

CIBELE DE MOURA SALES

POSSIBILIDADES E LIMITES DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR
EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMPO GRANDE

2009

CIBELE DE MOURA SALES

POSSIBILIDADES E LIMITES DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR
EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste – Universidade de Brasília (UnB)/ Universidade Federal de Goiás (UFG)/ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), na linha de pesquisa de Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde.

Orientador: Profº. Dr. Edson Mamoru Tamaki

CAMPO GRANDE

2009

TERMO DE APROVAÇÃO

POSSIBILIDADES E LIMITES DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio Rede Centro-Oeste - (UnB-UFG-UFMS) sob a orientação do Prof^o. Dr. Edson Mamoru Tamaki.

Aprovada em 18 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Edson Mamoru Tamaki
Orientador – UFMS

Prof^o. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos – UFPB

Prof^o. Dr. Ricardo Dutra Aydos - UFMS

Prof^a. Dra. Sonia Maria de Oliveira Andrade – UFMS

Prof^a. Dra. Sandra Lúcia Arantes – UFMS

Prof^o. Dr. Petr Melnikov - UFMS

Ficha Catalográfica

SALES, CIBELE DE MOURA

Possibilidades e limites de executar ações de promoção da saúde nos moldes da Educação Popular em Saúde na Estratégia Saúde da Família / Sales, Cibele de Moura – 2009.

16 + 162 f.

Orientador: Edson Mamoru Tamaki, Dr.

Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde – Programa Multiinstitucional em Ciências da Saúde – Rede Centro-Oeste (UNB-UFG-UFMS).

1. Educação em Saúde. 2. Educação Popular. 3. Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, o soberano do universo, pela salvação, pelo cuidado, por ser o Porto seguro e colocar em minha vida tantas pessoas especiais.

Ao professor Dr. Edson Mamoru Tamaki, meu orientador há nove anos, responsável em grande parte pelo meu desenvolvimento profissional e intelectual, pela sua preciosa e constante orientação e amizade forjada nesses longos anos de convivência. Tens meu apreço, admiração e gratidão!

À minha família, meus pais e meu irmão, por estarem sempre prontos a me socorrerem nos momentos difíceis.

À Equipe 17 da Vila São Braz pela oportunidade de aprendizado, pelo respeito, pela amizade. Foi uma experiência inigualável e enriquecedora a convivência com vocês todo esse tempo.

Aos professores e acadêmicos do PEPASF da UFPB pelos ensinamentos, pelo acolhimento e amizade. Vocês foram decisivos para o bom encaminhamento da pesquisa.

À Universidade de Brasília e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pela abertura do programa de doutoramento.

À Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul pelo apoio financeiro e valorização profissional. Fazer parte do staff desta instituição tem sido uma honra para mim!

Ao Dr. Valdir Zamboni e Dra. Sonia Maria de Oliveira Andrade, pela colaboração determinante para meu ingresso nesse doutorado.

Às professoras doutoras Sonia Maria de Oliveira Andrade e Sandra Lúcia Arantes pelas contribuições a esta pesquisa no exame de qualificação.

Aos meus amigos que me amam e que sempre me ajudam, sem os quais a vida ficaria infinitamente mais complicada. Eu os amo. Obrigada por tudo!

*Pesquisa para constatar, constatando
intervenção, intervindo educo e me
educar. Pesquisa para conhecer o que
ainda não conheço e comunicar ou
anunciar a novidade.*

Paulo Freire

RESUMO

Executar ações de promoção de saúde é uma das prioridades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde o programa de controle da hipertensão arterial e diabetes, o HiperDia, é um dos espaços privilegiados para a realização dessas ações, pois suas medidas de controle e prevenção estão localizadas em suas maioria no componente estilo de vida do campo da saúde. No entanto, na prática, as ações de promoção de saúde estão restritas a atividades educativas no modelo tradicional de educação, onde o profissional de saúde tem o conhecimento biomédico e os transmite aos usuários do serviço e à comunidade. A Educação Popular em Saúde (EPS), que tem seu suporte teórico na Educação Popular, cujo maior expoente intelectual foi Paulo Freire, propõe uma metodologia de educar em saúde partindo do conhecimento do outro, da complexidade da realidade, buscando o despertar de uma consciência crítica ara a construção de saberes, autonomia e cidadania. Como princípio da promoção da saúde há um compromisso com a busca da transformação social e assim, através da democratização da informação, redução de injustiças sociais e organização social há, conseqüentemente, uma elevação no nível de saúde da população. O objetivo dessa pesquisa foi: de analisar as possibilidades e limites de execução das ações promocionais da saúde nos moldes da EPS. Trata-se de pesquisa-ação realizada com uma equipe de uma ESF no município de Dourados – MS que teve a duração de sete meses. O trabalho com a EPS encontrou facilidades de implementação, pois era favorável às necessidades dos trabalhadores da equipe, necessitava de reduzidos recursos financeiros e poucas alterações na rotina do serviço para a realização de ações de EPS. No entanto, a burocracia do serviço, as metas a serem cumpridas com visitas e campanhas dificultaram o trabalho de EPS. As diferenças entre as categorias profissionais presentes na equipe, bem como a não valorização de seus conhecimentos consistiu em um desafio. O processo de ensino-aprendizagem em moldes da EPS contribuiu para melhorar a auto-estima profissional da equipe, aumentou o nível de satisfação e valorização pelo usuário do serviço, colaborou para a reorientação do modelo de atenção à saúde, permitindo ações mais no campo da saúde que no da doença, redistribuindo o poder na equipe. Os resultados gerados pelo trabalho de EPS desencadearam mudanças em curto prazo e a manutenção das mesmas, sem regressão do avanço obtido, mesmo após a saída do mediador do processo, demonstrando a viabilidade de implementar a EPS na ESF.

Descritores: Educação em saúde; Educação Popular; Programa saúde da família; Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos; Educação da população; Hipertensão; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Perform actions of health promotion is one of the priority of the Family Health Strategy, where the program of control of the arterial hypertension and diabetes, Hipertensão, is one of the privileged space for these actions, as their measures of control and prevention in their majority are located in the lifestyle component of the field of health. However, in practice, health promotion actions are restricted to educational activities in the traditional model of education, where the health professional has biomedical knowledge and transmit to the service users and the community. The Popular Education in Health, which has its theoretical support in Popular Education, whose greatest exponent was the intellectual Paulo Freire, proposes a methodology for health education on the knowledge of the other, the complexity of reality, searching the wakening of a critical conscience, the construction of knowledge, autonomy and citizenship. As a principle of health promotion there is a commitment to the pursuit of social transformation and thus, through the democratization of information, reduction of social inequities and social organization there is, consequently, an increase in the level of population health. The objective of this research was: to analyze the possibilities and limits of implementation of health promotional activities in the form of Popular Education in Health. This is of action research conducted with a team of Family Health Strategy in the city of Dourados – Mato Grosso do Sul who had a duration of seven months. The work with the Popular Education In Health facilities found in implementation, it was favorable to the needs of the team, needed to reduced financial resources and little change in the routine of service for the execution of actions of Popular Education in Health. However, the bureaucracy of service, targets to be met with visits and campaigns hampered the work of Popular Education in Health. The differences between the professional categories in the team and not the recovery of their knowledge was a challenge. The process of teaching and learning in a way contributed to the Popular Education in Health improve self-esteem of the professional team, increased the level of satisfaction and appreciation by the user of the service, worked to shift the model of health care, allowing more actions in the field of health that the disease, redistributing power in the team. The results generated by the work of Popular Education in Health unchained changes in the short term and maintain them, without regression of the progress achieved, even after the removal of the mediator of the process, demonstrating the feasibility to implement the Popular Education in Health in the Family Health Strategy.

Keywords: Health education; Popular Education, Family Health Program; Support for the Development of Human Resources, Education of the Population, Hypertension, Health Promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO E MORTES ATRIBUÍVEIS NAS AMÉRICAS, 2000.	20
FIGURA 2 - CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIDA CASUAL NO CONSULTÓRIO (>18 ANOS).....	22
FIGURA 3 - DECISÃO TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO O RISCO CARDIOVASCULAR.	22
FIGURA 4 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HAS.....	23
FIGURA 5 - MODIFICAÇÕES DO ESTILO DE VIDA NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL* ..	23
FIGURA 6 - FOTOGRAFIA DA REUNIÃO DAS GESTANTES COORDENADA PELA EQUIPE DE ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA NA ESF 17, 2008.....	82
FIGURA 7 - FOTOGRAFIA DE UM CASAL PARTICIPANTE DO GRUPO DE GESTANTES, MESMO APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ. ESF 17, 2008.....	83
FIGURA 8 - FOTOGRAFIA DE PARTE DO ARTESANATO PRODUZIDO PELA PRIMEIRA TURMA DO CURSO DE ARTESANATO COM JORNAL DA ESF 17, 2008.	84
FIGURA 9 - FOTOGRAFIA DE UM CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ARTESANATO COM JORNAL, ESF 17, 2008.....	85
FIGURA 10 - FOTOGRAFIA DE DONA MAURINA TODA SORRIDENTE E ORGULHOSA DE SUA CESTA ROSA JÁ VENDIDA. ESF 17, 2008.	85
FIGURA 11 - FOTOGRAFIA DE OUTRA PARTICIPANTE DO CURSO DE ARTESANATO COM JORNAL, MARIA LUZINETE E A ACS VALDETE. ESF 17, 2008.	86
FIGURA 12 - FOTOGRAFIA DE PARTE DO GRUPO QUE CONCLUIU O CURSO DE ARTESANATO COM JORNAL E ALGUNS COMPONENTES DA EQUIPE DA ESF 17, 2008.	87

FIGURA 13 - FOTOGRAFIA DE UMA PARTICIPANTE DO CURSO DE ARTESANATO COM JORNAL JUNTO COM A INSTRUTORA, ESF 17, 2008.	87
FIGURA 14 - FOTOGRAFIA DE PARTE DA EQUIPE DA ESF 17 SEPARANDO NA SALA DA COORDENADORA OS AGASALHADOS OBTIDOS NA CAMPANHA, 2008.	89
FIGURA 15 - FOTOGRAFIA DA EQUIPE DA ESF 17 APÓS A ENTREVISTA COLETIVA QUE MARCAVA O ENCERRAMENTO DA PESQUISA-AÇÃO, 2008.	91
FIGURA 16 - FOTOGRAFIA DE UM DOS ENSAIOS DE DANÇA DO GRUPO DE ADOLESCENTES “SEMENTES DO AMANHÃ” NO QUIOSQUE DA ESF 17, 2008.	97
FIGURA 17 – FOTOGRAFIA DO GRUPO “SEMENTES DO AMANHÃ” EM SUA PRIMEIRA APRESENTAÇÃO. I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ, 04 DE DEZEMBRO DE 2008.....	98
FIGURA 18 – FOTOGRAFIA DE PARTE DOS COMPONENTES DA EQUIPE DA ESF 17 E 27, JUNTAMENTE COM AS ADOLESCENTES INTEGRANTES DO PROJETO “SEMENTES DO AMANHÃ”, 04 DE DEZEMBRO DE 2008.	100
FIGURA 19 – ARTESANATO EM EXPOSIÇÃO NA I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008.....	100
FIGURA 20 – CONFECÇÃO EM EXPOSIÇÃO NA I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008.....	101
FIGURA 21 – ARTESANATO EM EXPOSIÇÃO NA I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008.....	101
FIGURA 22 – QUADRO DE PINTURA EM EXPOSIÇÃO NA I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008.....	102
FIGURA 23 – FOTOGRAFIA DA FILA PARA A CAMA ELÁSTICA. I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008.	102

- FIGURA 24 – FOTOGRAFIA DA DONA MAURINA COM SEU ARTESANATO, ESTE APRENDIDO NO CURSO DE ARTESANATO COM JORNAL DA ESF 17. I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008. 103
- FIGURA 25 – FOTOGRAFIA DA ENFERMEIRA JOANA MARRETTO VESTIDA DE MOSQUITO DA DENGUE. I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008. 103
- FIGURA 26 – FOTOGRAFIA DA PESQUISADORA CIBELE DE MOURA SALES E SEU FILHO JOÃO PEDRO NA I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ REALIZADA PELAS EQUIPES DA ESF 17 E 27, 04 DE DEZEMBRO DE 2008. 104

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - AS DEZ CAUSAS LÍDERES DE MORTE. BRASIL, 2004.	21
TABELA 2 - ÓBITOS POR OCORRÊNCIA SEGUNDO CAPÍTULO CID -10, EM MATO GROSSO DO SUL, 2004.	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
ACD.....	Auxiliar de Consultório Dentário
CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CEPET.....	Comissão de Pesquisa e Estágios
CID-10.....	Classificação Internacional de Doenças
EPS.....	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS.....	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia.....	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MOPS.....	Movimento Popular de Saúde
MS.....	Ministério da Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA.....	Pressão Arterial
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEPASF.....	Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família
PHAS.....	Programa Hipertensão Arterial Sistêmica
SEMS.....	Secretaria Municipal de Saúde
SGTES.....	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UFPB... ..	Universidade Federal da Paraíba
UFMS.....	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UnB.....	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO

1. EU EM TESE	16
2. REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	19
2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	26
2.3 EDUCAÇÃO POPULAR	33
2.3.1 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	36
2.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS TRABALHADORES: O PRESCRITO E O REAL	39
3. OBJETIVOS	47
3.1 OBJETIVO GERAL.....	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	48
4.1 TIPO DE PESQUISA	48
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	49
4.2.1 HISTÓRIA DA VILA SÃO BRAZ.....	49
4.3 PRIMEIRA ETAPA	50
4.4 SEGUNDA ETAPA.....	51
4.4.1 PESQUISA-AÇÃO	52
4.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ANTES DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	56
5.1.1 CONHECIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEUS REFLEXOS	56
5.1.2 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE PARA ATUAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	60
5.1.3 PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES	62

5.1.4	POR DENTRO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	66
5.1.5	DIFICULDADES DIÁRIAS PARA EXECUÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	71
5.2	O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO.....	76
5.2.1	O DESENROLAR DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....	76
5.2.2	ATIVIDADES MODIFICADAS DURANTE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....	77
5.2.3	ATIVIDADES INICIADAS DURANTE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....	83
5.3	POSSIBILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR NA VISÃO DA EQUIPE 17.....	91
5.3.1	POSSIBILIDADES	92
5.3.2	DIFICULDADES.....	93
5.4	ATIVIDADES REALIZADAS APÓS O TÉRMINO DA PESQUISA-AÇÃO	94
5.4.1	ATIVIDADES COM ADOLESCENTES.....	95
5.4.2	I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ	98
6.	CONCLUSÃO	105
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS: FATORES RELACIONADOS AO FRACASSO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE.....	110
	REFERÊNCIAS	114
	GLOSSÁRIO	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

Esta tese está de acordo com as seguintes normas:

Referências: UFSC. Curso de Biblioteconomia. Como elaborar referências bibliográficas, segundo o estilo de Vancouver: Traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi (Coordenadora) e Maria Salete Espíndola Machado – BSCCSM / UFSC, em 27-07-2006. Adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de Brasília – UnB – Centro de Desenvolvimento Sustentável – programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável - Normas de redação para a elaboração de monografias, dissertações e teses do CDS – PPGDS, versão 4.0 de outubro de 2008.

Descritores de acordo com DeCS – Descritores em Ciências da Saúde – disponível na Biblioteca Virtual em saúde – www.bvs.br

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

INTRODUÇÃO

1. EU EM TESE

"Existem mais coisas entre o céu e a terra do que sonha a nossa vã filosofia."

William Shakespeare

A maior dificuldade de produzir uma tese é porque ela não tem começo nem fim. Teoricamente ela se inicia ao você começar o doutorado e acaba com a defesa da tese. Segundo meu orientador tese a gente nunca acaba, pára! Mas eu nem consigo precisar quando foi que ela começou...

No entanto, apesar do início insidioso, os primeiros sinais e sintomas de que esse seria o meu fim, ocorreram no último ano do curso de enfermagem. Em um dos estágios desenvolvemos um trabalho de educação em saúde com a população da área de abrangência de uma unidade básica de saúde. Claro, muitas palestras, muitos "assim não é certo". O grupo alvo principal de nosso trabalho foi o de hipertensos (Nunca mais larguei a hipertensão arterial. É quase uma obsessão!).

O problema começou quando, ao realizar visitas domiciliares aos participantes das palestras, observamos que as orientações dadas por nós, na maioria das vezes, não haviam sido seguidas, por mais simples e elementares que parecessem ser. Essa experiência trouxe várias indagações e suposições.

Na busca de entender o que ocorrera e encontrar respostas e caminhos, fui parar na biblioteca. Encontrei um livro do professor Eymard Mourão Vasconcelos nas prateleiras, o "Educação Popular nos Serviços de Saúde". Devorei-o. Lembro-me de ter saído eufórica e dito aos meus amigos: encontrei um cara que pensa que nem eu. Houve quem dissesse: não seria você que pensa como ele? Para não dar briga optou-se por "pensamos de forma semelhante".

Consegui o canudo e fui trabalhar em um hospital de grande renome na América Latina na cidade de São Paulo, mas aquela experiência havia me marcado e meus questionamentos pediam resposta. Fui buscá-las no mestrado em Saúde Coletiva.

Quase não pude concorrer ao processo seletivo. O meu então futuro e eterno orientador disse que eu era muito nova e que o mestrado não estava aceitando candidatos com pouca experiência em saúde coletiva. Vendo meu desapontamento, me deu uma esperança: - Acho que se você tirar a maior nota na prova de seleção ninguém vai duvidar de você, apesar da idade. Era só o começo! Quanto mais estudo, mais tenho dúvidas, mais os problemas aumentam, menos eu sei. Bom para crescer e amadurecer.

O triste foi que após tanto trabalho, só umas cinco pessoas leram o resultado. Tenho que concordar com o escritor Mário Prata em seu artigo “Uma tese é uma tese” (Anexo A) quando diz: *“O mais interessante na tese é que, quando nos contam, são maravilhosas. A gente fica curiosa, acompanha o sofrimento do autor, anos a fio. Aí ele publica, te dá uma cópia e é sempre - sempre – uma decepção. Em tese. Impossível ler uma tese de cabo a rabo”*, e sugerir que seja inventado um formato mais emocionante de tese e que ela possa alcançar mais público. Mas não vem ao caso...

Apesar da paixão dedicada à Educação Popular em Saúde (EPS), o meu fracasso como enfermeira de uma equipe de Programa de Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família (ESF), há alguns bons anos, em realizar ações de promoção de saúde nos moldes da EPS, me levou a questionar a viabilidade e aplicabilidade prática desta metodologia neste serviço. Iniciava então uma busca dos fatores que influenciariam a execução de um trabalho nesses moldes numa ESF. A busca de atingir esse objetivo em um doutorado foi inevitável! O texto do Mário Prata me fez desejar uma tese prática, ela precisava ter outros resultados, já que poucos irão lê-la!

Ser mãe em pleno doutorado, trabalhando com Educação Popular em Saúde, acelerou meu aprendizado. Ao amamentar meu filhinho sentindo dores horríveis devido à rachaduras no seio, eu era capaz de ouvir minhas palestras: - Amamentar é simples e barato! - Se você tivesse preparado as mamas elas não iriam rachar! - Mastite não é impedimento para amamentação!

Tudo mentira! É que não é em você que está doendo. Achar uma posição confortável para o binômio durante a amamentação levou mais de mês..., a pomada que melhorava verdadeiramente a dor custava uma fortuna! Mais bucha e sol que as minhas mamas viram, era impossível! Quero aproveitar e pedir perdão a quem ouviu essas barbaridades. Fiz tudo conforme reza as orientações do Ministério da Saúde, é possível, mas não teve nada de fácil, simples e barato.

A construção de uma tese só é possível pelos encontros que a vida proporciona. Pertencer a uma Universidade que te apóia nos estudos é de grande importância. Como poderia eu fazer uma pesquisa-ação, amamentar conforme reza o Ministério da Saúde e ainda trabalhar? As fraldas custam horrores!

Um marido que, apesar de não querer ler e nem saber de tese, aceita todas as restrições que uma tese impõe à vida de uma pessoa e colabora de maneira desinteressada, é simplesmente primordial! Se amigos chegam a dizer: - termina logo essa tese, pois eu não agüento mais, ninguém agüenta mais! O que será que pensa os que comigo dividem o teto? Melhor não perguntar.

Faltavam outros dois encontros que permitiriam que a tese tivesse esse colorido. A vivência no PEPASF* me permitiu o tomar posse do instrumental e da coragem para me aventurar por espaços e papéis nunca dantes navegados por mim. Mas nada disso teria sido possível se a proposta desta tese não tivesse encontrado abrigo nos anseios de uma equipe de saúde disposta a sonhar e realizar, e capazes de entender alguém em tese.

E como dizem que coincidência é um milagre o qual Deus preferiu não assinar, só posso agradecer ao meu Deus por tantos milagres!

* PEPASF – Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família – coordenado pelo professor Eymard Mourão Vasconcelos na UFPB. Um intercâmbio no doutorado permitiu a vivência dessa experiência.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Segundo Brasil ⁽¹⁾ hipertensão arterial sistêmica (HAS) é:

É uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na grande maioria dos casos) que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados ^(1:4).

A preocupação com a HAS decorre da importância com que ela contribui para a morbimortalidade da doença cardiovascular, apresentando-se como fator de risco mais importante, independente, linear e contínuo. Ela apresenta custos médicos e sócio-econômicos elevados, decorrentes, principalmente, de suas complicações, doenças essas que quando não são mortais levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e para a própria sociedade ^(2,3,4,5).

Estudos demonstram que a HAS aumenta em sete vezes o risco de acidente vascular cerebral; o risco de infarto do miocárdio é três vezes maior; é a causa mais comum de insuficiência cardíaca e associa-se com 60 a 80% com aneurismas ⁽²⁾. Essas doenças são responsáveis por alta frequência de internações, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa de hospitalização. “Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28” ^(3:5).

A mortalidade causada pelas doenças cardiovasculares cresce progressivamente com a elevação da faixa etária, sendo a faixa mais atingida a dos 50 anos de idade ou mais, mesmo assim elas representam o impressionante percentual de 20% dos óbitos de adultos jovens entre 20 a 49 anos, representando um grave problema de saúde pública. Chega a representar 32% de todas as causas de mortalidade ^(6,7,8,9,10).

As doenças cardiovasculares são aquelas que acometem o aparelho circulatório, tais como o acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, entre outras. Essas doenças vêm representando a primeira causa de morte na grande maioria dos países desde a primeira metade do século passado ⁽⁵⁾.

Ao se falar que a HAS é um fator de risco para as doenças cardiovasculares, ele não deve ser confundido com o conceito de causa, oriundo das doenças infecciosas. A importância de um fator de risco na determinação da doença, bem como na possibilidade de modificá-lo, deve ser avaliada considerando a força de associação do mesmo, prevalência, concomitância, importância relativa e reversibilidade ⁽⁵⁾.

No gráfico abaixo podemos observar a alta porcentagem de mortalidade atribuível à HAS nas Américas em 2000.

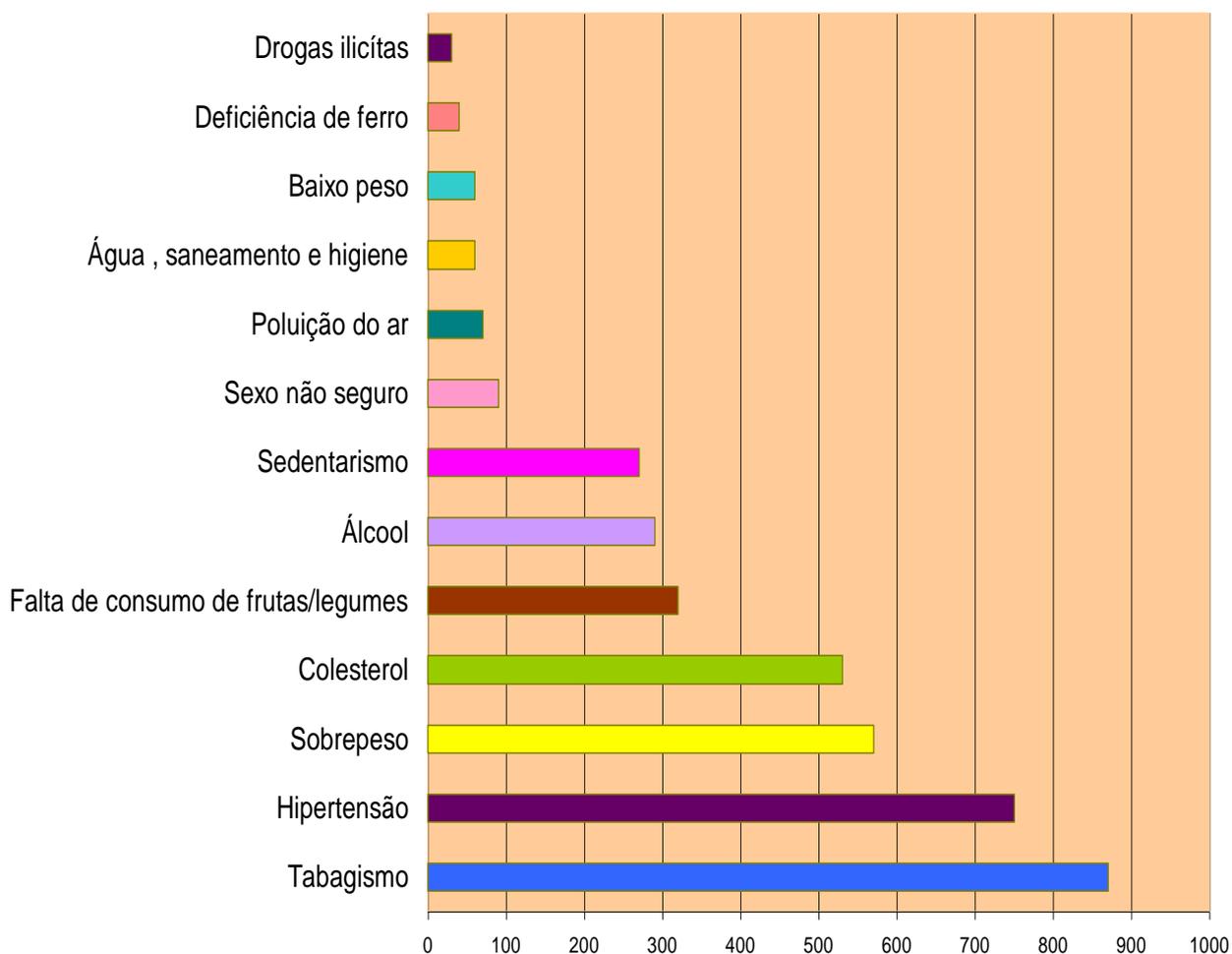


FIGURA 1– Principais fatores de risco e mortes atribuíveis nas Américas, 2000.

