessário o contato com a coordenadora responsável pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP-Barreiro), a fim de mediar o contato dos pesquisadores com outros coordenadores distritais e gerentes das UBS, para indicações das práticas. Dessa forma, através de contato por e-mail e/ou telefone, foi solicitado aos coordenadores distritais do NASF e Saúde Mental, aos gerentes ou responsáveis das vinte UBS do distrito Barreiro, que indicassem práticas coletivas de Educação Popular passíveis de observação e consideradas por eles inovadoras no sentido da utilização de estratégias diferentes da tradicional palestra (Modelo Tradicional de Educação em Saúde) ou de estratégias participativas, na condução de grupos nos Centros de Saúde. Somado a isso, foi solicitada atenção ao critério segundo o qual os grupos indicados deveriam ser realizados por profissionais de nível superior (sejam eles integrantes da equipe de Saúde da Família ou NASF), junto à população (qualquer que seja o público-alvo).

Após as indicações, foi feito contato com os profissionais responsáveis pelas práticas, a fim de relatar sobre a pesquisa, verificar o interesse e a disponibilidade em participar da coleta de

² Dados obtidos no Portal da Prefeitura de Belo Horizonte – PBH, acessado em 26 fev. 2018.

dados e agendar a observação da prática e a entrevista com o responsável. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2017.

4.5.2 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: (1) a observação com registro no “Roteiro de Observação” (APÊNDICE A), em que se descreveram as práticas coletivas quanto ao tipo de estratégia adotada, o modo de condução e a sua relação com os princípios da dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa; (2) a entrevista com os profissionais responsáveis pelas práticas, para identificação da sua relevância, dos seus objetivos, do motivo do uso de estratégias participativas, capacitações realizadas e dificuldades encontradas na condução das práticas coletivas, conforme descrito no “Roteiro de Entrevista” (APÊNDICE B).

A observação foi utilizada com a finalidade de averiguar de que forma e por meio de quais estratégias participativas os profissionais estruturaram suas práticas educativas a fim de consolidar ou não os princípios da Educação Popular. Essa técnica favoreceu a interação entre o pesquisador e os sujeitos do estudo, o registro de informações sobre o contexto ou situação específica do grupo, além de ter possibilitado um contato aproximado do observador com o fenômeno pesquisado, o que foi de grande contribuição para a pesquisa.

A observação “ajuda a conhecer os atos, a dinâmica espontânea dos indivíduos, sua prática e seu cotidiano, possibilitando o entendimento do fenômeno que está sendo estudado” (LAKATOS; MARCONI, 1996, p. 79). É um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, em seu cenário cultural, colhe os dados. Assim, é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto (MINAYO, 2008).

Foram realizadas também entrevistas abertas com os profissionais responsáveis pelas práticas coletivas de Educação Popular, a fim de complementar as evidências tidas por meio da observação e verificar a coerência ou não entre o que pensam os profissionais sobre a Educação Popular e o que efetivam na prática. Buscaram-se evidências para a compreensão e a análise das estratégias e percepções dos profissionais que fundamentam tais atividades. Esse

instrumento permitiu a captação da informação desejada e o aprofundamento de questões levantadas pela observação.

A entrevista oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz, e ainda dá oportunidade para a obtenção de dados que sejam relevantes e significativos, que não se encontram em fontes documentais ou não são possíveis de ser apreendidos pela observação (LAKATOS; MARCONI, 2003).

4.6 Análise dos dados

Foi utilizada a Análise de Conteúdo (AC) para análise dos dados. Conforme Bardin (2006), a AC se constitui de várias técnicas em que se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos.

Para Bardin (2006), a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). A AC trabalha com a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social (BAUER, 2002).

A técnica de AC compõe-se de três grandes etapas: 1) a pré-análise, fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação; 2) a exploração do material, que consiste na codificação dos dados a partir das unidades de registro; 3) o tratamento dos resultados e interpretação, em que se faz a categorização, ou seja, a classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2006).

Dessa forma, a Análise de Conteúdo permite

o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou

profissional; análise da comunicação cotidiana seja ela verbal ou escrita, entre outros (OLIVEIRA, 2008 p.570).

4.7 Aspectos éticos

O estudo observou os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas realizadas com seres humanos, conforme disposto na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012). A coleta de dados aconteceu somente após parecer favorável pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), através da Carta de Anuência (ANEXO A), seguida da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – CEP/UFMG (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA-PBH).

Previamente à observação e entrevista, foram apresentados aos participantes da pesquisa informações quanto ao Projeto de Pesquisa (Título, Resumo e Objetivos) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), além do esclarecimento de dúvidas. A todo o momento, foram garantidos a confidencialidade, a privacidade das informações, o direito de manifestarem livremente o interesse em participar ou não, em qualquer fase do processo, sem nenhum tipo de prejuízo, e a ausência de ônus pela sua participação. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos profissionais responsáveis pelas práticas coletivas

Os profissionais responsáveis pelas práticas coletivas eram enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais e psiquiatra.

De um modo geral, os profissionais, nas entrevistas, afirmaram não ter recebido nenhuma capacitação pela Prefeitura de Belo Horizonte para o desenvolvimento das atividades coletivas. Aqueles que possuíam algum curso/especialização ou praticavam alguma modalidade de atividade externa, tais como aulas de música e de dança, fizeram ou fazem por investimento pessoal e financiamento próprio. Alguns relataram utilizar ideias ou estratégias para desenvolver as práticas coletivas de experiências anteriores ou da prática profissional, de conhecimentos acadêmicos, da leitura de materiais diversos e estudos científicos.

Os profissionais afirmaram ter dificuldades em relação à falta de recursos humanos suficientes para realizarem juntos as atividades ou para substituírem algum profissional quando necessário. Eles relataram também a falta de recursos financeiros para compra de materiais, realização de confraternizações e deslocamento dos usuários para participação em eventos e apresentações. Alguns profissionais alegaram ter pouco tempo disponível para planejamento e trabalho com o grupo, em função das outras atividades que realizam nos Centros de Saúde. Outros citaram a rotatividade grande, a baixa adesão dos participantes, o local de acesso difícil para alguns usuários e os espaços físicos deficientes em termos de infraestrutura.

5.2 Caracterização geral das práticas coletivas

Dos 20 Centros de Saúde (CS) da Regional Barreiro, em Belo Horizonte, consultados sobre a existência de práticas coletivas de Educação Popular evidenciadas pelo uso de estratégias participativas, dois possuíam práticas que já haviam sido observadas, um não era coordenado por profissional de nível superior e, portanto, não foi utilizado para a pesquisa (fora dos critérios de inclusão) e quatro não apresentaram práticas com as características requeridas, uma vez que não existiam atividades em grupo na Unidade no momento ou, quando existiam, consistiam apenas de palestras.

Dos 13 CS restantes, 16 práticas coletivas foram indicadas para observação. Em um CS, houve indicação de duas práticas e em outro de três atividades coletivas. Nos CS em que indicaram mais de uma prática, procedeu-se à sua observação, tendo sido priorizadas para a análise aquelas em que havia a possibilidade de discussão dos princípios da EP.

Deste modo, os grupos “Fisioterapia”, “Corpo e Cuca”, “Mexendo o esqueleto”, embora tenham sido acompanhados, não se prestaram a uma análise da Educação Popular segundo os princípios previamente definidos. Essas práticas eram compostas predominantemente por exercícios físicos do tipo ginásticas ou alongamentos, em que os profissionais ditam uma sequência de movimentos que é seguida e repetida pelos usuários. As duas primeiras práticas acontecem na academia da cidade da regional Barreiro, de Belo Horizonte, e os públicos-alvo são respectivamente usuários com dores crônicas e idosos que tenham risco de queda. A prática “Mexendo o esqueleto” acontece na área externa de uma Escola Pública da mesma regional e possui como público-alvo a comunidade em geral pertencente à área de abrangência dos Centros de Saúde.

Do restante dos grupos observados, apenas o grupo de “Caminhada” não foi utilizado neste estudo, pelo fato de o profissional de nível superior estar de licença médica durante o período de coleta de dados. No dia da observação dessa prática, apenas uma técnica de enfermagem, além dos usuários, estava presente, mesmo sendo confirmada previamente com o responsável pela UBS a data para a observação e os critérios de inclusão da pesquisa.

Desse modo, 12 (doze) práticas coletivas foram observadas e analisadas. Após leitura exhaustiva do material proveniente dessas doze práticas, tanto os colhidos por meio da observação, como os por meio das entrevistas, foram sistematizados, estabelecendo-se indicadores para a interpretação das informações coletadas. As operações de codificação e agregação seguiram-se a essa fase. O material proveniente da codificação prestou-se ao exercício de categorização. As categorias resultantes foram agrupadas tematicamente. São elas: (1) transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos; (2) trocando saberes, histórias e experiências de vida; e (3) experimentando e produzindo coletivamente. Cada categoria apresentada neste capítulo abrange os acontecimentos observados nas práticas e o que pensam os profissionais a seu respeito, os conteúdos manifestos e latentes contidos neste material e a compreensão do seu sentido.

5.3 Categoria 1: transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos

5.3.1 Grupo de “Nutrição e alimentação saudável”

O grupo de “Nutrição e alimentação saudável” é desenvolvido por uma nutricionista e fonoaudióloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Distrito Sanitário Barreiro, de Belo Horizonte. Acontece em um salão do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no bairro Petrópolis, do Barreiro, com encontros semanais. Consiste de uma “roda de conversa” com discussão de temas relacionados à nutrição e à alimentação. O público-alvo são adultos e idosos com sobrepeso, obesidade ou com comorbidades, tais como hipertensão e diabetes, encaminhados pelos integrantes das equipes de Saúde da Família.

No grupo, a profissional diz que “todos que estão ali foram encaminhados pela equipe com a intenção de que eles aprendam sobre alimentação saudável”. Além de “aprender coisas novas”, ao ser questionada sobre o objetivo do grupo, a profissional considera que, a longo prazo, o conhecimento adquirido pela população durante o grupo poderá favorecer a melhoria dos exames, sinais e sintomas relacionados às doenças. Como ela própria diz, o grupo poderá “*melhorar a saúde em geral*”.

Este objetivo é (re)afirmado quando a profissional assume que a relevância do grupo está relacionada à mudança de hábito dos usuários. Ao dizer que a “*vinda semanal no grupo ajuda a inculcar as ideias sobre hábitos alimentares saudáveis*”, a nutricionista expressa a intenção de persuadir o usuário a adotar determinadas rotinas, de introduzir nele algo de fora, do exterior e de induzi-lo a um comportamento. A afirmativa “a longo prazo eles vão ganhando mais informações, vão aprendendo mais e aí eles vão colocando aquilo em prática e automaticamente vai tendo os benefícios, né?” é ilustrativa, revela a ideia subjacente de que o conhecimento é passível de ser transmitido e recebido, bem como mobilizado de modo a transformar-se irrefletidamente em novos comportamentos.

A profissional considera que consegue atingir os objetivos perante a observação e o acompanhamento de alguns usuários que participam do grupo e conseguiram emagrecer, melhoraram os resultados de exames de glicemia, por exemplo, e a pressão arterial, proporcionando, inclusive, a redução da dosagem dos medicamentos.

Em relação à forma de condução da Roda de Conversa, todos estão dispostos em círculo e sentados. Uma dinâmica com pratinhos coloridos em que 50% do prato é verde, 25% marrom e 12,5% vermelho é conduzida pela profissional. Figuras de tipos de alimentos são distribuídas para cada usuário montar o seu prato do dia a dia (almoço ou jantar). A nutricionista auxilia os usuários com dúvidas sobre o que representam algumas imagens dos alimentos e se aproxima de cada usuário para ver como está sendo feita a montagem nos pratos. Esta dinâmica é identificada pela profissional como algo

que funciona mais [...], melhor do que só mostrar e falar e eles só ficarem escutando, porque eles trazem as dúvidas, a gente consegue, tenta sanar muitas delas, eles conversam entre eles, o que eles acham, quais são as sensações que eles têm com relação àquele assunto. Então fica menos centrado só em mim e eles participam mais. Eu acho que tem um poder maior de mudar o hábito deles; eu acho (Profissional - Roda de Conversa sobre “Nutrição e Alimentação saudável”).

Propiciar o esclarecimento de dúvidas, a conversa e a expressão das ideias e “sensações” relacionadas à alimentação dos usuários para mudança de hábitos é o que pretende a profissional. Com esse intuito, após a montagem dos pratos, ela indaga o porquê das cores. Uma usuária responde: “é pra gente ver a quantidade de coisas que estamos comendo”, o que é confirmado pela profissional. Em seguida, a nutricionista explica sobre como “tem que ser” o prato dos usuários: “o verde aqui é a metade; o que seria?”. Alguns respondem “arroz”, outros, “salada”. A nutricionista reforça a resposta que julga correta: “é a salada. Metade do prato de vocês tem que ser salada, certinho? Todo mundo faz assim?”. Uma usuária diz: “Ah, eu como mais arroz” – frase a qual a profissional se opõe, dizendo: “ah tá, mas gente, pelo menos metade do prato tem que ser salada”.

Dando continuidade ao assunto, a usuária diz “eu gosto de todas essas saladas aqui porque é bom para o sangue”. A profissional, então, pergunta: “Por que isto é importante?” e responde imediatamente, sem ouvir o que os usuários têm a dizer. Ela explicita: “Esses legumes e verduras ajudam a equilibrar o organismo, deixar tudo funcionando tinindo, senão a gente funciona mais ou menos. A gente chama esses alimentos de reguladores [...]. Aí melhora tudo”.

Ainda sobre o tema “saladas”, referente à cor verde do prato, ao reconhecer na fala da profissional a importância dos legumes e verduras para o organismo, uma usuária afirma “eu era muito gorda, né? [...] comia muito arroz, macarrão; depois eu emagreci, comendo muito verde!”. A profissional comenta “aí, oh! que beleza!” e imediatamente pergunta: “posso

temperar a salada, gente?”. À resposta da usuária – “eu ponho sal e azeite”, a profissional complementa, argumentando acerca dos benefícios do azeite utilizado na quantidade correta e informa sobre a importância de variar a salada para evitar deficiências de minerais e vitaminas e para facilitar a digestão.

Nesse momento, uma usuária interrompe a profissional, distanciando-se do tema em questão, com uma dúvida: “e o adoçante pra gente adoçar o café, se colocar mais de quatro gotas no café vira açúcar?”. Diante da questão, a profissional responde: “não, é claro que não; o adoçante é uma coisa e o açúcar é outra coisa; [...] eu não proíbo ou restrinjo os tipos de adoçantes” (profissional - Roda de Conversa sobre “Nutrição e Alimentação saudável”).

Esse procedimento de perguntar e responder de forma imediata, sem considerar a noção do usuário, acontece também quando a profissional questiona sobre a outra cor no prato: “vermelhinho, o que é? Carne; ela é rica em proteína. E pra que serve? Pra formar músculo. Pode ser ovo? Pode por dois ovos, pode comer duas vezes por semana. Hoje o ovo não é aquele vilão do colesterol, como se achava antigamente. Mas, tudo em excesso faz mal”.

Ao abordar a outra cor do prato, a amarela, a profissional procede de modo a perguntar ao usuário e privilegiar o conteúdo que permite transmitir a informação que julga necessária. À indagação da profissional “e esse amarelinho aqui gente, o que vocês pensam dele?”, uma participante responde “arroz?” e a nutricionista explica: “Isto tem a ver com carboidrato; [...] tudo que tiver mais massa é considerado carboidrato (arroz, macarrão, inhame, cará, milho)”. Em seguida pergunta “E para que serve o carboidrato, gente?”. Surgem, nesse momento, duas respostas: “serve para engordar [risos]”, “para energia”. E a profissional escolhe a que vai ao encontro do que quer ensinar e diz: “Exatamente, energia para a gente fazer as nossas atividades diárias”.

Dando prosseguimento, a profissional expõe sobre o que os participantes “podem comer”: “pra quem montou o pratinho aí e colocou batata e arroz, pode comer de vez em quando; não tem problema, só que tem que diminuir na quantidade de cada um”. Trata a seguir da cor marrom, indagando a que ela se refere. Nesse momento, uma usuária, mostrando falta de compreensão do conteúdo abordado, retoma um assunto já discutido: “não posso comer arroz com mandioca frita não?”. Sem responder, a profissional comenta enfaticamente o que é ideal a ser feito em relação à fritura: “gente, fritura é caloria. Família com quatro pessoas, o ideal é uma lata de óleo por mês”.

Outro exemplo de preconização do padrão ideal acontece quando, ao final, a profissional diz: “deu pra entender este prato? Agora é colocar em prática! Inverno é difícil mesmo. Doce, uma vez por dia, gera 11 Kg na balança em um ano. O açúcar é no máximo uma colher de sopa por dia. Fruta, a gente pode comer à vontade?”. Uma usuária então responde: “acho que pode”. A nutricionista contraria a usuária, argumentando que “também tem açúcar, a frutose, devendo ser ingerida em número de três ao dia”.

Percebe-se, nessa prática sobre “Nutrição e Alimentação Saudável”, que a profissional inicia uma explicação sobre como deve ser o prato de cada usuário, sem antes explorar o que cada participante representou na montagem dos pratos de refeições. A “dinâmica” realizada apresenta potencial para estimular a problematização pelo usuário da alimentação no dia a dia, trazendo elementos do seu contexto real de vida (social e cultural), além dos aspectos afetivos associados à rotina alimentar. Entretanto, o propósito da profissional em permitir a expressão de ideias, a conversa e as “sensações” relacionadas à alimentação dos participantes após a atividade não é alcançado.

Reforça o não alcance do objetivo o comportamento da profissional de perguntar e imediatamente responder, sem dar abertura para o usuário expressar o que pensa sobre o assunto. Isso afeta uma escuta qualificada e compromete o pretendo diálogo entre a profissional e os usuários. Além disso, a partir da fala dos usuários, a profissional seleciona e privilegia o que a ajuda a introduzir a informação a ser transmitida, muitas vezes de forma impositiva, ditando determinado padrão de comportamento alimentar. Por fim, a ideia é a de que os usuários, uma vez com o conhecimento adquirido sobre o prato de refeição, devem seguir as informações dadas no cotidiano.

5.3.2 Grupo “Bem-estar”

O grupo “Bem-estar” é desenvolvido na maior parte do tempo por uma enfermeira e, em alguns momentos, pela médica de uma equipe de Saúde da Família de um Centro de Saúde do Distrito Sanitário Barreiro, de Belo Horizonte. Acontece em um Centro Cultural próximo ao Centro de Saúde, com encontros quinzenais. O público-alvo é livre, com preferência para adolescentes a partir de 15 anos, adultos e idosos e a divulgação é feita na Unidade Básica de Saúde (UBS) para toda a população.

No grupo, a profissional inicialmente fala que o tema a ser abordado é “doenças sexualmente transmissíveis” e destaca a importância do encontro para a formação de “multiplicadores daquilo que aprendem”. Sobre essa importância, ela afirma, quando indagada, que o grupo “abre um leque de oportunidades de acesso à saúde e à informação”, as quais estimulam a responsabilização pela saúde e bem-estar. Ressalta que o objetivo da prática é influenciar positivamente a qualidade de vida e o processo de saúde-doença dessas pessoas, promover a saúde e o bem-estar, bem como esclarecer sobre os problemas de saúde mais comuns. Em relação ao alcance dos objetivos, acredita que ainda não foi possível avaliar, considerando o tempo exíguo de funcionamento do grupo e a alta rotatividade dos usuários.

Antes de abordar o tema, a enfermeira apresenta a fisioterapeuta convidada, que faz uma demonstração da dança sênior - um tipo de dança em roda, constituída por um conjunto de coreografias baseadas em danças folclóricas e de salão de diversos povos. Segundo a enfermeira essa “vivência” serve para “quebrar o gelo” e atrair pessoas para os próximos encontros. Sem explorar a demonstração ou a “vivência”, a profissional esclarece como será a abordagem do tema: “então, hoje a gente vai falar um pouquinho sobre doença sexualmente transmissível. Na verdade, não é uma palestra, tá, gente? Nós vamos conversar um pouquinho sobre o tema, né?... tirar algumas dúvidas. É um tema meio tabu”. Com o uso do *data show*, ela introduz o assunto, destacando dados estatísticos: “os últimos estudos têm mostrado que essas doenças estão voltando e que tem tido muitos casos na unidade de saúde e nos hospitais de referência em DS; têm aumentado aí em mais de 40%, inclusive em idosos, adolescentes e adultos jovens”.

Os temas tratados a seguir foram: corrimento fisiológico da mulher, conceituação de doenças sexualmente transmissíveis, formas de transmissão, causas, tipos, sintomas e tratamentos. Durante a abordagem dos temas, há o predomínio da transmissão de informações e prescrição de comportamentos que podem ser observadas em alguns trechos da prática: “ter que usar a camisinha”, “tomar isso como um hábito”, “ter que tomar cuidado com alicate de unha”, “ter que saber se (a manicure) faz a higiene do aparelho”, “ter que tomar os remédios corretos conforme prescrito; [...] não pode parar de tomar”, “às vezes a mulher tem muita vergonha de falar para o parceiro. Não pode!”, “quem tem vida sexual ativa por mais de um ano tem que fazer o preventivo todos os anos” (Profissional - grupo “Bem-estar”). Reforçando o caráter prescritivo do encontro, a profissional enfatiza: “não adianta só eu falar, só ver na televisão porque às vezes ela não traz aquilo para a vida. Então, é preciso que os programas educativos

deem resultados mais positivos, porque essas doenças podem ter uma série de consequências”.

