



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

do Prado, Ernande Valentin; 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 - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 2, diciembre, 2014, pp. 1441-1451
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135777024>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil

Ernande Valentin do Prado^(a)
 Cibele Sales^(b)
 Seiko Nomiyama^(c)

Prado EV, Sales C, Nomiyama S. I have lived it, nobody told me: popular health education in the Family Health Strategy at the borders of Pantanal - Mato Grosso do Sul state, Brazil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1441-1452.

This paper was inspired by the possibility of studying the contributions of Popular Education to the re-organization of Primary Health Care (PHC). A qualitative study was conducted with users and health providers of a Family Health Service in the urban area of Rio Negro, Mato Grosso do Sul state, Brazil. Data was obtained using interviews, field diaries, photo archives, audio, video, publications, reports and blog information. Our findings highlighted an evolution in the health care process, humanization of the relationship between health care providers and patients, as well as in the understanding of providing PHC and professional satisfaction. We concluded that Popular Education is coherent and positive for achieving the objectives of the Family Health Strategy.

Keywords: Popular Education. Primary Health Care. Family Health. Health promotion.

O que motivou a elaboração deste artigo foi a possibilidade de investigar a contribuição da Educação Popular à reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). Realizou-se uma pesquisa qualitativa com usuários e profissionais de uma Unidade de Saúde da Família da área urbana de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, diários de campo, arquivos de fotografias, áudio, vídeo, publicações, relatórios e informações de um blog. A análise dos dados evidenciou evolução no processo de cuidado, humanização das relações entre profissionais e usuários, compreensão do fazer em APS e satisfação profissional, constatando que a Educação Popular é coerente e positiva para a Estratégia Saúde da Família atingir seus pressupostos.

Palavras-chave: Educação Popular. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Promoção da saúde.

^(a) Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Avenida Duque de Caxias, 250, Fragata, Pelotas, RS, Brasil. 96030-000. emboraeuqueira@uol.com.br

^(b) Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, Curso de Enfermagem, Dourados, MS, Brasil.

cibele_sales@terra.com.br

^(c) Prefeitura Municipal de Capão da Canoa, Secretaria Municipal de Saúde, Capão da Canoa, RS, Brasil.
 seiko.redh@gmail.com

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorientação do modelo assistencial à saúde a partir da reorganização da atenção básica e tem por finalidade atender uma população geograficamente delimitada. A adscrição dos usuários possibilita o vínculo das pessoas/famílias com as equipes e "o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre usuário e trabalhador de saúde"¹.

Vasconcelos² diz que a ESF deve realizar também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e um dos principais meios para efetivar estas ações é a educação em saúde da população. E diz, ainda, que a educação popular não é o mesmo que educação informal, mas um modo de participação popular comprometido com as classes populares e acrescenta, citando Brandão, que a educação popular não visa sujeitos subalternos educados, mas participa do esforço social visando contribuir com a organização política capaz de garantir seus direitos.

A partir destas concepções, havia o desejo de atuar na saúde coletiva e colocar em prática um modo de fazer saúde, reafirmado pela Portaria nº 2.488/2012 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica¹. Desejávamos ir além das atividades administrativas e assistenciais mínimas esperadas para enfermeiros na coordenação da ESF. Queríamos o novo, queríamos andar na rua, fazer programa de saúde na rádio comunitária, organizar grupos nas comunidades, conviver com a equipe, participar das festas, das lutas, das alegrias e das tristezas da comunidade. Enfim, queríamos ser enfermeiros e enfermeiras não apenas na tradição nightingaleana, mas também na tradição cristã, pois no período cristão as enfermeiras já faziam visita domiciliar e foram as verdadeiras precursoras da ESF³. Tínhamos o desejo de ser, principalmente, enfermeiras e enfermeiros engajados na construção de uma sociedade mais justa e solidária, da qual o Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte. Queríamos participar da construção/efetivação de um serviço onde o enfermeiro é parte da estrutura humana responsável por proporcionar bem-estar à população. Não havíamos vivenciado isto ainda em parte nenhuma, era apenas um sonho, mas acreditava-se ser possível. E foi.