FONTE: Brasil ⁽¹¹⁾.

É possível observar que das dez causas líderes de morte no Brasil, quatro são doenças cardiovasculares, representando 26,32% de todas as mortes de causas definidas em 2004. Destaca-se que no Brasil um fato agravante é que um terço dos óbitos ocorre precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos ⁽¹²⁾. Em Mato Grosso do Sul as

doenças cardiovasculares também são primeira causa de morte, apresentando um percentual mais elevado que o nacional, como demonstrado na tabela abaixo:

TABELA 1 -As dez causas líderes de morte. Brasil, 2004.

Ranking	Causa	Número
1º	Cerebrovasculares	90.930
2º	Infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração	86.791
3º	Agressões	48.374
4º	Diabetes <i>mellitus</i>	39.251
5º	Pneumonias	37.607
6º	Acidentes de transporte	35.674
7º	Doenças Hipertensivas	30.850
8º	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas	30.260
9º	Insuficiência cardíaca, complicações e doenças mal definidas do coração	27.583
10º	Cirrose e enfermidades não infecciosas do fígado	22.494
Total	de mortes com causa definida	897.151

FONTE: Brasil ⁽¹¹⁾.

TABELA 2 - Óbitos por ocorrência segundo Capítulo CID -10, em Mato Grosso do Sul, 2004.

Capítulo CID -10	Óbitos por ocorrência	Percentual
Doenças do Aparelho. Circulatório	4.114	33,11
Causas externas	1.977	15,90
Neoplasias	1.701	13,68
Doenças do aparelho respiratório	1.222	09,83
Outras causas	3.416	27,48
Total	12.430	100,00

FONTE: Brasil ⁽¹³⁾.

Um dos problemas é que a HAS é muitas vezes assintomática nos estágios iniciais, podendo ser diagnosticada já com complicações, causando impacto na qualidade de vida e aumentando o risco de mortalidade ⁽¹⁴⁾. Outro problema é que estudos demonstram que as doenças cardiovasculares acometem principalmente populações menos privilegiadas socioeconomicamente ⁽¹²⁾, população pobre e de baixa escolaridade, onde o acesso à informação é bem restrito. Daí advém a importância das campanhas que buscam verificar a PA da população, procurando realizar o diagnóstico precoce da HAS.

Para compreender melhor o que vem a ser HAS, convém primeiramente definir pressão arterial (PA). PA é a pressão exercida pelo sangue na parede dos vasos sanguíneos, ela é o produto do débito cardíaco versus a resistência vascular periférica. A HAS vem a ser uma síndrome caracterizada pela presença de níveis elevados dessa pressão. Tanto o débito cardíaco quanto a resistência periférica são variáveis que podem ser

influenciadas por múltiplos fatores, que vão interferir nos níveis pressóricos sistêmicos, podendo levar à HAS. Por isso, o tratamento não-medicamentoso é tão importante para o controle da HAS, pois controla a ação dos fatores de risco, diminuindo o risco de complicações. A seguinte classificação dos níveis pressóricos mostra quando a PA é considerada ótima e quando a HAS já está em estágio grave ⁽³⁾.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	≥90

FIGURA 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

FONTE: Mion Jr ⁽³⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a PA é considerada normal até 160/95 mmHg ⁽¹⁵⁾. No entanto, pacientes com níveis de PA entre 140 a 159 mmHg de sistólica e 90 a 94 de diastólica apresentam risco cardiovascular aumentado em relação aos pacientes com níveis de PA inferiores a estes. Ressalta-se que não existe uma linha divisória entre pressão normal e elevada, o que acontece é que a relação entre pressão e morbidade é quantitativa, assim, quanto mais elevada for a pressão, pior o prognóstico ^(2,6).

O controle da HAS pode ser realizado de duas maneiras, dependendo da avaliação médica dos riscos: tratamento não-medicamentoso e associação do tratamento não-medicamentoso com o medicamentoso ⁽³⁾.

Categoria de risco	Estratégia
Sem risco adicional	Tratamento não-medicamentoso isolado
Risco adicional baixo	Tratamento não-medicamentoso por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso
Risco adicional médio	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso
Risco adicional alto	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso
Risco adicional muito alto	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso

FIGURA 3 – Decisão terapêutica da hipertensão arterial segundo o risco cardiovascular.

FONTE: Mion Jr ⁽³⁾.

O tratamento medicamentoso é de responsabilidade médica e se dá através da prescrição de medicamentos anti-hipertensivos de forma isolada, a monoterapia, ou associada, utilizando-se de duas ou mais drogas. Já o tratamento não-medicamentoso, que

deve ser prescrito para todo hipertenso, está relacionado com a eliminação do uso do tabaco, do excesso de peso, do consumo de álcool e adequação da dieta alimentar, com diminuição, principalmente, de sal e gordura e da eliminação da inatividade física ^(3,4,6,7,12). A figura abaixo mostra os vários fatores de risco associados com a HAS, onde se observa que de 60 a 80% dos pacientes hipertensos são sedentários, 66% com sobrepeso ou obesidade, 35% tabagistas ⁽¹⁶⁾.

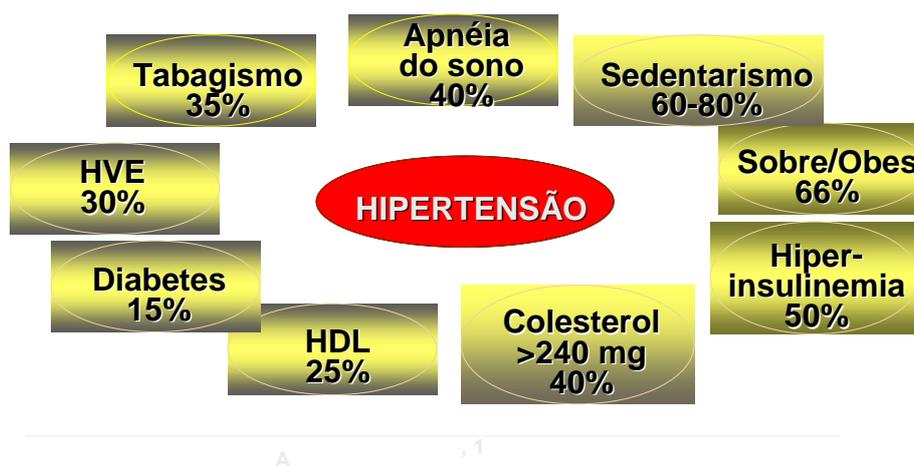


FIGURA 4 – Fatores de risco associados à HAS.

FONTE: Passarelli Jr ⁽¹⁶⁾.

Para se obter o controle da HAS é preconizada a mudança no estilo de vida, o quadro abaixo com as modificações recomendadas demonstra a intensidade das alterações que são necessárias para obter esse controle ⁽³⁾.

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas totais.	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100mmol/dia = 2,4g sódio	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo do álcool	Limitar o consumo a 30g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 min por dia, 3 a 5 vezes/semana	4 a 9 mmHg

FIGURA 5 – Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial*

FONTE: Mion Jr ⁽³⁾. *Associar abandono do tabagismo para reduzir risco cardiovascular **Pode haver efeito aditivo para algumas medidas adotadas.

A questão é que o índice de adesão ao tratamento da HAS é muito baixo, seja ao tratamento não-medicamentoso ou ao medicamentoso. Inúmeros estudos demonstram a baixa adesão e outros tantos buscam identificar a causa dessa baixa adesão ^(17,18,19,20,21).

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. Segundo Lessa ⁽²²⁾ 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos pacientes interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois de cinco anos.

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida e este é um dos motivos da falta de adesão ao tratamento. Modificar hábitos de vida exige mudança da própria idéia de saúde que o indivíduo possui, o que torna a mudança tão complexa, já que a concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos ⁽²³⁾.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial ^(3:30) as principais causas de não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo, são:

1. Falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica.
2. Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixa auto-estima.
3. Relacionamento inadequado com a equipe de saúde.
4. Tempo de atendimento prolongado, dificuldade de marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço.
5. Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis.
6. Interferência na qualidade de vida após o início do tratamento ^(3:28).

Buscando alcançar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento, a educação em saúde é apontada por inúmeros estudos como um caminho para a busca da tão desejada adesão, como a seguir:

Educação em saúde para pacientes hipertensos é relevante para o sucesso do controle da pressão arterial ^(18:353).

Propõe-se um processo educativo que abarque os seguintes aspectos:

1. Conhecer preliminarmente as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do portador da região em questão;
2. incentivar e permitir uma participação ativa dos pacientes no tratamento;

3. levar em consideração as necessidades da clientela em questão e não apenas as indicações dos profissionais;
4. estabelecer uma adequada comunicação e interação entre pacientes e profissionais da saúde, dando ênfase ao diálogo, à interação e à reflexão. Para isto, saber escutar e buscar compreender o portador de hipertensão arterial e também ter uma fala que seja acessível ao paciente;
5. trabalhar aspectos cognitivos e psicossociais da clientela atendida;
6. buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de hipertensão arterial ^(17:641).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial ⁽³⁾ as seguintes ações podem melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

1. Educação em saúde, com especial enfoque nos conhecimentos de hipertensão e suas características.
2. Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida.
3. Informações detalhadas e compreensíveis pelos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e de necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo ^(3:30).

Educação é uma parte essencial do tratamento. Constitui um direito e dever do paciente e também um dever dos responsáveis pela promoção de saúde. A ação educativa deve abranger os seguintes pontos:

1. Informar sobre as conseqüências da DM e da HAS não tratados ou mal controlados;
2. reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento;
3. esclarecer sobre credices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento;
4. desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente;
5. enfatizar os benefícios da atividade física;
6. orientar sobre hábitos saudáveis de vida;
7. ressaltar os benefícios da automonitoração, insistindo no ensino de técnicas adequadas e possíveis;
8. ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações agudas, em casa, até chegar ao hospital ou ao posto de saúde mais próximo.
9. ensinar claramente como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular os pés.
10. ressaltar a importância dos fatores de risco cardiovasculares.
11. incentivar o paciente a se tornar mais auto-suficiente no seu controle ^(4:51).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) existe o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (HiperDia) voltado para atender clientes portadores de hipertensão arterial e diabetes. A abordagem conjunta é justificada pelos fatores comuns às duas patologias, como por exemplo, a etiopatogenia, fatores de risco e cronicidade ⁽⁴⁾.

Como essas doenças podem levar a um alto grau de incapacidade e são altamente prevalentes na sociedade brasileira, a importância de um diagnóstico precoce, com identificação de complicações e tratamento adequado é de suma importância e se constitui um desafio para as equipes da ESF.

O objetivo do HiperDia é a prevenção de doenças e complicações e engloba além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica ^(4:33). A prevenção é dividida em prevenção primordial, com noções de cidadania, que abrange o conhecimento e a luta de todos por condições dignas de moradia, trabalho, educação e lazer; prevenção secundária, buscando o controle das doenças, identificando HAS, evitando o aparecimento de complicações e retardando a progressão da doença; e prevenção terciária com a reabilitação de indivíduos já acometidos pelas complicações. Esse é um trabalho que deve envolver inúmeros profissionais de saúde, tais como: psicólogo, nutricionista, assistente social, além dos profissionais da equipe da Saúde da Família ⁽⁴⁾.

No entanto encontrar profissionais aptos para trabalharem nesse modelo não é uma tarefa fácil. Haveria a necessidade de repensar as práticas realizadas por esses serviços, as funções e atribuições de cada profissional, um trabalho de equipe e não de um agrupado de vários profissionais e desenvolver práticas educativas comprometidas com o outro ^(82,83).

Um estudo realizado em unidades da ESF de Cuiabá-MT observou que geralmente as atividades realizadas em grupo nesses serviços se apresentam como uma estratégia clínica assistencial e que a educação participativa para o exercício da cidadania é bem reduzida ⁽⁸⁴⁾.

Segundo Chiesa e Veríssimo ⁽³⁶⁾ essa prática é responsável, dentre outros problemas, por baixa vinculação da população aos serviços de saúde, baixa adesão aos programas e aos tratamentos e frustração dos profissionais de saúde. Índícios claros que os profissionais e os serviços de saúde estão fora de sintonia com a comunidade e suas reais necessidades.

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população ⁽²⁴⁾.

Várias são as conceituações sobre educação em saúde, buscando definir seu campo de atuação, objetivos, saberes, algumas delas estão descritas a seguir:

A educação em saúde engloba oportunidades conscientemente construídas para o aprendizado, envolvendo alguma forma de comunicação que objetiva aumentar o “alfabetismo em saúde”, incluindo o aumento de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de vida que conduzam à saúde individual e da comunidade ^(25:81).

Destaca-se a educação em saúde como estratégia de promoção de saúde nesse processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS ^(26:339-40).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção de saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde ^(27:43).

Apesar das diferenças entre elas, todas trazem o conceito de educação em saúde ancorado no conceito de promoção de saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social ⁽²⁸⁾.

Segundo Lefèvre e Lefèvre⁽²⁹⁾ os pressupostos das estratégias de promoção de saúde são:

1. As doenças sempre existiram e algumas doenças, provavelmente, continuarão existindo sempre;
2. muitas doenças podem deixar de existir ou terem seus efeitos minimizados para sempre;
3. muitas doenças são estados alterados ou “carenciais” do organismo humano que têm como causas, evitáveis, comportamentos inadequados do ser humano e/ou erros, desajustes, desequilíbrios, na biologia do ser humano, no meio ambiente natural e no meio ambiente social onde estes indivíduos vivem;
4. doenças podem ser enfrentadas pelos indivíduos com vistas à sua erradicação, como base em ensinamentos e informações técnicas quando estes indivíduos adotam, voluntariamente, um estilo de vida saudável;
5. doenças podem ser enfrentadas com vistas à sua erradicação, por intervenções ou conjuntos de intervenções de natureza médico-sanitária ou extra-sanitária, isto é, política administrativa, gerencial,

urbanística, educacional, informativa, etc. (tendo sempre, neste caso, o setor saúde como retaguarda técnica) nos organismos humanos, no meio ambiente natural e no meio social visando atingir as causas mais básicas das doenças ^(29:39).

Uma das preocupações da promoção de saúde, evidenciada desde a promulgação da Carta de Ottawa, é desestimular comportamentos e estilos de vida não saudáveis que possam resultar em precariedade de condições de vida e saúde.

Segundo Labonte apud Lefèvre e Lefèvre ⁽²⁹⁾ a noção básica na promoção de saúde é a de *empowerment*, ou seja, fortalecimento das populações e, este *empowerment* implica em municiar as populações de informações significativas para elas e que estas possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisões.

No âmbito do programa de saúde da família, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta esteja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificado situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos ^(27:43).

A Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que aprova Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas para sua organização, incluindo a ESF, determina as atribuições dos profissionais das equipes da saúde da família e, consta como atribuição de todos componentes da equipe ações de educação em saúde e de promoção de saúde.

Segundo os Cadernos da Atenção Básica, que trata da HAS, os profissionais de saúde da atenção básica devem realizar, entre outras, ações de educação em saúde para prevenção e controle da HAS, assim ^(31:39):

O ACS deve:

1. Esclarecer a comunidade sobre seus fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.

O auxiliar de enfermagem deve:

1. Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
2. Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabete.

O enfermeiro deve:

1. Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
2. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências no tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.
3. Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade: desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos^(31:39).

O médico deve:

1. Programar, junto à equipe, estratégias para educação do paciente.

Existe nos documentos oficiais a designação da educação em saúde como uma atividade preconizada nos serviços de atenção básica, mas inexitem as normas e diretrizes técnicas que permitam aos profissionais entenderem claramente a prática educativa em nível local⁽²⁸⁾.

Apesar da grande valorização da educação em saúde como estratégia capaz prevenir agravos, ao se observar os dados sobre morbimortalidade da HAS e também de adesão ao tratamento, verifica-se que os resultados não têm sido satisfatórios e, existem inúmeras críticas à maneira como a educação em saúde vem sendo realizada nos serviços de saúde.

Na entrevista com o Dr. José Ivo Pedrosa, na época, coordenador da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, pela revista Radis⁽³²⁾, ao ser questionado sobre o que destacaria como as grandes questões e desafios da educação em saúde na atualidade, ele respondeu:

Primeiramente, é preciso delimitar de que educação em saúde e de que lugar estamos falando. As ações educativas dos programas desenvolvidos pelas instituições e serviços de saúde são, na maioria das vezes, prescritivas, individualistas e autoritárias, voltadas, principalmente, para a mudança de hábitos cuja referência é o estilo de vida idealizado de pessoas e famílias que parecem viver em um mundo sem conflitos e contradições. É como se o indivíduo fosse culpado por hábitos insanos e devesse modificar, adaptando-se a regras consideradas 'normais'. Essa concepção, que poderíamos chamar de clássica, continua impregnando as ações ditas pedagógicas nos serviços de saúde^(32:24).

No livro Educação Popular nos Serviços de Saúde, Vasconcelos⁽³³⁾ afirma:

As palestras e as orientações individuais comumente transmitem a idéia de que cada doença se deve principalmente à falta de cuidado e ao desleixo da população. Este argumento é usado numa tentativa de criar sentimento de culpa nas pessoas para que elas se esforcem para seguir as

orientações dadas. Não se coloca que a falta de higiene está muito mais ligada às más condições de saneamento, de acesso à educação formal e ao passado de exploração de miséria que aquela população vem sendo submetida há gerações, fazendo-a se acostumar com padrões de vida os mais precários^(33:28).

Neste cenário, tem-se assistido, na maioria dos serviços, à reprodução de ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis. Esta forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento, com os serviços, do processo de transformação social através do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de sua vida e saúde^(24:77).

Com freqüência a prática educativa dos profissionais de saúde consiste de prescrições no imperativo: *“não fume, não deixe água nos vasos de flores, não transe sem camisinha, use cinto de segurança, coma verdura, não abandone o tratamento etc”*^(29:61). Assim prescrevem a educação, ou seja, os comportamentos supostamente saudáveis, talvez por acreditarem cumprindo seu papel ético e legal. Apesar de alguns chegarem a cumprir as prescrições, a maioria não o faz, ou só parcialmente, pois freqüentemente estas estão totalmente fora do contexto cultural, social, econômico de quem as recebe⁽²⁹⁾.

Nesse modelo de educação em saúde o profissional de saúde acredita estar com o conhecimento verdadeiro e absoluto de todos os temas que envolvem a saúde e doença, e por isso, impõe, em nome de saber o que é melhor para as pessoas, comportamentos que todos devem assumir para evitar e curar doenças⁽²⁹⁾.

O modelo de formação destes profissionais tem uma parcela de responsabilidade, pois é hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado, baseado no modelo flexneriano, onde o ensino é verticalizado, chamado por Paulo Freire de educação bancária⁽⁸⁵⁾.

Embora valorizando e realizando a educação em saúde, os acadêmicos de enfermagem fundamentam na visão pedagógica tradicional, que serve como base para a “transmissão de conhecimento” e “mudança de comportamento” através do “enfoque preventivo”^(86:61).

A fala de um estudante de enfermagem apresentada no artigo de⁽⁸⁶⁾ Cardin, Rangel, Lobo & Pereira permite o entendimento da afirmação acima:

Porque uma forma de se promover a saúde da população é ensinando-a sobre as medidas que devem ser adotadas para minimizar os riscos que venham deteriorar a saúde^(86:60).

Um estudo sobre a ESF e educação em saúde constatou⁽⁸⁷⁾:

A formação dos profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais. Eles demonstram não estar preparados para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF. Ao contrário, a maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva ^(87:66).

A formação universitária deve contribuir para a mudança da concepção sobre saúde, doença, rompendo com esse modelo biomédico nos imposto desde crianças pelas relações, mídia etc. Pois mesmo pessoas que nunca freqüentaram cursos nos moldes biomédicos, valorizam a medicação, a doença, o atendimento médico e o relacionam com saúde. A mídia e a indústria tecnológica, médica, farmacêutica tem grande influência nisso.

A influência na mídia, por exemplo, no modo do médico Dráuzio Varela abordar questões da saúde, tais como obesidade, sedentarismo e segundo ele, apesar da postura parecer dialógica, respeitando o saber do outro, no final é apresentada a ciência como palavra final, sendo instrumento de legitimação do conhecimento e saber médico ⁽⁸⁸⁾.

Um livro escrito por Ray Moynihan, Alan Cassels ⁽⁸⁹⁾, intitulado os vendedores de doenças, denuncia as estratégias da indústria farmacêutica e da convivência dos profissionais médicos, em transformar qualquer problema banal de saúde numa "síndrome" que exige tratamento. Existe um marketing pesado e a mídia participa difundindo o medo de alguma doença:

A venda de doenças é feita de acordo com várias técnicas de marketing, mas a mais difundida é a do medo. Para vender às mulheres o hormônio de reposição no período de menopausa, vende-se o medo da crise cardíaca. Para vender aos pais a idéia segundo a qual a menor depressão requer tratamento pesado, alardeia-se o suicídio de jovens. Para vender medicamentos para baixar o colesterol, fala-se de morte prematura ⁽⁸⁹⁾.

Esse modo de pensar a Educação em Saúde tem sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido como o inimigo. É o caso do cigarro, que causa câncer e doenças coronarianas; do açúcar e do sal, que causam a diabetes e a hipertensão arterial, das gorduras que causam o aumento do colesterol e o infarto, a obesidade e assim por diante ^(87:61).

O que acontece com a prática de uma educação em saúde reducionista, prescritiva e autoritária é a culpabilização do outro, como se ele fosse o único responsável pelas coisas ruins que lhe sucedem. Nessa modalidade, o profissional de saúde escolhe o tema, prepara a palestra, escolhe a clientela, sem conhecer a realidade do outro e, portanto suas

necessidades ⁽³³⁾, tornando inviável a sua prática das prescrições, mesmo que as considerassem justas ^(29, 34, 35,36).

A justificativa para essa triste realidade, principalmente em relação às condições em que vive a maioria das pessoas no mundo, não sendo diferente no nosso país, é pregada a idéia que só quem se esforça é que alcança o sucesso, sendo considerados acomodados e preguiçosos os que não se esforçam como dita os padrões. Landmann ⁽³⁷⁾ faz uma crítica a essa postura:

Em relação às causas afluentes da doença, representadas por hábitos errôneos sob o ponto de vista médico, tais como dieta rica em gordura, fumo, álcool, vida sedentária, estresse e obesidade, a culpabilidade do indivíduo chega a ser expressa em termos morais, como se cada membro da sociedade fosse livre para fazer o que deseja, livre para trabalhar e ser desempregado, livre para comprar ou vender, livre para enriquecer ou continuar pobre (...) enfim: para ser ou não doente ^(37:38).

Apesar de Landmann ⁽³⁷⁾ estar falando da área da saúde, das mudanças de hábitos necessárias para o controle de doenças, pode ser aplicado às dificuldades encontradas pelas pessoas para ter acesso a todos os bens existentes. Não que as pessoas não tenham nenhuma responsabilidade sobre o que lhes acontece, mas que existem situações maiores impeditivas, que não são tão influenciadas pela vontade e esforço próprio, como muitas vezes é pregado.

A educação em saúde assume um papel importante nesse contexto, pois é capaz de instrumentalizar o indivíduo para lutar e buscar os direitos e as melhorias possíveis para melhorar seu nível de saúde e também aumentar sua qualidade de vida.

No entanto, as práticas de educação em saúde que são hegemônicas nos serviços hoje são: acríticas, fragmentadas, centradas na doença, fragilizadoras da participação social, que não promovem as rupturas necessárias para a transformação desejada. Para o alcance dos objetivos da educação em saúde a sua prática deve ser: crítica, participativa, respeitadora dos saberes e culturas populares, capaz de fortalecer os sujeitos e a organização social para a transformação social ^(38, 39,40, 41,42, 43, 44,45).

2.3 EDUCAÇÃO POPULAR

O educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os 'argumentos de autoridade' já não valem ^(46:78).

Paulo Freire

A Educação Popular é uma teoria pedagógica que pretende orientar uma prática educadora crítica, conscientizadora, libertadora e transformadora. Paulo Freire foi o pioneiro na sistematização teórica da Educação Popular, sendo o maior expoente de um movimento social de intelectuais humanistas na América Latina que desde a segunda metade do século XX, vêm se aproximando e se comprometendo com o mundo popular e construindo um saber capaz de orientar as relações educativas. Esse movimento incluía lideranças populares dedicadas em repensar os desafios da prática social ⁽²⁴⁾

Alguns aspectos marcantes do pensamento freireano que o tornam tão singular, pois rompe com as estruturas de pensamento da tradição filosófica, são ^(46,47,48,49,54,59):

- a) Ele busca inovar a partir do desafio da realidade do oprimido e a partir dessa realidade busca diálogo com os conhecimentos teóricos, ou seja, o ponto de partida são os fenômenos concretos que constituem o universo existencial das pessoas.
- b) Há um engajamento político claro em favor dos oprimidos. O ponto de partida do pensamento freireano é a realidade social opressora. Os pilares do processo educativo incluem o aprender a aprender, aprende a ser, aprender a conviver, mas principalmente aprender porquê? Para quê? A favor de quê e de quem? Contra quem?
- c) As relações entre o educador e o educando acontecem de forma horizontal, onde os dois aprendem e ensinam.
- d) Um pensar crítico e esperançoso, onde dizer não aos fatalismos e às posturas sectárias é um comprometimento com uma nova forma de pensar a educação e agir enquanto cidadãos. O convite é para viver a vida pacientemente impaciente. A idéia de que somos seres inacabados e, portanto estamos em busca de novas

possibilidades, que só é possível na completude de troca com o outro, viabiliza a realização do *sonho* em realidade. O *sonho* é *utopia possível*.

- e) O pensamento pedagógico de Freire nos provoca e instiga, pois nos coloca em constante movimento, já que está aberto às diferenças culturais e aos novos desafios diante das realidades sociais. A educação não é apenas executar um diálogo com o outro, mas construir um pensar profundamente dialógico.
- f) O transcendental e o mundano não são dicotomizados. “É daqui que se parte para chegar lá [...] as idéias se têm, nas crenças se está” ^(47:12). Segundo Vasconcelos ⁽⁴⁹⁾ (espiritualidade) o diálogo não se refere apenas à dimensão do conhecimento, dos afetos e sensações conscientes, mas também às dimensões inconscientes presentes nas relações sociais.
- g) Defende a disciplina da vontade, da recusa da tentação à autocomplacência, da necessidade de desenvolver uma mentalidade democrática, de coerência, pureza, da negação do discurso ideológico da impossibilidade de mudar o mundo, do ato de resistir e não fraquejar e da metodização da curiosidade e da legitimidade da rebeldia contra a agressiva injustiça.