Há também, durante a prática, o uso de palavras no diminutivo e de termos técnico-científicos: “uretral”, “vulva”, “genital”, “gonorreia”, “candidíase”, “condiloma culminado”, “neurosífilis”, “tricomoniase”; e científicos, tais como “Gardnerella”, “Treponema pallidum”, “Cândida albicans”.

O procedimento de perguntar e imediatamente responder também é adotado pela profissional. Ao questionar “na vaginose o que acontece?”, a enfermeira logo responde: “A gente tem muitas bactérias que vivem na nossa vagina, mas elas vivem ali de boa, convivendo muito bem, só que alguns fatores podem levar essas bactérias a multiplicar sem parar”. Igualmente, em outro momento, a enfermeira pergunta: “a gente não está falando muito de nome de remédio né, por quê?”. E, no mesmo instante, responde: “Porque cada tipo de corrimento dá indício de algum problema [...]”.

Em poucos momentos, a fala da enfermeira é interceptada por perguntas dos usuários relacionadas ao tema tratado. Apenas no final, a profissional questiona de forma a oferecer oportunidade para o usuário dizer algo: “alguém tem alguma dúvida, alguém quer perguntar alguma coisa?”. E, assim, uma usuária pergunta sobre as características do corrimento na gravidez.

Verifica-se, nesse grupo “Bem-estar”, que a profissional ocupa o lugar de detentora de um conhecimento a ser transmitido aos usuários que, recebendo-os, podem repassá-los às outras pessoas. Os participantes, nesse caso, ocupam o lugar de receptores de conhecimentos que podem ser por eles prontamente assimilados. Para a modificação de comportamentos e estilos de vida, a informação parece ser entendida como fundamental e suficiente. A inserção de uma atividade que caminha mais no viés da sensibilidade – nesse caso, a dança – é trazida com uma função meramente instrumental. Prevalece, por conseguinte, a explanação feita pelas profissionais (enfermeira, de forma predominante, e médica, de forma complementar), com pouco espaço para a participação ativa dos participantes.

5.3.3 Grupo “Cultivar”

O Grupo “Cultivar” é realizado por uma fonoaudióloga (a principal responsável) e uma nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Distrito Sanitário Barreiro,

de Belo Horizonte. Acontece em uma área externa do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no bairro Independência, do Barreiro, com encontros quinzenais. Consiste em brincadeiras com as crianças, voltadas para o desenvolvimento neuropsicomotor. Destina-se a crianças de 2 a 5 anos incompletos, que tenham atraso no desenvolvimento e na linguagem, previamente identificados por profissionais de apoio da Unidade Básica de Saúde ou da equipe de Saúde da Família.

O objetivo do grupo é “promover o desenvolvimento saudável das crianças, o desenvolvimento de fala e linguagem adequado; não só de fala e linguagem, mas o desenvolvimento psicomotor”. Ao falar do objetivo do grupo, a profissional argumenta que observa benefícios para as crianças, pois “tem crianças muito tímidas que aqui quase não falam, mas em casa estão falando bastante, e outras com pouca interação e já começam a interagir melhor”.

Associada à promoção do desenvolvimento das crianças, há, conforme destaca a profissional, a intenção de incentivar pais ou responsáveis a manterem o estímulo às crianças em casa, considerando principalmente que não se trata de um grupo terapêutico, mas de promoção à saúde.

A prática é conduzida por meio de estratégias lúdicas, como “coisas bastante coloridas, que chamam atenção” e promovam a exploração pelas crianças dos seus espaços, já que “algumas delas ficam muito tempo dentro do quarto, em cima da cama, vendo televisão, sem estímulo” (Profissional - Grupo “Cultivar”). Um jogo de cartas com desenhos de diversos tipos de animais (macho e fêmea) para as crianças adivinharem os nomes, sexo e algumas das suas características, é empregado no grupo.

No início do grupo, a profissional diz:

Hoje nós vamos brincar com os animais! Quem conhece todos os animais aqui? Eu vou colocando, só que tem aqui o macho e a fêmea. Aí eu vou colocar aqui e vocês vão me falar se é o macho ou a fêmea. Vocês sabem o que é macho ou fêmea? [silêncio] Não sabem? Elefanta é o que, macho ou fêmea? Fêmea. Este aqui é a fêmea né? A elefanta. E este aqui é o [...]. (Profissional - Grupo “Cultivar”).

A partir das perguntas feitas pela fonoaudióloga, as crianças, na maioria das vezes, ficam caladas, apenas escutam e sorriem. Para provocá-las a falar, a profissional pergunta: “quem já viu um elefante de verdade? Vocês já foram [ao zoológico] pela escola, não?”. Com a

resposta negativa dos pais, ela comenta que um dia irão conhecer e prossegue pedindo que as crianças indiquem nas imagens qual é a fêmea e qual é o macho. Nesse momento, apenas uma das crianças – a de maior idade presente no grupo – aponta para as cartas correspondentes aos animais, identificando o sexo; as outras crianças permanecem sem participar. Logo a seguir, a profissional indaga às crianças: “o que um elefante tem de diferente?”. E obtém da criança de mais idade a resposta: “uma tromba”. A profissional, então, faz uma nova pergunta a partir da resposta dada: “sabe o que o elefante faz com a tromba?”. Em seguida, ela mesma responde sobre a função da tromba.

Dando continuidade, a profissional questiona sobre o próximo animal ilustrado na imagem e adianta que se refere ao rei da selva. A partir da resposta correta de uma criança, ela pergunta “por que o leão é o rei da selva?”. Como, para a profissional, a resposta de uma das crianças – “porque ele é o Simba” – não satisfaz dentro de um suposto quadro de erros e acertos, ela informa “ele é o rei porque ele é bonzinho, sossegado, quietinho, é isto?”.

Frente a não participação das crianças, seja por “*vergonha*”, ou pelo domínio exercido pela criança de mais idade, a profissional faz questionamentos e responde de forma cifrada ou direta, como no exemplo abaixo:

Quem já ouviu falar em cabra? Ela faz assim: meeee, meee; dá leite, leite de cabra. E o macho da cabra, como chama? Começa com a letra b: bo... bode! Ah esse aqui é muito fácil, duvido que alguém não viu um de verdade. Cachorro. Como um cachorro faz: au, au, au. Ele late. Como é a fêmea do cachorro? Não é cachorra: ca...cade... cadela, gente! Ah, esse aqui eu também duvido que alguém viu de verdade: cocoricó. O leão é o rei da selva; o galo é o rei da onde? Do galinheiro, ué! Como é a fêmea do galo? Como que chama? Ga... vocês não gostam daquele desenho não? Da pintadinha? Vocês estão com preguiça de pensar, ué![...] Como é que chama o bicho aqui, gente?! Não é possível! Tem marrom, preta, da angola, tem carijó, tem índia... vocês estão com vergonha? Ninguém vai falar? Vou ter que falar pra vocês? Galinha, gente! (Profissional - Grupo “Cultivar”)

Outro exemplo acontece quando a fonoaudióloga questiona: “E o macho da vaca, quem sabe como chama?” Perante o silêncio, ela mesma responde: “Boi, né?!”. E continua “ah, esse também todo mundo já viu um de verdade [...]. Como chama esse bicho aqui?”. Como não há resposta, a fonoaudióloga dá dica – “Miau!” – e pergunta novamente: “Como chama?”. E exclama: “Respondam, gente!”. Uma vez que ninguém responde, a própria profissional traz a informação, deixando soar as sílabas lentamente: Ga... ga...gatinho, gato gente, gata!!!

Verifica-se, nessa prática do “Grupo Cultivar”, que a brincadeira realizada de apresentação das imagens dos animais refere-se a uma sequência de perguntas e respostas elaboradas pela

profissional. As imagens dos animais nas cartas, seus nomes e características são destacados de forma mecânica, como algo a ser memorizado. Como não pertencem ao universo vocabular dos alunos, a produção de significados a partir do seu contexto e realidade de vida fica comprometida.

Desse modo, o “Grupo Cultivar” acaba por reproduzir uma prática de ensino centrada na palavra “esvaziada da realidade” e, portanto, de sentido para a criança (FREIRE, 2009). Isso ocorre quando não há exploração da realidade das crianças, de forma a proporcionar a leitura e a interpretação das diferentes situações que circundam suas vidas. Conseqüentemente, não há a participação do sujeito ativo na prática educativa, isto é, daquele que precisa agir sobre o objeto de conhecimento, para que ocorra o processo de aprendizagem.

A problematização dos conteúdos de ensino não acontece, bem como a decodificação do mundo social e cultural em que as crianças vivem, processo que deve acompanhar o da decodificação das sílabas, para uma formação crítica e contextualizada.

5.4 Categoria 2: Trocando saberes, histórias e experiências de vida

5.4.1 Grupo “Estrela da manhã”

O grupo “Estrela da manhã” é coordenado por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, da regional Barreiro, de Belo Horizonte. Acontece em um Parque Ecológico no bairro Flávio Marques Lisboa, da mesma regional, com encontros semanais. O público-alvo envolve pessoas da comunidade em geral que pertençam à área de abrangência do Centro de Saúde e os usuários que são encaminhados pelos integrantes das equipes ou profissionais de apoio.

Refere-se a um grupo de canto em que músicas e outras atividades são utilizadas para promover o relaxamento, a socialização e “tentar estimular ao máximo atividades que eles participem, que eles estejam juntos fazendo; tudo que envolve a pessoa, que ela se sinta parte daquilo ali, fazendo também.” (Profissional - grupo “Estrela da manhã”). De acordo com a enfermeira, o instrumento musical tem o benefício de estimular o sistema neurológico, e as outras atividades, como desenhos e textos, contribuem para estimular a exposição de assuntos diversos pelos usuários. Trata-se de uma oportunidade em que “a gente tenta fugir de tudo que é muito padrão, como eu chegar aqui e fazer uma palestra e eles só ouvirem”.

O objetivo do grupo, conforme afirma a profissional, é “socializar essas pessoas, para elas não fiquem isoladas, sozinhas, e desenvolver pessoalmente as habilidades que elas têm”. Como exemplo do que é feito para desenvolver a habilidade de forma coletiva, a enfermeira cita a construção de uma música, em que “cada um escreve um versinho e a gente tenta juntar para fazer uma música”. O alcance do objetivo é relacionado à satisfação que todos têm em participar das atividades. Nesse sentido, ela destaca que a relevância do grupo situa-se no estímulo ao sentimento de pertencimento de todos a um grupo e de (re)conhecimento pelos pares.

Em relação à forma de condução do grupo, inicialmente a profissional entrega um papel branco, lápis de cor e de escrever aos usuários e solicita que desenhem, coloram ou escrevam algo que a música evoca ou que se relaciona à sua vida. Como a caixa de música não funciona e a tentativa de escutarem pelo celular é frustrada, a enfermeira decide tocar um pouco de violão e canta a música “*Tocando em frente*”, de Almir Sater – uma canção que fala da vida de forma simples, na visão de um “caipira” brasileiro: “[...] *Cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si carrega o dom de ser capaz e ser feliz [...]. É preciso paz pra poder sorrir, é preciso amor pra poder pulsar, é preciso a chuva para florir [...]*”. Há os que observam a profissional cantar e os que trocam ideias entre si ao desenhar. Na medida em que alguns usuários vão terminando a atividade, eles começam a cantar junto com a enfermeira.

Uma usuária se recusa a participar da atividade, alegando não saber desenhar. A profissional responde: “pode fazer o que quiser, não precisa ficar bonito não”. E complementa: “Oh gente, desenho não é só forma não, é risco, rabisco. Vocês nunca viram aqueles quadros chiques, caros, não? Que só tem umas coisas assim esquisitas? É arte![risos]”. Mas a usuária insiste em não fazer e é respeitada no seu desejo.

Após um tempo, a profissional pede para os usuários se manifestarem sobre os desenhos realizados. Os usuários expõem sobre o desenho e a profissional faz um pequeno comentário. Temas relacionados ao lazer, à preservação da natureza pelo ser humano, a lembranças da infância, a sentimento de perseverança diante das circunstâncias da vida emergem nas falas dos usuários.

Como exemplo, uma usuária diz: “Eu desenhei uma casa na praia porque temos que trabalhar, mas também divertir um pouquinho; que não seja na praia, mas também pode ser no parque,

no zoológico”. A profissional, então, comenta: “que bacana, ela trouxe essa questão do trabalho, do lazer, compartilhar a diversão com a família. Muito obrigada!”.

Os relatos dos participantes continuam e, em alguns momentos, um ou outro usuário faz um comentário, além do realizado pela profissional. “Como reação à fala “eu fiz uma mão, porque eu gosto da harmonia dos dedos das mãos”, um usuário diz: “você fez uma mão com um anel de compromisso também! [Risos]”, complementando: “Assim como eu, é doida para casar! (Risos)”. Em seguida, a profissional elogia: “Interessante!”. E afirma: “Ela desenhou uma mão aberta que está sempre pronta para ajudar”.

Os três últimos usuários relatam lugares, transportes utilizados ou fatos ocorridos na infância e, dessa forma, emergem lembranças, tais como: “eu desenhei uma casa rústica onde eu morava com meus pais [...], na roça [...], quando era criança” (usuário 1 - Grupo “Estrela da manhã”); “eu desenhei um cavalo, porque na minha infância era o meu transporte [...]” (usuário 2 - Grupo “Estrela da manhã”); “eu lembrei da época em que eu coroava a Nossa Senhora, quando eu ia para a minha cidade; [...] tinha meu padrinho que gostava muito de mim” (usuário 3 - Grupo “Estrela da manhã”).

Após os relatos terem se finalizado, a enfermeira pede a um dos usuários que toque a música “Meu pequeno Cachoeiro” com o violão e que todos cantem “ai que saudade dessas terras entre as serras, doce terra onde eu nasci [...]”. Após o canto, um usuário diz: “traz sempre uma dessa pra alegrar meu coração!”. Ao final, a profissional agradece a todos pela presença e destaca que o encontro busca “estimular a mente”. Comenta sobre as lembranças boas relatadas pelos últimos usuários e estimula a reflexão do grupo ao dizer:

A bíblia tem um versículo que fala que é bom recordar as coisas antigas, mas ela dá uma recomendação: não fique muito preso no passado, não fique falando tudo era muito bom, como se as coisas hoje não fossem boas. Então, assim a gente recorda o que era bom, olha o futuro hoje, faz novas amizades, tem momentos bons também, porque a nossa história continua. E a gente tem que continuar com boas ações, bons momentos e bons amigos. E aí eu agradeço todo mundo. (Profissional - Grupo “Estrela da manhã”).

Nesse grupo “Estrela da manhã”, desenhos inspirados pela música e relacionados às circunstâncias da vida compõem o estímulo para os usuários exporem suas crenças, valores e situações de vida. A valorização das noções e experiências dos participantes revela a importância dada ao senso comum, conhecimento usual e prático que orienta as ações das pessoas no cotidiano e promove sentido à vida (SANTOS, 2010).

As estratégias utilizadas (música, desenho) favorecem o desenvolvimento da autopercepção, o relacionamento interpessoal e o desenvolvimento de competências cognitivas, tais como a memória e a capacidade de representar o pensamento por meio de desenhos. Quando a prática é desenvolvida em um parque, cria-se um ambiente descontraído e de relaxamento, que propicia satisfação aos participantes e uma abertura ainda maior para a comunicação uns com os outros.

Embora a profissional busque uma relação mais horizontal e procure dar abertura para a fala mais livre, sua intervenção consiste em fazer interpretações e suscitar reflexões a partir de seus pontos de vista e não dos usuários, conferindo à prática uma abordagem mais pessoal. Ao conduzir o pensamento do participante na direção de uma interpretação mais própria, sem suporte em conhecimento elaborado, a profissional deixa de explorar o que é trazido em termos de noção e experiência de cada um. Nesse ponto específico, os próprios conhecimentos contidos na música poderiam, caso tivessem sido associados às manifestações dos usuários, ser explorados na produção de novos significados durante a prática educativa.

5.4.2 Grupo “Compartilhando Saberes”

O grupo “Compartilhando Saberes” é realizado, geralmente, por uma nutricionista, uma psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma estagiária de nutrição, uma assistente social, e acontece em uma sala de reunião de um Centro de Saúde da Regional Barreiro, de Belo Horizonte, com frequência mensal. O público-alvo envolve pessoas que estejam pouco motivadas a adotarem um estilo de vida saudável, por motivos diversos. Afinal, “a gente sabe que tem pessoas que estão na pré-contemplação e na contemplação e que não desejam mudança e não vislumbram melhoras na sua saúde”.

A nutricionista considera o grupo como de apoio, ao permitir “a escuta e troca de experiências das dificuldades do dia a dia” que, muitas vezes, impedem as pessoas de colocarem em prática hábitos de vida saudáveis. Utiliza, para isso, a roda de conversa, pois acredita ser “importante a pessoa falar e escutar a experiência do outro, pois aprendem uns com os outros”.

De forma a reforçar a importância do grupo, a profissional, ao ser questionada, informa sobre o objetivo da prática:

Tentar sensibilizar as pessoas a trabalhar essa questão da ansiedade, do estresse e também a troca de experiência entre eles, porque a gente sabe que as pessoas têm que falar de si, elas mesmas falando vão escutar primeiro, vão aprender com o que

elas estão falando e com a experiência do outro. Então é uma troca de experiência entre as pessoas e com os profissionais – psicólogo e nutricionista, porque tem questões de alimentação envolvidos com a questão emocional. Então, a gente trabalha conforme a demanda das pessoas. É imprevisível [o grupo] (Profissional - Grupo “Compartilhando saberes”).

Para o alcance do objetivo a nutricionista faz uso de estratégias como a música “porque ajuda a soltar e fazer uma reflexão sobre aquilo que está surgindo na roda”, textos que remetem a pensamentos positivos e exercícios de respiração. Referem-se a “dicas que a gente passa para trabalhar as questões que eles trazem”, melhorando o estado de humor, o controle da ansiedade, o estresse e os problemas familiares dos usuários.

Em relação à forma de condução da prática, a profissional inicia dizendo: “Então, a gente gostaria que vocês ficassem bem à vontade pra falarem o problema que vocês estão passando. A gente quer dar o apoio pra vocês, algumas dicas e orientações nesse sentido”. Em seguida, informa sobre a importância do preparo e da motivação para iniciar as mudanças relacionadas à nutrição e à atividade física, e afirma: “primeiro, eu gostaria de conhecer vocês, o que traz vocês aqui”. E assim, os usuários se apresentam; a estagiária de nutrição anota alguns dados. Nesse momento, há uma música bem suave tocando.

Durante a apresentação, os usuários relatam os motivos da participação no grupo. A profissional faz questionamentos, no sentido de relacionar o exposto ao fator emocional e nutricional. Exemplo disso acontece quando uma usuária diz não ter vontade de se alimentar, ser ansiosa, e diz: “meu negócio é só café, doce e cigarro”. A nutricionista, na busca por entender melhor a causa, pergunta: “Por que você usa só café, doce e cigarro?”. A usuária diz: “O cigarro, eu tinha parado, mas aí eu tive um problemão lá em casa: minha filha perdeu um bebezinho de seis meses. Aí, voltei a fumar; café eu tomo toda hora e como doce”. A profissional, com a intenção de ajudar a usuária a fazer a associação do que está vivendo com a sua alimentação, indaga prontamente: “Então, você acha que o emocional está interferindo na alimentação?”. A usuária responde: “sim, tem também as dores no estômago que sinto; não sei se é o tanto de remédios que estou tomando”. A nutricionista, então, argumenta: “o café também pode estar causando a dor; realmente está tudo muito ligado ao emocional”. Ao final do relato, pergunta: “qual a nota que você dá para a sua saúde?”. A usuária responde: “nota 8, porque eu estou procurando ajuda com profissionais, né?”.

Em outro relato, a nutricionista inicia dizendo: “o que te traz aqui?” e a usuária responde: “é porque eu engordei muito de novo, né? [...]”. A profissional, então, de forma a buscar com a

usuária os seus motivos, questiona: “e você deve isso a quê?”. A usuária diz: “problemas lá em casa, com meu menino; [...] eu desconto tudo na comida”. Em seguida, a profissional pergunta se ela se acha ansiosa e a usuária diz que sim, mas, com o medicamento que está em uso, melhorou muito.

Em alguns momentos, os usuários não expõem aspectos relacionados à saúde e alimentação; apenas contam o que os aflige, como, por exemplo, após o questionamento da profissional sobre “o que está buscando?”, uma usuária diz: “eu voltei na estaca zero em relação ao meu filho. Ele bebe e fuma demais. Eu tenho rinite, fico em tempo de morrer [...]; não adianta falar nada com ele. Já bati demais. Eu fico pedindo a Deus que me dê paciência”. A profissional pergunta: “E isso te deixa como?”. A usuária responde: “nervosa, muito nervosa”. Na sequência, a profissional pergunta qual nota que ela dá para a saúde e a usuária responde: “eu dou 10 mesmo, graças a Deus”. Perante a resposta dada, a profissional questiona: “e em relação à alimentação?” A usuária diz: “está tudo bem”.

Ao final de todos os relatos, a profissional comenta:

Então, gente, veio muito essa questão de ansiedade. Normalmente, nesses encontros tem pessoas com dificuldade para implantar hábitos de vida devido à ansiedade, o stress. Por isso que a gente faz junto com a psicóloga, pra tentar entender de onde vem essa ansiedade, o que é ansiedade e por que dá vontade de comer, né? Ou para outras pessoas, o contrário, né? Tem pessoas que perdem a fome (Profissional - Grupo “Compartilhando saberes”).