Este artigo foi motivado por uma necessidade de discutir crítico-reflexivamente a realização deste ideário e objetiva investigar qualitativamente a contribuição da Educação Popular em Saúde na reorganização do modelo assistencial em uma ESF de Rio Negro, MS, município com 5.036 habitantes⁴ localizado à "beira do Pantanal", a 30 quilômetros do pantanal sul-mato-grossense.

Metodologia

Este estudo tem por base a pesquisa realizada pelo primeiro autor sob orientação da segunda autora, para o trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de cunho exploratório. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sob o Protocolo nº 1.311.

Os sujeitos implicados foram os moradores da área de abrangência da ESF e os profissionais da equipe. A amostra foi por conveniência. Houve leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado e esclarecimento das dúvidas, bem como informação sobre o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejasse, sem que isso acarretasse qualquer tipo de prejuízo no atendimento presente ou futuro. Também foi garantida a privacidade dos dados.

Participaram do estudo onze usuários e sete profissionais. Os usuários foram selecionados por terem acompanhado todo o processo de implantação dos pressupostos da ESF na perspectiva da Educação Popular e também por conhecerem o serviço antes deste trabalho. A idade dos usuários variou entre 26 e 69 anos, com ocupação de doméstica, lavrador e do lar. O tempo de uso do serviço de saúde em Rio Negro variou entre seis meses e 34 anos. Dentre os profissionais, participaram quatro agentes

comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, uma nutricionista e uma educadora física.

Foram realizadas entrevistas coletivas com os participantes, no ano de 2008, com a seguinte questão norteadora: "Conte-me como era o serviço antes de 2007, o que mudou e como é agora". É muito interessante observar e deixar registrado, pois não tem como ser apreendido pela transcrição, que houve realmente um diálogo coletivo, com as pessoas complementando as ideias e corroborando com o depoimento das outras, seja por meio de gestos, falas ou expressões faciais.

As entrevistas foram gravadas em vídeo e áudio digital e transcritas^(d). Estes instrumentos eram familiares aos entrevistados, uma vez que era rotina no serviço realizar gravações e fotografias das atividades. Nas falas que remetiam a acontecimentos anteriores ao início da implantação das ações, foram acrescentadas observações que pudessem auxiliar na análise. Também foram realizadas anotações de comunicação não verbal, bem como em que falas elas foram expressas.

Os dados foram obtidos a partir de entrevistas com os profissionais e usuários do serviço, diários de campo, arquivo pessoal de fotografias, vídeos, áudios, relatórios, publicações e informações contidas em um blog: cuidado, saúde e cidadania^(e), e também contaram com as lembranças afetivas do autor.

A análise dos dados foi realizada a partir do suporte teórico da Hermenêutica Dialética⁵. Os resultados serão apresentados e discutidos em quatro aspectos. Os três primeiros são as categorias de análise elaboradas a partir da leitura das transcrições dos discursos de usuários e profissionais, sendo elas: 1) Reconhecimento das mudanças no fazer técnico e na estrutura organizativa; 2) Reconhecimento de vínculo entre equipe e usuários; 3) Valorização do fazer/saber; e 4) Descrição das observações do contexto em que se deu a experiência em relação à Educação Popular.

Na descrição dos discursos dos usuários a letra "U" será utilizada para a identificação, seguida do respectivo número, como por exemplo: U1, U2. Os profissionais serão identificados pela letra "P" e o respectivo número. Ex.: P1, P2 e assim sucessivamente. Os discursos estão destacados em itálico e com recuo. Reticências sem os colchetes "..." indicam pausas nas falas e reticências entre colchetes "[]" são cortes.

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados e discutidos em quatro aspectos conforme exposto na metodologia.

Primeiro aspecto

Categoria 1: Reconhecimento das mudanças no fazer técnico e na estrutura organizativa

Nesta categoria estão os discursos que demonstram a compreensão das mudanças. De modo geral usuários e profissionais perceberam as mudanças através de novas dinâmicas do fazer cotidiano, da organização dos serviços, da implantação de novas abordagens, como programas específicos, atendimento nas comunidades, capacitações e reuniões.

^(d) Disponível
em: <<http://cuidadosaudedevidadania.blogspot.com.br/>>.

^(e) Disponível
em: <<http://cuidadosaudedevidadania.blogspot.com.br/>>.

Acredito que o serviço melhorou porque não tem mais que ir ao Centro de Saúde para ter acesso a alguns serviços, pois a equipe vai até seu bairro (U1).