Paulo Freire defende que para que a transformação social ocorra é necessário o rompimento das situações opressoras e com seus opressores. Somente com autonomia e exercício da cidadania a transformação é possível, assim a educação precisa ser a arte do exercício da liberdade, pois só é capaz de escolher quem é livre.

Autonomia significa que é o indivíduo que deve escolher, de forma esclarecida e livre, entre as alternativas que lhe são apresentadas. É ele quem decide o que é “bom” para si mesmo de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. A pessoa autônoma deve ter liberdade de manifestar a sua vontade, isto é, deve estar livre de coações internas e externas de monta que a impeçam de exercer suas escolhas. A pessoa ainda deve ter capacidade para decidir de forma racional, optando entre alternativas que lhe são apresentadas e compreender as conseqüências de suas escolhas. Assim respeitar a autonomia é reconhecer que a pessoa, o grupo humano ou a coletividade são os que devem deliberar e tomar decisões; é considerar os direitos das pessoas, seus motivos e suas razões ^(50:152-3).

O exercício de uma prática educativa crítica, uma experiência especificamente humana, é uma forma de intervenção no mundo que se compromete com a democracia, rejeitando qualquer forma de discriminação e dominação. Essa prática integra atitude de inovação e renovação por acreditar que a mudança é possível ⁽²⁶⁾.

Segundo Brandão ⁽⁵¹⁾ a Educação Popular busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular através da fomentação de formas coletivas de aprendizado e da investigação. O objetivo é a promoção da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

A Educação Popular exige não apenas um conteúdo revolucionário, mas um processo de discussão revolucionário, que consiga romper com a transmissão vertical ⁽²⁴⁾. O objetivo não é transmitir conhecimentos, mas a ampliação dos espaços de interação e negociação entre os atores envolvidos em determinado problema social e assim possibilitar a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à superação do problema. Ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo ^(24,33,46, 52,53).

Mesmo partindo da busca de soluções para problemas específicos e localizados, o fazer utilizando-se de estratégias que desfaçam os micropoderes, possibilita a construção de superação da subordinação, exclusão e opressão presentes na nossa vida em sociedade, pois são esses micropoderes que acabam sustentando as grandes estruturas de dominação política e econômica da sociedade ^(24,46,53).

O ponto de partida e o ponto de chegada desse processo pedagógico é a realidade que se quer mudar. O objetivo é mudar a realidade, a partir de uma reflexão sobre a realidade em associação com uma prática transformadora desta. O critério de avaliação é a transformação dessa realidade a partir do novo conhecimento elaborado ^(24, 33, 52,53).

Os princípios que orientam as propostas de educação popular são: saber ouvir, não-hierarquização entre saberes científicos e populares, desmontar visão mágica, aprender a/estar com os outros, uma prática que envolve participação e movimentos coletivos de construção de conhecimento, viver pacientemente impaciente, aceitar a existência da ingenuidade tanto do educador quando do educando ^(24, 33, 52, 53,54).

Interessante ressaltar que a Educação Popular é uma sistematização teórica do saber fazer, assim sempre é insuficiente e atrasada, pois os conceitos e a elaboração teórica mais abstrata da metodologia da educação popular vêm atrás da prática social, e o saber fazer está em constante transformação, experimentando novas formas de relação educativa,

desafiado que é pelas constantes mudanças da maneira como a vida se organiza na sociedade. No entanto, a sistematização teórica já realizada orienta e cria critérios de avaliação para as experiências concretas, que se renovam em um jogo dinâmico de interação teórica e prática ⁽⁵³⁾.

2.3.1 Educação Popular em Saúde

A educação popular não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e cagando em fossas sépticas ^(51:42).

Carlos Brandão

Segundo Vasconcelos a aproximação da saúde com a Educação Popular ocorre com a busca do setor de saúde brasileiro de alternativas de melhora desse setor e na ruptura da tradição autoritária e normatizadora entre serviços de saúde e a população. Muitos profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde encontram no movimento de Educação Popular possibilidades de resistência e transformação. No espaço deixado pelo Estado ao ignorar os problemas populares, configuram-se iniciativas de busca de soluções técnicas a partir do diálogo entre o conhecimento científico e o popular ^(53,55).

A participação de profissionais da saúde nas experiências de Educação Popular, como no Movimento Popular de Saúde (MOPS), por exemplo, que aglutinou centenas de experiências em diversos estados, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que promoveu rupturas com a tradicional forma de educar em saúde. Essa ligação histórica de movimentos de Educação Popular com o setor saúde firmou fortes raízes na saúde e direcionou toda a dinâmica do setor, apesar de a Educação Popular não ser o único projeto pedagógico que valoriza a diversidade e o saber do outro ⁽⁵³⁾.

Na saúde, segundo Vasconcelos ⁽⁵⁶⁾, a Educação Popular é um modo de organização de um trabalho político que abre caminho para a conquista de liberdade e direitos. Dessa forma, educar em saúde exige estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade ⁽²⁶⁾.

Pereira et al apud Forte e Zoboli ^(59:152) diz que a promoção de saúde deve “oferecer oportunidades para que as pessoas conquistem autonomia necessária para a tomada de decisão sobre os aspectos que afetam suas vidas” e “capacitar as pessoas a conquistarem o controle sobre sua saúde e condições de vida”.

Em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, Paulo Freire ⁽⁴⁶⁾ fala, principalmente, da necessidade de utilizar a educação para conscientizar, libertar e transformar. Trata da idéia de respeito ao saber do outro, de uma construção conjunta do conhecimento, a partir da realidade do sujeito. Assim, ao serem realizadas as ações de educação em saúde, é preciso ter claro que as pessoas conhecem intensamente a realidade na qual vivem.

Dessa forma, ao executarmos a ação de Educação Popular em Saúde (EPS) com grupos de hipertensos, o controle da pressão arterial não será o objetivo final do acompanhamento da equipe de saúde e sim o entendimento e enfrentamento das repercussões de miséria e opressão na população.

Nesse contexto, ao serem avaliadas as atividades realizadas com o grupo de hipertensos, a preocupação maior não será com a quantidade de visitas, número de atividades, índice de incorporação de hábitos de higiene, aprendizado sobre ciclos das doenças, mas com o fortalecimento da capacidade destes e das famílias em lutar e buscar a saúde.

No entanto, é importante ressaltar, que Educação Popular não é proposta educativa executada fora da unidade de saúde para estar junto com o povo apenas, mas que continuam dando ao educador o posto de autoridade, numa relação vertical com o educando. A Educação Popular é essencialmente um método de ação pedagógica ⁽⁵³⁾.

Existem em vários serviços de saúde profissionais trabalhando na perspectiva da EPS buscando enfrentar o caráter global e complexo dos problemas de saúde, no entanto, carecem de recursos materiais das políticas sociais, enfrentam boicote político, exigências de produtividade numérica, falta de sistematização das atividades e carência teórica. Muitos, apesar das dificuldades, resistem implementando pequenas práticas alternativas e marginais onde o outro é valorizado e priorizado, e a Educação Popular tem sido buscada como alternativa ^(53,57).

Essas dificuldades precisam ser superadas e essas experiências generalizadas, para que a promoção de saúde aconteça de fato e possa ter seus frutos colhidos. Pois como diz Macdonald e Warren ⁽⁵⁸⁾:

A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo na medida em que, na perspectiva defendida pela conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas ^(58:39).

E para que isso ocorra é preciso generalizar o “saber fazer” entre profissionais de saúde, e esta generalização passa pela formação de recursos humanos, *“mas numa perspectiva diferente daquela que, habitualmente, vem sendo implementada, que encara o profissional como um ser alienado e ignorante, que deve ser treinado e conscientizado”* ^(57:15).

Assim como o método da educação popular reorienta a relação entre o profissional e a população, ressaltando as suas iniciativas e o seu processo de busca de melhorias é preciso reorientar as estratégias de formação profissional, fazendo-as partir de suas angústias, de sua experiência prévia e de sua vontade de superação das dificuldades. É preciso construir uma tradição de formação de recursos humanos em saúde orientada pela educação popular ^(57:15).

A escolha do projeto pedagógico da EPS para realização desta pesquisa como instrumento de promoção de saúde, objetivando a transformação da prática na atenção básica, tem o embasamento em vários teóricos e pesquisadores, dentre eles Macdonald e Warren ⁽⁵⁸⁾:

[...] grande parte do que Paulo Freire diz sobre processo educativo é aplicável à Atenção Primária em Saúde. Nós afirmamos ainda mais: a metodologia educativa de Paulo Freire é uma sólida base para se atingir uma Atenção Primária à Saúde integral ^(58:44).

E Lefèvre e Lefèvre ⁽²⁹⁾, estudiosos da promoção de saúde:

Como o objetivo da promoção de saúde é o fortalecimento das populações para que as coletividades e os indivíduos possam fazer face de maneira mais adequada aos determinantes do processo saúde doença, é preciso lançar mão de uma pedagogia não-normativa e dialogal do tipo da proposta por Paulo Freire, que possa propiciar oportunidades de encontro e troca entre o campo sanitário e o do senso comum e de fortalecimento do campo do senso comum (associações de pacientes, conselhos comunitários de saúde, etc). Deixa de ser “poder sobre” para ser “poder com” ^(29:63).

A informação deve estar a serviço da formação da cidadania e para que isso ocorra deve ser despida do paternalismo e autoritarismo tradicionais da educação em saúde, discutida em uma relação comunicativa do tipo dialógico e de troca com o outro ⁽²⁹⁾.

2.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS TRABALHADORES: O PRESCRITO E O REAL

*Escolhi a sombra desta árvore para
repousar do muito que farei,
enquanto esperarei por ti.
Quem espera na pura espera
vive um tempo de espera vã.
Por isto, enquanto te espero
trabalharei os campos e
conversarei com os homens.
Suarei meu corpo, que o sol queimará;
minhas mãos ficarão calejadas;
meus pés aprenderão o mistério dos caminhos;
meus ouvidos ouvirão mais,
meus olhos verão o que antes não viam,
enquanto esperarei por ti.
Não te esperarei na pura espera
porque o meu tempo de espera é um
tempo de quefazer ⁽⁵⁹⁾.*

Paulo Freire
Canção Óbvia

Sendo a promoção de saúde o objetivo, num processo de ação-reflexão-ação, capaz de transformações na prática do setor saúde, e a educação em saúde o instrumento para tal transformação, a preocupação deve se iniciar pela formação e preparação da equipe de saúde ⁽³³⁾.

O autor Vasconcelos ⁽⁵²⁾ relata um caso que aconteceu com grupo de profissionais de saúde que ao visitarem uma família, cuja mãe estivera anteriormente na unidade de saúde e lá recebera orientações, encontraram a filha de onze anos cuidando da irmãzinha mais nova sem ter dado a medicação e a mamadeira e assim a equipe se ofereceu para demonstrar como essas ações deveriam ser executadas. Qual não foi a surpresa ao perceberem que naquelas condições eles não conseguiam executar suas próprias orientações. Ele termina o relato com o seguinte questionamento: "Onde estava a pia, a escovinha de lavar mamadeira, o funil de despejar o leite em pó na mamadeira e a colher medida para dosar o remédio?"

(52:143-4). Esse caso explicita as dificuldades dos profissionais de saúde para atuarem numa realidade tão complexa e distinta.

O Ministério da Saúde, representado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), vêm buscando modificar as práticas de educação na saúde. Segundo a SGTES há uma profusão de iniciativas de capacitação pontuais, desarticuladas e fragmentadas; não ensinam a trabalhar, a aprender e apreender, a trabalhar em equipe matricial; baixa capacitação pedagógica de docentes, preceptores e orientadores dos serviços e dificuldades para propor e realizar ações inovadoras ⁽⁶⁰⁾.

Essa Secretaria busca uma mudança nas práticas em saúde, buscando as ferramentas da Educação Popular, para alcançar uma educação permanente voltada para: o processo de trabalho, os processos pedagógicos, as práticas de saúde e a gestão.

Mas a barreira encontrada, apesar de muitos Pólos de Educação Permanente em Saúde estarem implantados, está exatamente em não se conceber formas inovadoras de capacitação. A busca é de cursos e mais cursos, especializações e mais especializações, sem articulação com a realidade local, para uma mudança real das práticas de saúde, mudança essa gerada por todos os atores envolvidos com as situações-problema.

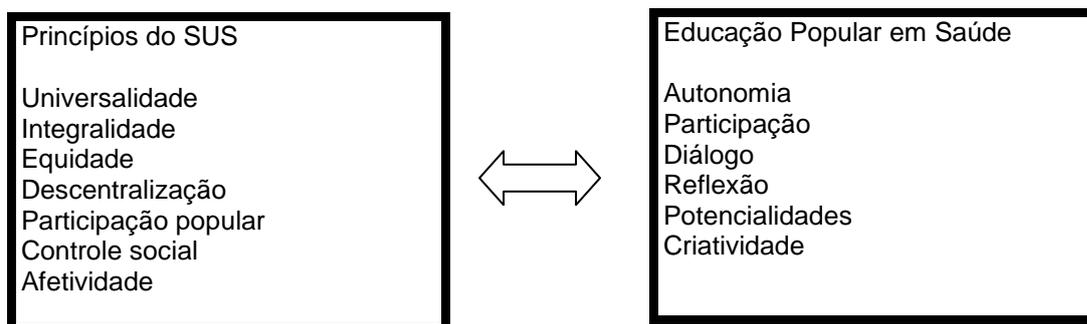
Buscando um caminho para a solução desse problema, a SGTES forneceu um curso de formação de facilitadores da educação permanente, voltada para os atores envolvidos com a implantação dos pólos, nos moldes da Educação Popular, para permitir ampliar a massa crítica capaz de operar uma mudança na forma de educar no sistema de saúde ⁽⁶⁰⁾.

Existem segundo Lefèvre e Lefèvre ⁽²⁹⁾ habilidades e atributos necessários a um trabalhador para atuar no campo da promoção de saúde. Sua práxis deve ser deslocada do campo da doença para o campo da saúde. O especialista em saúde, sem nunca deixar de ser um especialista em doença, deve levar em conta que ele pertence ao campo da saúde. Assim esse profissional trabalhador da saúde deve conhecer o campo da política, da educação, da cultura, dos esportes, da habitação, meio ambiente e quaisquer outro com os quais a área de saúde faça intersecção ⁽²⁹⁾.

Para que este profissional consiga atuar de maneira ágil neste entorno ampliado que se tornou seu campo de trabalho é necessário que tenha capacidade de relacionar fatos,

dados e de lidar com realidades complexas e para isto faz-se necessário pessoas com flexibilidade de idéias, com capacidade de assimilar o novo e o diferente ⁽²⁹⁾.

No “Seminário sobre incentivos às mudanças na graduação nas carreiras de saúde”, em maio de 2003, o material produzido pelo Ministério da Saúde relacionava os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios da EPS ^(60:5):



O Sistema Único de Saúde (SUS) busca romper com o modelo de atenção à saúde anterior, na medida em que todos passam a ter o direito de acesso ao serviço; onde o controle social é possível através da garantia da participação popular; com uma assistência de enfoque epidemiológico e voltado para promoção de saúde.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS a integralidade é o que confronta incisivamente a racionalidade hegemônica no sistema, tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa, sendo relevante para a reorientação do modelo assistencial.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupo e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade a qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de se articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para cuidar de si, de sua família e do seu entorno ^(26:336).

Nessa noção de integralidade há assimilação das práticas promotoras de saúde, preventivas e assistenciais por um mesmo serviço e horizontalização dos programas, antes verticalizados.

Tal sistema único tem como objeto a saúde; não aquela definida simplesmente pela ausência de doença com seus desdobramentos hospitalocêntrico e medicocêntrico e subordinação à oferta de serviços. Mas a saúde entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania e que envolve indivíduo, coletivo e ambiente com todas as suas inter-relações ^(61:164).

Mesmo com a concepção abrangente do conceito de saúde e com as transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro – mudanças essas inscritas na Constituição Brasileira de 1988 e nos dispositivos que regulamentam o SUS – não têm ocorrido grandes inovações no cotidiano dos serviços ⁽⁶²⁾.

O conjunto de ações centradas nos serviços curativos de saúde, por sua capacidade de prevenção dos danos, tem provocado uma diminuição da letalidade de algumas doenças e agravos, sem evidentemente, interferir no padrão e ocorrência dessas doenças, já que não atua nos seus determinantes ⁽⁶³⁾, além do alto custo desse modelo assistencial.

O Ministério da Saúde tem envidado esforços, evidenciado pela formulação de novas estratégias para atender ao setor na área da Atenção Primária à Saúde, na busca de reorientação do modelo de assistência praticado nesses serviços.

Entre esses esforços destacam-se a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que buscam, através de medidas simples e racionais ampliar o acesso da população aos cuidados básicos de saúde, instrumentalizar os indivíduos/comunidade a realizarem o autocuidado, permitir à comunidade a participação na avaliação da situação de saúde, definição de problemas/necessidades e fixação de prioridades e também de prover assistência médica e medicamentosa ^(64,65). Nesse modelo a abordagem do profissional não se deve restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações promotoras e preventivas.

A ESF surgiu em 1994 e prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. Assim esses

profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade

A ESF nasce, então, como uma estratégia para modificar o modelo de assistência à saúde na prática, tendo por base os princípios do SUS. A atenção da ESF é a família, que deve ser entendida e percebida dentro do seu contexto físico, social e cultural, onde o foco deixa de serem indivíduos doentes para serem famílias saudáveis.

O trabalho na ESF visa trabalhar na lógica da promoção da saúde, onde o usuário é considerado sujeito e integrado à família, comunidade, território. Para que esse caminho seja uma realidade é necessário que os profissionais e os serviços se vinculem com a comunidade nessa perspectiva ^(80,81).

No entanto o processo de trabalho da ESF é medicocentrado. É necessária uma reorganização do serviço, das ações dos profissionais que pertencem à equipe para a produção da saúde. É preciso quebrar a costumeira divisão de trabalho, que é em recortes verticais, que acaba por compor segmentos estanques por categorias profissionais. É preciso agir sob uma outra ótica, onde as equipes trabalhariam com problemas delimitados, dentro do seu âmbito de resolução, planejando e executando ações para solucionar os problemas em conjunto com a comunidade e de acordo com a realidade de sua área ⁽⁶⁷⁾.

O modelo centrado no médico, efetivamente, não eleva o nível de saúde da comunidade; resolve no contexto do indivíduo, sem interferir significativamente no coletivo ⁽⁶⁸⁾. Na ESF a equipe multiprofissional precisa entender a importância da contribuição de todas as áreas do conhecimento para enfrentar o complexo quadro de fatores que alteram a saúde. O contato com a realidade da comunidade atendida proporciona o conhecimento da mesma, facilitando a compreensão das inter-relações que se dão nos espaços, possibilitando assim a criação de estratégias adequadas que vão ao encontro das necessidades de saúde.

Na ESF o atendimento deixa de ser voltado para demanda espontânea, devendo ocorrer a identificação das necessidades de saúde da família/comunidade para atuação mais adequada e que permita realmente elevar o nível de saúde ⁽²⁵⁾.

A expansão da ESF levou a uma profunda inserção de milhares de trabalhadores de saúde no cotidiano da dinâmica de adoecimento e de cura na vida social. Nessa convivência

estreita, os profissionais são profundamente questionados sobre a eficácia do modelo biomédico tradicional. Há uma intensa busca de novos caminhos. Mas a pouca ênfase da saúde pública na discussão e no aperfeiçoamento das relações culturais e políticas com os cidadãos e seus movimentos vem resultando em desperdício dessa situação potencialmente transformadora do sistema ⁽²⁴⁾.

Os cursos de formação na academia e nas secretarias de saúde pouco têm priorizado a discussão dos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde, de forma a construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias ^(24,27,56).

A formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população. Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação em saúde. A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais ^(26:337).

A inserção de pessoas da comunidade na equipe de saúde da ESF tinha por objetivo facilitar a interlocução entre o saber científico e o popular e o conhecimento pela equipe da realidade da área de abrangência, atuando como elo de ligação entre o setor saúde e a população. Esta é a principal razão para que o agente comunitário de saúde (ACS) atue justamente na área em que reside. O ACS mantém contato direto e profundo com a população e sua realidade. Ele começa seu trabalho pelo reconhecimento da população, recolhendo informações detalhadas acerca da realidade de cada domicílio com o cadastramento das famílias residentes em sua microárea.

O trabalho do ACS é essencialmente educativo, e a educação em saúde deve valorizar a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre os diferentes atores sociais, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o científico. Assim o ACS pode tornar-se mediador entre esses dois saberes, facilitando não somente o acesso da comunidade aos serviços de saúde, mas contribuindo para a modificação dos fatores condicionantes que produzem morbimortalidade e transformação social ⁽⁵²⁾.

É incontestável, também, o papel do enfermeiro como educador em saúde. Entretanto, um estudo sobre as práticas de educação em saúde na ESF realizadas por esse profissional em Fortaleza – CE, identificou um despreparo técnico para exercer essa prática articulado aos princípios do SUS, como também a dominância das ações clínicas, individuais, burocráticas, exigidas dentro das unidades básicas de saúde da família ⁽²⁶⁾.

Uma pesquisa realizada em Itabuna-Bahia sobre a produção do cuidado ao hipertenso em uma unidade da ESF mostra que a organização do trabalho segue protocolo do Ministério da Saúde, centrado nas ações programáticas e básicas de vigilância à saúde, com oferta organizada por microárea de atuação do ACS e que continua centrada na consulta e em procedimentos com a presença de poucos espaços relacionais. O vínculo é administrativo e mantido em função da dispensação e medicamentos, não existem grupos de apoio e outras ações educativas são esporádicas e realizadas na sala de espera. A rede de conversas estabelecida entre a equipe é sumária e pontual dificultando uma atenção mais integral ^(69,70).

A práxis educativa dos profissionais da ESF são pontuais e reducionistas, não cumprindo os princípios do SUS, principalmente da integralidade, e deixando a desejar nas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. E estudos apontam que os fatores que contribuem para essa realidade são: excessivo número de atribuições, treinamento inadequado, suporte deficitário e supervisão inadequada ^(71,72,73,74).

A mudança de modelo assistencial deve ser dada a partir da reorganização do processo de trabalho, que propõe um novo modo de operar em saúde que substitua o modelo onde as ações e saberes médicos estão na centralidade da assistência, assim ganha espaço a equipe multiprofissional, que tem a responsabilidade de realizar essa transição ⁽⁷⁵⁾. No entanto, esses profissionais foram formados no modelo biomédico, o que dificulta as mudanças na prática. Conhece-se que o problema se encontra no modelo medicocentrado, mas não consegue se libertar dessa ideologia e acaba produzindo procedimentos e não cuidado ⁽⁷⁵⁾.

A dificuldade de aplicação dos princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da ESF interfere a integração do trabalho desta com a dimensão educativa e promotora de saúde, mas segundo Silva e Losing ⁽⁷⁶⁾, é nessa dimensão que o entendimento da saúde como produção social pode ser construída e trabalhada ⁽⁷⁶⁾.

O social como foco de atenção nas ações da equipe de trabalho do Programa de Saúde da Família ainda pode ser considerado por muitos uma mera utopia, entretanto as bases e os elementos necessários para a implementação de atividades nessa dimensão já estão postos. A busca de parcerias e de ações intersetoriais, em prol da melhoria das condições de saúde da comunidade é uma das atribuições do Programa de Saúde da Família e está relacionada à promoção da saúde e ao processo de trabalho para efetivá-la⁽⁷⁶⁾.

Essa realidade tão complexa coloca a clássica estratégia da Saúde, excessivamente normativa, em xeque. A Saúde e seus profissionais devem pensar e repensar os avanços necessários ao SUS, numa lógica, agora mais radicalmente intersetorial, democrática e inclusiva⁽⁷⁷⁾.

O problema norteador é a necessidade reorientação do modelo assistencial na prática profissional, desconcentrando as ações centradas no modelo biomédico, saúde como ausência de doença, medicocentrado para um modelo de saúde ampliada, com ações no campo da promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo os princípios da EPS como norteadores dessa transformação.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as possibilidades e limites de execução das ações de promoção de saúde nos moldes da Educação Popular em Saúde pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a dinâmica das ações de promoção de saúde existentes na Estratégia Saúde da Família pesquisada, antes do processo de ensino-aprendizagem nos moldes da Educação Popular em Saúde.

Promover a implementação de ações de promoção de saúde nos moldes da Educação Popular em Saúde na Estratégia Saúde da Família pesquisada a partir de um processo de ensino-aprendizagem nos moldes da Educação Popular em Saúde.

Identificar mudanças ocorridas na dinâmica das ações de promoção de saúde após o processo de ensino-aprendizagem e os fatores que facilitaram e dificultaram a implementação das ações de Educação Popular em Saúde.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

*Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho
caminhando, sem aprender a refazer, a
retocar o sonho por causa do qual a
gente se pôs a caminhar.*

Paulo Freire

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa-ação. Busca-se analisar as possibilidades e limites da execução das ações de promoção de saúde na ESF nos moldes da EPS. A abordagem qualitativa foi escolhida por propiciar um aprofundamento no conhecimento do objeto de pesquisa, permitindo conhecer e entender como se dá a execução das ações de educação em saúde na ESF e como a EPS pode ser implementada na realidade dos serviços.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: A primeira etapa é a de coleta de dados para alcance do objetivo específico: conhecer como se dá a execução das ações de educação em saúde na ESF. Foram realizadas entrevistas com os profissionais da ESF que aceitaram participar do estudo, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). O instrumento de pesquisa conta com quatro questões abertas (Apêndice B), que foram gravadas e transcritas. Para análise do discurso das entrevistas utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A segunda etapa é o processo de ensino-aprendizagem realizado com a equipe de saúde pela pesquisadora com objetivo de promover a implementação de ações de promoção de saúde nos moldes da EPS, através do desenvolvimento de autonomia, habilidades e capacidades críticas na equipe de saúde. As ações e discussões foram anotadas em um diário de campo. As visitas ao campo foram diárias e teve duração de sete meses, finalizada com uma entrevista coletiva para avaliação das atividades desenvolvidas (Apêndice C).