Dando prosseguimento, a profissional conceitua ansiedade como: “ânsia por algo futuro, quando a gente está preocupada com algo e a gente age compulsivamente, não pensa com a razão, só com a emoção e aí desconta às vezes na bebida, no cigarro, na comida”. Comenta: “nós temos que mudar o nosso cérebro, no sentido de pensar com a razão”. Então, fala sobre exercícios com a respiração, que ajudam no controle, pois oxigenam o sangue e o cérebro, contribuindo para o raciocínio, e sobre a importância em ter pensamentos positivos e mentalizar o que cada um deseja para a sua própria vida.

Em seguida, a profissional entrega uma pasta com a letra da música “Conquistando o impossível”, do gênero cristã/gospel, e convida todos a cantar e depois a falar o que acham, a fim de “trocar experiências, porque as respostas para os nossos problemas estão em nós mesmos”. Algumas usuárias relatam o que a música representa: “paz”; “tem coisas que dependem só da gente, se você tiver fé, força e acreditar, você consegue!”; “nós podemos

vencer, né?”. A profissional, então, a partir das falas, afirma: “Vamos colocar na nossa mente as coisas boas que nós desejamos e a mudança começa da gente mesmo, porque o outro não se muda, né? A gente muda a gente. Então, é a gente ter esses pensamentos positivos”.

De forma a reforçar a importância dos pensamentos positivos, a profissional lê um texto de uma missionária católica que aborda sentimentos diversos, tais como: medo, egoísmo, perdão, rancor, paz, otimismo, fé, amor perante a vida e as pessoas (trabalho, lar, pais, crianças). Após a leitura, pergunta: “o que vocês acharam do texto?”. Uma usuária diz: “bonito”; e a profissional complementa: “mais ou menos a ideia da música, né?”. Na sequência solicita a todos inspirarem e expirarem por dez vezes com a mão na barriga e olhos fechados, prestando atenção na respiração e diz: “sempre que vocês sentirem ansiedade vocês vão fazer essa respiração”. Ela comenta sobre a necessidade de todos se acalmarem, respirarem, beber água, ter desejos, sonhos e afirma: “Se eu acordo, olho para o espelho e falo eu me amo, eu vou conseguir, eu sou feliz! Tá bom? Só assim a gente vai conseguir melhorar nossa ansiedade. Dá pra gente fazer isso?”.

Ao final, todos em círculo, de mãos dadas, estendem o corpo para o lado direito e esquerdo repetindo a seguinte frase: “eu não vou cair, eu não vou cair, porque tenho a você e você a mim”. A pedido da profissional, são anunciadas palavras e expressões positivas que cada um vai levar para a casa: “hoje meu dia será melhor que o de antes”; “fé”; “coragem”; “perseverança”; “carinho”; “força”. Por fim, a profissional pede para todos se abraçarem e pergunta: “O que vocês acharam?”. As usuárias respondem: “muito bom!”, e a profissional questiona: “Vale a pena continuar?”, os usuários confirmam: “Sim”.

Percebe-se nesta prática “Compartilhando saberes” que a profissional escuta os usuários e, algumas vezes, faz questionamentos no sentido de levá-los a relacionar as emoções aos cuidados com a dieta e hábitos de vida. Quando não persuade o usuário a fazer tal relação, a profissional consegue valorizar o modo como os usuários percebem o que estão vivenciando. A profissional considera que os usuários aprendem quando escutam e falam sobre as suas experiências de vida. Nesse sentido, observa-se que algumas falas e condutas da profissional durante a prática são influenciadas pelos usuários e revelam uma abertura para o imprevisível, inerente a todo processo de escuta.

Verifica-se, no entanto, que a nutricionista, durante os relatos dos usuários, não os interroga sobre os modos possíveis de encaminhar o processo que cada um vivencia, de forma a

contribuir para reflexões na direção de uma transformação. Crenças de autoeficácia – julgamento das próprias capacidades de executar ações exigidas para se atingir certo grau de performance – guiam a prática da profissional (BANDURA, 1986). Isso pode ser evidenciado pelo estímulo dado pela profissional às convicções pessoais quanto a dar conta de uma determinada tarefa. A ideia de que crer que “posso fazer” determinada ação define a mudança de comportamento na saúde atravessa a prática educativa conduzida pela profissional. O fato de serem utilizados, na condução do grupo, referenciais que se aproximam muito mais de dogmas do que de conhecimentos elaborados e/ou científicos pode desvirtuar os princípios da teoria cognitivo-comportamental, segundo os quais o conhecimento e a informação sobre o problema, a expectativa com os resultados, o conhecimento das consequências da ação e a autoeficácia são fundamentais para a efetivação da aprendizagem e mudança comportamental (BANDURA, 1986).

5.4.3 Grupo “Artesanato”

O grupo de artesanato é coordenado por uma assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e conta com a participação de duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Acontece na área externa de um Centro de Saúde na regional Barreiro e consiste em um grupo de convivência em que os participantes confeccionam peças de artesanato que, muitas vezes, são vendidas para reverter em compras de materiais para o grupo continuar se sustentando. Inicialmente, na época de sua criação, o público-alvo consistia de mulheres da terceira idade; posteriormente ampliou-se esse público para qualquer pessoa da área de abrangência do Centro de Saúde, que deseja participar. A divulgação acontece pelos integrantes das equipes de Saúde da Família e nas reuniões da comissão local. A profissional considera o grupo totalmente inclusivo. Ela diz que “usa do artesanato como desculpa para atrair as pessoas”. E reforça o tanto que o grupo é aceito ao relatar: “as pessoas que vêm colocam pra gente; tem vez que chego a emocionar: a agenda de quarta-feira à tarde já é garantida, elas não fazem ou agendam mais nada; é o grupo”.

De acordo com a profissional, a partir de demandas específicas de temas da área da saúde apresentados pelos integrantes, acontecem discussões de assuntos de saúde, como, por exemplo, sobre a dengue, sobre o envelhecimento e o uso de plantas medicinais. Já foi realizada, inclusive, uma visita monitorada ao Parque das Águas, no Barreiro, que tem o maior canteiro de plantas medicinais da região, que permitiu “aprendizados e ensinamentos”.

Assim, é um grupo de “troca. Ele vai para além de um grupo operativo que você só trabalha com tudo pronto, palestra e assim por diante” (Profissional – grupo “Artesanato”).

A assistente social afirma que a estratégia utilizada remete a algo prazeroso, “porque elas próprias acabam ensinando para as outras [técnicas de artesanato]”. Dessa forma, acredita ser uma estratégia delas mesmas. Afinal, a profissional não tem experiência nem habilidade com o artesanato, são as ACS que também dominam as técnicas e intercedem às vezes. Para a assistente social, “no momento que estão ali tricotando, bordando, pintando, vão falando da vida, vão colocando questões que, muitas vezes, as estão afligindo, vão trocando, vão dividindo. Na medida do possível, a gente vai fazendo intervenção”. A profissional traz um exemplo de produção coletiva, quando todos os usuários decidem trazer fotos individuais e das famílias para a construção da história do bairro e da comunidade, enquanto conversam.

A assistente social acredita que a prática é importante na medida em que fortalece vínculos entre os usuários e entre estes e os profissionais e empodera o público para lidar com as suas questões de saúde. Para ela, os benefícios para a saúde das pessoas são nítidos, por exemplo, quando uma das participantes do grupo comenta que melhorou o quadro de depressão grave, ao conseguir se socializar após a participação assídua nas atividades. Nesse sentido, afirma que o objetivo do grupo é “promover espaço para os usuários se encontrarem, o que possibilita ao sujeito, à pessoa, ao indivíduo se empoderar e se fortalecer”. E exemplifica mais:

E temos depoimentos no grupo de membros que participam que diz muito disso, entendeu? Que estão até deixando de fazer uso de medicações; a gente tem retorno das equipes que, na medida que eles participam, eles demandam menos nas consultas no Centro de Saúde. [...] E uma crítica que eu faço: eu acho que a gente precisa de pensar até em instrumentais que venham mensurar essa qualidade do atendimento do retorno que está tendo desse grupo. Porque elas me dizem, mas isso acaba não tendo visibilidade (Profissional – grupo “Artesanato”).

A profissional relata ter grande satisfação em trabalhar com esse tipo de atividade coletiva; afinal, não adianta trabalhar só com questões curativas, pois dessa forma não é possível promover saúde. E afirma: “a gente aprende muito com o grupo, o profissional precisa respeitar, ouvir e aprender com aquele que está ali ao lado e, no mais, elas mesmas vão trocando, vão convivendo”.

Quanto à forma de condução, inicialmente todos buscam os materiais guardados dentro de caixas em uma sala do Centro de Saúde (lã, linhas, agulhas, pedaços de pano, folhas, tintas,

lápiz de cor e outros) e, sentadas ao redor de uma mesa, começam a fazer trabalhos manuais ou continuam os que já haviam começado. Há uma usuária que comparece pela primeira vez e a profissional explica sobre o grupo, dizendo ser um espaço de convivência, e esclarece: “a intenção é um aprender com o outro, não existe isso de um saber mais, cada um escolhe o que fazer dentre o que tem mais facilidade ou habilidade ou mesmo o que tem desejo de saber e um ensina para o outro”.

Após o esclarecimento sobre o grupo, a profissional pergunta o que a usuária gostaria de fazer e questiona se já sabe fazer tricô ou crochê. Após a resposta, a agente de saúde mostra alguns tapetes, gorros e cachecóis prontos. A usuária decide o que fazer e a profissional ensina o passo a passo. Na sequência, há momentos de dúvidas da usuária, as outras próximas esclarecem e, inclusive, a incentivam, dizendo: “nossa, crochê é difícil e você já fez isto tudo? Você leva jeito!”. A usuária, com um sorriso, responde: “obrigada!”.

A maioria das usuárias fazem trabalhos de tricô ou crochê. Apenas uma delas desenha e colore em folha de papel. Durante os trabalhos manuais, uma das usuárias que estava com as duas filhas, uma criança e outra adolescente, comenta sobre as dificuldades em interromper a amamentação e também em lidar com as alterações emocionais da filha mais velha. Nesse momento, várias pessoas expõem alguma opinião ou sugestões. Além disso, os participantes conversam entre si outros assuntos, tais como: os trabalhos já produzidos pelo grupo; planejamento do próximo bazar, em que o dinheiro poderá contribuir para compra de prendas para bingo e realização de eventos ao fim do ano. Relembra a visita feita ao Inhotim, local que é sede de um dos mais importantes acervos de arte contemporânea do Brasil e fica em Brumadinho (interior de Minas Gerais), dentre outras.

Em um dado momento, uma das usuárias termina o cachecol realizado e com satisfação diz: “consegui acabar!”. Recebe vários elogios dos participantes e, em seguida, a profissional pergunta: “deseja fazer algo mais hoje?”. A usuária decide não fazer mais nada naquele dia; irá pensar no que fazer no próximo encontro. Ao final, há um lanche coletivo e algumas usuárias e profissionais mostram o que já foi feito por elas, tais como: panos de prato, botas de lã, porta-guardanapos, cachecol, dentre outros.

Verifica-se no Grupo “Artesanato” que, por meio do trabalho manual, predominantemente do artesanato, os participantes compartilham assuntos e dificuldades vivenciados no cotidiano, ao mesmo tempo em que comentam sobre os trabalhos produzidos e planejam atividades a serem

realizadas, tais como bazar e viagens a museus e exposições de arte. Dessa forma, promovem-se conversas, reflexões, aproximação entre os participantes e a formação de uma rede de apoio perante a manifestação, inclusive, das dificuldades cotidianas pelas pessoas e amparo umas às outras.

O ensino das técnicas de artesanato acontece entre os integrantes, sendo a profissional apenas intercessora nesse processo de aprendizado mútuo. Assim, o processo de aprendizagem é proveniente do conhecimento das técnicas manuais de forma partilhada entre os participantes, sem valorização apenas do saber do profissional. Além de aprender o trabalho manual, as usuárias trocam experiências sobre situações vividas no cotidiano.

A prática permite a elaboração de produções individuais que se tornam coletivas quando os produtos finais (as peças de artesanato) são utilizados em um bazar e a verba adquirida pela venda é destinada ao grupo (compra de materiais, realização de viagens, por exemplo), o que torna o grupo autossustentado. Essa autogestão favorece o desenvolvimento de uma atitude crítica e a percepção de noções relacionadas à liberdade, independência e autonomia pelos participantes, o que pode vir a favorecer a emancipação dos sujeitos. Além disso, os integrantes têm controle nas decisões em relação ao que querem aprender, produzir e vender, o que fortalece o compromisso, a responsabilidade e o trabalho em equipe.

5.4.4 Grupo “Saúde e Alegria”

O grupo “Saúde e Alegria” é coordenado por um médico e um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Participam do grupo também mais um ACS e duas técnicas de enfermagem de um Centro de Saúde da Regional Barreiro e seis músicos de uma Escola de Música da região. Acontece na academia da cidade da Regional Barreiro, de Belo Horizonte. É caracterizado como um grupo de convivência, de frequência semanal, cujo público-alvo são idosos e/ou adultos que possuam depressão leve ou que apresentem noções cognitivas prejudicadas por patologias crônicas, tais como hipertensão e diabetes. Apresenta os seguintes lemas: “nenhum de nós é tão bom quanto todos juntos” e “o tempo nos leva a idade, deixa-nos a saudade; mas, se desejamos realmente, fica a felicidade, renovando a nossa mocidade”.

A prática consiste de atividades lúdicas, tais como bingo, música, canto, dança, comemorações diversas (dia das mães, dia dos pais, festa junina e aniversariantes do mês), além de organizações pelos integrantes do grupo de excursões para a Serra da Piedade,

Diamantina, dentre outros lugares, e realizações de serestas nas casas de pacientes acamados ou restritos ao lar ou em instituições de longa permanência. O financiamento do grupo acontece através do “rateio” entre profissionais e usuários e também por verbas adquiridas por venda de materiais recicláveis.

As estratégias utilizadas são definidas de forma coletiva, com o envolvimento dos profissionais e usuários, como o médico diz:

a gente senta lá com eles e diz assim: “oh gente, o que vamos fazer?”. Algum dá ideia e vai. Como a gente sabe que o bingo, a música, as festas, a maioria das pessoas gostam, né, a gente faz. No início, a gente falou: “oh gente, não tem nada de religião aqui, não tem nada da gente criticar a forma como o outro pensa. Aqui é um modo de reunião que a gente vai falar o que quiser”. Então, dessa maneira a gente conversando, oh, como a gente vai fazer, um sugere. Os próprios usuários, ideias dos agentes de saúde nosso, sabe? Da nossa gerente também. A gerente dá uma força danada para a gente (Profissional - Grupo “Saúde e Alegria”).

Esse envolvimento mútuo torna a prática muito importante “porque ela aproxima os profissionais de saúde com a comunidade” (Profissional - Grupo “Saúde e Alegria”). Além disso, o médico afirma que consegue ajudar mais as pessoas a partir da convivência com os problemas delas; afinal, “às vezes, a pessoa quer uma conversa e uma orientação com você, ela não quer um remédio”.

Essa importância do grupo é reforçada pelo objetivo, que é “mostrar para a comunidade que existem outras coisas pra ela fazer”. O profissional acrescenta ainda que contribui para o atendimento no Centro de Saúde, “porque a gente passa a conhecê-los, passa a ver as dificuldades que eles têm, aproximamos mais. Então eles nos contam coisas que a gente de alguma maneira pode ajudar”. O profissional acredita que consegue atingir bem o objetivo quando percebe que as pessoas estão mais felizes e comparecem no CS somente para as consultas periódicas.

Em relação à forma de condução do grupo, inicialmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) cumprimenta a todos e comenta se eles perceberam que estava sendo desenvolvido o grafite no muro da academia, com verba proveniente da venda de recicláveis pelos integrantes. Em seguida, agradece a presença da banda de música e comunica sobre a atividade da próxima semana do grupo – uma seresta na “casa de repouso”. Em seguida, convida a todos para se levantar, faz-se uma oração, depois todos cantam para desejar as boas-vindas aos que comparecem pela primeira vez: “seja bem-vindo... olelê, seja bem-vindo...”

olalá [...]”. Todos estão sentados em semicírculo, os profissionais ficam próximos uns dos outros e os usuários dispostos de um lado e de outro.

Na sequência, um dos músicos agradece pela oportunidade de estar mais uma vez participando do grupo e as músicas têm início. Todos batem palmas, cantam, comentam algo entre si. O médico sugere a música do “Fuscão Preto” e todos riem. O músico diz: “eu vou tocar uma outra de sucesso do momento primeiro, eu quero que vocês fiquem felizes”. Canta-se outra música – “Alô porteiro”. Alguns cantam, outros conversam momentaneamente com a pessoa ao lado. Há sempre participação, seja escutando a música, seja cantando, batendo palmas, fazendo gestos com a cabeça e com os pés. Ao final da música, todos batem palmas e o músico agradece.

Chegam mais duas pessoas e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) as recebe; começam a brincar sobre a história da música do “Fuscão Preto”. Toca-se, então, essa música; todos batem palmas e sorriem! Após, toca-se outra música e dois usuários se emocionam ao final.

Dando prosseguimento, foram distribuídas as cartelas de bingo para todos e o médico comenta: “é isto aí ,minha gente: vamos ver quem está com sorte no amor”. E o ACS orienta: “ganha quem acertar os números na horizontal ou vertical; o primeiro prêmio está na sacola com surpresa, um brinde dentro; para ganhar é em pé ou deitado”. Começa-se, então, o sorteio dos números pelo médico e o ACS organiza as peças no “tabuleiro”.

O médico faz brincadeiras e associações com os números, por exemplo, ao dizer: “este número é a idade de fulano, referindo-se a um idoso no grupo: vinte e cinco! [risos]”. As pessoas ficam concentradas nas cartelas, até que uma usuária com a mão levantada diz: “Bingo!!!”. Alguns comentam: “ganha todos esta menina”. Há na sequência mais duas premiações.

Ao terminar o bingo tocam-se mais músicas: “Chico mineiro” e “Moreninha linda do meu bem querer”. Todos cantam e batem palmas. Alguns comentam sobre os eventos que já tiveram e que foram muito bons: “aquele dia que passamos no clube, a festa junina com quadrilha, comes e bebes, até com casamento”. Duas usuárias dizem que depois tem que revelar algumas fotos dos eventos.

Na sequência, o ACS informa alguns avisos e agradece a todos pela parceria, inclusive pela ajuda com a “*reciclagem solidária*”, que permite a compra de cadeiras, caixa de som, ajuda para pagar o grafite no muro da academia da cidade e complementa:

Graças a Deus, é com essa parceria do grupo com a academia da cidade, o grupo de música, o Lian Gong [...], com a ajuda é que temos conseguido coisas que se tivéssemos ficado parados nunca teríamos. Uma salva de palmas a toda a comunidade que ajudou! Neste semestre, tivemos várias conquistas... que não são minhas, do doutor e outros, é de todos nós. Qual é a palavra mais valiosa? Nós somos o quê, gente? Uma família [todos dizem]” (Profissional - Grupo “Saúde e Alegria”).

Após essa fala, todos começam a cantar e a fazer movimentos conforme a música: “Se é feliz eu quero ver bater as mãos, bater os pés [...]”. Toca-se, em seguida, outra música: “toda vez que eu viajava pela estrada de Ouro Fino [...]”. Ao final, o ACS agradece novamente aos músicos presentes, faz-se uma oração e todos se dispersam.

Verifica-se que o grupo “Saúde e Alegria” constitui-se de parcerias intersetoriais, pois além da utilização do espaço da academia da cidade, a prática conta também com a presença de integrantes da escola de música da região. As estratégias utilizadas (música e bingo) assumem a função de entretenimento e juntamente com as brincadeiras realizadas pelos profissionais, ao associar a letra da música a situações da vida e ao realizar analogias irônicas com os números sorteados no bingo, contribuem para um ambiente descontraído e alegre.

Há um trabalho colaborativo entre o profissional e o participante, que decidem juntos as estratégias a ser utilizadas no grupo, a definição e a organização dos eventos. Além disso, a disposição de cada um em reunir produtos recicláveis para reverter a venda em melhoria da estrutura física e em compra de materiais permite a integração e a união de forma horizontalizada, para o alcance de um objetivo comum. Dessa forma, há valorização do modo como as pessoas se colocam diante delas mesmas, dos outros e perante as atividades da prática coletiva, em termos da participação coletiva e corresponsabilidade.

5.5 Categoria 3: Experimentando e produzindo coletivamente

5.5.1 Grupo “Terapia Comunitária”

O grupo “Terapia Comunitária” é coordenado por uma psicóloga (referência técnica do Distrito Sanitário Barreiro) e um psiquiatra (apoio de um Centro de Saúde da Regional Barreiro), em Belo Horizonte. Acontece em um Centro Cultural no bairro Regina, da mesma

regional, com frequência semanal. Qualquer pessoa que desejar pode integrar o grupo, que é composto, na sua maioria, por usuários encaminhados por profissionais das equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde e, na sua minoria, por amigos e familiares dos participantes.