Agora eu acho bom é o exame de sangue que eu pego o papelzinho aqui, chego lá já faz. Antigamente tinha que marcar, esperar 30 dias. Tinha vez que até 40. Agora não. Agora faz. Pega aqui, como hoje, e amanhã chega lá, já faz (U2).

Pra mim não era muito bom não, né. Porque apesar da gente fazia tudo que fazia: media pressão, pegava remédio, fazia consulta, né... E faz. Mas tinha que ir lá. E às vezes acontecia de não ter médico, né... Aqui a gente vem sabendo que não é médico, que é uma reunião da saúde [...]. Eu gostei muito e pra mim melhorou muito, muito mesmo... Porque de primeiro a gente tinha muita dificuldade [...] aqui também eu gosto porque depois que vocês começaram aqui, ficou assim, sabe: aquela coisa... Eu vou lá... E uma coisa de rir... Uma brincadeira, uma palestra... E agora tá melhorando mais ainda [...] (U3).

Percebe-se que houve mudanças na postura dos profissionais frente às ações de cuidado, sobretudo com relação ao registro das atividades.

[...] A gente tem também que tá ali em convívio e saber com quem a gente tá lidando e das medicações deles também, porque se acontecer de um entrar de férias ou se afastar a gente [...] tá sempre colocando no prontuário [...] o acompanhamento, mesmo se a gente precisar sair, a pessoa, como no meu caso de contrato, mesmo se for sair, outras pessoas que entram vão saber continuar [...] (P5).

Os profissionais falaram nas mudanças, na forma de trabalhar antes e depois da implementação/implantação de ações baseadas na Educação Popular e ainda mencionaram, de modo enfático, a educação permanente como forma de saber mais e impulsionar essa mudança.

Eu acho que ocorreram bastante mudanças. Diversifica colocar bastante pontos onde os hipertensos podem alcançar. É perto de sua casa, ele pode escolher onde ele pode se reunir. É o que você abrangeu também com nossos testes de glicemia, não tem mais glicoteste, a gente faz no laboratório, não tem fila, os meninos podem agendar consulta (P5).

Agora tem mais estrutura... Eu acho, pelo menos da sua parte tem mais atenção com a gente, ensina mais... Quanto mais faz mais aprende... Transmite muita coisa do serviço (P3).

Eu me lembro quando fui fazer um concurso [...] humanização do Sistema Único de Saúde, esse foi o tema da redação e esse tema a gente tinha discutido aqui dentro da sala. Então é uma coisa assim, que você trabalhando com saúde no dia-a-dia, você se envolve com os problemas que tem do dia-a-dia, que na verdade você fica sabendo de saúde num contexto muito mais amplo (P1).

Do ponto de vista da gestão do cuidado, o diálogo é uma forma de proporcionar mudanças ou a percepção de sua necessidade. A educação permanente é o método para impulsionar estas mudanças. Pretendia-se mudar o foco das doenças e do indivíduo doente para a família, a comunidade e a promoção de saúde, tal qual preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. No dicionário Paulo Freire, mudança é entendida como transição, ruptura com o equilíbrio, mas também como processo contínuo e gradual¹⁶. Pode-se dizer que os usuários e a equipe entendiam as necessidades da mudança.

Olha só [...], uma coisa que tem ajudado bastante no trabalho [...] que a gente [...] acha chato [...] vamos ler um artigo... Aquele lá, por exemplo, aquele artigo de saúde... Tá, mas a gente aprende muita coisa (P1).

[...] o vínculo de início era só auxiliar, ACS, enfermeiro. A equipe se baseava só nisso. [...] E aí [...] conseguiu implantar pra cada um, um projeto, uma reunião, uma especificação que cada um poderia fazer dentro da área do PSF [...]. Não conheço outro PSF que tenha esses mesmos trabalhos que a gente tem abrangendo tanto a população que nem nós abrange (P5).

Em relação ao meu trabalho: é super diferente. Quando eu comecei fui contratada para atender na clínica... Só, só atendimento médico também... (P6).