Após o cumprimento destas etapas, se procedeu a análise e discussão dos dados para alcance dos objetivos da pesquisa. Ainda foram realizadas várias visitas à ESF participante da pesquisa para esclarecimentos necessários à pesquisa e para contribuir com a continuidade dos projetos implementados pela equipe.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul. Essa cidade é a segunda maior do estado, possuindo 179 mil habitantes. A ESF está implantada nesta cidade desde 1999.

A ESF escolhida para se realizar a pesquisa foi a da Vila São Braz, região afastada da cidade e de condições socioeconômicas baixas. A Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, após a avaliação do projeto de pesquisa pela Comissão de Pesquisa e Estágios (CEPET) designou a ESF 17 para a realização da pesquisa.

A equipe 17 era composta por seis ACS, um auxiliar de consultório dentário (ACD), um odontólogo, um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais e um recepcionista.

A cidade de Dourados foi escolhida por ser o local de residência e atuação profissional da pesquisadora.

4.2.1 História da Vila São Braz

A Vila São Braz teve início em 1989, quando foi eleito o prefeito Antonio Braz Genelhu de Melo, que iniciou a doação de terrenos para os primeiros moradores da V. Saak. Uma das primeiras moradoras dona Devanir R. do Nascimento, que ainda mora no bairro, conta como a vila São Braz surgiu.

Os primeiros moradores moravam em barracos de lona preta, sem energia, sem água tratada e ficaram assim por quase um ano. Depois o prefeito doou alguns materiais de construção e deveria então acontecer o Projeto Mutirão. No entanto, os materiais não eram suficientes para a construção das casas, alguns nem mesmo conseguiram começar a construir e acabaram vendendo o que haviam ganhado, continuando por muito tempo ainda no barraco de lona preta.

Com o tempo foi mudando as pessoas e o bairro. Primeiro veio a energia elétrica e a água, depois vieram os mercados, as mercearias, os bares, as padarias, as escolas, as creches e muitas outras coisas. Apesar de muita coisa boa que foi conquistada, há muita

pobreza e muitas necessidades. Faltam muitas coisas, temos muitas crianças sem ter o que fazer, entrando na marginalidade, sem esperança de futuro.

4.3 PRIMEIRA ETAPA

Para alcance do primeiro objetivo específico foram realizadas entrevistas abertas com os profissionais da equipe da ESF designada. O instrumento para entrevista foi composto de quatro questões abertas:

- 1) O que você entende por educação em saúde?
- 2) Onde adquiriu o conhecimento para as atividades de educação em saúde?
- 3) Quais são suas ações de educação em saúde que você realiza no seu trabalho dentro dessa ESF?
- 4) Me descreva um dia de trabalho seu aqui na ESF.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, em salas disponíveis que garantiram total privacidade. Após a leitura e assinatura do TCLE as falas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

A análise foi realizada usando o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma técnica qualitativa de organização dos dados discursivos objetivando apresentar o pensamento coletivo sobre determinado assunto.

Segundo Lefèvre e Lefèvre ^(29:15) metodologicamente o DSC “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas, etc”. Ele é utilizado para juntar os discursos individuais e gerar um pensamento da coletividade. Para sua construção são utilizadas como figuras metodológicas: as expressões-chaves e as idéias centrais.

As expressões-chaves são pedaços ou trechos de material (discurso), que formam descrições literais dos depoimentos, revelam a essência do conteúdo das representações ou das teorias subjacentes a estas que estão presentes neste depoimento.

A idéia central é o nome ou expressão lingüística que revela e descreve de maneira sintética e precisa o sentido presente. Descreve o sentido, usando as palavras do entrevistado, porém não é interpretação. As idéias centrais são elaboradas pelo pesquisador diante do discurso do entrevistado utilizando a fala que indica claramente a idéia central. As idéias centrais servem para agrupar o discurso e, numa mesma fala pode haver mais que uma idéia central e deverão ser consideradas separadas e trabalhadas na categorização.

O instrumento de análise de discurso é uma forma de organizar as figuras metodológicas para posterior confecção do discurso do sujeito coletivo. Neste instrumento as falas dos sujeitos são anotadas e identificadas as expressões chaves e idéias centrais de cada bloco do discurso.

As categorias para análise e construção do discurso do sujeito coletivo são estabelecidas a partir da identificação, nos instrumentos de análise de discurso, das expressões-chaves e idéias centrais correspondentes.

O DSC é destinado a fazer a coletividade falar diretamente, visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas compostas no imaginário social.

O DSC foi escolhido por desejar se obter o pensamento coletivo da equipe da ESF sobre o que sabem, como adquiriram o saber, o que fazem e como fazem educação em saúde na sua prática diária e o discurso é a forma de se obter o que as pessoas professam.

No DSC há o encadeamento narrativo dos discursos de modo que se apresentem numa estrutura seqüencial clara e coerente, onde o discurso é o próprio signo de conhecimento dos próprios discursos.

4.4 SEGUNDA ETAPA

Nessa etapa foi realizada a pesquisa-ação através do processo de ensino-aprendizagem com a equipe da ESF. Esse processo teve como referencial teórico a Educação Popular em Saúde.

A pesquisadora realizou um intercâmbio com Programa de Doutorado de Educação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), excelência de ensino na área de Educação

Popular em Saúde, que teve lugar na segunda quinzena de setembro de 2007 em João Pessoa – Paraíba, sob supervisão do Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos (Anexo D), objetivando aprofundamento metodológico e prático. O relatório enviado ao Programa encontra-se em Apêndice D.

Para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem com a equipe da ESF 17 foi aplicada a metodologia da EPS, que é um método ativo, dialógico e crítico. Este busca conhecer como os educandos pensam a realidade, de modo que, ao tomar consciência, estes sejam criadores de cultura e verdadeiros agentes transformadores da sua realidade. Esse conhecimento permitirá, a longo prazo, aos profissionais da ESF realizarem educação em saúde libertadora e transformadora da realidade local e contribuir assim para melhorar o nível de saúde da sua população.

Após sete meses do início da pesquisa-ação foi realizada uma entrevista coletiva com toda a equipe, que foi gravada, e contou com uma relatora. A questão norteadora da entrevista foi: Depois de sete meses trabalhando com uma nova modalidade de educação em saúde, me conte para vocês a experiência de trabalhar com educação popular em saúde?

Após o término da entrevista, a relatora leu a síntese das discussões realizadas pelo grupo para ser validada, ocorrendo a inserção de alguns pontos após a leitura. Com a releitura com a nova redação o grupo validou a síntese.

A pesquisadora continua freqüentando o serviço de maneira esporádica e a convite da equipe tanto para rever o objeto de estudo e compor mais análises, quanto para participar da continuidade de projetos iniciados a partir da pesquisa-ação.

4.4.1 Pesquisa-ação

A pesquisa-ação tem a seguinte definição: “Pesquisas nas quais há uma ação deliberada de transformação da realidade; pesquisas que possuem um objetivo duplo: transformar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações”^(78:13). O ponto alto da pesquisa-ação é a co-formação, ocorrendo a autoformação e a heteroformação, que vai ocorrer a partir do desempenho do pesquisador que articula

aproximação e distanciamento, afetividade e racionalidade, mediação e desafio, ciência e arte ⁽⁷⁹⁾.

Esse ponto alto está diretamente relacionado com a teoria de Paulo Freire sobre o aprendizado, diz ele: “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” ^(46:68).

A abordagem da pesquisa-ação é uma abordagem em espiral, que permite a reflexão permanente sobre a ação e com isso o crescimento do espírito da pesquisa. Segundo Barbier a abordagem em espiral “supõe igualmente que, mesmo que nós nunca nos banhamos duas vezes no mesmo rio, segundo a forma heraclitiana, ocorre-nos olhar duas vezes o mesmo objeto sob ângulos diferentes” ^(79:117).

O método da pesquisa-ação é visto como um auxílio à estratégia empregada para resolver as dificuldades e problemas que se apresentarem, não de maneira programática e pré-definida, mas podendo modificar seu rumo em função da realidade, dependendo das informações obtidas e acontecimentos imprevisíveis. Método aqui entendido como o norteador do espírito quando este vai abordar um problema para produção de conhecimento ⁽⁷⁹⁾.

A técnica da pesquisa-ação utilizada foi a observação participante ativa (OPA), onde a pesquisadora buscou desempenhar um papel de mediadora e articuladora do grupo estudado, passando a pertencer ao grupo, estando simultaneamente dentro e fora do grupo ⁽⁷⁹⁾. Nesse caso deve haver declaração aberta da posição do pesquisador como observador e como articulador para não ocorrer quebra de confiança. É um processo demorado pela necessidade de ganhar confiança do grupo e onde a negociação é indispensável e a discrição é a regra.

Como a previsão do tempo de pesquisa era longo, pela necessidade de ganhar confiança do grupo para realizar ações e obter resultados, decidiu-se pelo uso do diário de pesquisa onde a pesquisadora anotava diariamente as observações, os sentimentos, questionamentos, anotações de textos que se relacionavam ao tema, medos, desejos, tendo caráter íntimo. O objetivo era poder resgatar todas as ações e emoções vividas para compor a análise e discussão dos dados.

4.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão e análise dos dados encontrados buscará encontrar os fatores que facilitam e portanto, podem ser explorados, o trabalho nos moldes da EPS e o que impede e dificulta o trabalho de promoção de saúde na perspectiva de autonomia e de cidadania e como é possível contornar essas dificuldades.

Primeiro foi aplicada a técnica do DSC sobre os discursos individuais fruto da entrevista realizada na primeira etapa e a partir dos discursos coletivos formados, se iniciou a análise e discussão dos dados. Esses dados são úteis por apresentarem o momento inicial, antes do início da pesquisa-ação, de como eram realizadas as ações de educação em saúde na ESF pesquisada.

Após a elaboração do DSC, descreveu-se as atividades que a equipe realizou durante a permanência da pesquisadora no campo e após sua saída. Foram abordadas as transformações ocorridas na realidade da ESF com a pesquisa-ação. O objetivo foi o de analisar o deslocamento da educação em saúde realizada pela equipe do campo da transmissão do conhecimento, com a valorização apenas do saber científico e muito centrado na doença, para o diálogo do saber científico e popular, para a promoção da saúde, englobando questões sociais, econômicas, psicológicas relacionadas com a saúde e não apenas a presença ou ausência da doença.

A discussão dos dados para análise das possibilidades e limites de realizar educação em saúde nos moldes da EPS na ESF iniciou-se pelas atividades realizadas no grupo do HiperDia. E esse foi o ponto de partida, tanto pela sua importância abordada na revisão de literatura desta tese, quanto pela necessidade de um foco para ganhar espaço e confiança para a efetiva ação da pesquisadora, buscando a transformação das ações de educação em saúde realizadas pela equipe.

No entanto, foi inevitável a ampliação das ações e do processo de ensino-aprendizagem para o campo da saúde como um todo, pela própria interdependência dos fatores que condicionam a saúde e a doença da população. Todo e qualquer contato como usuário do serviço e a comunidade oportuniza discussão de aspectos relacionados com a organização social, direitos e cidadania, dinâmica familiar. A responsabilidade com a saúde da comunidade implica em compromissos que extrapolam o exercício estrito do serviço e cumprimento de metas, temas e momentos específicos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ANTES DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Um dos objetivos da pesquisa era conhecer a dinâmica da ESF pesquisada com o escopo de compreender melhor a realidade e assim desenvolver um processo de ensino-aprendizagem adequado à rotina do serviço e a partir dos temas geradores da equipe e da comunidade, tendo a realidade como ponto de partida.

Assim, chegando à ESF 17, foram realizadas entrevistas individuais com todos os membros da equipe 17, após a leitura e assinatura do TCLE. A entrevista consistia em conhecer as ações de educação em saúde realizadas pela equipe e como eram realizadas, a rotina do trabalho, as atribuições de cada um, entre outros. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A técnica para tratamento dos dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo.

Somente após terem sido realizadas todas as entrevistas, iniciou-se um acompanhamento sistemático pela pesquisadora de todas as atividades da ESF 17. As visitas domiciliares foram acompanhadas, assim como todas as atividades de grupo, reuniões de equipe, bem como a rotina diária de funcionamento da ESF.

O resultado dessa primeira parte da pesquisa, discutida a seguir, permite o conhecimento da realidade da ESF 17 antes do processo de ensino-aprendizagem.

5.1.1 Conhecimento sobre educação em saúde e seus reflexos

O conhecimento está relacionado com a inteligência, que é a capacidade de conhecer raciocinar e julgar. Quando se fala aqui em conhecimento, não significa acúmulo de saber adquirido nos livros, nos cursos escolares, mas da sabedoria própria da vida. Desse modo, todas as pessoas são capazes de conhecer, raciocinar e julgar, mesmo nunca tendo freqüentado a escola. O conhecimento é assim fruto daquela aptidão natural que o homem

tem para perceber as coisas, relacioná-las, tirar conclusões, fazer projeções para o futuro, ensinar os mais jovens com base na sua experiência de vida ⁽⁶⁶⁾.

Invertendo a famosa frase de Descartes, dirá Heidegger que eu primeiramente existo, para depois poder pensar. Desse modo, o autoconhecimento ou a autoconsciência não provém de um exercício da razão pura, da razão absoluta, mas da razão situada, da razão historicamente determinada. Da mesma maneira que o conhecimento que eu tenho do mundo é influenciado pelo meu modo de viver, também o autoconhecimento passa pela mesma influência ⁽⁶⁶⁾.

Entender o que a equipe 17 conhece e acredita que é educação em saúde, de como se deu esse processo de aprendizado, traz luz à práxis da ESF.

A equipe possui três visões sobre o trabalho de educação em saúde. Uma que entende a educação em saúde como algo complexo, a partir da concepção de saúde ampliada, outra que a entende como mudança de comportamento da equipe na sua ação diária e uma outra que vê a educação em saúde como repasse de informações, mas adequada a realidade do outro.

DSC

A educação em saúde é muito complexa, envolve o ambiente que a pessoa vive, a higiene, a água, a casa em que ela mora, o lazer. Tudo o que faz bem ao físico, emocional e social é educação em saúde. Se a pessoa está precisando desabafar naquele momento, falar comigo, ouvir aquela pessoa é educação em saúde. Conversar sobre a família quando não está bem ou um outro assunto também.

DSC

Para mim, educação em saúde é estar fazendo orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero, vacinação, higiene e até na parte socioeconômica, mas sempre dentro da realidade deles né?

DSC

Educação em saúde é mudar o modo de agir, diferenciar o atendimento e não você cuidar só do indivíduo. A educação em si é comportamento, a ação da gente diante de ações e situações que podem acontecer.

Neste estudo são os ACS os componentes da equipe que possuem uma visão mais ampla da produção da saúde. Segundo Bornstein ⁽⁹²⁾ é dependendo da concepção de processo educativo, de saúde, de participação popular é que se dá o direcionamento da condução dessas mediações e do que será valorizado. E nessa linha poderão existir dois

pólos, o de que o conhecimento científico é o verdadeiro e que ele reflete a realidade, e assim o profissional de saúde será o ator principal e o que entende que os saberes são diferentes e não hierarquizados e que se dá a partir da continuidade de aquisições anteriores.

A partir dessas concepções então a mediação dos componentes da equipe poderá ser convencidora, onde haverá o repasse de informações, buscando corrigir os desvios encontrados; poderá ser uma mediação reprodutora, que perpetuará essa força de trabalho aí posta, que faz com que o argumento das conseqüências do não cumprimento da prescrição seja utilizada; ou ainda transformadora, que buscará a formação de uma nova sociedade menos injusta e desigual ⁽⁹²⁾.

A linguagem usada pelo ACS pode ser vertical, apesar de ser um morador daquela área, pois a cobrança de resultados por parte deles e dos outros e a própria inserção no serviço que se dá a partir do olhar biomédico contribui para esse discurso ⁽⁹²⁾.

DSC

A fulaninha está com diarreia essa semana... aí eu falo: ó eu avisei que ia acontecer isso por causa da alimentação do jeito que está sendo feito. Quando eu entrei que percebi como eram realmente as coisas... você não vai vacinar? Eu pegava o celular, ô conselho tem uma pessoa que não quer vacinar uma criança. Vinte, trinta minutos depois estava lá vacinando. Ou, hoje não deu? Eu dou o tempo e se precisar eu faço na base da ameaça eu faço. Se não segue meu conselho, digo: Não vou orientar mais nada e você não me pergunta mais nada não.

A própria valorização de ações que sejam convencedoras e reprodutoras, tanto pela chefia, quanto pelo preenchimento dos papéis, dos dados requeridos ⁽⁹²⁾ contribui para essas ações.

DSC

Não foi todo mundo no hiperdia? Aí vou atrás, vejo porque não foram, deixo eles de castigo, não levo a receita.... eu mando vir no posto se virar com a enfermeira, foi ela mesma que mandou.

Deve-se destacar que as diferentes concepções podem coexistir num mesmo indivíduo, gerando ações muitas vezes contraditórias, que irão ser influenciadas pelas cobranças institucionais, da formação recebida, de opções individuais, entre outros ⁽⁹²⁾. Os ACS podem potencializar uma produção de saúde vinculada à cidadania e autonomia, ao produzir saberes a partir de sua prática, que podem ser criados e trocados na relação com o outro e consigo mesmo ⁽⁹³⁾.

DSC

Você não vai chegar numa casa onde tem hipertenso e diabético e não tem condições, não tem uma boa estrutura, boa de moradia e alimentação e falar olha: você tem de comer uma saladinha, de comer uma carne magra, você tem de comer isso e aquilo outro. A gente não vai tirar tudo o sal, porque é impossível você comer sem sal, um arrozinho sem sal ou mandioca. Eu digo, olha você não precisa tirar tudo, mas você coloca só um pouquinho e substitui por cebolinha, que a gente pode plantar no quintal; a vizinha do lado tem, você pode pedir muda. Dou várias idéias. Eu não sou de falar em termos médicos, falo no popular mesmo.

Como são os ACS que conhecem a realidade da comunidade, tanto por viverem com ela e nela quanto por não estarem moldados totalmente no modelo biomédico, produz-se um foco de tensão com o restante da equipe que fica refém da clínica e da normatividade dos procedimentos preconizados para a ESF, voltada para problemas médico-clínicos e acaba por desconsiderar a voz do agente e a própria realidade. De um lado estão os profissionais de formação biomédica, que não conseguem romper com esse modelo, e do outro os ACS que enfrentam a realidade a partir de saberes construídos local e socialmente ⁽⁷⁷⁾.

DSC

A gente até foge da rota de falar sobre saúde, porque tem outros problemas que a pessoa tem lá. Não tem alimentação correta, às vezes nem tem alimentação. Muitas vezes você vê isso, você chega numa casa e se depara com uma situação da criança pedindo o que comer e a mãe não sabe o que fazer e começa a chorar na sua frente. A gente se depara com situações constrangedoras. Uma casa de uma peça só, morando oito filhos, com o pai e a mãe, cozinhando no fogão de lenha, chão de barro, ele não ter nem o que comer dentro de casa. Se a pessoa não tem renda eu pego a pessoa e vou lá fazer cadastro do bolsa família, converso com o pessoal, ligo na secretaria, sem renda não ficam não, porque a gente dá um jeito, corre atrás.

Numa realidade tão diversa, que é necessária ser mudada para que haja melhora do nível de saúde, não é possível mais a ESF ser composta só por profissionais formados nos moldes biomédicos e com olhar voltado às doenças. Faz-se necessária a presença de outros profissionais especializados em educação, sociologia, entre outros nesse espaço. O campo da saúde englobando questões sociais, políticas e econômicas, requer cuidado de pessoas, espaços de acolhimento, escuta, diálogo entre os diversos atores implicados na promoção da saúde.

5.1.2 Capacitação da equipe para atuar na Estratégia Saúde da Família

Apesar da complexidade do trabalho que deve ser desenvolvido na ESF, grande parte de seus profissionais iniciam suas atividades sem um preparo específico. Recebem informações de como preencher as fichas e os relatórios, mas poucos conhecem a utilidade das informações colhidas e anotadas, provavelmente por não terem sido informados de sua utilidade e objetivos, bem como não observarem essas informações retornando para melhoria do serviço. Assim, a qualidade de suas atividades cotidianas fica na dependência do empenho de cada um e do bom senso, sem um respaldo maior.

Os profissionais de saúde demonstram em geral pouco conhecimento sobre as dinâmicas familiares e comunitárias no que diz respeito à convivência e ao enfrentamento das doenças e se mostram controladores, autoritários e capazes de mudar a população que considera ignorante. Vasconcelos ⁽⁵²⁾ relata a experiência que teve durante sua pesquisa de doutorado, quando após inúmeras orientações dadas à uma família sobre o preparo correto da mamadeira, ao visitar a família e necessitar realizar o preparo da mesma, não conseguiu realizar conforme as orientações dadas por eles mesmos.

DSC

Quando entrei no PSF eu não sabia o que fazer. Daí, quando passou de um ano, ano e meio aí fiz o introdutório, eu entrei em 2001 e quando foi 2002 pra 2003 eu fiz o introdutório. Aí que minha mente foi se abrir pra ver realmente qual era o trabalho. Mas olha, no início foi bem complicado.

DSC

Antes de eu começar a trabalhar, eu achava que a atividade do ACS não tinha importância. Mesmo quando comecei a trabalhar eu falava puxa vida, ir na casa de uma pessoa só pra saber se ela estava bem, e isso e aquilo outro, porque quando eu entrei pegaram um monte de papel assim e disseram, toma que o filho é teu.

Um estudo realizado em Natal, Rio Grande do Norte, intitulado “Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade”, mostra que além das capacitações não ocorrerem para todos os profissionais da ESF, deixando alguns excluídos, ainda são capacitações voltadas para aspectos eminentemente técnicos, não condizendo com a necessidade da equipe no seu trabalho cotidiano. Outro ponto levantado sobre a capacitação de pessoal é que esses processos educativos são pontuais e descontínuos e tradicionais ⁽⁹⁴⁾. Segundo Ceccim ⁽⁹⁵⁾ esse modelo de capacitação não possibilita a incorporação de novos conceitos e práticas.

As capacitações tradicionais, em geral, não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por serem descontextualizadas, não levarem em conta as concepções e as ações dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde e por serem organizadas com base na transmissão de conhecimentos ^(95: 165).

DSC

Nós tivemos muitas palestras já, mas, mas fala de uma realidade que existe e ao mesmo tempo não existe. Eles falam na palestra lá, que tem que fazer isso, aquilo, a saúde está assim, tá assado, mas a realidade quando o povo chega lá, não é bem a realidade.

O trabalho realizado na vertente mais individualizada e clínica traz benefícios, pois identifica as vulnerabilidades individuais, no entanto, sabe-se que estratégias assim têm impacto reduzido na melhoria de qualidade de vida da população. As atividades de capacitação são freqüentemente baseadas no modelo biomédico, no formato de transmissão de conhecimento. E essas capacitações não dão conta da realidade vivenciada pelos profissionais da ESF ⁽⁹⁶⁾.

Segundo Galavote et al ⁽⁹³⁾ o ACS necessita de:

[...] ferramentas que superem apenas o conhecimento pautado no modelo biomédico vinculado à doença, ou seja, deve ser detentor de habilidades que lhes permitam atuar no âmbito social de cada família e no campo das necessidades de saúde de cada usuário, sendo protagonista que contribua, efetivamente, para a produção de um modelo de atenção que ressignifique o trabalho em equipe ⁽⁹³⁾

A capacitação dos profissionais da ESF é um dos caminhos e um dos desafios para que se alcance maior qualidade no serviço. Além disso, faz-se necessário rever a questão salarial, formas de contrato que fortaleçam o vínculo empregatício, boas condições de trabalho e de infra-estrutura ⁽⁹⁷⁾.

DSC

Se tem algum curso de qualificação que é muito interessante, é proveitoso, a gente tem que ir com o próprio dinheiro da gente. Um caso que aconteceu agora, eu não tinha dinheiro pra ir no curso, tive que pegar dinheiro emprestado, fiquei sem almoço o dia inteiro, dia inteirinho sem almoço... voltei cinco da tarde. Quando eles fazem, eles só fazem longe daqui, porque aqui como o povo fala é o fim do mundo, até chegar lá na cidade outro fim de mundo e você está tirando dinheiro do seu próprio bolso pra uma coisa que vai ser proveitoso.... vai ser proveitoso pra mim, vai ficar no meu currículo eu sei, mas é pra própria saúde, pro nosso trabalho, de dia a dia. Você sair de casa cedo, muitas vezes sem café da manhã, e ficar o dia inteirinho longe de casa, sem ter como voltar, por que se você volta de ônibus até ir e voltar chega a atrasado... é pra acabá!

Apesar de o enfermeiro ser o instrutor-supervisor do ACS, ele não recebe um treinamento para desempenhar essa atividade, pois o introdutório da ESF ocorre até anos depois de iniciada a atuação na ESF, fazendo que o enfermeiro não tenha consciência da responsabilidade do seu trabalho junto ao ACS e de como pode ser essa atuação conjunta. Fica restrita a orientações sobre exames e medicamentos e cobrança de relatórios.

5.1.3 Programa de Hipertensão e Diabetes

No local de estudo as reuniões do HiperDia acontecem por microárea, mensalmente. Cada ACS convida os hipertensos e diabéticos cadastrados na sua microárea para a reunião mensal. As reuniões acontecem em locais da comunidade, tais como a igreja, o salão do Rotary Clube entre outros, o objetivo é tornar o local da reunião o mais próximo daquela microárea, facilitando assim o acesso de todos e conseqüentemente aumentando adesão ao programa.

A reunião acontecia assim, passo a passo: 1º o ACS passava de casa em casa alguns dias antes para lembrar o dia da reunião. No dia da reunião ele pegava na unidade de saúde os prontuários e ia para o local da reunião. Chegando lá limpava a sala, tirando o pó das cadeiras, depois colocava os prontuários em ordem de chegada dos pacientes, preenchia a ficha de presença e passava para todos assinarem. Assim, ficavam aguardando a chegada dos profissionais da enfermagem, que faziam a aferição da pressão e da glicemia e a palestra e depois o profissional médico chegava para realizar a consulta.

Assim, o programa do HiperDia que prevê ações de promoção, prevenção e recuperação, acabava sendo, muitas vezes, reducionista na sua prática, pois se reduzia apenas à consulta médica.