A atividade corresponde a uma de “roda de conversa”, que é considerada pelo profissional como um espaço que “possibilita às pessoas perceberem que o sofrimento faz parte da vida e que nem todo sofrimento é doença”. Nesse sentido, o psiquiatra comenta, ao ser questionado, que o grupo permite às pessoas, “ao falar da vida”, resignificarem o próprio problema e cuidarem dele, resolvendo assim os casos complexos, que não são solucionados pelo uso da estratégia tradicional. E exemplifica:

Se tem uma mãe falando de um problema com uma filha, se tiver uma pessoa participando da mesma idade dessa filha e quiser falar na perspectiva dela, ajuda na compreensão, ajuda no grupo. Então, assim, quanto mais variedade, tanto de gênero quanto de idade, quanto de nível social, tudo isso vai fazer o grupo ficar mais potente. (Profissional 1 - Grupo “Terapia Comunitária”).

De forma a reafirmar a potencialidade do grupo, o psiquiatra diz partir do pressuposto de que os problemas e as angústias precisam ser falados, colocados para fora, exteriorizados, pois se ficam internos manifestam-se pelo adoecimento do corpo. Ele argumenta a seu favor: “quando a gente compartilha a alegria, a gente tende a ficar mais feliz; quando a gente compartilha a tristeza fica mais triste. Muitas vezes, a solução do problema está próxima, mas é falando que a gente vai achar”.

Para o profissional, o objetivo da prática é abrir espaço para as pessoas desabafarem, falarem dos problemas, das angústias, das dificuldades que elas têm no cotidiano. “Quando a boca cala, o corpo fala, quando a boca fala, o corpo sara” é o ditado usado por ele que para ilustrar o que pensa. Relata que tem observado o alcance desse objetivo após participação no grupo, pela mudança de postura de alguns usuários perante a vida, as pessoas e até em relação ao Centro de Saúde.

Nessa mesma direção, o profissional argumenta que o grupo é terapêutico, ao permitir às pessoas socializar as histórias de vida. Acontece aqui, para ele, um processo que ele designa como de resiliência – uma dor vivida e superada é um aprendizado para situações futuras que a pessoa possa vir a experimentar. Na sua perspectiva, experiências de vida trocadas potencializam as possibilidades de encontrar soluções para o problema de alguém. Por exemplo:

Então, uma pessoa fala que tá com problema de insônia, chega já querendo um remédio. Aí uma outra conta “ah, eu tô tomando um chá; eu tive também, tomei um chá e melhorou”, “ah, eu tive também, fiz uma massagem e melhorou”, “ah, eu tive também, mas eu tava em conflito com meu marido; depois que eu resolvi o conflito, minha insônia melhorou”. Então, a pessoa que veio com uma única solução para o problema dela começa a ver outras pessoas usando de outras estratégias e começa realmente a ver que tem um leque muito maior; e legitimar mesmo o que a gente chama que é o saber popular, eu acho que é um dos princípios da terapia comunitária: é legitimar esse saber, que vem da experiência de vida. Eu, enquanto médico, eu estudei sobre o luto, mas eu nunca vivi um luto próximo, eu já vivi de pessoas mais afastadas, mas eu nunca vivi luto da minha mãe, dos meus avós, dos meus irmãos. Então, eu não sei o que que é isso. Mas uma pessoa que já viveu um luto tem muito mais a dizer sobre isso do que alguém que não viveu. Então, é realmente socializar essas histórias. Eu brinco que a roda é aquela antiga conversa na beirada do fogão de lenha: os avós falavam as experiências de vida, tinham filhos e netos loucos para ouvirem essas histórias. E hoje já não se quer mais saber de história de vida; não se quer mais saber, como se isso tivesse perdido a importância. Então, eu acho que a Terapia Comunitária traz esse resgate desse saber popular que também tem uma importância muito grande pra nossa vida (Profissional - Grupo Terapia Comunitária).

O médico reconhece a riqueza social que tem o saber proveniente da experiência de vida. Do seu ponto de vista, as experiências de um podem afetar o outro, principalmente quando fazem emergir sentimentos, como, por exemplo, a dor da vivência do luto. Para o profissional, o grupo permite clarear e elaborar muitas coisas que a pessoa desconhecía ou não estava atenta: “você consegue fazer, muitas vezes, as coisas aparecerem, e [...] mesmo as pessoas que não se manifestam, elas estão fazendo silenciosamente o seu processo ali”.

Em relação à forma de condução da Terapia Comunitária, inicialmente, a psicóloga relembra os “combinados do grupo”, sejam eles: falar na primeira pessoa, “eu senti, eu pensei”; fazer silêncio quando a outra pessoa está falando; ter atenção e respeito com a história do outro; não fazer críticas; ficar à vontade se não se sentir bem para responder alguma pergunta; ter o direito de pedir a palavra e falar.

Em seguida, a psicóloga faz uma “dinâmica”, segundo expressão dela, solicitando que cada pessoa fale a quem está sentado ao lado direito, o que daria de presente naquele dia, como por exemplo: “eu trouxe alegria e dou para a senhora alegria”. E assim os participantes relatam alguns sentimentos, tais como: paz, harmonia, amor, esperança, coragem, realizações, força, justiça e outros. Após esta atividade, a psicóloga comenta “a gente dá aquilo que a gente tem ou que gostaria de ter”.

Dando prosseguimento, o psiquiatra comenta: “agora vou passar a palavra para vocês e gostaria de saber qual assunto vocês desejariam abordar, sempre lembrando que o assunto tem

que ter a ver com vocês”. Mediante três temas relatados pelos usuários, faz-se uma votação para decidir qual deles será mais discutido na roda. O profissional esclarece que o usuário deve votar no tema que tem dificuldade ou que se aproxima mais de algo que está vivenciando. Assim, pela votação, escolhe-se o tema “dificuldade de perdoar”, com a ressalva de que os outros temas abordados podem ser trazidos para o próximo encontro.

O profissional, então, troca de lugar na roda, ficando de frente para a usuária que expôs o tema e pergunta: “O que você acha que é mais difícil: se perdoar ou perdoar alguém?” e a usuária responde: “Me perdoar é mais difícil.” No sentido de entender melhor o assunto, o profissional questiona: “E qual situação que você já viveu que não conseguiu se perdoar?”. A usuária, com dificuldade em contar a sua experiência, diz: “Eu acho que uma coisa que eu fiz e podia ter feito melhor”. O psiquiatra, então, insiste em saber mais com uma pergunta: “mas, o que você poderia ter feito?”. E a usuária responde: “Não sei, talvez reclamado, gritado, não sei”. Nesse momento, a usuária começa a se emocionar e chora, o psiquiatra oferece um papel toalha e questiona se teria sido diferente caso adotasse tais atitudes, e ela afirma: “Acho que sim, talvez meu filho não teria morrido”.

O psiquiatra, em seguida, pontua: “vê se você concorda comigo: tem alguma coisa que não é tão claro se tem que perdoar ou não; você se sente como se tivesse deixado de fazer algo, posso dizer assim?”. A usuária responde: “É como se eu quisesse fazer, mas não pudesse”. O médico questiona: “Você queria fazer, mas não estava no seu alcance?”. E, aos poucos, a usuária consegue dizer um pouco mais: “É, mas eu não sabia o que fazer, eu era muito nova”. O psiquiatra, então, conclui, a partir do exposto pela usuária, que ela pode ter deixado de fazer algo, mas não tinha a maturidade que tem hoje e pergunta: “Parece um paradoxo, não parece?” e a usuária confirma: “Sim, mas eu não me perdo”.

Logo após, o profissional pergunta para os participantes se alguém quer fazer alguma pergunta para a usuária e questiona se alguém já viveu algo semelhante e que gostaria de compartilhar. Assim, três usuários contam histórias da própria vida em que poderiam ter feito algo diferente, mas não o fizeram por circunstâncias da época; outra acrescenta que também se aprende com determinados acontecimentos:

às vezes, a gente tem que aceitar os desígnios de Deus. Por isso, eu acho que tudo que aconteceu foi Deus que permitiu. [...] Se a gente quer, a gente pode mudar; tem que ter fé. [...] às vezes eu tenho que deixar algo que já aconteceu pra ser força pra mim (Usuária - Grupo “Terapia Comunitária”).

Dando continuidade, o psiquiatra pede para todos ficarem de pé, abraçarem-se e se balançarem para a direita e para a esquerda, e diz: “Pés sempre apoiados no chão; nosso pé é o nosso apoio. Como as árvores têm suas raízes, nossos pés são nosso apoio, sempre com os pés no chão”. E todos começam a cantar: “Tô balançando, mas não vou cair, não vou cair, tô balançando, mas não vou cair, não vou cair”.

Para finalizar, o profissional pergunta para o grupo o que cada um está levando dali e o que aprendeu. Nesse momento, uma usuária começa a cantar e todos a acompanham: “eu sei que a vida devia ser bem melhor e será, mas isso não impede que eu repita é bonita, é bonita e é bonita!”. Outras palavras surgem também, tais como “amizade do grupo”, “esperança”, “felicidade e amor”, “sabedoria”, “coragem”. Após essa última palavra, o profissional conclui: “E pra simbolizar que está todo mundo levando coragem, vamos dar um abraço em cada um?”. E, assim, todos se abraçam!

Na prática “Terapia Comunitária” o que parece importar é o que se passa com o usuário subjetivamente, e o inesperado que surge “entre” o usuário e o seu outro, seja o seu par, seja o profissional. Por essa razão, pode ser entendida como um encontro entre os participantes em que os saberes e experiências dos usuários são acolhidos, legitimados e valorizados, postos em diálogo e em confronto com o saber elaborado. Isto não significa secundarizar o conhecimento elaborado, mas reconhecer que, no espaço educativo, todos os tipos de saberes devem estar presentes e ser problematizados, revelando seus limites e potencialidades. O senso comum, nessa perspectiva, deve se traduzir em autoconhecimento e sabedoria de vida (SANTOS, 2004). Deve ser reabilitado, considerando que se refere a uma forma de conhecimento dotado de virtualidades que enriquecem a relação com o mundo.

O profissional, nessa prática, atribui importância fundamental para a socialização das histórias de vida, de modo a promover espaço/tempo para que cada participante do grupo, seja ele profissional ou usuário, possa ensinar e aprender um com o outro. Isso ocorre por meio da problematização dos conflitos, processo que transforma a realidade em uma nova realidade, reafirmando o movimento dialógico da educação e do trabalho coletivo. Desse modo, ao invés de trazer respostas prontas para determinado problema, o profissional promove uma abertura aos participantes, para expor as experiências de vida, escutando, mediando as discussões e dialogando. Possibilita, assim, a produção de conhecimento e novos modos de subjetivação. Nesse movimento, novos modos de pensar e agir no mundo e com o outro podem ser exercitados.

O desenvolvimento do grupo acontece por determinação e certa autonomia dos usuários que, além de trazer elementos relacionados à sua existência marcada subjetiva, social e historicamente, ainda decidem qual tema ou experiências desejam aprofundar na roda. Esse fato vai ao encontro do pensamento do profissional, quando afirma acreditar que cada pessoa tem algo a contribuir e desejos a serem elaborados.

5.5.2 Grupo “*Em canto*”

O grupo “Em canto”, criado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Distrito Sanitário Barreiro, de Belo Horizonte, é coordenado por um fonoaudiólogo que realiza a prática, assim como por um educador físico, um terapeuta ocupacional e um psicólogo. O foco do grupo é a promoção da saúde com o emprego da música como instrumento terapêutico. Os usuários que compõem o grupo pertencem a três bairros distintos da Regional Barreiro (Lindeia, Milionários e Barreiro de Cima), que ensaiam separadamente, em espaços da comunidade, como salão de Igreja, e outros locais da Prefeitura, como o Centro Cultural no bairro Regina, com encontros semanais. Regularmente, acontecem ensaios gerais, conforme a demanda de apresentações para o público do grupo, na forma de coral. Ao término de cada ensaio geral, e também em datas comemorativas como Carnaval, festas juninas, Natal, aniversário dos participantes e profissionais, realizam-se lanches coletivos, que ampliam a interação e a socialização.

De acordo com o profissional, o grupo é aberto a todos, porém voltado para o público adulto e idoso adstrito na Regional Barreiro. Incentiva-se o encaminhamento pelas equipes de Saúde da Família, principalmente de usuários com humor deprimido, queixas de insônia e que apresentem isolamento social. Os encontros contam com momentos de alongamento e relaxamento, orientações de saúde vocal, exercícios específicos para aquecimento e aperfeiçoamento da voz cantada, atividades de ritmo e percepção musical, que estimulam, além da musicalidade, aspectos cognitivos e de memória. Há também rodas de conversa sobre temas em saúde e, quando necessário, outros profissionais do NASF são convidados para falar sobre especificidades de sua categoria.

O grupo toma como partida, conforme o fonoaudiólogo, aquilo que os usuários acham interessante, pois “eles têm voz também”. Por exemplo, podem escolher qual música cantar e as apresentações a serem feitas. Dessa forma, o profissional enfatiza: “eles são o próprio grupo, vão fazendo acontecer, a música trazendo benefícios para eles; o formato que ele tem

hoje surgiu a partir do coletivo.” Ainda de acordo com o profissional, os usuários frequentam mais esse tipo de grupo do que aqueles com palestras de algum tema específico, como era feito no início, pois se sentem mais importantes e valorizados perante o verdadeiro “encontro e vínculo entre profissional e usuário”.

Quando o grupo começou, eram feitas palestras e a música com canto acontecia apenas ao final. Na medida em que o profissional percebeu que os usuários estavam mais interessados pela música e com frequência chegavam para participar somente ao final, e ouviu depoimentos dos participantes de como a música influenciava positivamente na sua qualidade de vida, o grupo foi adquirindo o formato de hoje, com o objetivo de “integrar as pessoas e socializar”. O profissional afirma o alcance desses objetivos, pela forma como as pessoas manifestam alegria. E exemplifica:

Na verdade, a gente escuta muitos relatos de como a música traz esse efeito, né? Tem até um ditado popular que diz “quem canta seus males espanta”, e é verdade, porque a gente percebe muitos benefícios, principalmente na saúde emocional e mental. Então, o usuário entristecido – às vezes, com isolamento, né? –, ele vem participar do grupo e aí ele tem essa socialização, porque o grupo tem encontros toda semana e a gente também tem apresentações. E a gente tem que entender nesse momento a saúde como o conceito ampliado, né? O bem-estar, a qualidade de vida, de uma forma mais ampla do que “ah... eu tinha diabetes e agora não tenho mais”, não é nesse sentido assim. Apesar de histórias que a gente já ouviu até com relação a controle de glicemia, nesses seis anos de grupo eu já ouvi relatos de usuária falar “oh... há anos que eu tento fazer um tratamento odontológico e não consigo, porque a minha glicose nunca está boa, e de um tempo pra cá eu estou me sentindo tão bem, mais feliz, mais bem disposta”; [...] e daí ela conseguiu controlar a glicose de uma forma que ela não sabe como. Ela vinha fazendo as mesmas coisas; então, ela veio contente contar que ela estava conseguindo fazer o tratamento odontológico e ela jura que o grupo ajudou nesse processo. A gente tem muitos relatos com relação à insônia também, de pessoas que não conseguiam dormir, tinha que tomar remédio, aí agora melhorou, fica até ensaiando em casa as músicas [...]; [relatos de] melhora do humor e habilidades de leitura, além de desinibição e potencialização de várias habilidades musicais [...]; então, traz pra eles um sentido, entendeu? (Profissional - Grupo “Em canto”).

Quanto à forma de condução, os grupos correspondentes aos três bairros da regional Barreiro ficam dispostos em três lados de uma sala, no Centro Cultural. A maioria dos usuários usa a blusa com o nome do grupo e pastas pretas que contêm letras de músicas de diferentes gêneros (Sertanejo, Música Popular Brasileira – MPB –, Samba, Forró, Pop Rock e outros), dispostas por numeração, de modo a facilitar a identificação. Há um instrumental com “playbacks” gravados previamente e uma caixa de som.

Inicialmente, o fonoaudiólogo informa que os dois motivos que justificariam a realização desse ensaio geral não existem mais, porém argumenta que o ensaio já há algum tempo vem

se mostrando necessário, razão pela qual deve ser mantido. Ele completa a fala explicando que a gravação pela Rede Globo de televisão para uma reportagem “Quem canta seus males espanta” foi adiada e uma apresentação para inaugurar um espaço novo em um Centro de Saúde foi cancelada, em função da não finalização da obra.

Em seguida, o fonoaudiólogo coloca o instrumental da música “É preciso saber viver” e todos cantam. Após o canto, o profissional coloca outra música, “Velha infância”, e explica “no final, são sons duas vezes mais graves e duas vezes mais agudos”. Demonstra sobre a explicação, cantando um trecho da música. Coloca-se, então, o instrumental e todos (inclusive o profissional) cantam a música toda. Alguns usuários comentam que ainda não está bom e o profissional decide repetir o refrão. Os usuários, então, sorriem e, durante o canto, alguns prestam atenção à letra da música, outros fecham os olhos. Uma usuária comenta que faz anotações nas letras das músicas, para lembrar a entonação na hora do canto.

Dando prosseguimento, coloca-se outro instrumental e o profissional dá o comando: “primeiro, uuuuu; segundo, ahaaahaa; terceiro, laiaahahaah; cada grupo faz um tipo. Lindeia e Milionários começam; depois, o Barreiro de Cima”. De modo eloquente, o profissional diz: “Vamos de pé, porque vocês estão com medo de cantar!” E incentiva: “Vocês estão fazendo certo, soltem a voz!”. Assim, todos ficam em pé e treinam a entonação: “ahahah!”. Em seguida, coloca-se a música “Ando devagar porque já tive pressa” e o profissional pede que eles fiquem atentos ao instrumental. De forma a incentivar o grupo, responde: “Vocês cantaram! [risos]”. Todos treinam mais o refrão, e a música é colocada novamente. Cada subgrupo canta com entonações diferentes, conforme orientado.

Na sequência, duas músicas são cantadas: “Trem bala” e “Asa branca”. Algumas vezes, partes da música são repetidas, a fim de que o coral fique mais harmônico. O profissional destaca que é importante manterem a pronúncia do Nordeste do Brasil na última música, com a intenção de valorizar a cultura local, como havia sido decidido previamente pela maioria dos integrantes do grupo.

O ensaio continua com mais músicas e os participantes batem palmas e sorriem. Em seguida, os participantes são redirecionados para um salão maior, onde estava sendo preparado, como surpresa, um chá de fraldas para a terapeuta ocupacional, com lanche compartilhado. Durante a confraternização, há comentários sobre o ensaio, nos quais os usuários sugerem novas músicas, indicam outros lugares para apresentações, inclusive em uma praça de uma cidade

do interior de Minas Gerais, que possibilitaria a viagem de trem por vários participantes, pela primeira vez.

Verifica-se que o grupo “Em Canto” é composto por diferentes tipos de pessoas residentes inclusive em locais distintos da regional Barreiro, que se interagem e com os profissionais regularmente. Por meio dos ensaios e confraternizações diversas, há a socialização, criação de amizades e ampliação do vínculo entre os participantes. A diversidade das pessoas, o fato de pertencerem a territórios distintos marcados por suas diferenças e similaridades, e a multiplicidade de vozes favorecem a aprendizagem mediada por relações intersubjetivas capazes de gerar sentidos e a construção de novos modos de estar e de agir no mundo.

A música, como recurso terapêutico, permite a apreensão da musicalidade pelos participantes, pois diversos aspectos inerentes são exercitados: entonação, variação de velocidade, volume e tom da voz, além de timbres, altura, intensidade e frequência (vibrações rápidas e lentas), que distinguem sons agudos e graves. Além disso, acontece a ampliação do conhecimento elaborado acerca dos gêneros musicais pelos participantes, que são exercitados sem hierarquização. Por todos esses elementos presentes na prática, pode-se afirmar que ela permite abrir espaço para uma vertente experimental, em que se vivencia algo da ordem da invenção e não da reconhecimento, com poder de incidir sobre a dimensão prática dos participantes, além da dimensão intelectual e subjetiva (KASTRUP; TEDESCO; PASSOS, 2008).

O grupo foi criado a partir de um trabalho coletivo em que os usuários foram corresponsáveis pela construção da prática, com ênfase na música e canto. Desse modo, a sensibilidade do profissional pelos desejos dos usuários e da sua valorização como sujeitos pode ser evidenciada.

Os usuários participam de discussões sobre o ensaio, ao apontarem músicas para cantar, locais para as apresentações ocorrerem e o público a ser contemplado. O caráter vivencial da prática também pode ser evidenciado nesse momento, em que os participantes têm oportunidade de se encontrarem com os outros, expectadores, mediados pelo canto, e experimentarem sensações e emoções que não podem ser antecipadas previamente. Têm ainda oportunidade de reconhecer que a saúde, a humanização do ser humano e sua emancipação exigem conquista conjunta, coletiva, respeito, diálogo, poder de decisão e conscientização de todos que participam dessa caminhada (FREIRE, 2007). A participação popular e a autonomia dos

participantes são aqui valorizadas, pois, por meio da prática do canto, busca-se se estender a vivência compartilhada pelos usuários para outras pessoas.

5.5.3 Grupo “Dança Sênior”

O grupo “Dança Sênior” é desenvolvido por integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), coordenado por um fonoaudiólogo e uma psicóloga. Acontece em um Centro Cultural, ao lado de um Centro de Saúde da Regional Barreiro, de Belo Horizonte, com encontros duas vezes por semana. A dança consiste num tipo originário da Alemanha, desenvolvido por uma coreógrafa e psicopedagoga. Para ser dirigente e ensinar esse tipo de dança, necessita-se de uma formação pela instituição Bethesda. Esse grupo inicialmente foi pensado para idosos, com a intenção de promover o estímulo da mente e do corpo, mas hoje o acesso é livre. Pessoas entristecidas ou com algum quadro já instalado de depressão, além de pessoas com alguma dificuldade de orientação no tempo e no espaço ou de coordenação motora decorrentes de alguma doença debilitante são encaminhadas pelos integrantes das equipes de Saúde da Família e do NASF.