Segundo aspecto

Categoria 2: Reconhecimento de vínculo entre equipe e usuários

Esta categoria aparece de modo muito sutil nas falas, mas de maneira inequívoca. Esse vínculo que se construiu entre profissionais e usuários e também entre a equipe se reflete na satisfação profissional. De um modo geral é muito difícil separar estas três categorias, percepção de mudança, vínculo e satisfação profissional, pois todas estão muito interligadas na fala e no contexto. Pode-se perceber que o vínculo e a preocupação com o outro está presente na fala da profissional ao referir que deixa tudo anotado no prontuário para, caso não seja renovado seu contrato, o cuidado ter continuidade.

[...] outras pessoas que entram vão saber continuar isso através do prontuário do paciente e também das nossas fichas, que a gente deixa tudo agendado, tudo marcado (P5).

Com relação ao reconhecimento de vínculo, os usuários relataram se sentir mais cuidados.

Porque aqui é animado, que a gente conhece todo mundo. Por isso eu gosto de vir aqui. Todo mundo trata bem, ninguém é mais que os outros. Todo mundo é igual. Eu gosto por causa disso (U2).

Há nesta fala uma interessante constatação. A equipe buscava construir a sensação de igualdade e, pelo depoimento, parece ter sido possível. Segundo Vasconcelos⁷, a igualdade aqui não significa ausência de diferenças, mas a igualdade que possibilita o diálogo e diálogo só acontece entre iguais. Mais que condições materiais, quando nos referimos à igualdade estamos falando na possibilidade de diálogo entre usuário e profissional na construção do processo saúde/doença/cuidado. O autor ainda afirma que as práticas de Educação Popular nos serviços de saúde são orientadas no sentido de superar o fosso cultural existente entre a instituição e a população. De acordo com Brandão⁸, o diálogo não é necessariamente para facilitar a aprendizagem, mas é a própria razão de ser da Educação Popular. Não se dialoga sem escuta e "escutar é cuidar. A escuta atenta e generosa das versões, verdades, crenças e das histórias do outro se refere a um tempo em que o cuidador abdica da fala e presta atenção a quem fala, a quem conta e confessa"^{9:465}. Não há diálogo verdadeiro e nem mudança sem escuta atenta e generosa.

Além disso, o vínculo aparece nos seguintes discursos, tanto de profissionais, quanto de usuários:

Eu acho, pelo menos [...] tem mais atenção com a gente [...] (P2).

Não tinha essa integração que a gente tem hoje com os profissionais, o que ajuda muito a gente a trabalhar na comunidade (P3).

Nunca imaginei que fosse ter esse trabalho, e até estou tendo a oportunidade de sair (ir para outro setor), que eu adoro, assim... Eu abro mão pra tá aqui (P6).

Eu venho é entra em grupo sobre vocês [...] E me sinto bem também por isso que eu venho aqui (U2).

Eu venho assim nessa expectativa: vai sair uma coisa diferente hoje. Hoje tem algum negócio diferente. Uma coisa de rir, uma brincadeira, uma palestra... (U3).

Então eu fico muito feliz com isso, graças a Deus. Então eu só não venho mesmo na reunião quando não tô aqui em casa (U4).

Vínculo é fundamental no trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS). "A filosofia da ESF é calcada na criação de vínculo e corresponsabilidades entre população e profissionais de uma área delimitada"^{9,465}. Essa dimensão do trabalho realizado em Rio Negro talvez seja a mais importante. Algumas observações em relação aos grupos de cuidado talvez sejam essenciais ao falar de vínculo. Entende-se que este passa necessariamente pela afetividade.

Um dos grupos de acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, por exemplo, era constituído basicamente por pessoas com mais de 55 anos. O grupo tinha, em média, 18 participantes por mês e estes chegavam cedo, antes do horário marcado e ficavam conversando entre si enquanto a equipe organizava o ambiente. Chegavam, inclusive, a contribuir com a arrumação. O encontro durava entre 45 e 90 minutos e acontecia uma vez ao mês. No final e no início do encontro, as pessoas se organizavam para receber um abraço e expressavam fisicamente alegria e satisfação, evidenciadas nas falas durante a pesquisa e, ao disporem seus corpos para serem tocados, seus sorrisos na face para serem contemplados.