DSC

HiperDia, vamos dizer, é uma consulta especial pros hipertensos e diabéticos, porque lá você vai pegar seu remedinho, vai se consultar com o médico. Está doendo? Vamos falar pro médico: Olha, a perna ta doendo. Então é uma consulta especial. Foi preparado esse dia do hipertenso e do diabético, pra eles não terem de enfrentar fila, não ter que ficar no posto um tempão esperando, isso e aquilo outro.

A própria equipe percebia a dificuldade dessa prática em gerar mudanças. Assim, acreditavam que seriam necessárias ações de orientações para hipertensos e diabéticos sobre os hábitos mais difíceis de serem modificados. Isso não porque eles acreditassem que os hipertensos não sabiam ou esqueceram, mas por acreditarem que “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”.

DSC

Agora no HiperDia eu gostaria que tivesse uma palestra né? Comam assim, sem sal, sem gordura, essas coisas... que fosse de dois em dois meses.... mas sempre estivesse lembrando. Eu acho que eles não esquecem, mas, é difícil mudar velhos hábitos né? Eu mesmo tem hora que quero comer gordurinha. Se não tiver lá, eu não como, se tiver, eu como.

No entanto, apesar de sugerirem as palestras como uma alternativa para a aquisição de novos hábitos mais saudáveis, eles avaliam que algo precisa ser modificado nessa atividade, pois percebiam que as palestras surtiam pouco efeito e havia descontentamento com a ação realizada e com os resultados obtidos.

DSC

A gente tenta passar de tudo pra eles, o jeito de comer, não fumar, não comer gordura, tudo! Não temos recurso audiovisual, alguma coisa a gente tem, mas nem tudo... então assim, quando tem aquela palestra que a gente mostra, demonstra, faz com que a comunidade participe, tem um impacto maior. Esse negócio de falar, ah!! eles estão enjoados, você fala, fala e nada.... você vê a carinha deles assim... aí sai com aquela cara!!

Essa situação, falar o que é “certo” e não ver mudanças gerava uma culpabilização do outro, já que a parte de orientação a equipe fazia, mas como o objetivo era a mudança de hábitos a partir de uma prática regular de atividade física, mudança na alimentação e uso da medicação de forma correta pelos hipertensos e diabéticos e esta não ocorria, o problema então eram eles e deles.

DSC

Os hipertensos não têm jeito, a gente pelega pra conversar com eles, educa eles, nas coisas diárias deles, que é comer menos sal, essas coisas, mas não tem jeito, tem hipertenso muito rebelde. Acho os hipertensos o pessoal mais rebelde e os diabéticos o pessoal mais duro de você lutar com eles. Não segue a dieta certinha, a orientação que você faz, nenhum deles...Eles têm uma teimosia, falam que o aparelho está estragado, que não tem hipertensão. Já levei o médico na casa de um deles, a pressão estava alta, o médico passou remédio. Na hora concordam com tudo. O médico vira as costas eles dizem que não vão tomar. Diz que não vão participar de reunião que vai demorar um ano, que precisam cozinhar feijão.

Com tanta dificuldade de obter mudanças, havia uma alegria só em conseguir com que hipertensos e diabéticos participassem da reunião. Os ACS viam na presença deles nas reuniões um resultado de tanto esforço realizado, sendo o número de participantes um fator de gratificação ou frustração. E quando ocorria a frustração, mecanismos de punição eram utilizados para que o outro passasse a respeitar e valorizar o trabalho que a equipe fazia para ele.

DSC

Sabe, olha, sabe o que é uma gratificação muito grande, é chegar num lugar, assim, quando tem o HiperDia e tá todo mundo lá... aí fico naquela facerice toda, olha! Todo mundo veio hoje. Quando eu chego outra vez, que não foi todo mundo, sabe tem uns fujões... fico meio constrangida, meio decepcionada, entendeu. Aí vou atrás, vejo porque não foram, deixo eles de castigo, não levo a receita... eu mando vir no posto se virar com a enfermeira.

Um ponto interessante é o relato de que existe uma dificuldade não apenas em relação a adoção de hábitos considerados saudáveis, mas inclusive com o uso da medicação. Um estudo realizado por Sales ⁽⁹⁰⁾ sobre adoção de medidas de controle da hipertensão apresenta a adesão à medicação como a medida de maior adesão, com 77,8% dos pacientes fazendo uso contínuo. A hipótese do estudo é que essa é uma medida de menor exigência de mudança e por ser um ato médico contribuía para sua adesão. Nesta pesquisa foi encontrada resistência inclusive com a adesão à medicação.

DSC

Não seguem mais pela cultura deles, sabia... é a aceitação de você viver dependente de uma medicação. Eu tenho, por exemplo, um paciente que chegou e falou pra mim: eu sempre trabalhei, sempre tive uma vida saudável... agora vou viver dependente de medicação? Não. Eles têm resistência com a medicação e muitos tem aquela de que estão tomando medicação. É..., estou tomando remédio caseiro, tomando chá de folha de amora, chá de folha de figo, de caju! Já apareceu um monte de remédio milagroso aí né? Aí eles simplesmente deixam de tomar a medicação. Então eu acho que essa é a grande questão, eles tentam tomar remédio caseiro pra ver se não precisam ficar dependente do remédio, mas...

Essa constatação poderia ser utilizada para direcionar atividades com o grupo do HiperDia, pois existem inúmeros estudos sobre plantas e alimentos que poderiam ser usados para o controle da hipertensão arterial. Assim seria possível o diálogo entre o saber popular e o científico, tendo a medicação como ponto de partida.

A preocupação, principalmente dos ACS, de orientar a partir da realidade do outro já existia. Apesar de o discurso ser prescritivo e ancorado no modelo biomédico, havia o cuidado de não causar nenhum desconforto no outro por não ter condições financeiras,

físicas, intelectuais de seguir as orientações. Assim havia uma adequação do conhecimento passado à realidade do outro.

DSC

Você não vai chegar numa casa onde tem hipertenso e diabético e não tem condições, uma estrutura boa de moradia e alimentação, e falar olha: você tem de comer uma saladinha. Você tem de comer uma carne magra, tem de comer isso e aquilo outro. Não tem como, não tem... é muito complicado! Tem uma pessoa numa situação dessa eu digo você vai comer seu arrozinho, seu feijãozinho sem sal, se também é diabético você vai comer uma quantidade pequena. Um pouquinho de cada vez. A orientação que fizeram é não comer muito por causa da glicose, você come um pouquinho agora, um pouquinho mais tarde.

Algumas iniciativas diferenciadas já haviam sido implementadas, objetivando a prevenção de agravos, pela equipe, principalmente a partir da idéia e atuação dos ACS. Uma dessas ações, foi a criação de um grupo de caminhada visando a clientela do HiperDia.

DSC

Nós tínhamos um grupo de caminhada antes. Começava seis horas da manhã. Fazíamos toda a parte de alongamento, orientava o paciente, fazia a caminhada de meia hora, pois tinha paciente que não agüentava muito tempo, e ficávamos esperando o enfermeiro chegar para estar medindo a pressão. Aí com o tempo desandou... eles ficavam esperando o chazinho, bolachinha de água e sal e tudo isso era tirado do nosso bolso e chega um certo momento que você não consegue arcar com tudo. Aí teve uma complicação, que agravou a perda de nossos pacientes, que foi a demora do enfermeiro chegar, porque o que eles queriam era fazer a caminhada e medir a pressão. Aí o enfermeiro chegava sete meia, oito horas... porque ele dependia do carro da prefeitura e era bem complicado isso aí. Aí a gente foi perdendo um hoje, amanhã outro e acabou nosso grupinho de caminhada.

No estudo de Espínola e Costa ⁽⁹¹⁾ os ACS citam a necessidade de capacitações na área de relações humanas, antes de conhecimento na área de doenças. Eles apontam a necessidade de formação na área a de auxiliares de enfermagem, provavelmente para terem maior autonomia na resolução de doenças. Pois assim poderiam verificar pressão, fazer curativos, aplicar injeções sem necessitar encaminhar esses problemas para o serviço. Mostrando duas possibilidades, ou de já estarem contaminados pelo modelo biomédico ou de que o serviço tem sido pouco resolutivo mesmo atuando com maior ênfase no curativo.

DSC

Pessoas me rodeiam perguntando várias coisas do trabalho dentro do posto, fora do posto, questão de medicamentos, doenças... sempre doenças...

5.1.4 Por dentro da equipe da Estratégia Saúde da Família

Como eu digo pra gurias, a saúde está doente!
DSC

Apesar dos ACS relatarem bom relacionamento com os demais profissionais da equipe, mostrando que são aceitos, eles afirmam que há falta de integração entre os profissionais ⁽⁹¹⁾. E sem integração não é possível realizar trabalho em equipe, que é a proposta da ESF. T tamanha desintegração é possível perceber no estudo de Espínola e Costa ⁽⁹¹⁾, onde apenas 3,73% dos ACS declararam desempenhar alguma atividade relacionada com a odontologia.

Os dentistas não se sentem parte da equipe da ESF e também não são vistos como parte dela, nem por seus integrantes, nem pelas coordenações. Duas falas de dentistas clarificam essa situação:

Muitos cursos só são direcionados para outras profissões, deixando a odontologia à margem dos conhecimentos ^(94:15).

Para os dentistas não existem facilidades, porque nós somos sempre esquecidos e excluídos; e como se não fizéssemos parte da equipe da equipe ^(94:16).

Já a dificuldade dos profissionais da enfermagem, relacionada com a construção histórica dessa profissão, é a baixa estima profissional e relação desigual com os demais profissionais da equipe da ESF, bem como a falta de reconhecimento do seu trabalho pela população.

Segundo Meyer ⁽¹⁰¹⁾ no início o trabalho de enfermagem caracterizava-se por procedimentos muitos comuns com os de donas de casa, utilizando de métodos domésticos para o cuidado, como a higiene, a lavagem de roupas, limpeza do ambiente, preparo de chás e alimentos.

Na escola de enfermagem fundada por Florence Nightingale, precursora da enfermagem como profissão, os atributos de aspecto moral e de conduta, tais como o altruísmo, pureza, humildade, valiam mais que o conhecimento. Nessa época ocorreu a primeira divisão na enfermagem, as *ladies-nurses*, que atuavam no ensino e na supervisão

do pessoal, compostas por mulheres de classe social elevada e as *nurses*, de classe social inferior, que cuidavam direto do paciente ⁽¹⁰²⁾ e que criam dificuldades dentro da própria equipe de enfermagem.

Como dizem Gastaldo e Meyer ^(102:11) que apesar da Florence ter conquistado um espaço profissional para ela e para outras mulheres, algo audacioso na época, “não conseguiu romper com o espaço permitido para as mulheres: o do doméstico, reforçando a enfermagem como extensão do lar”.

O caráter manual atribuído ao cuidado direto do paciente contribui para sua desvalorização, visto que as atividades práticas são percebidas como de inferioridade em relação ao trabalho intelectual. Os diferentes graus de formação da equipe de enfermagem, dos quais a sociedade, de um modo geral não percebe a diferença no atendimento dos vários profissionais ⁽¹⁰³⁾.

Em um estudo realizado por acadêmicos de enfermagem da UFG sobre a representação que a comunidade tem da enfermagem foi observado que a representação mais freqüente é a de “auxiliar de médico”, com falas assim: “o enfermeiro é um tipo de auxiliar de médico”, seguido da representação de que o enfermeiro “trabalha com doença”, localizando-o em instituições hospitalares, cuidando de doentes ⁽¹⁰⁴⁾. Essa hierarquização de profissionais de seu conhecimento dificulta o trabalho em equipe.

DSC

Repassar para a pessoa, até aonde a gente sabe, porque a gente não é dono de toda a sabedoria. Porque tem suas escalas, os auxiliares, o enfermeiro, e médico. Mas até onde compete a nós o que a população precisa a gente informa.

Isso contribui para uma auto-estima profissional baixa, baixo grau de satisfação profissional, trazendo sentimentos de impotência e pessimismo diante dos rumos da profissão.

Apesar da profissão de enfermagem ter evoluído, bem como seu ensino, a imagem da enfermeira ainda é permeada pelos conceitos e estereótipos associados a auxiliar de médico, dedicação exclusiva à profissão, figura de fadas, feiticeiras e até erotismo e sensualidade ⁽¹⁰³⁾.

Um fato que corrobora para essa afirmação aconteceu durante a formação em enfermagem, quando após aulas teóricas onde a professora destacou várias vezes a enfermagem como profissão em pé de igualdade com as demais profissões da saúde, de importância igual à medicina, o paciente como o centro do cuidado, na prática, já no primeiro dia de estágio, no meio de um banho de leito executado por nós, apareceu um médico com sua equipe de residentes para passar visita na paciente, qual foi nossa surpresa ao ouvir da professora: - Pára o banho que o doutor quer passar visita! Cadê o paciente como prioridade? Deixar ela molhada, com frio... pois era urgência do médico?!! Quem de nós acreditou que a enfermagem tinha espaço e reconhecimento como profissão?

A formação universitária não tem contribuído muito para a mudança na postura e, conseqüentemente, na imagem da enfermeira. Provavelmente pela formação ser realizada por enfermeiras em sua maioria, enfermeiras essas já “contaminadas” por essa imagem e postura da enfermagem que, apesar de ser rejeitada, é a praticada.

Outro problema, segundo Germano ⁽¹⁰⁵⁾ é que enquanto os problemas de saúde encontram-se centrados no âmbito da saúde pública, os currículos da área da saúde têm concentrado uma densa carga horária nas disciplinas altamente especializadas no campo da medicina curativa, o que leva ao despreparo do profissional para atuação.

Landmann ⁽³⁷⁾ descreve um estudo realizado em hospitais públicos e particulares dos Estados Unidos, mostrando que persiste entre os profissionais da saúde a dominação médica e que a enfermagem, como outras profissões da área continuam, reverenciando o doutor e se subordinando a seus ditames.

A relação com o profissional médico vem de longa data. Com o início das escolas de enfermagem só os médicos eram credenciados para dar aulas e atribuir as funções da enfermeira. E assim ganhou status de profissão e passou a ser utilizada em hospitais, atuando de forma institucionalizada e específica ^(106,107).

As características marcantes de gênero em uma profissão quase que exclusivamente feminina contribuíram com essa imagem de obediência e submissão. Fazia parte da formação advertir as enfermeiras que não era necessário dominar o conhecimento médico, mas realizar tarefas domésticas de rotina, sem julgamento crítico ou iniciativa. Com isso eram garantidas a subordinação e a dependência de seu trabalho ao médico, o que interferiu na evolução da profissão, visto que suas precursoras preocupavam-se em enaltecer os valores referentes à beleza dessa atividade e às perspectivas de vida dedicada ao próximo ^(103:75).

Segundo Ojeda et al ⁽¹⁰⁸⁾ a enfermagem encontra-se entre os dez cursos com maiores percentuais de matrículas do sexo feminino, onde de 92.134 matriculados, 84,7% são mulheres.

Alguns discursos relatados no artigo de Ojeda et al ⁽¹⁰⁸⁾ (2008) evidenciam saberes profissionais que se mesclam com questões de gênero que acaba hierarquizando profissões:

[...] A gente espera do homem um cargo mais alto, como médico. Percebo que as pessoas respeitam muito mais o enfermeiro (homem), tanto os médicos como técnicos. [...] se vê isso com o médico nos andares e no setor cirúrgico, eles preferem lidar com instrumentadora mulher, enfermeira porque eles podem exercer seu poder; quando entra um instrumentador homem ele tem comportamento bem diferente, muda o tom e o jeito de falar [...] eu fui com a enfermeira visitar os pacientes nos quartos, ela falava com eles e, principalmente as mulheres, respondiam olhando para mim, não para enfermeira, elas achavam que eu era o médico [...]

Mas o interessante é que quando ocorre uma inversão de gênero, ou seja, uma médica e um enfermeiro, a valorização da cientificidade dos campos é que ganha evidência ⁽¹⁰⁸⁾.

Há uma queixa freqüente dos demais profissionais de saúde não-médicos sobre como a comunidade só valoriza o atendimento médico, e sendo assim contribui para que a prática tradicional no modelo biomédico permaneça.

Vasconcelos ⁽⁵⁶⁾ acredita que a população está sufocada em seus problemas de saúde e sendo o serviço insuficiente para atendê-lo, tem as práticas educativas e comunitárias, com valor ainda não reconhecido. Acredito que não é só isso, mas também o fato de eles não conhecerem nada melhor ou que mesmo se iguale no atendimento de suas necessidades de saúde. Enfim, se acredita que a parte curativa, de consulta médica seja apenas uma pequena parte de ações necessárias para o alcance e melhoria da saúde, no entanto, poucos conhecem as outras ações tão transformadoras e inovadoras. Onde elas estão? Por que ninguém as exige como exigem a consulta médica?

O rompimento com o paradigma mecanicista poderá permitir ao enfermeiro o exercício de sua profissão com maior autonomia, responsabilidade e autoridade necessárias ao processo do cuidado.

Segundo uma pesquisa de Jesus et al ⁽¹⁰⁹⁾ os profissionais enfermeiros apontam para o não reconhecimento do valor das práticas educativas no contexto da equipe. Uma fala me chamou a atenção, segundo um enfermeiro um técnico de enfermagem lhe disse ao estar fazendo atividades educativas: “Que hora que você vai acabar com essa conversa fiada”, mostrando assim que as atividades educativas não eram valorizadas nem pela equipe. Mas cabe aqui uma pergunta, será que não “era conversa fiada” mesmo?

No trabalho realizado com a equipe 17 muitas vezes foi possível ouvir da boca dos ACS, em tom irônico, frases como: “Será que vão falar hoje sobre comer carne grelhada? Bastante salada?” Referindo-se a presença de palestrantes nas reuniões do HiperDia. Aí eles completavam, “quando eles tem mandioca e arroz, já estão felizes da vida”, referindo à população de sua área e que teria seus representantes na reunião do HiperDia. Alguém precisava dizer: Pare com essa conversa fiada!

Na questão relacional no interior da equipe, constata-se a dificuldade do profissional médico em construir consensos na busca de soluções de problemas, pois isso relativiza o sentido de sua autonomia profissional. O médico não está disposto a abrir mão de sua hegemonia dentro da equipe ⁽¹¹⁰⁾.

Outro ponto de conflito está relacionado à questões corporativas, pois os médicos que atuam no âmbito especializado e hospitalar, apresentam postura pouco colaboradora com os trabalhos da ESF, pois parecem ver na ESF uma ameaça ⁽¹¹⁰⁾.

A inserção desse profissional na ESF representa um divisor de águas em suas carreiras, pois o conhecimento biológico tecnicista, ancorado nas alterações morfofuncionais, não é suficiente para dar conta do trabalho junto à comunidade e se percebe num espaço onde a hegemonia médica é sempre questionada ⁽¹¹⁰⁾. Esse espaço de incertezas dificulta a relação do médico com a equipe, até como uma maneira de autopreservação.

Resolver problemas é próprio da atuação médica, e ao se encontrar em uma realidade tão complexa, não tarda a descoberta de que dos problemas a serem enfrentados extrapolam sua capacidade de resolução, pois em muitos casos a clínica e a epidemiologia se mostram impotentes para propor soluções ⁽¹¹⁰⁾.

Aliado a isso, existem problemas relacionados com a oferta de médicos insuficientes para atender os serviços, a questões trabalhistas, com flexibilização e precarização do trabalho e do vínculo, gerando a necessidade de um número excessivo de plantões, que acabam por sobrecarregar o profissional e trazendo grande desgaste pessoal e profissional.

A prática de pagamento de produtividade baseada exclusivamente em números de consultas médicas e assim centrada no modelo curativista, deve ceder a outra lógica, favorecendo uma prática diferenciada pelo profissional médico.

Ser coordenador da unidade é um cargo que não aumenta renda, no entanto geralmente há sobreposição de funções, com aumento de trabalho. Comumente o enfermeiro é o profissional que assume a coordenação da unidade, continuando a exercer seu papel como enfermeiro da equipe, somado ao trabalho de gerência. Além da sobreposição de funções, a feminização da Enfermagem faz com que seja profissão de mulher e tenha as características de ocupações onde predomina mulher: menor remuneração, condição inferior, condição de trabalho deficiente e escassas chances de promoção ⁽¹¹¹⁾, trazendo prejuízos ao trabalho do enfermeiro, tanto pelo excesso de trabalho, o que dificulta o bom desempenho profissional, quanto pela desvalorização profissional, que afeta seu poder gerencial.

5.1.5 Dificuldades diárias para execução do trabalho na Estratégia Saúde da Família

*“Quem tem realmente interesse na saúde humana?
Pessoas sadias seriam uma catástrofe.
Ramos inteiros da indústria iriam à falência.
A começar pela indústria farmacêutica”.*

Urs Waibel, Würenlos

Apesar de um dos princípios do SUS ser a regionalização, objetivando adequar o serviço de acordo com a realidade local, na prática existe um excesso de normatividade que dificulta novas iniciativas, sob pena do município não receber financiamento para equipe da ESF, por exemplo. Dessa forma além de abortar novas propostas e iniciativas, engessa a própria ESF diante de tanta diversidade presente no nosso país ⁽⁷⁵⁾. A própria tendência do serviço à burocratização das atividades e controle sanitários dificulta o fortalecimento dos vínculos essenciais para os objetivos da ESF ⁽⁹²⁾.

O trabalho do ACS permite um amplo conhecimento da realidade local que enriquece e fortalece o vínculo com a sua microárea, no entanto a falta de poder para solucionar os problemas gera sofrimento a esses trabalhadores ⁽⁹³⁾ e medo até, já que presencia a violência. A fala de uma ACS deixa evidente esse problema: *“A comunidade é carente; eu me sinto segura com eles. Mas tem o lado da violência e do tráfico de drogas. Eu vejo as coisas e finjo que não vi, porque senão eles podem fazer algo contra mim ou contra a minha família”* ⁽⁹³⁾. O agente está exposto a situações de risco sem suporte adequado e nem ferramentas de enfrentamento.

Segundo Galavote, Prado, Maciel & Lima ⁽⁹³⁾ o trabalho do ACS acontece num espaço de indeterminações e incertezas, onde não há definição de competências, habilidades e saberes. Ele atua na linha de frente sem estar capacitado para atender às inúmeras demandas.

O papel de mediador do ACS é reconhecido na literatura e nos documentos oficiais, no entanto existem dificuldades de se entender o que deve ser mediado e o que é mediado. O ACS é visto como facilitador do acesso da população ao serviço, como a possibilidade de cumprir metas e realizar controle sanitário ⁽⁹²⁾.

Além dessas questões, outras dificuldades são encontradas na relação unidade de saúde e comunidade, tendo como elo de ligação o ACS. Alguns pontos são extremamente críticos, pois levam o ACS ao descrédito com a comunidade, dificultando seu trabalho. Essa questão de elo entre serviço e comunidade é tão complexa nessa realidade, que apenas 7,46% dos ACS disseram trabalhar como elo da comunidade com o serviço ⁽⁹¹⁾.

DSC

A gente fala: Ô fulano, vai lá, tem médico, segunda você vai cedinho e consulta. Aí chega lá no posto tão com a cara deeeeste tamanho: não tem médico não! É difícil. E tudo que acontece lá na recepção reflete em cima da gente, o agente de saúde. Eles falam eu não vou mais lá na porcaria daquele posto, porque eu fui maltratada. Você falou pra mim que eu podia ia lá nesse dia e se eu fosse cedinho eu ia ser consultada... principalmente pessoas idosas. Acho que falta, assim, uma pessoa brincalhona, a gente precisa de gente alegre, contente, dentro da unidade.

Isso acontece também em relação às campanhas que são realizadas pelo serviço de saúde. A campanha de Câncer de Colo de Útero, por exemplo, a unidade precisa alcançar

uma meta de coleta de preventivos, assim há todo um movimento da equipe e do serviço para alcançar a meta. No entanto, são os ACS os responsáveis pelo trabalho de convencimento da população alvo para ir realizar o exame, e assim passam dias e dias buscando convencer as mulheres alvo da sua microárea para irem até à unidade saúde. Assim eles informam dia e horário de coleta de preventivo objetivando que elas cheguem ao serviço e já sejam atendidas, evitando assim o risco de não retornarem para fazer o exame.

Mas não são poucas às vezes que as mulheres chegam ao serviço e o responsável pela coleta está em reunião na secretaria de saúde, ou acabaram os impressos, os tubetes, entre outros eventos que impedem a realização da coleta. Isso causa um tremendo desgaste ao ACS, tanto em relação à sua imagem com a sua comunidade, quanto na frustração com o serviço de saúde.

DSC

Eu não vou mais lá na dona fulana falar pra ela vir fazer o preventivo, sei que ela vai dizer: Pra que que eu vou lá, pra perder a viagem? O pior que demorei mais de três meses para convencer ela ir coletar o exame. Tudo perdido! Se alguém soubesse como dá trabalho convencer as pessoas de ir ao posto, não mudariam as datas e horários por qualquer coisa. Isso prejudica muito nosso trabalho.

Segundo um estudo realizado por Espínola e Costa ⁽⁹¹⁾ os ACSs relatam que a falta de credibilidade, a grande quantidade de tarefas, a falta de condições financeiras da população para colocar em prática suas orientações, a dificuldade de se articular com outros serviços e as dificuldades para a realização de exames, consultas, deixando aqueles que ele acompanha sem o atendimento necessário, são causas de insatisfação no serviço.

Neste mesmo estudo Espínola e Costa ⁽⁹¹⁾ mostram que apesar de 83, 5% dos ACSs estarem satisfeitos com a profissão, principalmente pela identificação com as ações que executam, destacam a necessidade de reconhecimento e valorização do seu trabalho pela Instituição, com melhores condições de trabalho e remuneração. As causas de insatisfação estão relacionadas com a dificuldade que os demais profissionais da equipe colocam para melhor andamento no agendamento de consultas e exames entre outros.

DSC

Quando comecei a trabalhar, ganhei a bicicleta, mas passou uma carreta por mim, eu pulei, não sou boba, e foi pra secretaria de saúde. Agora uso do meu irmão. Não me deram outra. Comprei uma nova, mas roubaram, antes de pagar a primeira prestação.

DSC

Um paciente fez consulta e o médico pediu doppler de caróticas e o exame chegou autorizado um ano e três meses depois e o paciente havia morrido há sete meses.

DSC

Uma pessoa infectada com essa doença, vai se infectar de novo e assim, consecutivamente se você fez o tratamento e seu marido não fez. Mas não posso falar pra mulher se não existe (na rede só tem o tratamento para a mulher) o tratamento. É triste né?

Vários estudos ^(98,99) demonstram que os ACS identificam como sua principal atribuição desenvolver atividades de educação em saúde, mas apontam para algumas dificuldades que estes encontram no exercício das suas funções.