De acordo com o fonoaudiólogo, no Brasil existe a dança sênior há aproximadamente trinta anos. No começo, foi muito realizada no Sul e depois se disseminou para o país inteiro. Tem características de exercícios, mas também consiste de danças sentadas e em pé, com aspectos da dança de roda e em pares. As músicas são variadas e remetem às culturas de vários países do mundo, baseando-se no folclore de diversos povos. Para a psicóloga, a atividade contribui para o desenvolvimento cognitivo e permite que os participantes tenham oportunidade de dialogar sobre outros temas pertinentes:

Normalmente, quando tem alguma campanha na prefeitura, na saúde, nós circulamos a informação, sensibilizamos as pessoas para importância do autocuidado, dentro de várias temáticas. Eu, como psicóloga, acabo abordando muitos aspectos da saúde emocional. Volta e meia, nós conversamos sobre ansiedade, insônia, relacionamentos conjugais e a construção da família. Então, os assuntos vão surgindo. Entre uma dança e outra, a gente tenta aproveitar, de uma forma mais descontraída, para também ir passando informações, ir sensibilizando, às vezes despertando alguém para algum comentário que enriquece o grupo. As danças são entremeadas por conversas em torno de temáticas na área da saúde também (Profissional - grupo “Dança Sênior”).

Aspectos da vida que afetem a saúde emocional são, portanto, tratados entre uma dança e outra. De acordo com a profissional é interessante que na atenção básica exista a oferta de grupos com estratégias diferentes como essa, de modo a possibilitar a circulação das pessoas

nas diferentes propostas, em função dos seus interesses e necessidades. No caso específico da dança no grupo, dentre as várias funções, permite a aproximação do profissional de saúde com a comunidade. E a psicóloga complementa:

E ali ela poder ter esse encontro com o profissional de saúde e cuidar, se tornando uma pessoa mais autônoma, mais responsável por cuidar da própria saúde, porque ela vai receber informações, vai ter uma influência desse conteúdo da saúde de uma forma múltipla, descontraída, em um ambiente de aceitação, de afeto. Então, isso favorece, porque só informação não muda hábito, a informação precisa ser passada num ambiente que crie na pessoa uma possibilidade de aceitação maior. (Profissional - grupo “Dança Sênior”).

A partir da dança, incentiva-se o cuidado à saúde de forma mais autônoma, considerando que a informação é insuficiente, pois há a dimensão do afeto que precisa ser contemplada no processo de aprendizagem.

Pelas questões relatadas, a profissional considera a prática relevante, inclusive para a saúde pública, principalmente na perspectiva da promoção de saúde. Afirma que os tipos de dança são aqueles que os usuários do grupo demandam. Trata-se de uma metodologia que, de alguma forma, precisa trazer novidade, até porque, para ela, a mudança favorece uma readaptação do cérebro. Se a pessoa repete tudo sempre do mesmo jeito, ela tende a não fazer mais esforço, entra no automatismo. Então, a novidade e a variação são importantes para essa estimulação cognitiva e um alcance maior da motivação.

Além da importância em diversificar as atividades, a psicóloga enfatiza que a diversidade dos integrantes no grupo é interessante, pois ajuda as pessoas a aprender a lidar com o outro. Como exemplo, diz:

quem é mais rápido, acaba desenvolvendo a habilidade de ajudar o outro, respeitar, compreender. Aquele que é mais lento, acaba sendo estimulado e se beneficia desse mais rápido, porque ele se vê estimulado e encorajado pela compreensão do outro a avançar um pouco mais (Profissional - grupo “Dança Sênior”).

Dessa forma, a dificuldade que se apresenta no manejo da diversidade acaba sendo algo que favorece o grupo a trabalhar os aspectos relacionais e de socialização.

Segundo a profissional, aprendendo a lidar com o outro, as pessoas aprendem e desenvolvem habilidades sociais, de relacionamento e passam a se perceber melhor: “Eu estou sendo intolerante com esta pessoa, eu empurrei, puxei rápido demais. Ou então: puxa que bacana! Ele está tendo paciência comigo, ele anda tão rápido e eu ando aqui mancando, com bengala

para dançar, mas ele está esperando meu tempo, eu estou me sentindo aceito”. Portanto, considera uma estratégia potente, em que as dificuldades são trabalhadas tornando-se promotoras de crescimento.

Pela estratégia utilizada e as consequências geradas, o grupo tem como objetivos principais promover a estimulação cognitiva e favorecer a socialização. A profissional percebe o alcance dos objetivos propostos pelos relatos dos usuários e observações do seu comportamento. Há as pessoas que participam desde o início do grupo, em 2012, e para ela é muito clara e evidente a mudança. Como exemplo, cita que algumas pessoas que eram mais lentas na locomoção e hoje têm uma agilidade maior; há melhora na capacidade de concentração, de atenção, da memória, da orientação espacial e do equilíbrio do corpo.

Ainda, sobre os benefícios, a profissional comenta que o relacionamento de troca, o toque, a sintonia entre o ritmo da música e o próprio ritmo de cada um favorecem aspectos emocionais e relacionais, além do desenvolvimento de atividades que utilizam várias articulações do corpo. As coreografias mais rápidas, pelo ritmo maior da música, proporcionam um aceleração cardíaco, pela respiração mais intensificada. De forma a enfatizar, a profissional traz o exemplo de uma usuária que vivia um quadro de fobia social e, após a participação no grupo, tem ampliado a convivência social e é uma pessoa mais aberta, descontraída, tranquila, mesmo não sendo atendida individualmente por uma psicoterapeuta.

Quanto à forma de condução, inicialmente o profissional diz que irá começar pela dança de boas-vindas e, ao demonstrar os movimentos, canta “como é bom te ver e te rever, como é bom te ver e te receber”, e pergunta: “vocês lembram?”. Alguns usuários dizem que sim. O profissional, então, separa os pares e ensina os movimentos com os braços e as pernas a serem feitos; todos fazem os movimentos sentados. Em seguida, o profissional diz “agora a dança do suspiro, para a gente alongar um pouquinho também”, e chama a atenção para quando estiverem fazendo com a perna direita não usarem a esquerda, como exercício para a lateralidade também. O profissional demonstra os movimentos e pede para todos irem fazendo juntos. Coloca-se a música.

Dando prosseguimento, o profissional diz “vamos dificultar um pouquinho agora?” e ensina o modo de fazer os movimentos, desenhando um quadrado com o pé direito e depois com o pé esquerdo, em seguida com as mãos, ombros, pernas. Depois, coloca-se a música e todos alegremente batem palmas e fazem juntos os movimentos, guiados de pelo profissional.

Na sequência, o profissional comenta sobre o grupo “Antitabagismo”, que irá iniciar para pessoas que desejam parar de fumar, depois faz a chamada por uma lista de nomes dos participantes em ordem alfabética impressa. O profissional afirma que o grupo existe há cinco anos e pergunta: “tem alguém que está aqui desde o começo?”. Alguns usuários levantam a mão! E o profissional pergunta: “qual o motivo que traz vocês aqui?”. E enfatiza: “compartilhem com a gente!” Um usuário responde: “eu gosto porque eu fiz amigos aqui, é alegre, muito bom e gostoso vim!”; outro diz: “às vezes a gente fica escutando o sofrimento das pessoas em casa; chega aqui, a gente melhora e às vezes esquece”. Uma outra usuária afirma: “isso não é só uma dança, é quase uma sessão de terapia pra todo mundo; [...] a gente troca carinhos [...]; é maravilhoso. Isso aqui é saúde!”. O profissional, então, comenta que a dança tem tudo a ver com a saúde mesmo, porque vai além de consultar com um médico e tomar um remédio. Afinal, se os usuários ficam mais felizes, dispostos, alertas, com a mente ativada, o corpo exercitado, eles estão saindo da prática com mais saúde.

Há novas experiências de dança orientadas pelo profissional. Nesse momento, alguns usuários que apresentam dificuldades de movimentos com as pernas ou usam bengalas ficam sentados, observando e interagindo com palmas, sorrisos e fazendo comentários. O profissional organiza a dança, entrega algumas fitinhas vermelhas para uma das pessoas da dupla e explica que estas serão os cavalheiros. Ensina os passos e todos fazem juntos, sem a música, e esclarece: “só não pode dançar dama com dama e cavalheiro com cavalheiro. É importante prestarem atenção nas fitinhas. Quem ficar sozinho, vai para o meio da roda, que vai encontrar um par!”. Depois, coloca-se a música, todos fazem os movimentos, cada um do seu jeito e acompanhando o ritmo do parceiro ou em uma única roda. Nesse momento, o profissional explica que, nessa dança, uma parte do cérebro responsável pela localização espacial e equilíbrio é mobilizada, razão pela qual o comando de andar de costas deve ser atendido. Durante a atividade, alguns batem palmas, sorriem e outros assoviam. As coreografias são diversas e mudam de acordo com as músicas, que remetem à cultura de diversos países.

Verifica-se que no grupo “Dança Sênior” há prática de movimentos e danças que, de forma prazerosa, favorecem o equilíbrio das tensões, o desenvolvimento das funções motoras e mentais como concentração, raciocínio, criatividade, exploração do espaço, além do desenvolvimento do senso estético. O ambiente criado permite aos usuários perceberem e exercitarem a saúde em seu conceito ampliado, relacionada também à afetividade, ao bem-

estar psicológico, físico e social e à sensibilização para realização do autocuidado, o que evidencia a funcionalidade dessas estratégias, como recursos terapêuticos para a promoção da saúde ou prevenção de doenças.

Percebe-se que os usuários reinventam os movimentos e, de certa forma, os ritmos, por fazerem à sua maneira. A dança, por ser uma experiência corporal, propicia aos usuários novas formas de expressão e comunicação, levando-os à descoberta da sua linguagem corporal, que pode contribuir para o processo ensino-aprendizagem, relacionado ao desenvolvimento da autonomia e responsabilidade das pessoas em cuidar da própria saúde (DELEUZE, 2002). Há instantes de recepção temporal e espacial, de percepções sem mediação da consciência, que potencializam o entendimento e o conhecimento sobre a experiência (DELEUZE, 2002).

As músicas alegres e festivas utilizadas remetem ao folclore que, juntamente com as danças variadas, favorecem a ampliação de conhecimentos relacionados à cultura e aos povos de diversos locais, além de técnicas relacionadas ao movimento com o corpo. Além do autoconhecimento, percebe-se que, de certa forma, os usuários aprendem a respeitar a diversidade e a desenvolverem habilidades relacionais e sociais, de colaboração, respeito e empatia.

5.5.4 Grupo “Flor de Lótus”

O grupo “Flor de Lótus”, criado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Distrito Sanitário Barreiro, de Belo Horizonte, é coordenado por uma educadora física. Acontece em uma sala na academia da cidade da região, em um Complexo Esportivo, em encontros duas vezes por semana. Conforme a educadora física, o público-alvo são mulheres, sem distinção de idade, mas que se enquadram no perfil das que precisam trabalhar a autoestima ou que se encontram em quadros já diagnosticados de depressão. Essas mulheres são encaminhadas pelos integrantes das seis equipes do Centro de Saúde, mediante o quantitativo de vagas por turma.

De acordo com a profissional, o grupo envolve o aprendizado da dança do ventre e a criação de coreografias para ensaios e apresentações. Outras ações de caráter multidisciplinar também são realizadas e envolvem atividades de educação em saúde, com o emprego de abordagens distintas, por exemplo, temas como violência contra a mulher, tratado pela assistente social, e

a prevenção do câncer de útero e de mama, tratado por enfermeiros. Além disso, acontecem oficinas de automaquiagem e penteados, a fim de estimular o autocuidado e a autoestima das mulheres; oficinas de confecção de figurinos feitos pelas próprias participantes, em que são utilizados materiais alternativos, tais como lacres de latas, garrafas plásticas e o artesanato – por exemplo, o crochê e o fuxico –, elementos estes “que costumam ter um custo mais acessível e permitem que elas tenham essa vestimenta”. Dessa forma, permite-se a expressão do gosto pessoal das mulheres nas roupas e “o figurino fica do jeito delas Eu acho que elas gostam muito disso também”.

O grupo surgiu, conforme a educadora física, a partir da sua percepção de que existiam muitas mulheres com quadro de depressão. Diz a profissional: “elas têm o perfil, às vezes, de dona de casa, viveram algumas frustrações na vida, muitas tem a depressão, muitas utilizam até medicamentos antidepressivos. E aí eu identifiquei que nessa comunidade talvez fosse interessante um trabalho com a dança do ventre”. A escolha desse tipo de dança decorre de a profissional já ter conhecimento prévio, como ela própria diz: “eu realmente não sou bailarina profissional, mas eu fiz alguns anos e eu sinto que até então meu conhecimento é suficiente pra dividir com elas”. Além disso, segundo ela, é uma dança sensual que volta a mulher para o cuidar-se e o amar-se. Afinal, percebe que a identidade feminina muitas vezes fica esquecida, quando as mulheres se preocupam com o casamento, filhos, em ser “dona de casa”. A profissional enfatiza que a dança do ventre permite reacender a feminilidade, além de favorecer a perda da timidez e fazer emergir o desejo de se expor. Como exemplos, a profissional cita um caso em que a mulher com depressão passou um batom após frequentar duas aulas da dança, o que não fazia há tempo, e outro em que as mulheres discutem quem vai ficar na frente nas apresentações, ou seja, “aquela pessoa que era retraída, tímida, que queria se esconder, não queria aparecer... de repente, elas querem, fazem questão de aparecer, ficam superenvaidecidas quando vão apresentar”.

A profissional considera a prática extremamente relevante, pois ela é viabilizada através da atividade física, e afirma: “a dança do ventre promove os benefícios de toda e qualquer atividade física, que é trabalhar a capacidade cardiorrespiratória, a força, as ações coordenativas”. Além disso, essa dança promove benefícios que são um pouco mais específicos, tais como o trabalho com a musculatura do assoalho pélvico, que é muito interessante para mulheres, por exemplo, que apresentam incontinência urinária. Promove também o bem-estar emocional e a socialização.

Para a educadora física o objetivo da prática é, portanto, promover a socialização e a autoestima da mulher, por meio de estratégias diferenciadas de educação em saúde. Acredita que consegue alcançar os objetivos quando escuta relatos de mulheres afirmando que amenizaram o quadro de depressão através da elevação da autoestima e do humor, além da criação de vínculos de amizade; afinal, “hoje elas frequentam a casa uma da outra e viajam juntas. Então, assim, para a socialização também foi excelente. É realmente assim, um grupo de convivência mesmo!”.

Quanto à forma de condução, inicialmente a educadora física faz alguns alongamentos. As usuárias estão com xales nas cinturas e descalças. Em seguida, coloca-se uma música para elas ensaiarem uma coreografia previamente montada. A profissional dá alguns comandos e as usuárias dançam com concentração. No intervalo entre uma dança e outra realizam comentários sobre a dança, conversam entre si e sorriem.

Em uma das pausas, uma usuária diz que viu um movimento diferente de dança do ventre na internet e seria interessante que a profissional passasse para elas, pois poderia inclusive ficar bonito na coreografia. A profissional pergunta sobre qual o tipo e a usuária mostra um pouco com gestos e movimento com o corpo. Então, a profissional diz que poderia passar para todas sim, sem problemas, para em seguida decidirem em qual parte da coreografia iriam “encaixar”.

Dando prosseguimento, mais músicas são colocadas e todas dançam com véu e com um objeto de bambu bordado de formas diferentes e adaptado para ser “bengala”. Em determinados momentos, nos intervalos das músicas, acontecem explicações de como fazer os movimentos entre as usuárias também. Ao final, a profissional diz: “precisamos montar a outra dança também, com outros acessórios para a apresentação. Vão olhando músicas para definirmos qual vamos usar e o que vamos fazer, por favor!”. As usuárias dizem que sim, agradecem alegremente à profissional e vão embora.

O grupo “Flor de Lótus” foi criado a partir da percepção da profissional do que mais aflige as mulheres da área de abrangência do Centro de Saúde e, nessa direção, buscaram-se atividades que envolvessem o compartilhamento de conhecimentos relacionados ao cuidado de si mesmo. Foram promovidos os aprendizados sobre automaquiagem, movimentos da dança e técnicas de artesanato para a confecção dos figurinos. A ampliação das possibilidades

educativas contribui para amparar essas mulheres, no que diz respeito ao resgate do interesse e do prazer pela vida e pela saúde.

O próprio nome “Flor de Lótus” que significa a pureza do corpo e da mente, além de elegância, beleza e graça associadas aos atributos femininos almejados, revela a construção histórica e social do grupo e faz emergir um diálogo entre o espaço da prática e as intenções subjetivas das participantes.

A dança do ventre utilizada no grupo promove o desenvolvimento das capacidades biomotoras relacionadas à prática de atividade física. O corpo em movimento na dança é capaz de afetar-se e ser afetado pelo outro corpo. Há tempo de entrega e disponibilidade para explorar o próprio corpo no contato com os outros corpos. Nessas explorações, que são experimentações vitais, criam-se formas singulares de subjetivação, de abertura para a alteridade, que permitem fugir da identidade, tornar-se outro, aprendendo a exercitar-se fora do seu habitual e da repetição do cotidiano (DELEUZE, 1996).

O uso de materiais alternativos, como o objeto de bambu, bordado de diversas maneiras pelas usuárias, no lugar do instrumento “bengala”, contribui para que a prática seja acessível para as mulheres, proporciona o estímulo à criatividade, aprendizagem de técnicas manuais e a manifestação de identidades, desejos e gostos. Além disso, percebe-se também na prática a existência de uma construção coletiva, pela participação e decisão em equipe de quais movimentos fazer ou que tipo de acessórios usar na dança e músicas a serem escolhidas.

5.5.5 Grupo “Saúde da Mulher”

O grupo “Saúde da mulher” é coordenado por uma terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e acontece duas vezes na semana, em um Centro Cultural no bairro Regina, para mulheres acima de 18 anos. Surgiu com a ideia de resgatar a autoestima, a feminilidade e promover o empoderamento da mulher, a partir da observação pela profissional de que existiam muitas mulheres queixosas e deprimidas com demandas diversas no Centro de Saúde. De acordo com a terapeuta ocupacional, na maioria das vezes, as mulheres apresentavam queixas de dor, cujas causas eram psicossomáticas. Assim, o público-alvo inclui mulheres a partir de 18 anos.

A profissional comenta que o grupo inclui o alongamento inicial, a dança do ventre, com montagem de coreografia, e a roda de conversa, para tratar de assuntos trazidos pela

profissional ou por alguma usuária, com o uso de textos ou músicas. A dança é considerada pela profissional como um recurso “diferente” que, distintamente da palestra, oferece mais oportunidade para as pessoas falarem, aprenderem algo novo e se gostarem. Nesse ponto específico, ao usar imagem corporal, a prática propicia às mulheres olharem-se no espelho, se conhecerem, se encararem e se aceitarem, o que provoca mudanças “no seu perfil, na forma de falar, de se posicionar, de se colocar”, tendo em vista o controle relacionado ao cuidado, à prevenção da doença e à promoção da saúde.

Para a profissional, o objetivo do grupo é favorecer a autoestima, a feminilidade e desenvolver nas mulheres a capacidade de buscar as causas e as soluções dos problemas. É, em última instância, empoderar as mulheres, para que tenham a consciência do que desejam para a sua vida. Esse objetivo para a profissional está sendo atingido, conforme ilustra: “sempre no final, a gente senta e conversa sobre como elas estavam no início, como estão agora, como elas estão conseguindo se posicionar em casa, com o marido, e a gente ouve muito [...] a questão de sexualidade”. Há comentários também de como as mulheres estão se sentindo mais bonitas e femininas e empoderadas, mediante o diálogo entre a descoberta de movimentos em partes do corpo que nem sequer sabiam que existiam e as mudanças de posturas e atitudes em relação à vida.

Outro exemplo sobre o alcance do objetivo dado pela profissional refere-se ao fato de as próprias mulheres se organizarem para comprar o xale de dança do ventre usado durante a aula ou então confeccionarem juntas o bordado. Diz a profissional: “sentaram mãe e filha. A mãe me contou, toda orgulhosa: a filha com 18 anos largou um pouco os amigos, o namorado e sentou um tempo com ela, para bordarem o xale da dança”.

Quanto à forma de condução, inicialmente a terapeuta ocupacional pergunta se todas receberam o vídeo que enviou com a coreografia. Em seguida, faz alongamentos com movimentos da dança do ventre e música. A profissional dança junto com as usuárias e dá alguns comandos – “subiu, desceu, para a direita, trocou”, dentre outros. A sala tem espelho e todas acompanham os movimentos da profissional através dele.

Após o alongamento, a profissional pergunta “e agora, o que vem, gente?” e dá dica: “Energia, calor!”. Sobre o nome do movimento que causa essas sensações, muitas respondem empolgadas: “shimmy!”. A profissional, então, explica como fazer, coloca-se a música e as

usuárias dançam com movimentos mais rápidos do quadril. A maioria sorri enquanto dança, ao final da música bate palmas e comenta algo umas com as outras.