É importante destacar a dimensão afetiva neste grupo porque ele foi um dos últimos a se firmar dentro da estrutura organizativa. Levaram-se vários meses para, realmente, se chegar a um grupo coeso. Durante muito tempo, as pessoas não se identificavam com a equipe e não havia continuidade dos cuidados, pois havia irregularidade na frequência às atividades, situação que só mudou após visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe de forma regular, mês após mês. E somente quando essa dimensão afetiva foi trabalhada que o grupo realmente se firmou. Vasconcelos¹⁰ diz que é preciso investir no refinamento do cuidado e que a sensibilidade, os sentidos e as emoções são peças importantes de chegar ao outro.

Durante todo o tempo em que foram trabalhadas apenas as dimensões técnicas e científicas neste grupo, no tocante ao enfrentamento dos problemas de hipertensão e/ou diabetes, muito pouco se avançou. Não se estabelecia o diálogo de fato, mas apenas se falava e supunha que se estava sendo ouvido, mas, quando as possibilidades de abordagem foram ampliadas, começou a haver diálogo e aproximações e, com isso, resultados.

Loyola, citado por Gualda e Bergamasco¹¹, diz que a eficiência da assistência à saúde não é obtida só pela qualidade do serviço [ou por boas intenções], mas compreendendo que fatores culturais [e afetivos] influenciam no processo.

Freire¹² afirma que "o amor é um ato de coragem" e conclui dizendo que o ato de amor é o comprometer-se com a causa. No caso da equipe, o ato de amor se expressava no envolver-se e comprometer-se com o outro, entendendo que não há cuidado verdadeiro sem envolvimento¹³.

Terceiro aspecto

Categoria 3: Valorização do fazer/saber

A equipe estava constantemente motivada e orgulhosa do trabalho que fazia. O trabalho em contato com o usuário e com a equipe era suficiente para motivar e dar satisfação ao grupo. Mesmo se tratando de profissionais de diversos níveis culturais e com escolaridades diferentes, a forma de trabalhar não permitiu fazer distinção de categorias para falar da satisfação profissional e pessoal.

Essa satisfação era evidente no dia a dia e foi o traço mais marcante identificado durante a entrevista coletiva. Foi relatado o respeito que havia pela construção coletiva do trabalho e do cuidado. Muitas vezes o trabalho era enriquecido pela participação de profissionais de outras equipes de ESF, de agentes de endemias da equipe da vigilância ambiental, profissionais da educação, do Centro de Saúde, do serviço social e de igrejas.

Gosto, adoro o que eu faço, adoro participar. Adoro ajudar as pessoas, sabe, conhecer, ainda mais quando fala da pessoa, eu saber do histórico dela, eu saber que posso ajudar, eu saber das dificuldades dela, que é isso que os meninos enfrentam, né... (P5).

[...] antigamente era: agente de saúde fazia seu trabalho, auxiliar fazia o seu, enfermeiro o seu, médico o seu... Apesar que... A gente, com essa equipe toda, a gente trabalha bastante... Aumentou o nosso serviço, mas pelo menos a gente é bastante reconhecido (P2).

[...] a gente tem que dar muito valor no que a gente faz, porque quando a gente expõe isso... Coloquei nas minhas redes sociais as fotos do trabalho [...]. Fui relatar (na pós-graduação) maior orgulho que eu tenho de falar o que a gente faz, o que que a equipe faz [...]. Agora com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e tal, vai começar, mas a gente já tem antes do NASF (P6).

Essa satisfação é creditada à Educação Popular porque toda essa integração só foi possível tomando seus princípios, sendo o diálogo o ponto chave. Freire¹⁴ pensava o diálogo real entre pessoas, liderança e base, dirigentes e dirigidos – capaz de estabelecer aprendizados mútuos pela troca de experiência e saberes. Diálogo que, para ele, significava a base da democracia real.

“O ser humano tem a vocação de ser mais”¹². Essa noção se aplica muito bem quando se fala em satisfação pessoal e profissional na equipe. Os profissionais foram estimulados pelo processo de trabalho a buscar ser mais e responderam positivamente. Segundo o mesmo autor, os opressores podem estar entre os próprios oprimidos e isso parece óbvio quando se fala em profissionais e usuários do SUS. Os profissionais são oprimidos pelo sistema de saúde como um todo, pelas estruturas e pela gestão e respondem a isso oprimindo os usuários, situação esta que foi sendo modificada a partir do trabalho realizado na referida ESF.