Outra atividade do agente é o trabalho de apoio às equipes, auxiliando na recepção de paciente, busca de prontuários; telefonia e organização e controle de almoxarifado. Apesar de a visita domiciliar ser a principal atividade dos agentes comunitários, a pesquisa revela que não é realizada com total efetividade, uma vez que parte do seu tempo é dedicada a atividades administrativas o que descaracteriza sua função. Além disso, o horário destinado para as visitas não está adequado à realidade local ^(99:347).

O trabalho de suporte que o agente vem prestando às equipes de saúde sinaliza que, além de ser sobrecarregado com tarefas de sua atribuição, passa a ser um 'tapa-buraco' da carência de outros profissionais nos serviços de saúde ⁽³³⁾, sobre isso um ACS externou o que se segue:

Diz que chamaram o agente lá em Tamandaí (cidade do litoral de RS) de bombril: mil e uma utilidades ^(99:354).

Um estudo buscando conhecer o processo de trabalho do ACS, desenvolvido em uma unidade de saúde no interior da Bahia, identificou que atividades como estimular a organização comunitária, promover reunião de grupos e desenvolver ações intersetoriais são pouco ou não realizadas, e que dentre as dificuldades do trabalho do ACS podem ser citadas a interrupção na linha do cuidado, acesso restritivo, demanda excessiva, ausência de acolhimento, infra-estrutura da unidade inadequada, pouco espaço de escuta, ruído nas relações entre os profissionais da equipe e desta com os usuários, organização do cuidado centrada no saber biomédico com ênfase na consulta médica, de enfermagem e procedimentos ⁽¹⁰⁰⁾.

O próprio sistema de controle não permite a viabilização dos pressupostos da ESF. Por exemplo, o ACS tem 150 famílias para visitar no mês. Contando 20 dias úteis mensais, ele teria de realizar 7,5 visitas-dia. Se ele for escutar o outro, acolher, promover saúde, ele não executará nenhuma outra atividade. Não tem como participar de grupos, de reuniões com equipe, pois tudo prejudicará o alcance da sua meta. Ela só é possível alcançar, pois como o modelo é medicocentrado, a saúde ausência de doença, e o ACS já sabe que fulano não tem nenhuma doença, ou não teve naquele mês (pois eles ficam sabendo de tudo), assim, passam dizem bom dia, perguntam se está tudo bem e colhem a assinatura.

Ocorre uma utilização extensiva de tecnologia centrada nas normas, nos protocolos, nas relações hierarquizadas, verticalizadas, de comando e no saber estruturado, dificultando a utilização de tecnologia cuidadora, por estar mais aprisionada pela lógica instrumental do trabalho morto ⁽⁷⁰⁾. Assim, a dinâmica do serviço, atuação de 24 horas e relatórios e fichas diárias e mensais, dificultam qualquer outra iniciativa.

Segundo Silva e Dalmaso ⁽⁹⁶⁾ algumas estratégias poderiam colaborar com o trabalho do ACS, tais como o desenvolvimento de planos integrados para a área social comprometidos com a equidade, uso de parte da carga horária do agente com atividades coletivas e comunitárias e atividades de supervisão e discussão dos trabalhos.

Outra dificuldade é a visão que os trabalhadores da ESF têm sobre ações do serviço e de como são divididas. Para eles as ações de prevenção e curativas são divididas dentro do serviço. Os ACS fazem prevenção, a equipe que fica na unidade de saúde faz ações curativas.

DSC

Mas tem gente que qualquer coisinha: posto de saúde! Aí falo pra meninas, não, vamos procurar resolver aqui. O posto de saúde é pra curar, não pra prevenir. Vamos prevenir aqui.

O vínculo construído com a sua clientela pelo ACS, que resulta em benefícios, pode ser também uma dificuldade, pois estes o procuram nas suas horas de descanso. Ser ACS na sua comunidade significa ser ACS 24 horas. É difícil para eles e para a comunidade separarem horário de trabalho, ACS do morador da comunidade.

DSC

Posso não estar no horário de serviço, mas quando vejo eles eu falo... até minhas amigas fica brava! Eu tava com duas gestantes que tava fora, eu tava lá em frente da minha escola, já sete e meia (a gente sempre chega atrasado) aí a gestante passou. Eu perguntei você não foi na sua consulta porque? - Ah, não deu! - Falei olha...Aí minha amiga me cutucou, horário de agente de saúde acabou. Você fica trabalhando dia e noite, sem sábado, sem domingo. Eles vão em casa, isso é normal, às vezes à noite.. Isso aí a gente nem estranha mais. Se você está de férias eles perguntam que que foi que você não está trabalhando mais? - To de férias! – Ah...! Ta bom! Se tem algum problema, alguém passou mal, eles correm na tua casa. Isso é normal. Eles querem falar comigo, não interessa o horário.

5.2 O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO

*"O que vale na vida não é o ponto de partida e
sim a caminhada, Caminhando e
semeando, no fim terás o que colher"*

Cora Coralina

5.2.1 O desenrolar do processo de ensino-aprendizagem

Após a entrevista individual (primeira etapa) com todos os membros da equipe da ESF selecionada, foi realizada uma reunião geral, convocada pela coordenadora da ESF 17, para que a pesquisadora apresentasse o projeto de ensino-aprendizagem em relação a sua frequência ao serviço, a reuniões com a equipe, visitas domiciliares com os ACS, participação nas atividades de grupo realizadas pela equipe entre outras informações.

A partir dessa reunião a pesquisadora passou a acompanhar todas as atividades diárias da equipe 17, a frequentar as reuniões dos grupos de hipertensão, de gestantes e de pesagem das crianças e acompanhar os ACS em suas visitas domiciliares objetivando conhecer a realidade local e a ação educativa dos ACS.

Durante a semana foi reservado um período (quarta-feira à tarde) para reuniões da equipe com a pesquisadora para discussão sobre EPS, sobre as atividades realizadas, planejamento de atividades já realizadas e de novas atividades.

Foram utilizados textos para leitura dos participantes em suas casas, apresentado vídeos relacionados ao tema de EPS para conhecimento dos princípios teóricos importantes dessa teoria.

Com o desenrolar da pesquisa e confiança conquistada os espaços informais para discussão ganharam lugar expressivo. Muitas discussões passaram a ocorrer após o término das reuniões dos grupos realizados pela equipe, quando eles já avaliavam suas ações e planejavam alterações e também a próxima atividade.

À pesquisadora coube mais o papel de desencadeadora do processo a partir do oferecimento de material teórico e depois como apoiadora, cabendo-lhe a função de questionar: Por quê? Para quê? O que vocês desejam alcançar com essa atividade? Como foi hoje? Contribuiu com sugestões e ações apenas quando solicitada pela equipe. Ações e palavras de valorização e de incentivo também foram utilizadas pela pesquisadora.

Qualquer ação educativa do serviço de saúde, independentemente do programa a que pertence, envolve aspectos relacionados com a organização social, direitos e cidadania, dinâmica familiar. A EPS, tendo como premissa que ela deve se pautar pelas necessidades identificadas pelo grupo, inevitavelmente ultrapassou os limites do HiperDia para envolver ações na saúde da mulher, ações sociais, econômicas.

Aqui serão descritas as atividades que foram desenvolvidas durante a pesquisa-ação pela equipe da ESF 17 e outras que ocorreram após o término da pesquisa-ação, mas que estão diretamente ligadas ao processo de transformação iniciado.

O projeto da Professora Cibele tem sido muito importante para todos nós da equipe 17. Esta experiência tem nos ajudado a redescobrir o sentido da promoção da saúde, onde passamos a nos entendermos, juntamente com os usuários do serviço de saúde, protagonistas deste processo. Acredito que a qualidade do nosso trabalho, enquanto estratégia de saúde da família, já melhorou muito, e tende a melhorar ainda mais. Principalmente porque a equipe é maravilhosa, e está sempre aberta a inovações⁽¹¹²⁾.

5.2.2 Atividades modificadas durante o processo de ensino-aprendizagem

5.2.2.1 Reuniões do Programa de Hipertensão e Diabetes – HiperDia

As primeiras alterações ocorreram nas reuniões semanais do HiperDia. Ao ser iniciada a pesquisa-ação essa atividade ocorria da seguinte maneira:

A enfermeira elaborava o cronograma mensal das reuniões, definindo datas e local. Cada semana ocorriam duas reuniões do HiperDia, sendo cada dia de uma microárea. Ao todo a equipe possui seis microáreas na sua área de abrangência, todas acompanhadas por um ACS.

Os ACS, após o cronograma, convidavam os participantes do grupo para estarem presentes. No dia da reunião o ACS responsável pela microárea passava na unidade da ESF pegava os prontuários e se dirigia ao local da reunião. Chegando lá limpava o local, separava todos os prontuários de acordo com a ordem de chegada para atendimento médico e colhia as assinaturas dos participantes. Os participantes chegavam e se assentavam aguardando a chegada do pessoal da enfermagem para verificação da pressão e depois do médico, para a consulta.

Faz-se necessário destacar a postura dos participantes durante a espera da equipe da enfermagem e médica. Eles sentavam e aguardavam em silêncio por horas às vezes.

Quando a equipe aguardada chegava, faziam uma palestra rápida, enquanto se verificava a pressão e o médico consultava e os pacientes atendidos eram liberados e iam para suas casas. Os ACS tinham dificuldade em garantir a assiduidade dos moradores de suas microáreas, pois eles diziam que precisavam “cozinhar feijão”, que “demora demais” e mesmo avisando um dia antes, muitos diziam que haviam se esquecido da reunião.

Após alguns encontros conversando sobre EPS, algumas modificações começaram a ser introduzidas.

A primeira delas foi a participação de todos os ACS em todas as reuniões, auxiliando o colega na execução de suas atribuições e interagindo com moradores de outras microáreas e não somente com os da sua. Essa alteração facilitou discussões, observações e aliviou a sobrecarga de trabalho que o ACS tinha para o preparo do local, separação de prontuários etc. Logo começaram a fazer algum aperitivo para ser degustado durante a reunião, assim as reuniões começaram a ficar mais movimentadas.

Com o passar do tempo avaliaram que havia a necessidade de que algumas ações fossem feitas para aproveitar o tempo de espera do restante da equipe. A pesquisadora incentivou a pensarem em algo que pudesse ser diferente das palestras comumente realizadas e que permitisse maior interação entre os participantes para que pudesse haver troca entre os semelhantes.

Iniciaram-se atividades dinâmicas onde os temas eram variados e promovendo a participação de todos. Algumas atividades permitiam a quem quisesse contar a história da sua vida ter essa oportunidade, de declamar poesia entre outras. Com o tempo a equipe passou a comentar sempre que alguém tinha uma postura mais autoritária com o outro, usando o recurso “de que o certo é assim”, dizendo em situação descontraída: fulano hoje você quase escorregou! Todos riam e comentavam a situação. As relações de poder dentro da equipe foram diluídas e assim todos passaram a se sentir a vontade para identificar as “falhas” nas ações programadas, mesmo que a falha fosse da coordenadora.

Passou-se a cantar parabéns para os aniversariantes e estes recebiam parabéns de todos do grupo, os ACS faziam bolo e sorteavam lembranças (utilizando recursos próprios e destinados para atividades da ESF, via conselho gestor, no valor de 150 reais mensais), com o tempo, objetivando promover a participação de todos, começaram a angariar com os colegas de reunião dos aniversariantes ingredientes para a festinha.

O processo foi composto de várias idas e vindas. Em uma das atividades realizadas, havia uma caixinha com várias perguntas que circulava entre os participantes, ao parar a música, quem estivesse com a caixinha pegava um dos papéis. Um dessas perguntas era: como você cuida e controle sua pressão. O participante contou o que fazia e logo foi interpelado por um dos componentes da equipe: - não pode ser assim! O interessante foi como após essa afirmação, percebeu que aquela fala não estava mais de acordo com o que acreditava e tentou “consertar”. Ao final da reunião, todos do grupo discutiam e riam da situação, alertando para o fato de como já estamos mecanizados em algumas falas e situações.

Na síntese realizada na entrevista coletiva tem o seguinte trecho em relação ao grupo participante do HiperDia:

Quanto aos pacientes, foi observada uma grande diferença durante as reuniões do hiperdia, muitos reclamavam antes, depois da interação das ACS, os pacientes melhoraram a auto-estima. Os pacientes precisavam de atenção e esta atenção foi dada de modo mais amplo. Porém, segundo o médico da equipe, pouca diferença foi sentida no consultório. Isto porque os pacientes que freqüentam as consultas são sempre os mesmos e já têm o hábito da reclamação (crônicos).

Os pacientes se sentiram mais motivados a estarem presente nas reuniões do HiperDia porque se sentiram importantes, diferenciados ao a equipe se preocupar com eles. Agora, eles sabem a hora, o dia e fazem questão de estar presentes. As pessoas se sentiram mais à vontade para se expressar, perguntar nas reuniões. Os pacientes buscam coisas diferentes, estavam cansados do modelo tradicional de palestras. Há sete anos os pacientes ouviam as mesmas recomendações. Uma sobrecarga de impedimentos ao paciente. Com a Educação Popular em Saúde, novas idéias fluem e os pacientes se tornaram mais seletivos quanto ao que é apresentado a eles e começaram a solicitar que as iniciativas novas perdurem.

Nas reuniões sob o novo modelo o paciente consegue se sentir importante e os profissionais também. Melhorou o humor do paciente e dos profissionais. Os pacientes têm mais vontade de se arrumar para estarem presentes às reuniões. A ausência às reuniões era freqüente e a pressa para que a reunião terminasse não mais existe. Os pacientes já cobram a ocorrência das atividades do HiperDia.

Dois episódios serão relatados pois são emblemáticos desse processo. Após essas iniciativas cinco das seis reuniões mensais (seis microareas) passaram a funcionar assim, uma vez que sem a adesão de um ACS a reunião do HiperDia de sua microárea continuou a acontecer da maneira anterior. Após algumas reuniões o médico perguntou porquê as atividades não eram realizadas na reunião daquela microarea. Ao ser informado do motivo, ele disse: *“Vocês precisam fazer naquela reunião também. Eu percebi que as consultas demoram mais quando vocês não fazem as atividades, eles têm mil coisas para reclamar, dói em todo canto, nas outras eles sentam pegam a receita e pronto. Quase não se tem mais queixas”*.

A partir daí os demais ACS começaram a atuar em todas as reuniões de todas as microareas.

O outro episódio ocorreu durante um atendimento hospitalar de um dos ACS. Após sentir-se mal e com muita dor, um dos ACS se dirigiu ao hospital para atendimento e ao chegar na recepção ficou um tempo aguardando os funcionários lhe darem atenção, pois estavam conversando entre eles. Após o atendimento, em conversa com seus acompanhantes àquele serviço disse: *Como é ruim ser ignorado*. E foi completado pela

seguinte fala: *será que é isso que as pessoas sentem quando chegam pro HiperDia e a gente está conversando entre nós?*

Como a reunião do HiperDia estava marcada para oito horas, apesar das pessoas chegarem bem antes do horário, as atividades e atenção a eles só eram iniciadas no horário marcada. Isso não aconteceu mais, na próxima reunião os ACS se sentaram na roda dos participantes e conversaram com todos, mesmo antes e depois do horário.

5.2.2.2 Reunião das Gestantes

As atividades no grupo das gestantes seguiam o modelo das reuniões do HiperDia, com algumas diferenças, pois para esse grupo os ACS obtinham roupas e outros acessórios para recém-nascidos já usadas para sortear nas reuniões e colaborar com as futuras mães no enxoval.

Com o decorrer do trabalho de EPS foi sendo aberto espaço para que as mães se tornassem mais ativas nas reuniões, dividindo com as primíparas sua experiência de gestações anteriores, e estas seus sentimentos e inseguranças. Com esse espaço de troca houve aumento do número de gestantes e de frequência das mesmas. Muitas delas, mesmo após o término da gestação, continuaram a freqüentar o grupo com seus bebês.

Elaborou-se um instrumento para pesquisar com as participantes o assunto de maior interesse delas que desejavam conversar nas reuniões. Foi escolhido pela maioria o “Ser mãe, esposa, amiga.... como conciliar tudo isso?”

A partir desse resultado, o grupo passou a pensar em uma maneira de atender demandas que o serviço não estava preparado. Ninguém no grupo sentia-se capacitado para dirigir uma discussão de um tema tão abrangente e complexo. Assim iniciaram-se projetos de parceria com o Centro Universitário da Grande Dourados, a UNIGRAN.

O destaque aqui é que no diálogo com coordenadores e professores de cursos na área de saúde, percebeu-se o grande interesse destes em contribuir. Um dos professores tinha vários projetos com os acadêmicos de temas de grande interesse para a comunidade, mas que só haviam sido apresentados em sala de aula, sem uma oportunidade de aplicar em um campo de estágio.

Logo um grupo de acadêmicos de psicologia iniciou seus trabalhos junto à equipe 17, inclusive atendendo a solicitação de tema das gestantes. Eles iniciaram a atividade no formato de palestra, acadêmicos em pé e o grupo sentado ouvindo. Em pouco tempo um dos ACS desejando um formato diferente, ofereceu cadeira a todos os acadêmicos presentes e a roda foi construída e assim a reunião fluiu de maneira muito rica. Ao sentarem na roda, a postura foi modificada, e o grupo passou a participar de forma ativa.



FIGURA 6 – Fotografia da reunião das gestantes coordenada pela equipe de acadêmicos de psicologia na ESF 17, 2008.

Autor: ACS Sueli Nascimento

Essa foto foi tirada enquanto a ACS colocava as cadeiras, depois ela passa pertinho delas e solicita que se sentem.



FIGURA 7 – Fotografia de um casal participante do grupo de gestantes, mesmo após o nascimento do bebê. ESF 17, 2008.

Autor: ACS Sueli do Nascimento Pereira

5.2.3 Atividades iniciadas durante o processo de ensino-aprendizagem

5.2.3.1 Curso de Artesanato com Jornal

A idéia de trabalhar com artesanato era uma constante. A equipe entendia que na comunidade havia muitas pessoas que faziam trabalhos bonitos, que poderiam estar ensinando e também divulgando seus trabalhos. O objetivo era colaborar na construção de uma rede solidária. A análise é que a área de abrangência da equipe 17 não oferecia muitas oportunidades de lazer, de renda, dificultando aos seus moradores o acesso a bens.

Inúmeras idéias foram concebidas e analisadas, mas se tornava inviável quando se calculava o custo. Foi então que surgiu a idéia do artesanato com o jornal, uma das ACS sabia fazer e era a opção mais barata de todas as possibilidades pensadas. Assim, foram abertas as inscrições e a comunidade convidada a participar. O curso acontecia uma vez por

semana, no período vespertino. O grupo que participou era heterogêneo, de crianças à pessoas da terceira idade, que conviveram harmoniosamente.

Ao final do curso, a equipe realizou entrega de certificado, elaborado e confeccionado por seus membros, os certificados registrados num livro de ata aberto para as atividades desse formato que a equipe 17 desejava passar a desenvolver.



FIGURA 8 – Fotografia de parte do artesanato produzido pela primeira turma do Curso de Artesanato com Jornal da ESF 17, 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 9 – Fotografia de um certificado de conclusão do Curso de Artesanato com Jornal, ESF 17, 2008.
Autor: Cibele de Moura Sales

O certificado de conclusão foi produzido pela equipe e assinado pela enfermeira Joana. Foi criado um livro ata e de registro para documentar todas as iniciativas da equipe 17.



FIGURA 10 – Fotografia de Dona Maurina toda sorridente e orgulhosa de sua cesta rosa já vendida. ESF 17, 2008.
Autor: Cibele de Moura Sales

Dona Maurina, ao ser questionada sobre como foi o curso e se havia gostado, ela disse: *"Eu nunca tinha feito nenhum artesanato, no começo foi muito difícil, mas eu me virei, foi um desafio. Gostei demais de fazer as cestas, elas são lindas!"*



FIGURA 11 – Fotografia de outra participante do Curso de Artesanato com Jornal, Maria Luzinete e a ACS Valdete. ESF 17, 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales

Maria Luzinete é esposa de um dos ACS da equipe 17. Ela disse *"Gostei de fazer as cestinhas. Dá trabalho, mas compensa. No começo deu vontade de desistir. Eu deixava as crianças sozinhas em casa para estar aqui. Não foi fácil, mas é bom ver como as cestinhas ficam bonitas!"*



FIGURA 12 – Fotografia de parte do grupo que concluiu o Curso de Artesanato com Jornal e alguns componentes da equipe da ESF 17, 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 13 - Fotografia de uma participante do Curso de Artesanato com Jornal junto com a instrutora, ESF 17, 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales

Maria Cristina iniciou o curso já na metade. Veio depois que a mãe fez propaganda. *"Já faz parte da renda de casa, já vendemos vários"* A filhinha pediu até um certificado para ela, afinal tem ajudado a mamãe e já sabe fazer muito bem os canudinhos. Claro que ganhou!

5.2.3.2 Reciclagem de Vidros

Em um dos encontros da equipe, um dos participantes comentou sobre a instalação de uma empresa de reciclagem de vidros na região e lançou a questão: “*Será que não conseguiríamos fazer parceria? Poderia ser uma maneira de obtermos renda*”.

Várias possibilidades foram pensadas, no entanto, após várias conversas entre o grupo e algumas com o empresário, decidiu-se por colocar na unidade de saúde um contêiner para coleta de vidros. O objetivo era permitir aos participantes das atividades participarem mais ativamente. Como muitas das atividades realizadas necessitam de investimento monetário, pensou-se na coleta de vidros para ajudar arcar com os custos, e também para que a comunidade ao começar a levar os vidros, saberia que estaria contribuindo para a continuidade do curso e das atividades com lanches, presentes e com novas iniciativas.

O empresário se disponibilizou para realizar atividades educativas nos grupos, contando sobre a história do vidro, a importância da reciclagem e meio ambiente. A idéia foi acolhida e este participou de alguns grupos. Segundo a avaliação da equipe, foi muito interessante a discussão por ele realizada.

No início o grupo ficou um pouco apreensivo, pois apenas acadêmicos traziam vidros. Após cinco meses do início da coleta de vidros para reciclagem foi possível observar a participação de algumas pessoas na comunidade. A notícia foi entendida como vitória por eles.

Emocionou a todos da equipe, quando no último HIPERDIA, várias pessoas chegaram para a reunião trazendo sua sacolinha com vidros para reciclar. Foi muito importante para nós, perceber a resposta da comunidade ao projeto de reciclagem. A Sueli chegou a mim toda entusiasmada tentando lembrar do ditado: “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”. Foi muito legal! ⁽¹¹¹⁾.

5.2.3.3 Campanha do Agasalho

Uma das iniciativas da equipe foi a campanha do agasalho. Dourados é uma cidade que costuma ter inverno rigoroso e com a aproximação do inverno alguns ACS iniciaram a

mobilização da equipe para arrecadar agasalho para pessoas sem condição de garantir um inverno aquecido.

Algumas parcerias foram construídas por eles, entre elas uma rádio e a paróquia do bairro, sendo a rádio responsável por uma vinheta de divulgação da campanha e a paróquia um posto de coleta dos agasalhos. Muitas foram as doações e a equipe separou as roupas e as distribuiu para aqueles que necessitavam.



FIGURA 14 – Fotografia de parte da equipe da ESF 17 separando na sala da coordenadora os agasalhos obtidos na campanha, 2008.

Autor: Sueli do Nascimento Pereira.

5.2.3.4 Criação do Blog

A criação do blog fez parte de um momento interessante da equipe. Havia uma valorização por parte deles do trabalho que estavam realizando e uma necessidade de divulgar suas conquistas e avanços. Esse trecho da entrevista coletiva explica bem o sentimento da equipe na época da criação do blog.

Com relação ao grupo, a auto-estima do grupo melhorou, as iniciativas e potenciais de cada um foram valorizadas. O trabalho ressaltou a importância de cada um no grupo.

A possibilidade de trabalhar com Educação Popular resgatou os princípios pelos quais a ESF foi criada e para a equipe cada um pode se sentir importante, mostrando seu potencial, criatividade.

Foram pensadas várias maneiras de divulgar o trabalho da equipe 17 e em uma dessas conversas informais comentou-se sobre a internet, a pesquisadora disse que sabia fazer um blog. A partir daí iniciou-se a construção do blog. A equipe possuía várias fotos arquivadas, que foram escaneadas pela pesquisadora e postadas no blog.

A dificuldade encontrada era os eventos fossem cobertos em tempo real, mas as fotos eram tiradas em máquinas fotográficas de filme, isso fazia com que se demorasse a postagem, pois era necessário terminar o filme de 36 poses e depois revelar, escanear e só então postar.

Um dia a pesquisadora recebeu a notícia que um integrante da equipe havia comprado máquina fotográfica para tirar as fotos para o blog. Isso facilitou muito o trabalho. Mas como o acesso à internet na região da ESF era complicado, pois não havia fornecimento desse serviço banda larga para região, dificultando o envio de arquivos grandes como o de fotos. Assim a pesquisadora se encarregava de postar no blog. Qual não foi a surpresa da pesquisadora ao acessar o blog e ver postagens realizadas por integrante da equipe. A novidade era que agora com a internet via rádio, a equipe passara a ter autonomia na divulgação dos seus trabalhos.

O blog foi criado no fim do mês de abril de 2008, mas o contador de visitas só foi adicionado dois meses depois. Assim, em quatro meses o blog contou com mais de 5500 visualizações. O site é: <http://edupopsaude.blogspot.com>



FIGURA 15 – Fotografia da equipe da ESF 17 após a entrevista coletiva que marcava o encerramento da pesquisa-ação, 2008.

Autor: Recepcionista da ESF 17, Cleonice.

5.3 POSSIBILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS MOLDES DA EDUCAÇÃO POPULAR NA VISÃO DA EQUIPE 17

Esse trabalho de educação popular foi ótimo, pois agora temos o que conversar nas casas com as pessoas, tinha casas que eu tinha vergonha de pedir a assinatura, pois não faço nada lá, estão sempre todos bem, agora não, a gente conversa sobre os grupos, sobre oficinas, sobre nossa comunidade.

O grupo se tornou mais unido, os ACS passaram a conhecer os pacientes uns dos outros. A comunidade foi valorizada. Deixou-se de fazer atividades em “forma de bolo”.