Dando prosseguimento, a terapeuta ocupacional explica os movimentos relacionados à coreografia do dia e ensina o passo a passo da dança. Algumas usuárias esclarecem dúvidas relativas aos movimentos e, após isso, todas dançam com a música. A profissional as incentiva, ao dizer “está bonito gente!”, e todas sorriem! Na sequência, diz que tem uma pessoa fazendo aniversário e todas cantam parabéns! Coloca-se a música novamente para repetirem a coreografia e ela diz: “todas agora olhando para o espelho, sorriso no rosto, todo mundo se achando, somos as melhores do planeta!”. E assim as usuárias fazem, soltando-se ainda mais para realizar os movimentos! Ao final da dança, todas batem palmas e a profissional enfatiza: “você estão de parabéns, todas estão lindas!”.

Após esse momento da dança, as usuárias descansam um pouco, bebem água, conversam entre si e sentam-se no chão em círculo. A profissional, então, pega o som e coloca uma mensagem do Charles Chaplin com frases que iniciam com “quando me amei de verdade”, para ouvirem e “refletirem”. A mensagem diz sobre autoestima, autenticidade, amadurecimento, respeito, amor-próprio, simplicidade, humildade, plenitude, saber viver.

Após a escuta de todas, a terapeuta ocupacional pergunta: “e aí, tem alguém se amando de verdade aí, gente?”. Uma usuária responde: “estou no processo”. A profissional, então, de modo a incentivar, diz: “no processo é importantíssimo, o que vale é a caminhada”; e questiona às mulheres do grupo: “está todo mundo no processo?”. As usuárias balançam a cabeça de forma afirmativa e a profissional comenta: “A gente não está aqui para virar uma bailarina de sucesso, mas para ser mulher, feminina, para a autoestima ficar em cima, para a gente se achar mesmo, se namorar no espelho! A gente tem que namorar com a gente mesmo, tenho que me achar primeiro para depois o outro me achar!”. Afirma que a dança do ventre ajuda nesse processo porque é uma dança da feminilidade, do autoconhecimento, e enfatiza: “Vocês acabam descobrindo coisas que o corpo faz que nem sabiam; [...] estão começando a ter consciência e a dominar esse corpo. E quando a gente começa a dominar o corpo, a gente começa a ter domínio da vida também [...]; e a relaxar, a viver o presente, parar de sofrer às vezes por causa de pequenas coisas, a viver uma coisa de cada vez”.

Após essa fala, a profissional pergunta: “então, alguém quer contar como está o processo?”. Uma usuária conta um pouco sobre sua vida, como antes cuidava de todos da família, menos

dela mesma. Segundo ela, não significa que não tenha sido válido “cada um tem sua casa, sua profissão, mas eu esqueci de mim”. Continua dizendo que o tempo passou, o marido faleceu, os filhos casaram e ela se viu sozinha. Depois começou a fazer coisas que sempre quis fazer, hoje está namorando e muito bem. Após o relato, a profissional comenta que é importante se doar para quem ama, mas também não precisa ser por inteiro, dá para conciliar doar aos outros e se amar, nunca é tarde para isto.

Na sequência, outra usuária comenta sobre sua vida, o quanto foi difícil ser mãe nova, casar e ficar sem emprego, mas relata que, principalmente após a participação no grupo, pensa mais em cuidar dela mesma, que o que importa é se sentir bem. A profissional, então, comenta estar feliz por poder contribuir no processo e relata: “A gente precisa desse clic e quando a gente começa a se cuidar, a se gostar, a vida começa a sair do preto e branco e vai ficando mais colorida”. É importante a rede de apoio, mas primeiro as pessoas têm que gostar delas mesmas para ser feliz. A dança é o recurso terapêutico, pois

nos obriga a olhar no espelho, aceitar nossa imagem; se eu não estou feliz com o que estou vendo, eu vou mudar; vai depender de mim mesma e não de outra pessoa [...]. É uma coisa importante; é a gente se gostar tanto, de forma a nos dar um presente todos os dias (Profissional – grupo “Saúde da Mulher”).

Para exemplificar cita que não se trata de algo material, mas fazer algo que gosta.

Após a exposição da profissional e o questionamento sobre algum outro relato, uma usuária diz o tanto que aquele momento é importante, pois “a gente vai aprendendo com a experiência do outro”. A profissional concorda e complementa ao dizer que há algumas pessoas que falam e outras não, mas é necessário respeitar o momento de cada um. Às vezes, a pessoa ainda não está em condições de falar sobre algo complicado que está vivenciando. Em seguida, uma usuária pede a todas, “já que somos um grupo de apoio”, oração para que ocorra tudo bem na cirurgia que irá realizar. Relata estar mais ansiosa ainda e com medo das complicações e conta um pouco sobre sua história de vida. Assim, as usuárias dizem mensagens de fé, coragem e esperança! Ao final, todas se dispersam, uma usuária se dirige à profissional e diz ser a primeira vez que estava participando do grupo e que gostaria de continuar, pois se sentiu muito bem e estava precisando desses momentos na vida dela, “deste apoio”!

Verifica-se que, no grupo “Saúde da mulher”, a dança do ventre é utilizada como instrumento para auxiliar as mulheres a adquirirem percepções sobre o próprio corpo e, conseqüentemente, reconhecerem-se como mulheres. Dessa maneira, permite a descoberta do corpo. Os

movimentos refletidos em imagens nos espelhos e no olhar das mulheres para si mesmas revelam a descoberta do que pode um corpo, do que pode o seu corpo, despertando assim sensações de prazer.

A roda de conversa permite um encontro entre a profissional e as mulheres. Ao favorecer uma reflexão sobre o modo de estar no mundo, contribui para a resolução de problemas de carácter psicológico, utilizando os próprios recursos. Nesse momento, a profissional reforça a importância do autoconhecimento e da vaidade feminina para a satisfação das vontades e desejos, sejam eles materiais ou não.

5.6 Discussão dos dados

Os dados apresentados e analisados na seção anterior foram discutidos por categoria. Para proceder à discussão, buscaram-se as semelhanças e diferenças entre os grupos pertencentes a uma categoria em primeiro lugar e, posteriormente, entre as categorias. Os conhecimentos produzidos foram analisados, utilizando-se como referência os princípios apontados nas políticas públicas de Educação Popular e investigados neste estudo, a saber: dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa. Em seguida, realizou-se o diálogo com outros artigos, a fim de se identificar de que modo os conhecimentos produzidos corroboram ou refutam o encontrado na literatura.

5.6.1 Categoria 1: transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos

Nos três grupos, “Nutrição e Alimentação Saudável”, “Cultivar” e “Bem-Estar”, predominam a exposição e transmissão de informações. Ainda que conduzidos por meio de atividades lúdicas, reconhecidas como distintas das abordagens tradicionais, o conhecimento prévio, a experiência e a realidade de vida dos participantes não são explorados.

Embora sejam feitas perguntas que formalmente convidem os usuários a participar, são as profissionais que prontamente respondem, introduzindo os conhecimentos que julgam necessário ser transmitidos. Via de regra, as perguntas não favorecem o diálogo, por trazerem implicitamente o carácter de “certo” ou “errado”, “bom” ou “ruim”. Para que o diálogo aconteça, a indagação não pode cotejar apenas o conteúdo de uma única resposta. Ao contrário, deve abrir para outros sentidos e possibilidades de leitura, compreensão e apropriação do tema.

Nas respostas e explicações a partir das perguntas da profissional, prevalece o discurso científico e prescritivo, com o uso constante de frases impositivas, cuja intenção é a mudança de postura e comportamento em saúde. São várias as expressões empregadas durante a prática, que revelam a pretensão dos profissionais em assegurar aos usuários a assimilação do conhecimento entendido como algo pronto, instituído, que vem de fora, do exterior.

A abertura para os usuários expressarem o que conhecem ou pensam sobre o assunto abordado não é promovida nas práticas. Igualmente, os usuários não são instigados a se implicarem em uma aprendizagem por descoberta. Os profissionais ocupam o lugar predominante de detentores de um conhecimento a ser transmitido aos usuários e por eles assimilado, como se o conhecimento fosse passível de ser transferido para o outro, ao invés de constituir-se fruto de uma elaboração conjunta. Desse modo, os usuários são reconhecidos não como sujeitos que agem sobre o conhecimento para apreendê-lo e, nesse sentido, caminhar para a modificação do seu estilo de vida e comportamento.

As práticas desta categoria, em consequência, não favorecem uma abertura ao outro, no sentido da escuta e da discussão crítica a partir dos saberes prévios relacionados à realidade, aos níveis de percepção dessa realidade e à visão de mundo dos usuários. Como não há o reconhecimento dos diferentes tipos de saberes, não se pode falar em diálogo, entendido por Freire (2005) como falar *com o outro* ao invés de *para o outro*. Nem tampouco se pode falar em confronto entre saberes, processo em que todos os conhecimentos são igualmente submetidos a um questionamento crítico, resultando na produção de um novo conhecimento. Em decorrência da ausência desses processos, não há uma ruptura com as formas homogeneizadoras de organização do processo educativo tradicional. Nesse contexto, a pluralidade humana e a importância da influência e da participação dos usuários na condução do processo educativo para a construção coletiva do conhecimento não são princípios adotados.

Assim, conclui-se que nas práticas educativas presentes nesta categoria, apesar do uso de estratégias consideradas não tradicionais pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), há a prevalência de aspectos caracterizados por não favorecer a dialogicidade, o confronto entre saberes e a democracia participativa.

Esses dados corroboram o estudo de Oliveira et. al (2014) cujo objetivo é analisar a participação popular e as abordagens metodológicas utilizadas em intervenções de educação

em saúde. Nesse estudo, observou-se o predomínio da transmissão de informações e a desconsideração à experiência dos usuários, bem como da sua participação na definição dos temas a serem abordados. Para os autores, as intervenções de educação em saúde configuram-se como repasse de normas e orientações definidas pelos trabalhadores, baseadas naquilo que julgam relevante. Concluiu-se, nesse estudo, que na ESF, os trabalhadores enfrentam dificuldades na condução e formação de grupos e no uso de metodologias participativas, apesar da formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

Na pesquisa de Oliveira Júnior et al. (2017), também de educação em saúde, os resultados demonstraram que as práticas realizadas visam quase sempre à aquisição de hábitos saudáveis na dimensão individual, preconizados mediante postulados cientificamente aceitos. Como consequência, há a limitação da participação, que fica restrita à audiência marcadamente passiva, com poucas iniciativas de envolvimento direto no planejamento e na execução da atividade.

Em sintonia com esses estudos, Bomfim et al (2017) afirmam que os profissionais de saúde têm apresentado ações direcionadas à cura do corpo biológico e à doença a partir do repasse de informações necessárias para prevenir e/ou reduzir os riscos à saúde dos indivíduos. Nessa direção, verifica-se que a educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer a população mudar seus hábitos e, conseqüentemente, evitar doenças a partir da assimilação de práticas higiênicas e obediência às recomendações dadas pelos profissionais (GOMES; MERHY, 2011).

Os resultados encontrados e a análise na Categoria 1 estão descritos no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1- Síntese da Categoria 1: transmitindo informações, promovendo o desenvolvimento e a mudança de hábitos

Título das práticas	Grupo de “Nutrição e Alimentação Saudável”	Grupo “Bem estar”	Grupo “Cultivar”
Objetivos	Informar sobre alimentação saudável de modo a produzir mudanças na saúde	Influenciar a qualidade de vida e o processo de saúde-doença das pessoas, promover a saúde e o bem-estar	Promover o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças
Estratégias principais	Montagem de um prato de refeição e explicação sobre o tipo e quantitativo da dieta ideal	Explicação sobre doenças sexualmente transmissíveis	Realização de um jogo de cartas com desenhos de diversos tipos de animais
Modo de condução	<ul style="list-style-type: none"> - A profissional inicia uma explicação sobre como deve ser o prato de cada usuário, sem antes explorar o que cada participante representou na montagem dos pratos de refeições; - A profissional pergunta e imediatamente responde, sem dar abertura para o usuário expressar o que pensa sobre o assunto. - A profissional seleciona e privilegia o que a ajuda a introduzir a informação a ser transmitida, muitas vezes de forma impositiva, ditando determinado padrão de comportamento alimentar. 	Predominância da explanação feita pelas profissionais, com pouco espaço para a participação ativa dos usuários	<p>A profissional realiza uma sequência de perguntas e respostas às crianças que predominantemente ficam caladas.</p> <p>A profissional introduz temas que não estão enraizados no universo cultural dos participantes</p>
Principais Fenômenos Pedagógicos	A ideia é a de que os usuários, uma vez com o conhecimento adquirido sobre o prato de refeição, devem seguir as informações dadas no cotidiano.	<ul style="list-style-type: none"> - A profissional ocupa o lugar de detentora de um conhecimento a ser transmitido aos usuários que recebendo-os, podem repassá-los às outras pessoas; - Os participantes ocupam o lugar de receptores de conhecimentos que podem ser por eles prontamente assimilados. 	A problematização dos conteúdos de ensino não acontece, bem como a decodificação do mundo social e cultural em que os participantes vivem.
Princípios (Dialogicidade, confronto e democracia participativa)	<ul style="list-style-type: none"> - Não há dialogicidade, pois não acontece uma abertura ao outro no sentido de escuta, produção de discussão crítica e reflexão a partir dos saberes prévios trazidos pelos envolvidos relacionados à realidade, aos níveis de percepção desta realidade e a visão de mundo; - Não há confronto entre os saberes, pois o que prevalece é o saber elaborado e não há um reconhecimento e exploração dos saberes populares e do senso comum de forma a contribuir para a sua transformação; - Não há democracia participativa, pois não acontece uma ruptura com as formas homogeneizadoras de condução da prática educativa, nem o reconhecimento da pluralidade humana de forma que os usuários tenham influência nas decisões e controle do processo educativo, reconhecendo-se como sujeito. 		

5.6.2 Categoria 2: trocando saberes, histórias e experiências de vida

Nos grupos “Estrela da Manhã”, “Compartilhando Saberes”, “Artesanato” e “Saúde e Alegria”, destaca-se a abertura para os participantes exporem seus saberes, histórias e experiências de vida, seja por questionamentos feitos pelas profissionais ou por conversas informais entremeadas à realização de trabalhos manuais, músicas ou brincadeiras. Há, portanto, o reconhecimento por parte dos profissionais da existência e da importância de outros conhecimentos estarem presentes na cena educacional, além do científico. Por meio dessa exposição das noções e experiências, emergem crenças, valores e significados dos usuários.

O uso de músicas, “dinâmicas”, trabalhos manuais ou atividades lúdicas de forma terapêutica – a fim de propiciar um encontro descontraído e flexível, que possa amenizar os efeitos de algum estado psíquico alterado, ou de promover a reflexão de temas relacionados à saúde e à qualidade de vida –, são também traços que os grupos apresentam em comum.

Não obstante a abertura para a fala e a exposição de ideias pelo participante, evidencia-se nessas práticas que o conhecimento comum dos participantes relacionado às condições concretas de existência é ponto de partida e de chegada do processo educativo. A respeito do senso comum, Boaventura Santos argumenta que “é necessário voltar às coisas simples” (SANTOS, 2010, p. 6), pois é o conhecimento “dito ordinário ou vulgar” que os sujeitos individuais ou coletivos criam e usam para dar sentido às práticas cotidianas. O senso comum é uma forma de conhecimento com caráter subjetivo e também racional, que não se pauta por princípios epistemológicos e por regras metodológicas (SANTOS, 2008). Para o autor, é necessário permitir “o reconhecimento da existência de sistemas de saberes plurais, alternativos à ciência moderna ou que com esta se articulam em novas configurações de conhecimentos” (SANTOS, 2008, p. 152).

A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. [...] o conhecimento do senso comum apesar de ser conservador, tem uma dimensão utópica e libertadora [...] (SANTOS, 2010, p. 56).

Embora Boaventura valorize o saber comum, ele afirma que a produção do conhecimento acontece por meio do confronto entre diferentes tipos de conhecimento (SANTOS, 2010). Desse modo, na sua perspectiva, se não há esse confronto – a problematização dos

conhecimentos e a exploração do conhecimento comum –, pode-se falar em desperdício da experiência.

Tal desperdício da experiência pode ganhar intensidade quando nas práticas a ênfase recai sobre a aquisição ou compartilhamento de um determinado tipo de conhecimento previamente existente, sem total abertura para diferentes apropriações e ampliação desse saber, e quando sobressai a tendência à avaliação e classificação do comportamento em saúde, em detrimento da sua decifração. Nesse aspecto, o critério *nota* empregado para a análise do comportamento em saúde, por exemplo, no grupo “Compartilhando Saberes”, está sendo tomado como o principal na prática, ao invés do modo como o comportamento foi construído e historicizado. Há aqui o desperdício da oportunidade para que as diferentes vozes possam emergir, tocando-se, modificando-se, problematizando-se.

Além do exposto, observa-se nas práticas que a produção de discussão crítica e reflexiva a partir das experiências e saberes trazidos pelos envolvidos relacionados à realidade, não acontece. Igualmente, a busca por transformação, que envolve desejo em saber mais e melhor, apreender novos saberes e ressignificar saberes já existentes.

Nesse sentido, embora nas práticas a oportunidade para a fala do participante tenha sido aberta, não se concretizam o diálogo e conseqüentemente o confronto entre os saberes. Para Freire (2010), o diálogo é um fenômeno humano constituído pela palavra. Contudo, trata-se da palavra que possui duas dimensões intimamente relacionadas: ação e reflexão. Em sua concepção, não existe palavra verdadeira que não seja práxis (ação reflexiva), de modo que a palavra se coloca a serviço de transformar o mundo.

Ação e reflexão não são dimensões que podem ser compreendidas de modo isolado. Desse modo, o diálogo só pode ser estabelecido quando ação e reflexão colocam-se em articulação. Em sua concepção dialética, o diálogo configura o caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens, ou seja, o diálogo é o elemento humanizador e transformador da realidade.

[...] o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes. [...] É um ato de criação. Daí que não possa ser manhoso instrumento de que lance mão um sujeito para a conquista do outro. A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro (FREIRE, 2010, p. 91).

O diálogo é um instrumento de transformação social, aproxima diferentes realidades e promove o reconhecimento do homem em seu semelhante, de modo a solidarizar-se com outrem e não estabelecer uma relação de dominação. A relação de cooperação deve ser priorizada como condutora do diálogo. Mas não se refere a uma relação de cooperação circunscrita à troca de experiências esvaziada do exercício da problematização e da produção de novos conhecimentos ancorada na subjetividade.

Quanto à democracia participativa, observa-se a existência de alguns indícios nas práticas que revelam alguma sensibilidade dos profissionais para o princípio. Isso acontece quando os usuários influenciam na definição do conteúdo e da abordagem das práticas, quando decidem coletivamente o que fazer e o que vender em relação ao artesanato ou produtos recicláveis, tendo em vista a sustentação do grupo, quando planejam juntos eventos externos, tais como comemorações diversas, visitas em parques ecológicos ou bazar. Porém, o caráter de mobilização social e de colaboração entre os participantes com vistas à transformação dos sujeitos, da coletividade e da sua realidade não é evidenciado.

Em consonância com o exposto, Carneiro et al (2012) demonstram que a utilização de estratégias pedagógicas diferenciadas nas práticas educativas na atenção primária não implica, necessariamente, o comprometimento com o método dialógico, com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e a participação social. Nessa mesma direção, Flisch et al (2014) argumentam que os profissionais de saúde parecem não valorizar, de modo mais central, a promoção de ações que permitam a comunidade desenvolver um pensamento crítico e reflexivo da realidade, que leve a uma maior politicidade em consonância com a política de EPS. Muitas vezes, tais profissionais utilizam palavras e expressões da EPS, tais como “diálogo” e “troca de experiência”, porém isso não significa o compromisso com a politicidade.

Em síntese, os resultados encontrados na Categoria 2 estão descritos no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2- Síntese da Categoria 2: Trocando saberes, histórias e experiências de vida

Título das práticas	Grupo “Estrela da manhã”	Grupo “Compartilhando saberes”	Grupo “Artesanato”	Grupo “Saúde e Alegria”
Objetivos	Socializar e desenvolver habilidades cognitivas	Auxiliar na compreensão dos conflitos pessoais e estimular a troca de vivências relacionadas a experiências cotidianas	Promover o empoderamento dos usuários a partir dos encontros no grupo	Demonstrar a existência de atividades que auxiliem no bem estar e produção da saúde
Estratégias principais	Elaboração de desenhos evocados pela música e exposição de crenças, valores, histórias de vida e experiências cotidianas	Exposição de problemas e aflições pessoais, escuta de música gospel e leitura de um texto cristão para estimular a reflexão	Confecção de peças de artesanato, exposição e trocas de conhecimentos sobre situações vividas no cotidiano.	Escuta e canto de músicas e realização de atividades lúdicas como o bingo
Modo de condução	A profissional faz interpretações e suscita reflexões a partir de seus pontos de vista e não dos usuários, sem suporte em conhecimento elaborado	- A profissional conduz os usuários a concluir sobre a relação entre o estado emocional e o cuidado com a saúde; - A profissional não interroga os usuários sobre os modos possíveis de encaminhar processos vivenciados; - A profissional incentiva a auto-confiança para a capacidade de mudança de comportamento.	- A profissional é mediadora no processo de aprendizado das técnicas de artesanato e das discussões que acontecem; - As usuárias ensinam as técnicas de artesanato umas às outras, expõem opiniões sobre assuntos trazidos e planejam juntas as atividades a serem realizadas pelo grupo;	- O profissional sugere músicas para tocar, faz brincadeiras sobre letras de músicas e associações com os números sorteados no bingo; - Os usuários cantam, fazem movimentos com o corpo e conversam entre si.