Quarto aspecto

Categoria 4: O fazer em saúde orientado pela Educação Popular em Saúde.

Um princípio importante na Educação Popular é o aprender a partir da experiência, partir da realidade vivida. Aprender com as práticas é um desejo permanente e sempre valorizado, mas que nem sempre é possível: nossa prática é a fonte mais importante de aprendizado, contudo, aprender com essa prática é um desafio não só metodológico, mas fundamentalmente político¹⁵. Em Rio Negro, buscou-se valorizar e compreender a realidade a partir de registros do que se fazia no cotidiano: visitas domiciliares, planejamento, reuniões, discussões, festas, enfim, e tudo

era retomado em momentos oportunos como capacitações, comemorações, por exemplo. Assim, era possível entender melhor o que funcionava ou não no fazer da equipe. Não se registrava apenas na escrita, mas em vídeos, áudios e fotografias. Os discursos transcritos revelam esta compreensão a respeito da importância dos registros e sobre o que isso significou em termos de retroalimentar o fazer cotidiano, inclusive com a melhoria dos cuidados ao cidadão.

[...] aumentou o nosso serviço [...] antigamente não tinha. Tinha uma reunião uma vez por mês... Para se ter uma ideia eram quinze, vinte pessoas que iam em uma reunião. Numa reunião. Hoje quantas pessoas participam de nossas reuniões de HIPERDIA? Muito mais, por quê? Porque dividiu por setores. Cada setor tem a sua reunião (P2).

O mais significativo de observar foram as mudanças em relação ao fazer, ao saber e nas relações entre profissionais e entre profissionais e usuários.

A gente acaba fazendo, participando de quase tudo, né, que tem no PSF. Anteriormente a gente fazia visita e pronto (P2).

No primeiro caso, foi observado que os usuários passaram a entender ou estavam em processo de entender que saúde e serviço de saúde são mais do que consultas médicas, distribuição de medicações e exames.

Eu fui falar pra ela que saúde envolve muito mais do que estar doente, se você tá bem fisicamente ou mentalmente [...] Se você tá... Se você só vem pra trabalhar, se você não tem uma condição de moradia boa, isso tá envolvendo saúde, né! (P1).

Outro princípio relevante em relação à Educação Popular é a humanização. Freire¹⁶ entende que o homem é um ser inacabado, inconcluso e determinado, mas capaz de superar as determinações de seu meio. Compreender isto é fundamental, pois sem isto não há diálogo possível com o outro. A educação é processo de construção de sujeitos, mas o que é essa construção de sujeitos⁽¹⁾? Para a equipe, essa construção se dava nas relações que se estabeleciam no fazer. Procurava-se conhecer as pessoas, suas histórias de vida e assim procurar entender suas motivações. Essa busca começou para entender por que algumas pessoas procuram compulsivamente a unidade de saúde. O que as motivava a ir todos os dias e a ter queixas diferentes em cada momento?

Uma atividade que possibilitou desenvolver o senso de humanização na equipe foi o atendimento voltado aos detentos do município de Rio Negro. Em uma visita, verificamos que muitos detentos haviam perdido contato com a família. Alguns nem mesmo o número de telefone tinham. Nesta ocasião, nos oferecemos para ajudar a escrever cartas para suas famílias, já que muitos eram analfabetos. Toda a equipe se emocionava com essas atividades tão simples, mas tão carregadas de simbolismo e potencial de promover saúde e humanização para todos. "Os presos deixavam de ser bandidos" e se tornavam, aos olhos da equipe, pessoas comuns que precisavam de cuidados.

⁽¹⁾ Conferência de abertura. II Seminário sobre Educação Popular e Saúde no Contexto da Promocão da Saúde: seus sujeitos, espaços e abordagens e II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde. Notas de Maria Waldenez de Oliveira. Brasília. 07 de agosto de 2001.

[...] agora a gente tá sempre indo lá na delegacia [...] fazendo o que a gente pode... Pra eles ter uma vida melhor, né [...] Acho que eles merece isso também, né. Não é porque tá preso lá que ninguém vai visitar eles lá, né! (P5).