Essas citações estão contidas na síntese da entrevista coletiva realizada ao final da pesquisa-ação com objetivo de conhecer na visão da equipe da ESF 17 as possibilidades e limites de trabalhar com a Educação Popular em Saúde na ESF. A entrevista coletiva contou com a participação de todos os integrantes da equipe da ESF, teve duração de uma hora e meia e contou com a participação como relatora da professora Msc Pollyanna Kassia de Oliveira Borges. Ao final da entrevista a síntese foi lida para o grupo que a validou. A síntese na íntegra, tal como foi produzida encontra-se nos apêndices (Apêndice D).

O texto abaixo é parte da síntese produzida na entrevista coletiva, tal como foi escrita e validada, contou apenas com a separação das possibilidades e dos limites que no texto original se encontram conjuntamente.

5.3.1 Possibilidades

O trabalho foi facilitado nesta equipe porque a equipe é unida, entrosada, cada um respeita a personalidade e as diferentes opiniões de cada um do grupo. E usam as diferentes opiniões em prol de melhorar a qualidade de vida do paciente. A equipe tem liberdade de tratar uns com os outros. Não há uma estrela mais importante que outra. Todos brilham na equipe. Não há discriminação: do médico às faxineiras, todos se mostram disponíveis a participar e a trocar informações uns com os outros, e as atividades de educação popular em saúde tornaram o grupo mais maduro, o amor uns para com os outros foi realçado.

A possibilidade de trabalhar com educação popular em saúde resgatou os princípios pelos quais a ESF foi criada e para a equipe cada um pode se sentir importante, mostrando seu potencial, criatividade.

Depois das iniciativas de educação popular em saúde, cada um assumiu sua própria responsabilidade. Este trabalho fez o grupo lembrar que cada um tem uma responsabilidade direta com o paciente.

Com novas idéias de se fazer educação, os profissionais da equipe vislumbraram a possibilidade de trabalhar de modo diferenciado e voltar a ter prazer na rotina do seu trabalho.

Como na unidade funciona outra equipe de saúde da família, eles poderão ser influenciados pelas novas idéias da equipe que participou do estudo, na medida em que a população que não foi beneficiada pelo estudo, passará a cobrar atividades criativas e preocupadas com o paciente.

A criatividade das ACS foi estimulada, na medida em que o responsável pela equipe dá abertura para novas iniciativas. Isto pode envolver outras áreas além da saúde: social (Recolta de agasalhos, aquisição de alimentos para ofertar aos pacientes do HiperDia).

Cada um do grupo tem suas próprias características: uns são reservados, outros mais abertos. E, com a maior interação uns com os outros, a equipe aprendeu a lidar com as diferenças uns dos outros e com os limites de cada um.

O lema do grupo agora é: “Progredir e não regredir!” A equipe acredita que nunca mais o grupo será o mesmo e que não há possibilidade de suas ações voltarem a ser as mesmas de antes do trabalho com educação popular em saúde.

Para que as atividades perdurem, os ACS ressaltam a importância da avaliação em grupo de forma rotineira dos serviços ofertados. Além do que, a possibilidade de apresentar (divulgar) para outras equipes, em eventos científicos, o trabalho que vem sendo realizado nesta equipe, incentiva a mesma a continuar as atividades. Fará a equipe se sentir melhor... Importante!

5.3.2 Dificuldades

O grupo sentiu no início que as atividades de educação popular de saúde seriam mais um trabalho que sobrecarregaria a equipe. No entanto, à medida que as atividades foram acontecendo, a primeira impressão foi desfeita e a educação popular em saúde passou a contribuir para as atividades. Outra grande dificuldade inicial foi a resistência do outro (o paciente) quanto à nova dinâmica das atividades.

Apesar de conhecermos os potenciais de cada um do grupo da ESF, a rotina do trabalho e a necessidade de cumprir as metas, faz com que não tenhamos, rotineiramente, tempo para que cada um possa apresentar seus potenciais. O trabalho do PSF pode “engessar” os profissionais.

Às vezes, a SEMS não se preocupa diretamente com os pacientes e com a equipe. Interessam-se mais com as metas com os indicadores, que com o trabalho da equipe e as pessoas. Os serviços de educação popular em saúde melhorariam muito os serviços de saúde, caso não houvesse tanta cobrança quanto aos resultados. Existe uma sobrecarga de trabalho para o coordenador da equipe e este tem que cobrar do restante da equipe. O grupo se sente desvalorizado porque há pouco apoio da SEMS para continuar as atividades no novo modelo.

Para o profissional ACS é muito complicado porque, além de todas as outras responsabilidades, é preciso pensar em novas iniciativas de como lidar com o paciente.

O trabalho com no modelo de educação popular em saúde à princípio é mais difícil, porque o profissional precisa estar disponível para aceitar as novas idéias e planejar novas ações. Mas, é mais prazeroso. Faz com que as atividades deixem de ser rotineiras e os resultados alcançados são melhores que no modelo tradicional. Assim, num prazo maior, a própria comunidade passa a se educar. Um paciente toma a iniciativa de ensinar aos outros.

A rotina do dia-a-dia faz com tenhamos encontrado dificuldades para estar presente sempre nas reuniões e participemos juntos nas atividades. Vez ou outra ocorre atrasos para as reuniões do grupo. Infelizmente nem todos da equipe se comprometeu com o novo trabalho. Mas, de um modo geral, foi bom para todos do grupo. Vimos que todos são importantes e, que, se um quebra o elo, o grupo fica prejudicado. Como um do grupo não participou, acredita-se que suas atividades nas reuniões do HiperDia foram prejudicadas na medida em que ele não pode entender a dinâmica do novo trabalho. Por outro lado, os recursos financeiros para mudar as atividades nas reuniões do HiperDia são poucos, mas, as ACS se movimentaram com a comunidade para conseguir os recursos.

Acredita-se que a ausência de recursos financeiros será o grande empecilho para que as atividades sob o modelo de educação popular em saúde sejam duradouras. Mas, novas idéias já estão surgindo no grupo para que esta dificuldade seja minimizada. Por exemplo, o estabelecimento de parcerias com os comerciantes da comunidade. O grupo reconhece que nem todos os comerciantes participarão, no entanto, sabe-se que as pequenas iniciativas farão em longo prazo com que a comunidade se interaja com as atividades em prol da melhora da qualidade de vida da população.

5.4 ATIVIDADES REALIZADAS APÓS O TÉRMINO DA PESQUISA-AÇÃO

Com a realização da entrevista coletiva houve o encerramento oficial da pesquisa-ação. As atividades modificadas e iniciadas durante a pesquisa-ação se mantiveram, mas além destas novas atividades foram planejadas e realizadas, entre elas um projeto com adolescentes e uma feira de saúde.

5.4.1 Atividades com Adolescentes

DSC

O problema daqui é educação infantil, que nós não temos área de lazer. O maior problema nosso está sendo nosso pessoal jovem e é uma fase assim que as mães estão deixando livre e é uma fase que não poderia estar livre, que é onde está começando a aprender, ter curiosidade e nosso bairro é pequeno. Já teve caso de criança drogada com 13, 14, 15 anos... teve caso de 3 pessoas da mesma família. Nós não temos nenhum local pra brincar. Nós estamos fechados aqui praticamente.

Neste cenário se evidencia a importância das ações de educação em saúde como estratégia para a transformação desta realidade. Com base nesta compreensão o princípio da integralidade passa ser o eixo norteador das ações de educação em saúde. A educação em saúde como processo político pedagógico busca o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que procura desvelar a realidade e a partir deste conhecimento pensar e viabilizar ações transformadoras.

Com a capacidade de desvelar essa realidade e entender que o serviço de saúde tem responsabilidade essas crianças e adolescentes, sendo preciso promover saúde nesse contexto é que a ACS Sueli do Nascimento Pereira elaborou um questionário e aplicou na sua população alvo, adolescentes de 10 a 17 anos. O questionário completo está reproduzido abaixo:

Pesquisa de opinião com adolescentes de 10 a 17 anos

Qual seu nome completo?

Sua idade?

Quem mora com você?

Qual o nome do seu pai?

Qual o nome da sua mãe?

Tem irmão?

Quantos?

Seus pais vivem juntos?

Você frequenta alguma igreja?

Você estuda? Qual série?

Você acha que é importante estudar? Por quê?

Tem dificuldade de relacionar com seus pais?

Você tem dificuldade escolar?

O que você faz para você se divertir?

Qual o esporte que você mais gosta?

Gostaria de aprender mais sobre este esporte?

Gosta de música?

Que tipo de música você prefere?

Se você fosse escolher um instrumento musical, qual você gostaria de tocar?

Gosta de dançar?
Gostaria de ter aula de dança? Que tipo?
Você se preocupa com a violência? Por quê?

Que profissão você pensa em exercer no futuro?
Qual a pessoa que você mais admira? Por quê?
Você tenta imitar esta pessoa?
Gostaria que sua vida fosse diferente? Em que sentido?

As questões elaboradas contemplam aspectos sociais, familiares, psicológicos, educacionais e até mesmo os sonhos e desejos desses adolescentes, possibilitando um profundo conhecimento sobre como e quem é esse adolescente assistido pela ESF. Esse questionário permite avaliar a compreensão que esta ACS tem sobre saúde, sobre trabalhar com o outro, sobre ser ACS e de como a Educação Popular está presente no seu olhar e prática.

Após a aplicação do questionário avaliaram que uma estratégia para alcançar esses adolescentes seria a criação de um grupo de dança. O grupo de dança proporcionaria lazer para esses adolescentes, uma deficiência naquela comunidade, e aproveitar a aproximação com esse público para discutir questões relacionadas à saúde, ao futuro, à profissão e outras mais que surgirem. A filha de uma das ACS se comprometeu em ensaiar o grupo de adolescentes. Alguém da comunidade e sem vínculo formal com o serviço sendo incluída no processo e atuando pelo bem comum.

A primeira reunião desse grupo aconteceu dia 16 de outubro de 2008, cinco meses após o encerramento da pesquisa-ação. O projeto com adolescentes foi batizado de “Sementes do Amanhã”. O profissional da equipe de enfermagem, Elcio Vermieiro Gonçalves, postou no blog o seguinte relato:

Iniciamos um trabalho com jovens adolescentes. A primeira reunião, realizada hoje, contou com a presença de nove adolescentes. Nosso atrativo é a dança e nosso objetivo é proporcionar maior vínculo dos adolescentes com a unidade de saúde, o que nos proporcionará trabalhar educação em saúde nesta faixa etária. Até aqui não tínhamos nenhum trabalho voltado a este grupo, mas estamos bastante motivados em levar o projeto em frente. Estamos abertos a sugestões e experiências que possam nos ajudar ⁽¹¹²⁾



FIGURA 16 – Fotografia de um dos ensaios de dança do grupo de adolescentes “Sementes do Amanhã” no quiosque da ESF 17, 2008.

Autor: Elcio Vermieiro Gonçalves

Após quase dois meses do início das suas atividades, o grupo “Sementes do Amanhã” realizou sua primeira apresentação pública em um ginásio da Escola Estadual Clori Benedetti, localizada nas proximidades da ESF, um evento idealizado e realizado pela equipes de saúde de duas ESF, a 17 e a 27.



FIGURA 17 – Fotografia do grupo “Sementes do Amanhã” em sua primeira apresentação. I Feira da Saúde da Vila São Braz, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Elcio Vermieiro Gonçalves

5.4.2 I Feira da Saúde da Vila São Braz

A Promoção da Saúde como norteadora, a partir de 1970, das políticas públicas, aplica um novo olhar ao contexto da saúde. Esta deve ser empreendida de modo articulado com os diversos setores da sociedade, com órgãos governamentais e não-governamentais, objetivando melhora das condições de vida da população. A população precisa ser capaz de atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, inclusive do controle deste processo e segundo a Carta de Ottawa promover saúde é colaborar para o desenvolvimento desta competência

Todos os recursos disponíveis nos aparelhos sociais e governamentais da comunidade são parte integrante dos instrumentos que os profissionais da equipe da ESF dispõem para benefício e cuidado da sua população adscrita. Esses recursos devem ser a rede de apoio para a atuação e trabalho da ESF. A construção de parcerias com setores como a educação, a promoção social, esporte e lazer deve ser foco de interesse quando se busca a Promoção da Saúde e o bem estar da população.

O desafio é a construção de conhecimento a partir do contexto e possibilitar ao educando a junção da aprendizagem com sua experiência cultural e social para caminhar para a aquisição da liberdade. Mas para iniciar esse processo político pedagógico é necessária a capacidade de indignação perante as injustiças ⁽⁵⁹⁾ e sonhar com a transformação desta realidade.

Uma observação realizada pela equipe de saúde é que havia uma produção muito grande de artesanato, de confecções na comunidade, mas que não havia oportunidade de exposição para divulgação e venda desses produtos e nem a interlocução entre estes. Objetivando oportunizar a construção de uma rede solidária que promovesse a circulação de produtos, com incremento da renda, aumento tanto do acesso a bens, quanto à informação, proporcionada pela nova rede de contatos e pela possibilidade de acesso a outras instâncias proporcionadas pelas novas relações e posições, a equipe 17 se juntou a equipe 27 para idealizar e realizar a I Feira da Saúde da Vila São Braz.

Os ACS em suas visitas começaram a realizar cadastro de todos aqueles que produziam algum trabalho para a formação de um banco de dados. A feira seria um primeiro evento para divulgação dos trabalhos e para promoção do encontro entre os pares. Após a feira a ESF disponibilizaria o espaço do quiosque para a realização exposição e comercialização dos trabalhos em dia fixo semanalmente. Essa estratégia visa possibilitar a formação da rede e de um grupo organizado. O encontro semanal proporciona aos pares a troca de saberes e o objetivo é que possam construir caminhos para atuação comunitária e buscar soluções conjuntas para suas dificuldades, além de valorizar a produção da região.

Outro objetivo da feira era a divulgação e comemoração dos trabalhos realizados pela equipe nos moldes da Educação Popular em Saúde durante o ano de 2008. O slogan da feira era: Comunidade e profissionais de saúde: aprendendo a caminhar juntos.

Alguns avanços merecem destaque, entre eles o envolvimento da equipe 27 no processo. A pesquisa-ação foi realizada apenas com a equipe 17. Duas equipes de saúde da família dividiam a mesma estrutura física, mas não conseguiam trabalhar juntas, havendo presença de disputa entre eles. No decorrer da pesquisa-ação várias propostas de trabalhos integrados surgiram, mas foram barrados. Com a ocorrência de muitas atividades diferenciadas na ESF, integrantes da equipe 27 começaram a se aproximar pela curiosidade e alguns, individualmente, se propuseram a participar de algumas atividades e assim as barreiras foram caindo, culminando no convite à equipe 27 para participar da idealização e realização da feira. O motivo segundo eles para a busca dessa integração com a outra equipe era de não deixar de fora parte da comunidade daquela região que era assistida pela 27.

Na primeira reunião foi elaborado um roteiro para colher sugestões de toda a equipe promotora do evento para ser discutida na próxima reunião, na semana seguinte. O objetivo do roteiro era garantir uma discussão mais direcionada, já pautada em propostas, já que o tempo da reunião seria curto. Os encaminhamentos dados na segunda reunião se encontram em anexo (Anexo B), onde elementos como a intersectorialidade e a integralidade estão presentes.

A feira aconteceu no dia 04 de dezembro de 2008 na Escola Estadual Clori Benedetti, que apoiou o trabalho da equipe de saúde na pessoa de seu diretor. Essa aproximação do serviço de saúde com a escola é muito importante para a promoção da saúde. Na sala de aula ocorreu a exposição de filmes, na quadra ficou a cama elástica para divertir a

criançada, que para participar precisava trazer um reciclável (visando trabalhar questões de controle da dengue e cuidado com o ambiente) e no ginásio a exposição dos artesanatos, pinturas, confecções e apresentações. Abaixo algumas fotos do evento.



FIGURA 18 – Fotografia de parte dos componentes da equipe da ESF 17 e 27, juntamente com as adolescentes integrantes do projeto “Sementes do Amanhã”, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 19 – Artesanato em exposição na I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 20 – Confeção em exposição na I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 21 – Artesanato em exposição na I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 22 – Quadro de pintura em exposição na I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 23 – Fotografia da fila para a cama elástica. I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 24 – Fotografia da dona Maurina com seu artesanato, este aprendido no Curso de Artesanato com Jornal da ESF 17. I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 25 – Fotografia da enfermeira Joana Marretto vestida de mosquito da dengue. I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 26 – Fotografia da pesquisadora Cibele de Moura Sales e seu filho João Pedro na I Feira da Saúde da Vila São Braz realizada pelas equipes da ESF 17 e 27, 04 de dezembro de 2008.

Autor: Joana Marretto

A realização da feira demonstra a preocupação das equipes de saúde com as necessidades de saúde da comunidade e com questões socioeconômicas, extrapolando o conceito de saúde como ausência de doença apenas, não apenas no discurso, mas na sua práxis. A visão de saúde resultante de questões culturais, sociais, econômicas, educacionais está direcionando as ações dos profissionais de saúde, integrando na prática diária ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, com base nos princípios da integralidade, intersetorialidade, regionalização das ações, reorientando o modelo de assistência à saúde da ESF de acordo com os princípios do SUS e da Portaria n^o 648 ⁽³⁰⁾, conseguindo avançar na mudança da essência da ESF, que segundo Franco e Merhy ⁽⁷⁵⁾ era o que faltava à ESF, pois havia ocorrido mudança apenas da estrutura, mas não da prática.

6. CONCLUSÃO

A realização das ações de Promoção da Saúde nos moldes da EPS vai ao encontro das necessidades de grande parte dos trabalhadores de saúde da ESF. A dinâmica do trabalho da ESF em sua realidade diária fica muito atrelada à demanda espontânea e ações curativistas (clínicas) medicocentradas, sem um planejamento sistemático das ações. Esta situação faz com que os trabalhadores de saúde cumpram tarefas, muitas vezes sem o conhecimento dos objetivos e utilidade destas e estejam sempre “apagando fogo” sem ter uma estratégia planejada para o enfrentamento dos problemas de saúde. Falta um conhecimento das macropolíticas sanitárias do município para que as equipes possam gerenciar o alcance desta no seu território. A dificuldade de mensurar e entender o trabalho desenvolvido pela equipe resulta em desestímulo e frustração profissional.

Dessa forma uma proposta de trabalho, como a da EPS, que proporciona ao trabalhador de saúde ser agente do processo, traz grande estímulo. A mudança entre a demanda de serviço diário ditar as ações e a de o trabalhador planejar suas ações e executar de acordo com objetivos bem claros e definidos, altera sensivelmente o empenho e satisfação com o próprio desempenho profissional e da equipe. Há uma mudança de estado, deixar de ser controlado pelo serviço, para tê-lo sob controle. A busca dos porquês das atividades desenvolvidas, a proposta de transformação social, a criação de espaços para diálogo franco e aberto, o equilíbrio das relações de poder, a valorização e respeito ao conhecimento de todos os trabalhadores de forma equânime, permite ao trabalhador direcionar o serviço e não ser apenas direcionado por ele. A possibilidade de ser ator e não mais figurante atrai os trabalhadores.

A impotência frente à pobreza, opressão, violência vivenciada diariamente pelos trabalhadores da ESF, faz com que reconheçam a insuficiência dos esforços por eles engendrados para atender as necessidades de saúde da população assistida pelo serviço de saúde. Assim, mesmo os trabalhadores que não discutiram teoricamente a complexidade da saúde, compreendem a limitação de suas ações, principalmente educativas, em contraste com realidade tão adversa à saúde. Muitos passam a adequar as orientações de acordo com a realidade do paciente, buscando não aumentar os problemas. Como dizer para um diabético que ele não pode comer arroz com mandioca, se é só o que ele tem para comer. Assim, dizem para o paciente tentar comer quantidades menores que as habituais. A

desconexão com a realidade apresentada por alguns trabalhadores de saúde que orientam à comunidade o consumo de carne grelhada é motivo de piada certa.

A EPS com seu princípio de partir da realidade, de entender a vida na ótica do outro, de possibilitar a construção de uma consciência crítica, de autonomia e cidadania, com intuito de promover mudanças profundas na realidade, permitindo a extrapolação de ações de controle da doença, para ações que visam mudanças socioeconômicas e culturais, resultando em um nível de saúde melhor, encontra solo fértil no coração desses trabalhadores. Há um desejo de libertação do outro e deles daquela dura realidade. O fato de que muitos dos trabalhadores se encontram intimamente ligados a essa dura realidade, por pertencerem à mesma, e que buscam encontrar alternativas para resolver suas próprias dificuldades, é somada.

O formato do processo de ensino-aprendizagem nos moldes da EPS garante sua adequação à dinâmica do serviço e dos participantes, pois permite que as atividades do serviço continuem acontecendo de forma costumeira, sem grandes alterações, já que o ensino e o aprendizado vão acontecendo de acordo com a realidade que vai se desvelando, viabilizando assim a adesão dos trabalhadores.

O baixo custo para a execução de ações de EPS por não necessitar recursos tecnológicos, materiais de consumo e permanentes de alto custo, de instalação específica, pois o próprio serviço é o espaço adequado, a torna viável. Como a Secretaria de Saúde valoriza ações no campo da doença, bem como boa parte da população e profissionais de saúde, se a EPS necessitasse de investimento financeiro para seu início, sua execução seria inviabilizada.

O processo de ensino-aprendizagem nos moldes da EPS é facilitado pela presença de um mediador externo ao serviço. A rotina do serviço, acúmulo de funções de alguns profissionais, questões de relacionamento com a Administração e pressões por ela exercidas inviabilizam o avanço inicial do processo de transformação da realidade.

A valorização, pelo usuário do serviço, das mudanças observadas nas atividades, demonstra uma melhor adequação destas às suas necessidades, fortalecendo assim o processo de mudança. A equipe constatou que as dificuldades para obter participação nas reuniões do HiperDia diminuíram, refletindo mudança nos usuários do serviço também, além das verbalizações de apreço pelo trabalho desenvolvido, com conseqüente aumento da

auto-estima profissional, principalmente do ACS. A reunião do HiperDia, que antes era valorizada apenas pela consulta médica e aferição da pressão arterial, passa a ter outros intervenientes e assim, outros atores valorizados. Esse dado comprova que a população só valoriza a ação curativa por falta de conhecimento de outras possibilidades de ação em saúde.

No entanto, apesar do investimento financeiro ser pequeno, o investimento pessoal é muito grande, dificultando o encontro de candidatos a essa tarefa. O mediador desse processo precisa ter a utopia, o sonho da transformação da realidade correndo nas veias, com capacidade de se alegrar e se alimentar das pequenas mudanças e assim continuar lutando pela grande transformação. O processo é lento, exigindo, nas palavras de Paulo Freire, viver pacientemente a impaciência⁽⁵⁴⁾. Um profundo estudo e intimidade com a teoria da Educação Popular é primordial, para que não se perca de vista os objetivos em meio a uma dinâmica tão complexa e mutável, e para manter a coerência entre discurso e prática.

A crença, pelos profissionais de saúde, que eles detêm “todo” o conhecimento correto sobre saúde, dificulta a verdadeira valorização do conhecimento do outro. Assim, apesar de ocorrer mudança na postura de ouvir o outro, essa escuta muitas vezes acaba sendo utilizada para se pensar em uma melhor maneira de fazer prevalecer o conhecimento biomédico (de saber onde o outro está errando e assim, orientar melhor o paciente) e não a construção conjunta de saberes.

Assim os pacientes são estimulados a relatarem suas práticas de controle da hipertensão arterial, e ao contarem do uso de vários chás e ervas, os profissionais de saúde finalizam com a orientação de que podem continuar os chás, mas não devem deixar de tomar o medicamento da pressão. Assim, continuam no seu campo de conhecimento, as drogas industrializadas, e não avançam para o desconhecido e para o desafio, que para equipe de saúde, os chás e ervas representam. Assim de um lado ficam os profissionais de saúde convictos de que só o medicamento controla a pressão e do outro, o usuário com a experiência com ervas e chás e sua convicção de que é o chá que controla sua pressão, não avançando para um caminho comum. No entanto, existem riscos na associação de chás e ervas com medicamentos pela interação entre eles, podendo potencializar ou diminuir a ação do medicamento e até toxicidade. Com essa escuta e orientação não há valorização do conhecimento do outro, não há controle adequado da pressão arterial, não são construídos novos saberes, além de oferecer riscos.

A insegurança e a incerteza que é gerada no profissional de saúde com o deslocamento do campo da doença, sua área de domínio, para o campo da saúde, com sua amplitude, necessitando de várias áreas de conhecimento para compreender a realidade e intervir nela, provocada pelo processo de ensino-aprendizagem de EPS, faz com que o profissional de saúde recue inúmeras vezes para sua zona de segurança, o campo da doença, oferecendo resistências iniciais e apresentando retrocessos durante o processo.

As diferenças e disputas existentes entre as classes profissionais, com componentes históricos e sociais, dificultam o trabalho de equipe e o compartilhamento de conhecimento e de ações conjuntas. Além disso, existem as diferenças salariais e de status social, que aumentam as dificuldades de integração. A presença de hierarquia profissional e de saberes dificulta a valorização do conhecimento do outro como um saber que não é melhor e nem pior, apenas diferente, e que me é desconhecido. E é essa a postura necessária para realizar o trabalho nos moldes da EPS com a comunidade, mas que tem como requisito essa prática entre os pares, podendo se tornar o calcanhar de Aquiles do trabalho, pela necessidade de coerência desta prática.

Há necessidade de se desenvolver estratégias que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade, entre os distintos saberes, formais e não-formais, desde o processo de formação. O trabalho de EPS possibilita que o trabalho em equipe seja aprimorado, pois com a valorização do conhecimento do outro, com a não hierarquização de saberes, é possível uma maior unidade no trabalho da equipe de saúde.

Apesar do objetivo da regionalização, princípio doutrinário do SUS, ser a oferta de serviços de acordo com a necessidade de saúde da região sob responsabilidade do serviço de saúde, ao qual a proposta de EPS harmoniza, existem inúmeros programas verticalizados e mecanismos de controle, que demandam tempo e esforços, mesmo não sendo prioritários para aquela área, dificultando iniciativas locais.

O número predeterminado de visitas mensais a serem realizadas pelos ACS, o número de relatórios a serem preenchidos pelo coordenador da ESF, além de outros programas governamentais, como a Bolsa Escola, que se vale do serviço da ESF para controle do benefício, criam algumas amarras no serviço que dificultam iniciativas diferenciadas, pois o tempo gasto em outras atividades, pode resultar em não alcance do número de visitas mensais, por exemplo. Dessa forma, as atividades que não geram cobranças, acabam ficando sem atenção, pois se as realizarem não recebem reconhecimento da Administração,

mas se o relatório não tiver as 150 assinaturas das visitas, estes são questionados e cobrados. A EPS trabalha com a realidade e exige iniciativas criativas e inovadoras, que demandam tempo, tanto para elaboração como execução, encontrando no engessamento da rotina da ESF um grande desafio.