<p>Principais Fenômenos Pedagógicos</p>	<p>- Usuários expõem suas crenças, valores e situações de vida;</p> <p>- Há abertura para o desenvolvimento da autopercepção, o relacionamento interpessoal e o desenvolvimento de competências cognitivas relacionadas à memória, atenção, representação do pensamento.</p>	<p>-A profissional valoriza o modo como os usuários percebem o que estão vivenciando;</p> <p>-São utilizados referenciais que se aproximam muito mais de dogmas do que de conhecimentos elaborados e/ou científicos.</p>	<p>- Permite-se formação de uma rede de apoio em torno das dificuldades cotidianas;</p> <p>- Permite-se a elaboração de produções individuais que tomam-se coletivas quando os produtos finais (as peças de artesanato) são utilizados em um bazar e a verba adquirida pela venda é destinada ao grupo, o que o torna autossustentado.</p>	<p>- Constitui-se de parcerias intersetoriais, pois além da utilização do espaço da academia da cidade, a prática conta também com a presença de integrantes da escola de música da região;</p> <p>- Percebe-se uma coparticipação quando o profissional diz que as estratégias utilizadas no grupo, a escolha e organização dos eventos são definidas em conjunto com os participantes;</p> <p>- Os integrantes juntam produtos recicláveis a fim de que a verba adquirida pela venda desses materiais seja revertida em melhoria da estrutura física e compra de materiais para o grupo.</p>
<p>Princípios (Dialogicidade, confronto e democracia participativa)</p>	<p>- Não há dialogicidade, pois não acontece discussão crítica e reflexiva a partir do exposto pelos usuários, nem o desejo de transformação e ressignificação perante as vivências e experiências cotidianas;</p> <p>- Não há confronto entre os saberes, pois o senso comum não é posto em diálogo e em confronto com o saber elaborado, processo em que um atua sobre o outro reciprocamente;</p> <p>- Há alguns indícios de democracia participativa quando os usuários influenciam algumas falas ou condutas das profissionais e, em alguns momentos, colaboram na definição de estratégias a serem utilizadas e em planejamentos de atividades futuras. O caráter de mobilização social e colaboração entre os participantes tendo em vista a transformação dos sujeitos, da coletividade e da sua realidade não é evidenciado</p>			

5.6.3 Categoria 3: experimentando e produzindo coletivamente

Os grupos “Terapia comunitária”, “Em canto”, “Dança Sênior”, “Flor de Lótus” e “Saúde da mulher” apresentam em comum o compartilhamento de conhecimentos, ao invés da simples troca de saberes, e o exercício da problematização – processo em que se buscam soluções para a realidade, desenvolve-se um processo de transformação, ao mesmo tempo em que se buscam novos problemas (FREIRE, 1996). A abertura para a experimentação, entendida como uma prática sensível que convoca à invenção de novos modos de subjetivação e à

produção de conhecimento (DELEUZE, 1996) é outra característica presente nessas práticas pertencentes à categoria em análise.

Tais grupos, mediados pelo diálogo, pelo canto, bordados de figurinos e dança, permitem, quando olhados no seu conjunto, além da criação de um ambiente prazeroso e descontraído que contribui para a manifestação de afetos, a expansão de sentimentos e pensamentos íntimos e o equilíbrio das tensões. Ao lado disso, permitem o compartilhamento de conhecimentos e experiências de vida, o exercício das técnicas vocais, do trabalho manual e os movimentos com o corpo. Possibilitam ainda a ampliação de conhecimentos relacionados à musicalidade, aos gêneros musicais, à qualidade da voz, ao senso estético, ao desenvolvimento intelectual e à criatividade.

Há, portanto, os grupos em que o destaque é para a produção de novos sentidos aos saberes e experiências de vida, por meio do diálogo; há os que são marcados pela produção de novos conhecimentos, voltados para o alargamento e ampliação das experiências; há aqueles em que sobressai a participação e a mobilização dos envolvidos em atividades autogestionárias relativas às práticas (viabilidade, sustentabilidade e modos de existência). Nesse ponto preciso, a organização de atividades, eventos, confraternizações, apresentações, a escolha das músicas, dos tipos de tecidos e materiais alternativos dos figurinos são resultado de um trabalho colaborativo entre os sujeitos nas atividades coletivas.

Como aspecto em comum a todos os grupos, ressalta-se a imprevisibilidade dos acontecimentos e o seu caráter inusitado, considerando que a direção dada, as construções e modificações só se dão a partir dos encontros que insurgem nas práticas. Por essa razão, pode-se falar em experimentação. A experiência não supõe coisa alguma, nada a precede, ocorrendo assim a emergência do singular. Experimentar é viver algo em um plano que não é só o intelectual, mas o afetivo, atingindo por dentro e por fora, despertando e aguçando sentidos, percepções e atos. Os sujeitos, ao vivenciarem uma experimentação, pelas relações efetuadas com o outro e com as coisas, estão abertos a se afetarem pelos acontecimentos. Em função da imprevisibilidade dos acontecimentos, há a possibilidade do exercício de problematização, que é certa abertura, indeterminismo e inacabamento das operações cognitivas (KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, 2001).

Quando isso acontece, o sujeito é colocado frente a uma situação desconhecida, em que os seus esquemas conceituais disponíveis mostram-se insuficientes para a interpretação da

situação. O desafio se coloca, pois as operações cognitivas habituais não dão conta da decifração da situação. Há, em consequência, um intenso movimento em que as faculdades – sensibilidade, memória, imaginação – atuam de modo divergente, inaugurando algo novo.

Há na experimentação algo que está fora da reconhecimento, fenômeno que se traduz na situação em que o conhecimento parece já ter sido falado, tocado, sentido, imaginado, conhecido em outro lugar, em outro tempo e em outra circunstância, existindo possibilidade para além da repetição e transmissão. Há na experimentação algo que lança o pensamento na direção oposta ao já dado, já conhecido, agenciando novas formas de pensar, organizar o mundo e a vida (DELEUZE, 2001). Intenciona-se que

no cotidiano das práticas, a realidade se constitua como campo de problematização, de intensificação da vida, de experimentação do pensamento. O sentido se instaura entre representação e expressão, facultando novos modos de apreensão-produção do real. Pensar não é uma questão de vontade, é um exercício que se dá por provocação: nos encontros com o inusitado, nos afetos deslocados, na tensão entre o que já ganhou forma como homem e mundo, sujeito e objeto e o que vai se produzindo, evocando novas formas. Desse modo, a representação não é uma dimensão de permanência como partes ou elementos de uma fotografia, mas um indicativo de trânsito para novas experiências (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 653).

Olhando por outro ângulo, destaca-se nessas práticas a reunião de pessoas que exercitam interesses comuns e, em alguns momentos, caminham para o alcance de um mesmo objetivo. O estímulo à criatividade e à manifestação dos desejos e gostos incita a autoestima dos participantes. Além disso, os encontros em que há respeito, compromisso, desejo em fortalecer cada vez mais a “rede de apoio” formada e aprendido com a experiência do outro proporciona que cada usuário desenvolva o sentimento coletivo da solidariedade social e do espírito de cooperação. Isso revela a construção histórica e social das práticas coletivas que fazem emergir o diálogo entre o espaço da prática e as intenções subjetivas dos participantes.

Todos esses processos aqui descritos são possíveis nessas práticas, porque nelas há captação da riqueza social ali presente, não ocorrendo, portanto, o desperdício da experiência (SANTOS, 2007). Nessa perspectiva, Boaventura propõe construir um modo verdadeiramente dialógico de engajamento permanente, articulando as estruturas do saber moderno/científico/ocidental às formações nativas/locais/tradicionais de conhecimento. O desafio é, pois, de luta contra uma monocultura do saber, não apenas na teoria, mas como uma prática constante (SANTOS, 2008).

Assim, considerando que no mundo há uma diversidade de saberes que é potencialmente infinita, pois todos os conhecimentos são contextuais e parciais, não há conhecimentos puros, nem conhecimentos completos, Boaventura propõe uma ecologia dos saberes ou confronto entre saberes. A ecologia do saber é um conjunto de epistemologias que parte da possibilidade da diversidade e da globalização contra-hegemônica e pretende contribuir para as credibilizar e fortalecer (SANTOS, 2008).

Dessa forma, a credibilização de saberes não científicos não envolve a descredibilização do saber científico; considera-se o uso contra-hegemônico deste. Consiste, por um lado, em explorar práticas científicas alternativas e em valorizar a interdependência entre saberes científicos e não científicos. Pauta-se, assim, em uma igualdade de circunstâncias, em que é necessário dar preferência a uma forma de conhecimento que garanta a maior participação dos grupos sociais envolvidos na concepção, execução, controle e fruição da intervenção (SANTOS, 2008).

No que diz respeito à democracia participativa, identifica-se no movimento dos usuários que se incorporam no processo de gestão das práticas. Entretanto, pode-se afirmar que o alcance desse princípio da democracia fica comprometido, já que não acontece uma avaliação crítica e coletiva das atividades ali realizadas, bem como a negociação e a reflexão sobre novos modos possíveis de se aprimorar e reinventar as práticas. Outro aspecto importante a destacar é a pouca ênfase dada ao exercício de tradução dos saberes construídos nas práticas em ações voltadas para a mobilização social em torno da cidadania e busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

Em corroboração aos achados desta categoria em um estudo de Flisch et al (2014), cujo objetivo foi analisar percepções e experiências em Educação em Saúde de 166 profissionais de equipes de Saúde da Família de Contagem (MG, Brasil), observa-se que as equipes buscam inovar as ações educativas, introduzindo no processo pedagógico atividades que possibilitam a troca de experiências, de informações e permitem o desenvolvimento de habilidades de interação social, como dança, grupos de convivência, de produção de artesanatos e passeios programados. Constata-se ainda que os profissionais demonstram possuir um potencial para incorporar dimensões que ultrapassam essas práticas informativas, ao favorecerem a expressão de sentimentos e contribuírem para uma formação cidadã. Dessa forma, conclui-se que as equipes de Saúde da Família passam por um processo que transita entre as práticas mais informativas/tradicionais e as práticas mais dialógicas e participativas, o que pode

indicar que os participantes do estudo já incorporam novos elementos nas práticas, coerentes aos pressupostos de EPS (FLISCH et al, 2014).

Na pesquisa de Alves (2012), cujo objetivo foi compreender os processos emancipatórios que emergem das práticas das oficinas de um projeto de educação musical desenvolvido nas escolas públicas do interior do estado do Rio de Janeiro, os dados encontrados revelam indícios da “tessitura” entre as práticas oriundas das oficinas e das lógicas que se aproximam de uma gestão compartilhada, participativa e solidária, revelando, portanto, potenciais emancipatórios. Os resultados evidenciam articulações entre o contexto social e a produção singular do espaço estudado, aproximando da racionalidade estético-expressiva da Arte e da Literatura (prazer, autoria e artefactualidade discursiva) e do pilar da comunidade (solidariedade e participação), mais especificamente a solidariedade (dimensão ética), a participação (dimensão política) e o prazer (dimensão estética) (ALVES, 2012). Assim, a proposta de participação e controle social incluída nos pressupostos do SUS e da ESF, com ênfase no diálogo permanente entre os profissionais de saúde e a comunidade, na criação de vínculos e na construção de ações intersetoriais vem possibilitando maior visibilidade à metodologia da Educação Popular (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Em síntese, os resultados encontrados na Categoria 3 estão descritos no Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Síntese da Categoria 3: experimentando e produzindo coletivamente

Título das práticas	Grupo “Terapia Comunitária”	Grupo “Em canto”	Grupo “Dança Sênior”	Grupo “Flor de Lótus”	Grupo “Saúde da Mulher”
Objetivos	Permitir a exposição dos problemas e dificuldades vivenciadas no cotidiano e a sua problematização	Integrar e socializar as pessoas	Estimular o desenvolvimento cognitivo e favorecer a socialização	Promover a socialização e a autoestima	Favorecer a autoestima e a feminilidade, promover o empoderamento para resolução de conflitos pessoais
Estratégias principais	Exposição e problematização de sentimentos, saberes e experiências de vida	Exercícios e ensaios de canto, para apresentações do grupo na forma de coral	Realização de movimentos com o corpo, danças sentadas e em pé (aos pares e em roda)	Realização de dança do ventre com ensaio de coreografias para apresentações	Realização da dança do ventre, exposição e compartilhamento de experiências positivas relacionadas às mudanças de posturas no cotidiano.
Modo de condução	<p>- O profissional promove uma abertura para a exposição de experiências de vida, escutando, mediando as discussões e analisando criticamente uma situação-problema a partir dos relatos dos usuários;</p> <p>- O profissional introduz um saber elaborado em diálogo com o senso comum de modo a favorecer uma reflexão e transformação.</p>	<p>- O profissional dá comandos, explica sobre as entonações e a musicalidade e faz demonstrações</p> <p>- Os participantes expõem opiniões, apontam sugestões e interferem na condução dos ensaios de canto e apresentações</p>	<p>- O profissional ensina, demonstra e realiza os movimentos concomitantemente com os usuários;</p> <p>- Os participantes reinventam os movimentos e, de certa forma, os ritmos, por fazerem às suas maneiras, mas também acompanham o parceiro nas danças aos pares e em roda.</p>	<p>- A profissional dá alguns comandos sobre a dança e estimula a autonomia para a realização de movimentos próprios, elaborarem novas músicas e coreografias;</p> <p>- As mulheres auxiliam umas às outras na dança</p>	<p>- A profissional dá alguns comandos, explica sobre os movimentos e incentivando o olhar para si no espelho;</p> <p>- A profissional escuta as experiências de vida e a partir do exposto relata maneiras de se permitir a satisfação dos desejos no dia a dia através de algo material ou não;</p> <p>- Os participantes dançam e algumas expõem as experiências de vida.</p>

<p>Principais Fenômenos</p>	<p>- Os saberes e experiências dos usuários são acolhidos, legitimados e valorizados;</p>	<p>- A diversidade das pessoas, o fato de pertencerem a territórios distintos, marcado por suas diferenças e similaridades, a multiplicidade de vozes favorecem a aprendizagem mediada por relações intersubjetivas capazes de gerar sentidos e a construção de novos modos de estar e agir no mundo;</p>	<p>- O ambiente criado permite aos participantes perceberem e exercitarem a saúde em seu conceito ampliado relacionada também à afetividade, bem-estar psicológico, físico e social e a sensibilização para realização do autocuidado;</p>	<p>- A dança do ventre utilizada no grupo promove o desenvolvimento das capacidades biomotoras relacionadas à prática de atividade física, possibilitando a descoberta de novos movimentos com o corpo;</p>	<p>- A dança do ventre é utilizada como instrumento para auxiliar os participantes a adquirirem percepções sobre o próprio corpo e, conseqüentemente, reconhecerem-se como mulheres e sujeitos existenciais;</p>
	<p>- O desenvolvimento do grupo acontece por determinação e certa autonomia dos participantes que, além de trazer elementos relacionados à sua existência marcada subjetiva, social e historicamente, ainda decidem qual tema ou experiências desejam aprofundar na roda.</p>	<p>- A música como recurso terapêutico permite a apreensão da musicalidade pelos participantes, além da ampliação do conhecimento elaborado acerca dos gêneros musicais pelos participantes</p>	<p>- As músicas alegres e festivas utilizadas remetem ao folclore que, juntamente com as danças variadas, favorecem a ampliação de conhecimentos relacionados à cultura de diversos locais e população, além de técnicas relacionadas ao movimento com o corpo;</p>	<p>- O uso de materiais alternativos contribui para que a prática seja acessível às mulheres, proporciona estímulo à criatividade, aprendizagem de técnicas manuais e a manifestação das desejos e gostos.</p>	<p>- A roda de conversa permite um encontro entre a profissional e os participantes que os fazem refletir sobre o modo de ser e estar no mundo de forma a contribuir para a resolução de problemas de caráter psicológico, utilizando recursos próprios;</p>
		<p>- A música como recurso terapêutico permite a colocação de outro em uma relação baseada na valorização das diferenças existentes o que pressupõe o desenvolvimento da alteridade.</p>	<p>- O participantes aprende a se colocar no lugar do outro em uma relação baseada na valorização das diferenças existentes o que pressupõe o desenvolvimento da alteridade.</p>		<p>- Cria-se um espaço em que há respeito, compromisso e desejo em fortalecer cada vez mais a “rede de apoio” formada e o reconhecimento do aprendizado a partir da experiência do outro.</p>

<p>Princípios (Dialogicidade , confronto e democracia participativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Há dialogicidade, pois as atividades educativas são adotadas como práticas de libertação enraizadas nos modos de existência dos participantes. Envolve uma relação horizontal, de humildade, confiança, encontro e solidariedade. O falar “com o outro é exercitado. - Há confronto entre saberes, pois a ciência se diferencia do senso comum transformando o conhecimento científico (totalizante e antidemocrático) em um novo senso-comum. As experimentações permitem a produção de novos sentidos para a saúde e existência, engendrando a produção de novos modos de ser, agir e estar no mundo - A democracia participativa é ensaiada pela participação e solidariedade entre os integrantes permitindo a transformação do conhecimento-regulação em um conhecimento-emancipação através das decisões coletivas sobre onde se quer chegar e quais procedimentos irão adotar. Não ocorre uma avaliação crítica e coletiva das atividades ali realizadas, a partir do diálogo, da negociação e da reflexão sobre novos modos possíveis de se aprimorar e reinventar as práticas. A participação dos usuários não inclui uma dimensão política e engajadora no sentido da promoção e apropriação dos direitos enquanto cidadãos e a real ruptura com as tradições, interesses e concepções hegemônicas. .
---	---

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível identificar processos, concepções e abordagens que vêm marcando as práticas de Educação Popular (EP) na Estratégia Saúde da Família (ESF), em Belo Horizonte. Em síntese, observou-se a existência de: (1) práticas coletivas em que se identifica o emprego da abordagem tradicional ou que operam com estratégias que sinalizam para a participação dos sujeitos de aprendizagem e o diálogo, mas são conduzidas na direção da transmissão e reprodução do conhecimento formal; (2) práticas coletivas que, embora sejam caracterizadas pela abertura aos saberes e experiências dos participantes, não se abrem para que se instalem processos de problematização; (3) práticas coletivas que, apoiadas na problematização e na invenção, buscam engendrar experimentações em diferentes campos de problemas e da existência, mecanismos de subjetivação e movimentos emancipatórios.

Desse modo, observa-se que, apesar do uso de estratégias participativas, existem práticas coletivas que não favorecem a dialogicidade, por não permitirem a discussão crítica, a ressignificação dos saberes existentes e o confronto entre saberes, por prevalecer o saber elaborado ou o senso comum, sem interlocução entre ambos e a democracia participativa, por não haver um reconhecimento da pluralidade humana como matriz de pensamento para orientar a atuação coletiva. Ao mesmo tempo, percebem-se avanços em termos da aproximação com os princípios da Educação Popular, pela incorporação, em algumas práticas, do encontro intersubjetivo, do confronto entre saberes – em que as virtualidades de cada um são assinaladas –, da diferenciação da ciência em um novo senso comum e de indícios da participação democrática. Nesse ponto específico, é importante destacar a implicação dos sujeitos na condução, organização e planejamento das atividades, além da colaboração e da solidariedade entre eles.

Coerentemente, observam-se avanços nos modos de pensamento dos profissionais, apesar de, em alguns momentos, ser possível detectar um distanciamento entre o que é pensado e o que efetivamente acontece na prática. Verifica-se que alguns profissionais demonstram que compreendem e valorizam aspectos relacionados ao diálogo entre todos os participantes da prática, ao conhecimento e à exploração do contexto em que as pessoas estão inseridas, aos saberes comuns e à participação popular para a construção de novos conhecimentos. Identifica-se, simultaneamente, que existem limitações para a execução e invenção de novas práticas mais próximas dos referenciais da Educação Popular. Isso pode ocorrer em função do

tema da Educação e dos saberes pedagógicos não constituírem conteúdo muito valorizado no currículo de formação dos profissionais de saúde. Outra dificuldade pode estar vinculada aos recursos humanos, estruturais, materiais e financeiros disponíveis para as intervenções coletivas.

Destaca-se, entre os aspectos que dificultam a concretização dos princípios, a pouca abertura dos profissionais para fazer circular experiências que acionem processos de produção de subjetividade. Isso porque tal postura dos profissionais requer uma disponibilidade interna para o imprevisto e o inusitado que emergem de um encontro entre pessoas portadoras de conhecimentos e experiências que são singulares. Assumir a condição de que não se tem um conhecimento prévio a ser transmitido e sim um espaço para a produção de conhecimentos, tomando como base o que surge na prática, é um exercício que os profissionais historicamente não têm sido convidados a fazer.

Pode-se afirmar também, a partir do estudo, que os profissionais, via de regra, reconhecem o conceito de Educação dentro de uma perspectiva política da Educação Popular, que envolve princípios descritos na Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS (PNEPS-SUS). No entanto, frequentemente a expressão Educação Popular se refere a uma nomenclatura relacionada às atividades coletivas realizadas pelos profissionais com os usuários, diferenciando-as das práticas de Educação Permanente e Educação Continuada, que consistem em atividades educativas desenvolvidas entre os profissionais na educação em saúde. Entretanto, admite-se que o adjetivo “popular” presente no nome Educação Popular se refere não apenas à característica de sua clientela. Um sinalizador dessa tendência dos profissionais é a indicação de práticas educativas tradicionais, na qual a escuta, as trocas de saberes e a participação dos sujeitos não são valorizadas, frente à solicitação de práticas coletivas pela pesquisadora.