A Educação Popular é um processo de humanização, educar é humanizar (não é ensinar, nem socializar). É tornar os seres humanos capazes de serem mais humanos. Educar é entender que todo ser humano carrega uma possibilidade de ser ou se tornar um ser humano. A humanização não é um discurso vazio ou um jeito caridoso de lidar com as pessoas, mas uma busca deliberada por ser mais e fazer mais, por superar as limitações e contradições inerentes à condição do ser^(g). Isso tem dois lados: proporcionar um atendimento humanizado possibilita a equipe se tornar cada vez mais humana e humanizar as relações e possibilita que o outro também se humanize. Uma das funções da Educação Popular na América Latina é proporcionar ao trabalhador lutar de forma organizada por sua humanização¹⁷.

Todos os dias, ao longo destes anos, trabalhamos nossas próprias contradições, nosso autoritarismo, nossas certezas técnico-científicas. Isto em nome do diálogo que sempre foi fundamental. Diálogos sempre em roda. Para facilitar essas rodas, construímos, no pátio do Centro de Saúde, uma tenda denominada Tenda Paulo Freire e citada por Oliveira¹⁸. Essa tenda foi construída por meio de um trabalho realizado com a comunidade e diversas instituições públicas para arrecadar os recursos necessários, o Arraiá do SUS^(h).

A intenção maior do diálogo, fosse entre profissionais e usuários ou entre a equipe, era promover autonomia. Esta não se promove sem que o sujeito esteja empoderado. Procurávamos estimular a autonomia através do fazer educativo, mas sempre lembrando que a educação acontece constantemente em todas as relações entre as pessoas⁸.

O profissional educador em saúde deve se distanciar do sistema em vigência nos serviços brasileiros de saúde, pois é um modelo assistencial que propõe atividades chamadas participativas e pensa-se em organizar prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais que tudo sabem¹⁹. Procurávamos modificar esse modo de entender/fazer, o que exigia esforço e vigilância constantes, pois os profissionais também são seres inacabados e que procuram se aperfeiçoar constantemente.

Nas atividades educativas, a intenção era contribuir para o desenvolvimento de consciência sobre a importância de tomar decisões de forma autônoma. Autonomia se constrói no processo de decisões que tomamos ao longo da vida e ninguém é autônomo primeiro para depois decidir¹⁶. Nos grupos de pessoas com hipertensão e diabetes, por exemplo, tínhamos como princípio não realizar prescrições autoritárias, mas pactuar as possibilidades das pessoas seguirem as orientações, sempre tomando o cuidado de saber e entender que seguir as orientações não dependia exclusivamente de entender ou não, mas de condicionamentos culturais, econômicos e até mesmo climáticos, questão importante na região. Procurávamos formas variadas de diálogo e acreditávamos que assim as pessoas teriam mais condições de refletir sobre o caminho a seguir.

Procurávamos deixar margem para o cidadão manifestar suas vontades, suas possibilidades, seus descontentamentos. Essa forma de entender causava divergências na equipe. Questionava-se sobre a capacidade do "povo" de decidir o que comer e quando, ou mesmo se, queriam tomar as medicações. Essa postura começou a ser amenizada à medida que o grupo pode também ganhar espaço para divergir das orientações, propor novos caminhos e planejar em conjunto.

^(g) Conferência de abertura. II Seminário sobre Educação Popular e Saúde no Contexto da Promoção da Saúde: seus sujeitos, espaços e abordagens e II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde. Notas de Maria Waldenez de Oliveira. Brasília. 07 de agosto de 2001.

^(h) Disponível em: <<http://cuidadosaudedevidadania.blogspot.com.br/>>.

Um dos primeiros exemplos desse empoderamento aconteceu em uma reunião. No meio de uma “instrução”, um agente comunitário de saúde disse que a orientação era incoerente com as discussões já realizadas. Isso gerou debates interessantes, ele estava certo e novos rumos foram tomados a partir daquele momento. Este acontecimento foi importante na evolução da equipe, pois todos puderam perceber que podiam influir realmente nos rumos do serviço, que a “verdade” não estava na palavra do enfermeiro.