Em relação aos responsáveis pelas práticas, verifica-se um predomínio de profissionais de apoio ou integrantes do NASF, em detrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Observa-se, desse modo, a efetivação da ampliação das ofertas de serviços aos usuários, mediante a incorporação de outros profissionais com atuação interdisciplinar, como forma de apoiar as equipes na consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária.

Como forma de expandir cada vez mais a oferta de serviços e a incorporação de práticas de EP na ESF, propõe-se o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde, por meio da Educação Permanente que considere a EP no planejamento e na execução das práticas coletivas, a valorização dos processos educativos na saúde e o fortalecimento dos pressupostos do SUS. Afinal, a Educação Permanente possui potencial para o aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde, ao buscar articular a integração entre ensino, serviço e comunidade na transformação das práticas de trabalho, tendo como base a realidade dos serviços.

Além disso, é importante o reconhecimento do potencial dessas práticas de EP pelos gestores e profissionais para a transformação das ações de educação em saúde e, como consequência, a melhoria na qualidade de vida da população. Assim, a incorporação dos princípios da EP, em especial da dialogicidade, do confronto entre saberes e da democracia participativa nas práticas coletivas, e ainda o comprometimento dos profissionais em inovar aliado ao uso de estratégias participativas podem contribuir para uma construção compartilhada de conhecimentos, permitindo novas conscientizações, produções de subjetividades e emancipação dos sujeitos.

É importante ressaltar que este estudo apresenta limitações, já que foram analisadas práticas educativas de uma das nove regionais que compõem as divisões administrativas de Belo Horizonte. Somado a isso, destaca-se que a observação aconteceu em apenas um dia de cada prática educativa, o que comprometeu o conhecimento de todas as atividades citadas pelos profissionais durante as entrevistas.

No entanto, em virtude do aprofundamento de alguns princípios da EP incitados pela observação e pela exploração das práticas educativas na APS, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para reflexões e discussões sobre a EP nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na gestão, tendo por fundamento os propósitos do Ministério da Saúde para a educação em saúde e para o SUS.

Sugere-se que outros estudos, com novos cenários e outros princípios que regem a Educação Popular em Saúde (EPS), sejam empreendidos, a fim de avaliar a contribuição dessas práticas não tradicionais para a saúde da população, o fortalecimento dos pressupostos do SUS e da ESF. Afinal, a EP é considerada uma forma eficaz para aumentar o empoderamento, promover a saúde e prevenir as doenças, além de ser uma forma de fortalecer e efetivar os

princípios presentes nas políticas públicas. Dessa forma, essas experiências, não muito conhecidas e legitimadas pelas ciências sociais hegemônicas para uso em ações educativas, se tornam oportunas e relevantes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR K. F., ROCHA M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maísa Tavares de Souza. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p.389-402, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2016.

ALMEIDA, Shirley Pereira de; SOARES, Sônia Maria. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1123-32, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2016.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2016.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2006.

BAUER, M.W. **Análise de conteúdo clássica: uma revisão**. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. p.189-217.

BOMFIM, Eliane dos Santos et al. Atuação do enfermeiro acerca das práticas educativas na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 3, p.1398-1402, mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; VIEIRA, Tamara Queiroz. A Concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 4, p.412-420, out-dez. 2012. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1751/675>>. Acesso em: 19 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, 2007. 160 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2012. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 01 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 240p. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/conteudo/midia/arquivos/ideias-dicas-p-participativos-2016-10-04-final-final.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

CAMPOS, Cássia Noele Arruda et al. Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.588-596, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CARNEIRO A.C.L.L., et al. Educação e promoção da saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, v.. 31, n. 2, p. 115-20, fev. 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a04v31n2.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 13, supl. 2, p. 2029-2040, dez. 2008.

COSTA, Simone de Melo et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.292-299, set. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300292&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. 2010. 235 f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010dantas-mbp.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

DELEUZE, Gilles. Desejo e prazer. **Cadernos de Subjetividade – Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP**, São Paulo, v. 4, n. 1 jun. 1996, p. 13-25.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a filosofia**. 2. ed. Porto: Rés, 2001. (Coleção Biblioteca de filosofia).

DELEUZE, Gilles. **Crítica e clínica**. Lisboa: Edições do Século XXI, 2002. (Coleção Biblioteca do pensamento contemporâneo fundamentos).

DIAS, Geyse Aline Rodrigues; LOPES, Márcia Maria Bragança. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s.l.], v. 3, n. 3, p.449-460, dez. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7846>>. Acesso em: 19 maio 2016.

FERNANDES, Suzana Carneiro de Azevedo; GERMANO, José Willington. **As práticas educativas na Saúde da Família: uma cartografia simbólica**. 2010. 254 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/13759/1/SuzanaCAF_TESE.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2016.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F., LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.

FLISCH, Tácia Maria Pereira et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p.1255-1268, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2018.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p.1-8 [8 telas], jul-ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

FREIRE, Paulo **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 42 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 49 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009. 157 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan.2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2018.

KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas de cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008, 295 p.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1996.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em Saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n. 4, p. 773-6, out./dez. 2009. Disponível em:<[revistas.ufpr 16399-56889-3-PB.pdf](http://revistas.ufpr.br/16399-56889-3-PB.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.200-204, jun.2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000200200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2008.

MOREIRA, Kênia Hilda; GOIS, Marcos Lucio de Sousa. Influência de Boaventura de Sousa Santos em Pesquisas em Educação no Brasil. **Travessias: Pesquisas em educação, cultura, linguagem e arte**, Araraquara-SP, v. 1, n. 1, p.1-22, dez. 2006. Disponível em: <http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_001/cultura/influenciadeboaventuradesouzasantos.pdf>. Acesso em: 02 set. 2016.

OLIVEIRA, D.C., Análise de Conteúdo Temático- Categorical: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out./ dez. 2008.

OLIVEIRA, Lucia Conde de et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p.1389-1400, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2018.

OLIVEIRA JÚNIOR, Gilberto Éder de et al. Individualização dos cuidados em saúde e apassivação do usuário no âmbito da Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.453-467, ago. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200453&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PEREIRA, Fernanda Bicalho; BETHONY, Maria Flávia Gazznelli. **Clic saúde**: prevenção da esquistossomose por meio das tecnologias da informação. 2014. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/ANDO-9T9NLK>>. Acesso em: 28 out. 2016.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p.77-82, 18 out. 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8049/5378>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

PRADO, Ernande Valentin do; SALES, Cibele; NOMIYAMA, Seiko. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p.1441-1452, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601441&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2018.

REIS, Tatiana Carvalho et al. Educação em Saúde: aspectos históricos no Brasil. **Journal of the Health Science Institute**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.219-223, abr. 2013. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abrjun/V31_n2_2013_p219a223.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

REIS, I. N. C; SILVA, I. L. R; UN, J. A. W. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e Promoção da Saúde nos Centros de Saúde-escola do Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1161-1174, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1161.pdf>>. Acesso em 12 out. 2016.

ROECKER, Simone; MARCON, Sônia Silva. Educação em saúde na estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.701-709, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2016.

ROECKER, Simone; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; MARCON, Sonia Silva. O Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.157-165, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100019>. Acesso em: 19 maio 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 16 ed. Porto: Ed. Afrontamento, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1985.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008 (Coleção para um novo senso comum; v. 4).

SANTOS, Boaventura de Sousa. Por uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: _____. (Org.) **Conhecimento prudente para uma vida decente**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 777-823.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Record, 2003, p. 455- 559.

SANTIAGO, A. R. F. Pedagogia crítica e educação emancipatória na escola pública: um diálogo entre Paulo Freire e Boaventura Santos. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO – REGIÃO SUL (ANPED SUL), IX, 2012. Caxias do Sul. [*Anais eletrônicos*]. Caxias do Sul: UCS, 2012. Disponível em <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/225/217>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SANTIAGO, A.R.F.; FALKEMBACH, E.M. La Sistematización y Evaluación: dispositivos pedagógicos de la educación popular. **Tendencias & Retos**, Santafé de Bogotá, v. 15, out. 2010, p. 109-120.

SILVA, Lenise Dias da et al. O Enfermeiro e a Educação em Saúde: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.412-419, ago. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/2676/3769>>. Acesso em: 19 maio 2016.

SILVA, Líliam Barbosa et al. A utilização da música nas atividades educativas em grupo na Saúde da Família. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 21, n.2, p.01-09 [09 telas], mar. – abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0632.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo; SANTOS, Regina Maria dos; SANTOS, Jirliane Martins dos. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 326-334, jun. 2007.

VIDAL, Selma Vaz et al. A Bioética e o Trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma Proposta de Educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p.372-380, jul-set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n3/12.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2016.

APÊNDICE A – Roteiro de Observação

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Prática coletiva de Educação Popular indicada pela gerente da Atenção Primária

Centro de Saúde: _____ Regional: _____

Ação educativa: _____

Profissional (is) que realiza (m): _____

Público-alvo: _____

Observação

Data: ____/____/____ Horário início: _____ Horário término: _____

Local de realização da prática coletiva: _____

Usuários participantes (quantidade, sexo- feminino e masculino, faixa etária- crianças, adolescentes, adultos e idosos): _____

Estratégia (s) educativa (s) distintas das tradicionais adotada (s): _____

Descrição da prática educativa com ênfase nos seguintes aspectos:

1) Dialogicidade

() encontro entre o(s) profissional(is) e os usuários e entre estes entre si, em que há respeito, compromisso; acontece uma abertura ao outro no sentido de escuta, produção de discussão crítica e reflexão a partir dos saberes prévios trazidos pelos envolvidos relacionados à realidade, aos níveis de percepção desta realidade e à visão de mundo, e uma busca de transformação que envolve desejo em saber mais e melhor, apreender novos saberes e ressignificar saberes já existentes.

Impressões pessoais da pesquisadora

2) Confronto entre saberes:

() relação entre o(s) profissional(is) e os usuários em que há reconhecimento dos saberes

APÊNDICE B- Roteiro de entrevista

Entrevista a ser realizada com o profissional de nível superior, coordenador ou responsável pela prática coletiva de Educação em Saúde ou Educação Popular selecionada.

Questões

- 1) Você considera esta prática educativa coletiva relevante? Por quê?
- 2) Qual o seu objetivo com a prática educativa realizada? Acha que conseguiu alcançar esse objetivo? Explique.
- 3) Por que usou essa estratégia (_____) com este público?
- 4) Você recebeu alguma capacitação para a realização da prática educativa realizada? Qual (is)?
- 5) Você encontra dificuldades para realização dessa atividade educativa? Se sim, quais são?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa PRÁTICAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Nesta pesquisa, pretendemos analisar as práticas coletivas de Educação Popular (EP), realizadas pelas equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF). O motivo que nos leva a estudá-las foram lacunas referentes ao objeto deste estudo apresentadas em outras pesquisas, através de Revisão de Literatura. Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: serão escolhidas as práticas coletivas que utilizem estratégias educativas não tradicionais de forma mais diversificada possível, tanto em relação à forma de abordagem (dança, roda de conversa, música, teatro, etc.), quanto em relação ao pertencimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de distritos sanitários diferentes, no município de Belo Horizonte.

Como critérios de inclusão, serão consideradas as práticas coletivas realizadas por profissionais de nível superior integrantes das equipes de saúde da família e/ou NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que manifestem interesse em participar da pesquisa e que não estejam ausentes da unidade de saúde durante o período de coleta de dados por motivos diversos (atestados, férias, participação em cursos e eventos externos, dentre outros).

Para a coleta de dados será realizada a observação participante das práticas coletivas de EP na ESF selecionadas por destaque em premiações e/ou descrições em congressos ou outros eventos afins e/ou ainda por indicação de gerentes das UBS, mediante a concretização da dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa, a partir da utilização de estratégias educativas não tradicionais. Além disso, será feita uma entrevista com o profissional de saúde de nível superior, coordenador da prática observada, com duração média de 30 minutos, no local onde as práticas coletivas acontecem ou no Centro de Saúde no qual o profissional é lotado. As entrevistas acontecerão após contato prévio com o profissional responsável e escolha do melhor horário para realização da mesma, seja logo após a prática coletiva observada ou em outro momento (a ser acordado) no Centro de Saúde. Os instrumentos de coleta de dados, tais como gravações, fichas individuais e todos os demais documentos utilizados para a coleta de dados serão mantidos em arquivos, sob guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa, por 5 (cinco) anos, em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

Este estudo terá como risco o de constrangimento ou desconfortos durante a entrevista ou observação, sendo garantida a reparação dos danos eventualmente causados em decorrência da participação na pesquisa, conforme preconizado na Resolução CNS 466/12. Entretanto, a participação do Sr.(a) é essencial para contribuições do ponto de vista científico e social, em termos de conhecimento e aprofundamento sobre a Educação em Saúde na forma de Educação Popular, em relação à maneira como vem sendo implementada por algumas equipes na ESF e às estratégias educativas utilizadas. Diante disso, esta pesquisa poderá promover uma reflexão pelos profissionais de saúde quanto à necessidade de repensarem sobre as práticas educativas coletivas, na busca pela melhoria destas e, portanto, proporcionar uma melhor qualidade de vida e saúde à população.

Para participar deste estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo e estará livre para participar ou não da pesquisa. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Caso o(a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo, a qualquer tempo.

Pesquisadores responsáveis:

- Prof^a Dr^a Maria Flávia Gazzinelli Berthony - (31) 34099181
flaviagazzinelli@yahoo.com.br;
- Priscilla Malta Prado Melo - (31) 988527266 - primaltaenf@yahoo.com.br.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste trabalho. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao (à) Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa PRÁTICAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____.

Nome completo (participante/pesquisado) Data: ____/____/____

Assinatura (pesquisado): _____

Nome completo (pesquisador responsável) Data: ____/____/____

Assinatura (pesquisador): _____

Pesquisado e pesquisador favor rubricarem nas demais páginas do TCLE.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

1) COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Telefone: 34094592.

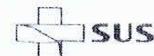
2) CEP – SMSA-BH- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ºandar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte, MG. CEP: 30.720-000. E-mail: coep@pbh.gov.br. Telefone: 3277-5309

ANEXO A - Carta de Anuência da Prefeitura de Belo Horizonte



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa intitulado **Práticas Coletivas de Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família**, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Flávia Gazzinelli Bethony, CPF 244.983.605-59, cujo objetivo é analisar as práticas coletivas de Educação Popular realizadas pelas equipes na Estratégia Saúde da Família e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos uma devolutiva dos dados e resultados encontrados para o município de Belo Horizonte e trabalhadores do setor e/ou seus representantes.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

Para pesquisas em escolas:

Solicitamos que o pesquisador entre em contato com a Secretaria Municipal de Educação, para liberação da pesquisa. Contato: Mayrce Terezinha (tel 32778625 ou e-mail gecedi@pbh.gov.br).

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Esta Carta de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 13 de Fevereiro de 2017

Taciana Malheiros Lima Carvalho
Gerência de Assistência

Taciana Malheiros Lima Carvalho
Gerente de Assistência
SMSA/BH
76.364-7

Cláudia Fidelis Barcaro
Gerência de Educação em Saúde
SMSA/BH

Gerência de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH
Rua Frederico Bracher Júnior, nº103 - 3º andar - Padre Eustáquio - CEP 30 720-000 – Belo Horizonte/MG.
Telefone: (31) 3277 9281 / 8516 e Fax (31) 3277 8458 / e-mail: ces@pbh.gov.br

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Práticas coletivas de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Maria Flávia Gazzinelli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66815317.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.054.317

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa de campo, com abordagem qualitativa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao município de Belo Horizonte ou espaços intersetoriais nos quais os profissionais da ESF desenvolvam práticas de Educação Popular (EP) por meio de estratégias educativas não tradicionais. Os participantes serão 30 profissionais de nível superior integrantes das equipes de saúde da família e/ou NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Na metodologia descrita, será realizada a observação participante das práticas coletivas de EP na ESF selecionadas mediante a concretização da dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa. Além disso, será feita uma entrevista com o profissional de saúde de nível superior, coordenador da prática observada. Esta fase da pesquisa acontecerá até a saturação dos dados. No roteiro da entrevista será perguntado: "1) Como você vê a prática que acabou de realizar? 2) Qual o seu objetivo com a prática educativa realizada? 3) Qual a sua intenção ao adotar esta estratégia (_____) com este público? 4) Você recebeu alguma capacitação para a realização da prática educativa realizada? Qual (is)? 5) Você encontra dificuldades para realização desta atividade educativa? Se sim, quais são?"

Objetivo da Pesquisa:

+ Objetivo Geral:

Analisar as práticas coletivas de Educação Popular realizadas pelas equipes na Estratégia

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.054.317

Saúde da Família.

+ Objetivos específicos:

- Identificar práticas coletivas de Educação Popular realizadas pelas equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF) que utilizem estratégias educativas distintas das tradicionais;
- Verificar como os princípios da dialogicidade, do confronto entre saberes e da democracia participativa estão presentes nas práticas coletivas observadas;
- Relacionar as estratégias educativas utilizadas nas práticas coletivas quanto aos pressupostos da Educação em Saúde e Educação Popular presentes nas políticas públicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE informa: "Este estudo terá como risco o de constrangimento ou desconfortos durante a entrevista ou observação, entretanto, a participação do Sr.(a) é essencial para contribuições do ponto de vista científico e social em termos de conhecimento e aprofundamento sobre a Educação em Saúde na forma de Educação Popular em relação à maneira como vem sendo implementada por algumas equipes na ESF e as estratégias educativas utilizadas. Diante disso, esta pesquisa poderá promover uma reflexão pelos profissionais de saúde quanto a necessidade de repensarem sobre as práticas educativas coletivas na busca pela melhoria destas e, portanto, proporcionar uma melhor qualidade de vida e saúde à população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Projeto relevante que desafia a educação tradicional, conforme o Parecer da Câmara Departamental da Enfermagem Aplicada - EE/UFMG.

A Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte informa que é coparticipante da pesquisa, e que o projeto deve ser submetido também ao Comitê de Ética da SMSA-BH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada.
- Parecer aprovado da Câmara Departamental da Enfermagem Aplicada - EE/UFMG, em 13/03/17.
- Carta de anuência da Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), 13/02/17, sob aprovação do Comitê de Ética da SMSA-BH.
- Projeto completo, cronograma, orçamento.
- Roteiro de observação e de entrevista.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer 2.054.317

- TCLE apresentado como carta convite, assegurando a voluntariedade, o anonimato, e a desistência a qualquer momento do projeto, sem qualquer prejuízo.

Conforme a Resolução CNS 466/12, no TCLE deve:

- Trocar o termo "cópia" por "via" na frase: "Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas."
- Informar como as ações serão realizadas na pesquisa: observação e entrevista. Deve ser explicado onde serão realizadas, quando e quanto tempo de envolvimento do participante.
- Enumerar páginas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa estava em diligência pelas seguintes pendências no TCLE:

- Trocar o termo "cópia" por "via" na frase: "Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas."
- Informar como as ações serão realizadas na pesquisa: observação e entrevista. Deve ser explicado onde serão realizadas, quando e quanto tempo de envolvimento do participante.
- Enumerar páginas.

Todas as pendências foram solucionadas pelos pesquisadores do projeto, portanto, recomenda-se a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_908170 E1.pdf	24/04/2017 17:54:44		Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Práticas coletivas de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Maria Flávia Gazzinelli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66815317.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.054.317

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa de campo, com abordagem qualitativa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao município de Belo Horizonte ou espaços intersetoriais nos quais os profissionais da ESF desenvolvam práticas de Educação Popular (EP) por meio de estratégias educativas não tradicionais. Os participantes serão 30 profissionais de nível superior integrantes das equipes de saúde da família e/ou NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Na metodologia descrita, será realizada a observação participante das práticas coletivas de EP na ESF selecionadas mediante a concretização da dialogicidade, confronto entre saberes e democracia participativa. Além disso, será feita uma entrevista com o profissional de saúde de nível superior, coordenador da prática observada. Esta fase da pesquisa acontecerá até a saturação dos dados. No roteiro da entrevista será perguntado: "1) Como você vê a prática que acabou de realizar? 2) Qual o seu objetivo com a prática educativa realizada? 3) Qual a sua intenção ao adotar esta estratégia (_____) com este público? 4) Você recebeu alguma capacitação para a realização da prática educativa realizada? Qual (is)? 5) Você encontra dificuldades para realização desta atividade educativa? Se sim, quais são?"

Objetivo da Pesquisa:

+ Objetivo Geral:

Analisar as práticas coletivas de Educação Popular realizadas pelas equipes na Estratégia

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.054.317

Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2024984.pdf	24/04/2017 17:15:37	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Final.pdf	24/04/2017 17:13:43	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/04/2017 17:08:29	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	01/04/2017 16:14:18	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Outros	Aprovacao_Projeto_Camara_Departame ntal.pdf	01/04/2017 16:13:54	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	26/03/2017 20:06:13	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/03/2017 20:05:50	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_Assinada_PBH.pdf	26/03/2017 20:02:32	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.pdf	26/03/2017 20:01:04	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Outros	Roteiro_de_Observacao.pdf	26/03/2017 20:00:34	Maria Flávia Gazzinelli	Aceito
Outros	668153174emendaassinada.pdf	09/05/2017 15:55:14	Vivian Resende	Aceito
Orçamento	668153174parecerassinado.pdf	09/05/2017 15:55:21	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br