Considerações finais

O resultado da pesquisa mostrou como a Educação Popular pode colaborar para que a Estratégia Saúde da Família caminhe na direção de cumprir o que lhe foi atribuído pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Uma destas atribuições é mudar o modelo assistencial e ter seu foco no ser humano e não na doença e nos procedimentos voltados para a cura das doenças, situação coerente com as propostas da Educação Popular em Saúde. Para conseguir essas mudanças é preciso envolvimento da comunidade e dos profissionais²⁰, condição que a pesquisa evidenciou ser realidade em Rio Negro. Essa percepção e aceitação das mudanças por parte da comunidade e dos profissionais é evidenciada pela satisfação profissional da equipe, pelo engajamento no “modo de fazer” da Educação Popular em Saúde (EPS), o que inclui a aceitação do outro, e pela humanização das relações.

A Política Nacional de Atenção Básica reforça em diversos artigos e capítulos a necessidade do serviço de saúde ser um espaço de construção de autonomia e participação cidadã¹, preocupação que é também da EPS. A equipe de Saúde da Família da área urbana de Rio Negro caminhou com esta compreensão, mas entendendo que a participação do cidadão não é mera formalidade e não ocorre apenas no acesso ao serviço, mas na possibilidade do usuário realmente ser ouvido e intervir nas decisões⁸, o que é reforçado na Constituição Federal de 1988²¹.

Colaboradores

Ernande Valentin do Prado: fez a pesquisa de campo e escreveu o texto base. Cibele Sales: foi a orientadora do trabalho de conclusão de curso que deu origem ao artigo. Seiko Nomiyama: fez a adaptação do texto inicial para o texto do artigo, contribuiu com as discussões e a revisão, adequação e a formatação do manuscrito. Todos os autores são responsáveis pelo texto final.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em saúde).
2. Vasconcelos EM. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, editores. Educação popular na formação universitária. João Pessoa: Hucitec; 2011. p. 28-34.
3. Oguisso T. As origens da prática de cuidar. In: Oguisso T, organizador. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2a ed. Barueri: Manole; 2007. p. 3-29.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [acesso em: 19 nov 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtml>
5. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Weyh C. Mudança/transformação social. In: Streck D, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntic; 2008. p. 279-80.

7. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
8. Brandão CR. A educação popular na escola cidadã. Petrópolis: Vozes; 2002.
9. Prado EV, Falleiro LM, Mano MA. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. Rev APS. 2011;14(4):464-71.
10. Vasconcelos EM, editor. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2006. Capítulo xx, A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde; p. 11-157.
11. Gualda DMR, Bergamasco RB. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004.
12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 44a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
13. Lama L, Rosenbaum PH. O nome do cuidado [DVD]. São Paulo: Ateliê Editorial; 2009.
14. Freire P. Ação cultural para a liberdade. 5a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
15. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2a ed. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente; 2006. (Série Monitoramento e avaliação)
16. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
17. Souza JFD. Educação popular enquanto uma pedagogia, movimentos sociais populares lócus educativo. In: Jezine E, Almeida MDLPD, organizadores. Educação e movimentos sociais. 2a ed. Campinas: Alínea; 2010. p. 123-53.
18. Oliveira MW. Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. Cad CEDES. 2009;29(79):297-306.
19. Chiesa AM, Veríssimo MR. Educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem. Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001.
20. Prado EV, Santos AL, Cubas MR. Educação em saúde utilizando rádio como estratégia. Curitiba: CRV; 2009.
21. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Prado EV, Sales C, Nomiyama S. Yo lo viví, nadie me contó: educación popular en la estrategia de salud de la familia en las orillas del Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2: 1441-1452.

Lo que motivó la elaboración de este artículo fue la posibilidad de investigar la contribución de la Educación Popular para la reorganización de la Atención Primaria en Salud (APS). Se realizó un estudio cualitativo con usuarios y funcionarios en una Unidad de Salud de la Familia de la zona urbana de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, Brasil. Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas, diarios de campo, archivos fotográficos, audio, video, publicaciones, informes e informaciones de un blog. El análisis de los datos mostró una evolución en el proceso de cuidado, humanización de las relaciones entre profesionales y usuarios, así como comprensión del modo de hacer en la APS y satisfacción profesional. Se constató que la influencia de la Educación Popular es coherente y positiva para que la Estrategia de Salud de la Familia pueda lograr sus objetivos.

Palabras clave: Educación Popular. Atención Primaria en Salud. Salud de la Familia. Promoción de la salud.

Recebido em 16/05/2013. Aprovado em 08/05/2014.