No entanto, apesar da mudança ser difícil, ela é possível, com a execução de um processo de ensino-aprendizagem de EPS sistematizado com a equipe da ESF, com dedicação e estudo, as dificuldades podem ser vencidas e serem obtidos resultados significativos e duradouros, colaborando para a reorientação do modelo de atenção à saúde, proporcionando à ESF avanço no alcance dos objetivos propostos pelo SUS para ela. Isso ocorre principalmente pelo fato de a EPS apontar caminhos para a mudança de uma realidade, que boa parte da equipe deseja mudar, mas não possuem instrumentos para sua tomada e que a EPS fornece.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: FATORES RELACIONADOS AO FRACASSO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Ao término deste trabalho de produção de conhecimento busco entender os fatores que me impediram de ter sucesso nas atividades de promoção da saúde baseada nos princípios da Educação Popular quando enfermeira de um Programa de Saúde da Família, atual ESF.

É comum no estado de Mato Grosso do Sul encontrar ESF que tem como coordenador do serviço o profissional enfermeiro integrante da equipe. Dessa forma o enfermeiro passa a ter sobreposição das tarefas de gerenciar e assistir, concomitantemente, sem nenhum acréscimo à sua remuneração, o que interfere diretamente na qualidade e quantidade dos serviços produzidos.

Ao analisar somente as funções do enfermeiro da ESF segundo a Portaria nº 648 é possível verificar a complexidade do trabalho que deve ser desenvolvido por ele. Um dos itens desse dispositivo legal coloca como função deste a realização de assistência integral - promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, e manutenção da saúde – aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado e/ou necessário nos vários espaços da comunidade e em todas as fases do desenvolvimento humano. A essa complexidade soma-se a de ser coordenador de um serviço, composto por diversos profissionais de saúde, sem muitas vezes capacitação técnica para o gerenciamento.

A atuação na ESF exige conhecimentos saberes e práticas nas áreas de gestão sanitária, cuidado de famílias, educação, manejo de determinações e conseqüências sociais, sujeitos e populações, muitas vezes não contemplados na formação profissional, além de uma consciência social e democrática, da capacidade de indignação com as injustiças, de ética e coerência.

Com a sobreposição dessas duas funções, enfermeiro e coordenador do serviço, surge a questão demanda-tempo. O tempo se torna escasso para aprofundamento de conhecimento teórico, das práticas, da realidade (em constante mudança). Sem tempo não é possível promover uma discussão entre os pares e desencadear e apoiar um processo de ensino-aprendizagem. Como as funções gerenciais acabam sendo mais “cobradas” pela

Secretaria de Saúde, isso faz com que na falta de tempo, uma atividade é executada em detrimento da outra, sendo que a deixada em segundo plano é a assistência, a educativa, do cuidar.

A valorização da Secretaria de Saúde, da comunidade e dos pares em relação ao cuidado na doença, também colabora para a seleção das atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro quando a questão demanda-tempo assim exige, e muitas vezes a atividade de integrante da equipe fica muito restrito a realização de triagem de pacientes para consulta médica, a realização de exames de prevenção do câncer de colo do útero (só a coleta em si) e a palestras nos grupos determinados pelo Ministério da Saúde.

Essa situação é agravada pois o enfermeiro tem o cargo de coordenador, mas não tem autonomia e não há uma política de apoio gerencial. Precisa-se de autonomia para priorizar as ações a serem desenvolvidas pela equipe durante o cuidado aos sujeitos, famílias e comunidade.

Assim, com o acúmulo de funções, exercendo uma função de coordenador sem a autonomia, poder e remuneração, com a valorização pela equipe e comunidade de ações no contexto da clínica em associação ao fato da enfermagem ser uma profissão feminizada, com as implicações sociais decorrentes, além de ser conhecida como uma profissão subalterna à profissão médica, a qualidade, quantidade e a oferta de serviços realizada por esse profissional fica comprometida.

Apesar de o enfermeiro ter grande apropriação de saberes da Saúde Pública e Saúde Coletiva e, pelo vínculo e tipo de trabalho que desempenha, um tempo longo de atuação num mesmo território, o que proporciona um amplo conhecimento da comunidade e estabelecendo vínculo, provavelmente a escolha desse profissional para coordenação do serviço se dá pela carga horária que o enfermeiro cumpre na ESF, já que o tipo de trabalho que este desempenha não permite o exercício de atividades em vários locais de trabalho concomitantemente, por ser ele o responsável legal pela coordenação da equipe de enfermagem e segundo a Portaria nº 648 pelos ACS também, e o fato de não haver remuneração pelo acúmulo de funções desestimula outros profissionais de nível superior componentes da equipe com melhores ganhos de aspirarem ao cargo.

Para ser coordenador de uma ESF seria preciso levar em conta o perfil para o cargo, existir um sistema de avaliação de desempenho, ter uma política de apoio gerencial, além de

ser dada ao coordenador autonomia e poder necessários ao cumprimento de suas funções gerenciais. No mercado capitalista, quanto maior a competência do gerente, maior seu salário, maior sua motivação, maior sua produtividade. A desvalorização desse cargo de relevância social e de grande complexidade técnica, contradiz a lógica de remuneração do sistema.

Com a análise desse contexto em que se insere o profissional enfermeiro da ESF é possível compreender os vários fatores que contribuíram para o fracasso das iniciativas de Educação Popular em Saúde enquanto enfermeira de uma ESF.

O serviço precisa ser educado e formado para atender as novas demandas de saúde. É difícil para o profissional enfermeiro que atua na ESF, que tem um número vultoso de exigências, centrar seus esforços e atenção para a consecução de seus objetivos, por mais claros que estejam. A rotina de trabalho enfrentada por este profissional dispersa tanta energia em pontos tão distintos de uma realidade multifacetada que dificulta o agrupamento de forças e organização do trabalho para a transformação da realidade. A atuação somente nas funções gerenciais permitiria uma maior supervisão dos serviços, utilização e construção de ferramentas gerenciais.

Nesta experiência o fato da pesquisadora não pertencer ao quadro de funcionários do serviço muito contribuiu para o bom desenvolvimento do trabalho. Primeiro por não ter sob sua responsabilidade a enormidade de tarefas discutidas anteriormente, podendo assim concentrar esforços e atenção ao processo de ensino-aprendizagem, com aproveitamento das oportunidades para discussão de pontos importantes presentes nas situações cotidianas, por ser possível a posição de espectadora, propiciando melhor observação e avaliação das práticas e pela disposição de tempo para aprofundamento teórico que as questões demandavam. Em inúmeras situações somente foi possível reunir e discutir com a equipe pelo fato de eles levarem em consideração o deslocamento por mim realizado para estar naquela ESF e o tempo considerável que eu já os estava acompanhando e os aguardando naquele dia ou semana.

Outro ponto que acredito ser chave para o sucesso do trabalho foi o profundo envolvimento que construí com a equipe e a comunidade, me importando efetivamente com os problemas dos componentes da equipe de saúde e da comunidade. Por exemplo, quando a equipe descobriu que eu trabalhava com saúde mental na universidade, me pediram ajuda em relação a um paciente que parte da equipe o considerava apenas um preguiçoso e outra

parte que julgava que ele tivesse algum problema mental e que enfrentava grandes dificuldades financeiras, pois não conseguia trabalhar e era ele o responsável pelo sustento seu e de sua senhora mãe. Colaborei de várias formas para que o paciente tivesse atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), o que resultou no tratamento adequado e na viabilização de uma renda temporária pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Outro episódio foi a realização de concurso para ACS, sendo que alguns ACS eram contratados e para permanecerem na função precisariam da aprovação no concurso. Observando a preocupação destes com o conteúdo de matemática, dispus-me a realizar revisão de matemática com eles para que pudessem esclarecer suas dúvidas e assim realizamos vários encontros para estudo.

Essas situações me exigiram o emprego de tempo, de recursos, de estudo além do necessário para o processo de ensino-aprendizagem que visava à questão das práticas do serviço, no entanto, foram elas que deram força ao trabalho, por demonstrarem na prática a amorosidade, o envolver-se com problemas dos outros e o tornar problemas seus também, a coerência do discurso com a prática, ampliando o campo de aprendizado de todos os envolvidos no processo, dando sentido prático à Educação Popular naquele local por contemplar os princípios básicos da teoria sistematizada por Paulo Freire.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* [Apresentação em Power Point]. Aula de hipertensão arterial. Brasília; 2002.
2. Pollock ML, Wilmore JH. Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.
3. Mion Jr D, organizador. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Manual de hipertensão e diabetes *mellitus*. Brasília; 2002.
5. Chor D, Fonseca MJM, Andrade CR. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: Minayo MCS, organizadora. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999. p. 57-86.
6. Cooper KH. Controlando a hipertensão. Rio de Janeiro: Nórdica; 1991.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Departamento de programas de saúde. Coordenação de doenças cardiovasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES; 1993.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e diabetes *mellitus* – DM. Brasília; 2001. Caderno 7. p. 9-19.
9. Mansur AP, Favarato D, Souza MFM. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. [Trends in death from circulatory diseases in Brazil between 1979 and 1996]. Arq Bras Cardiol. 2001;76(6):497-510.
10. Souza MFM, Timerman A, Serrano Júnior CV, Santos RD, Mansur AP. Trends in the risk of mortality due to cardiovascular diseases in free Brazilian geographic regions from 1979 to 1996. Arq Bras Cardiol 2001;77(6):562-75.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS. 2006;1(1).
12. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):684-91.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Dados sobre mortalidade [homepage na internet]. [Atualizada em 2007 May 12; acesso em 2007 May 12] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtms.def>.
14. Muxfelt ES, Nogueira AR, Salles GF, Bloch KV. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. São Paulo Med J. 2004;122(3):87-93.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Assistência Médica (CAM). Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECHA). Brasília; 1996.
16. Passarelli Jr O. Princípios e bases para tratamento medicamentoso [homepage na internet]. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo. [Atualizada em 2007 Mar 05; acesso em 2007 Mar 05] Disponível em: http://www.sbh.org.br/.../Principios_e_Bases_para_o_Tratamento_Medicamentoso_da_Hipertensao_www-sbh-org-br.ppt -.
17. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública. 2003;37(5): 635-42.
18. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. Arq Bras Cardiol. 2003; 81(4): 349-54.
19. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. Arq Bras Cardiol. 2001;76:349-51.
20. Pierin AMG. Adesão ao tratamento. In: Nobre F, Pierin A, Mion Jr D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001. p. 23-33.

21. Gonçalves SC, Silva EOA, Bertoluci C, Manfroí W, Fuchs FD. Hipertensão arterial não-controlada: causas e condutas. *Hipertensão. Rev Bras Hipertens.* 2005;8(2):56.
22. Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
23. Jardim PCBV, Souza ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina.* 1996;29:232-8.
24. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2004;14(1): 67-83.
25. Sousa MF. A Cor-Agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.
26. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Rev C S Col.* 2007; 12(2): 335-342.
27. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2005;9(16):39-52.
28. Candeias NMF. Forças propulsoras e restritivas na área de educação em saúde pública. In: *Ação participativa: perspectivas de atualização dos educadores de saúde pública.* Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília; 1984. p.39-44.
29. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Promoção de saúde: a negação da negação.* Rio de Janeiro: Editora Vieira e Lent; 2004.
30. Portaria nº 648. GM de 28 de março de 2006.
31. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica.* Saúde da Família. Brasília; 2006.(15).
32. Noronha AB. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. *Entrevista José Ivo Pedrosa. Radis;* 2003.13:24-25.
33. Vasconcelos EM. *Educação popular nos serviços de saúde.* São Paulo: Hucitec; 1997. p.28

34. Da Ros MA. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo de produção FSP – USP e ENSP – Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Educação, 2000.
35. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizadora. Promoção da saúde; conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
36. Chiesa AM, Veríssimo MR. A educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem. Brasília: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001.
37. Landmann J. Medicina não é saúde: as verdadeiras causas da doença e da morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983.
38. Moura ERF, Rodrigues MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2003;7(13):109-18
39. Victor JF. Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004.
40. Vasconcelos EM. A medicina como deseducadora. In: Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3^a ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
41. Schall VT, Stuchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública 1999;2: 4-5.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
43. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 233-300.
44. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (org) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2001. p.39-64.
45. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p.115-36.

46. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
47. Streck DR, organizador. Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.
48. Gadotti M. Um legado de esperança. Coleção questões da nossa época. 1ª ed. São Paulo: Editora Cortez; 2001.
49. Vasconcelos EM, organizador. Espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
50. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e Promoção de Saúde. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Editora Vieira e Lent; 2004. p.147-163.
51. Brandão CR. Lutar com a palavra: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal; 1982.
52. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
53. Vasconcelos EM. Constituição, crise e redefinição da educação popular em saúde [homepage na internet]. [Acesso em 2007 May 10]. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/varal/concepçoeseps/constituicaoocriseeps.pdf>
54. Freire P. Pacientes impacientes: Paulo Freire. Apresentação Ceccim RB. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília; 2007. p. 32-45.
55. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília; 2007. p. 18-29.
56. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2001;5(8):121-6.
57. Vasconcelos EM. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica [homepage na internet]. [Acesso em 2007 Jul 09]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes23textos0620t.pdf>

58. Macdonald JJ, Warren WG. Primary health care as na educational process: a model and a freirean perspective. *Int Q Community Health Educ.* 1991; 12(1):35-50.
59. Freire P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos.* 1ª ed. São Paulo: Editora UNESP; 2000.
60. Brasil. Ministério da Saúde. *Educação Permanente em Saúde: o desafio de propor ações articuladas e com capacidade de transformação [Apresentação em Power Point].* 2004.
61. Andrade OM. *SUS – passo a passo: normas, gestão e financiamento.* São Paulo: Hucitec; 2001.
62. Silva Jr AG. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate da saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 1998.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Informe Epidemiológico do SUS.* 1994;(3/4):1-8.
64. Pinheiro R, Camargo Jr KR. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2000;10(1):101-19.
65. Veras FMF. Atenção primária em saúde. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & saúde.* Rio de Janeiro: MEDSI; 1988. p. 439-447.
66. Machado AC. *Antropologia Filosófica. Dimensões essenciais do homem: inteligência, vontade, liberdade, linguagem politicidade.* Fortaleza: ICRE. No prelo; 2008.
67. Rosa WAG, Labate RC. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005;13(6):1027-34.
68. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Silva LMV. *Saúde coletiva: textos didáticos.* Salvador: Centro Editorial; 1994. p. 61-73.
69. Ferreira VSC, Franco TB, Andrade CS. Fluxograma descritor como analisador do cuidado ao hipertenso no PSF. XII Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ciências da Saúde. Ilhéus-BA; 2006. Este trabalho é subproduto da pesquisa “Produção do cuidado na atenção básica” realizada na unidade de saúde da família de Nova Ferradas, Itabuna (BA), no período de 2004 a 2005 através do núcleo de saúde coletiva da UESC.

70. Ferreira VSC, Franco TB, Andrade CS. Processo e tecnologias do trabalho do enfermeiro no PSF de Itabuna – Bahia. XII Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ciências da Saúde. Ilhéus-BA; 2006. Este trabalho é subproduto da pesquisa “Produção do cuidado na atenção básica” realizada na unidade de saúde da família de Nova Ferradas, Itabuna (BA) no período de 2004 a 2005 através do núcleo de saúde coletiva da UESC.
71. WHO (World Health Organization) UNICEF (United Nations Children’s Fund). Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care, Alma-Ata, URSS, 1978 September 6-12 [homepage na internet]. [Acesso em 2008 Sept 05]. Disponível em: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1
72. Kahssay HM, Taylor MM, Berman PA; (WHO) World Health Organization. Community Health Workers: The way forward. Public Health in Action (4). Geneva: WHO; 1998.
73. Berman PA, Gwatkin DR, Burger SE. Community-based health workers: Head start or false start towards health for all? Soc Sci Med. 1997;25:443-449.
74. Walt G. Community Health Workers in national programs: Just another pair of hands? Philadelphia: Open University Press; 1990.
75. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.p.53-124.
76. Silva CC, Silva ATMC, Lonsing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF [homepage na internet]. [Acesso em 2008 Ago 19] Rev Eletr Enf. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442006000100010&lng=es&nrm=iso
77. Ianni, AMZ, Quitério LAD. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. Revista Ambiente & Sociedade. 2006;IX(1):169-80.
78. Hugon MA, Seibel C, organizadores. Recherches impliquées, recherches-action: le cas de l’éducation. [Pesquisas implicadas, pesquisas-ação: o caso da educação]. Bélgica: De Boeck Universidade, 1988. p. 13
79. Barbier R. A pesquisa-ação. Tradução de Lucie Didio. Série Pesquisa em Educação (3). Brasília: Líber Livro Editora; 2004.

80. Da Ros MA. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: Bagrichevski M (Org). Saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova letra, 2006. p. 44-66.
81. Roncolleta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa, 2003.
82. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2005;21(2):490-98.
83. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2005.
84. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. Rev Cogitare Enferm 2006;11(2):143-9.
85. Cutolo LR. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
86. Cardim MG, Rangel DLO, Lobo MB, Pereira AL. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em enfermagem. Repef. 2005;9(1/2):57-64.
87. Besen CB, Netto MS, Da Ros, MA, Da Silva FW, Da Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. Saúde e Sociedade 2007; 16(1):57-68.
88. Vasconcelos EM. Concepções que norteiam a interface entre saúde e educação [palestra em 2008 Aug 01]. IV Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde (ENEPS). Fortaleza; 2008.
89. Moynihan R, Cassels A. Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: Nation Books; 2005.
90. Sales CM. Adoção das medidas de controle da hipertensão arterial: análise da relação entre agentes comunitários de saúde e indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial [dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mestrado em Saúde Coletiva; 2002.
91. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. Rev Odontol Univ São Paulo. 2006;18(1):43-51.

92. Bornstein VJ. O Papel do Agente Comunitário na Estratégia de Saúde da Família: Contradições de uma prática. III Ciclo de Debates: Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família [homepage na internet]. ENSP: Rio de Janeiro, 2007 May 7-17. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_processabusca2.cfm?ID_evento=5420
93. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os Processos de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Cenários Revelados na Estratégia Saúde da Família no Município de Vitória [homepage na internet]. [Acessado em 2008 Aug 19]. Ciênc. saúde coletiva. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1053
94. Germano RM. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: Castro JL, organizador. Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal (RN); Observatório RH-NESC/UFRN; 2007. p. 105-32.
95. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface- Comunic, Saúde, Educ. 2004/2005; 9(16):161-77.
96. Silva JA, Dalmaso AS. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde [homepage na internet]. [Acesso em 2006 Jun 10]. Interface - Comunic, Saúde, Educ. [periódico na Internet]. 2002;10(6) 10; 10 (6):75-83. Disponível em: www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf
97. Cotta RMM, Shott M, Azeredo CM, Franceschini FCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2006; 15(3):7-18. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso
98. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Filho MB. Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso. Rev Saúde Pública. 2005; 39(5):809-15.
99. Ferraz L, Aertz DRGC. O cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(2): 347-355.
100. Ferreira VSC, Franco TB, Andrade CS. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde: analisando a produção do cuidado no programa de saúde da família. XII Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ciências da Saúde. Ilhéus - (BA); 2006. Este trabalho é subproduto da pesquisa "produção do cuidado na atenção básica" realizada na unidade de saúde da família

de Nova Ferradas, Itabuna (BA) no período de 2004 a 2005 através do núcleo de saúde coletiva da UESC.

101. Meyer DE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 63-78.
102. Gastaldo DM, Meyer DE. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. Rev Bras Enferm. 1989; 42 (1/4):1-150.
103. Nauderer TM, Lima MADS. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. Rev Bras Enferm. 2005;58(1):74-77.
104. Tacciarini JM, Andraus LMS, Esperidião E, Nakatani AK. Quem é o enfermeiro?[homepage na internet] Rev. Eletr. Enf. 1999;1(1): Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>
105. Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1983. 118p.
106. May T. The nurse under physician authority. J Med Ethics. 1993;19:223-229.
107. Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Livraria Editora Revinter; 2002.
108. Ojeda BS, Eidt OR, Canabarro S, Corbellini VL, Creutzberg M. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discurso de alunos ingressantes. Rev Bras Enferm. 2008;61(1):78-84.
109. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilár KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Rev. APS. 2008;11(1):54-61.
110. Rocha AARM, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do programa de Saúde da Família:os desafios de construção de uma nova prática. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005;9(17):303-318.
111. Pearce D. The feminization of poverty: women, work and welfare. Urban and Social Change Review; 1978:28-36.

112. Pereira SN, Gonçalves EV, Sales CM. Educação Popular em Saúde. Espaço para divulgação do trabalho de Educação Popular em Saúde realizado na Vila São Braz – Dourados – MS [homepage na internet]. [Atualizada em 2009 Jan 19]. Disponível em: <http://edupopsaude.blogspot.com>

GLOSSÁRIO

Este glossário é baseado no livro:

Streck DR, organizador. Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

AMOROSIDADE: Potencialidade e capacidade humana como finalidade existencial ético-cultural no mundo e com o mundo. O afeto como compromisso com o outro e consigo, que gera solidariedade e humildade. Humildade não de submissão, mas como possibilidade de que a verdade também possa estar com o outro, e por ser amoroso, é dialógico, pois há respeito nas diferenças.

AUTONOMIA: Processo de decisão e de humanização que se constrói historicamente, a partir das inúmeras decisões que são tomadas ao longo da existência. É a conquista da autonomia crítica. Ser autônomo é ter a capacidade de assumir a dependência radical derivada de nossa finitude e assim derrubar as barreiras que não permitem que os outros sejam os outros. Autonomia para se libertar das cadeias do determinismo, ao reconhecer a história como um tempo de possibilidades. Um processo de autonomia e de construção de consciência exige reflexão crítica e prática, de modo que o próprio discurso terá de ser alinhado a sua aplicação.

CIDADANIA: Apropriação da realidade para nela atuar, participando conscientemente e decidindo em favor da emancipação. Tem características de coletividade, se manifestando por meio das relações sociais. Um relacionamento compartilhado e participativo é condição necessária para o exercício da cidadania. Concretiza-se na participação transformadora da sociedade.

CONSCIÊNCIA: A consciência e mundo são concomitantes, não existe mundo sem consciência e não pode haver consciência sem mundo. A consciência se caracteriza pela intencionalidade. A consciência transitiva crítica é engajada, ela significa o mundo num comportamento corpóreo: é “lógos e práxis” transformadora.

CONSCIENTIZAÇÃO: Consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência.

CRITICIDADE: Capacidade de educando e educador refletirem criticamente a realidade na qual estão inseridos, possibilitando a constatação, o conhecimento, e a intervenção para transformá-la.

DIÁLOGO: É a força que impulsiona o pensar crítico-problematizador em relação a condição humana no mundo. Através do diálogo podemos dizer o mundo segundo nosso modo de ver. Implica no compromisso entre a palavra dita e a ação humanizadora. Abre caminhos para repensar a vida, a sociedade, discutir a educação.

EDUCAÇÃO: A consciência de inconclusão do ser, de que somos seres inacabados, é que permite a educabilidade. A consciência da incompletude que impulsiona para a busca da plenitude, ou seja, para a educação, pois ela que pode mudar o que são para o que podem ser. De natureza diretiva, o que nunca lhe permite ser neutra.

EDUCADOR/EDUCANDO: Problematizador. Busca convencer o outro do seu sonho, mas não conquistar para planos pessoais, o que descarta a manipulação. O ato educativo e o educador/educando são políticos e resultam de um verdadeiro exercício de ética democrática.

EMANCIPAÇÃO: Libertação das pessoas de suas vidas desumanizadas pela opressão e dominação social.

EMPODERAMENTO: Deve ser tomado no sentido de ativar a potencialidade criativa de alguém, como também de desenvolver e potencializar a capacidade das pessoas. Não deve ser entendido como dar poder a alguém, em que o sujeito recebe de outro algum recurso, dentro de uma perspectiva individualista. Está intimamente ligado à conscientização.

ESCUTAR: Difere da pura cordialidade e vai além da pura capacidade auditiva. Saber escutar implica posturas do educador que requerem humildade, amorosidade aos educandos e tolerância.

EXCLUSÃO SOCIAL: Estar dentro da realidade social, como grupo ou classe dominada, em relação de dependência com a classe dominante. É o sistema de opressão e desumanização que os transforma em seres para outro. A solução, pois não está em integrar a esta estrutura que oprime, mas em transformá-la para fazer-se seres para si.

HISTÓRIA: Não está associado apenas a um tempo cronológico, ou a determinados acontecimentos, mas relacionada com a transformação social, é fazer a História, estando presente nela e não apenas representado.

HUMANIZAÇÃO: Processo de construção de ser inconcluso, que busca recuperar a humanidade ou superar situações-limites para realizar seu próprio ser mais. A humanidade pode ser roubada pela desumanização e através da distorção da vocação de ser mais. Deve-se lutar para que a opressores e oprimidos se libertem para a humanização de todos.

HUMILDADE: Conviver com as diferenças com tolerância, sem jamais excluir o debate, o diálogo. Educador e educando se põem e se contrapõem ao redor do que lhes é comum; a vida, o mundo, os outros. Consiste na luta em favor do respeito e dever irrecusável de defesa de seus direitos e de sua dignidade enquanto prática ética.

PRÁXIS: Estreita relação que se estabelece entre um modo de interpretar a realidade e a vida e a conseqüente prática que decorre desta compreensão levando a uma ação transformadora.

REALIDADE: Não é a junção de partes simples de um todo, nem o conjunto de todos os fatos. Realidade não é só dado objetivo, fato concreto, mas a percepção que o homem tem destes.

SONHO POSSÍVEL: Diz respeito a atitude crítica orientada na convicção de que as situações-limites podem ser modificadas, bem como de que esta mudança se constrói constante e coletivamente. Significa projetar, arquitetar o amanhã.

UTOPIA: Sinônimo de esperança. Esperança baseada na ação que impede a acomodação pragmática à realidade e também a fuga para idealismos incapazes de interferir na história.

SUMÁRIO DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	129
APÊNDICE B – QUADRO UTILIZADO PARA CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO APÓS TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS E RECORTE DAS FALAS DE ACORDO COM OS QUESTIONAMENTOS REALIZADOS	131
APÊNDICE C - SÍNTESE DA ENTREVISTA COLETIVA VALIDADA PELO GRUPO	157
APÊNDICE D – RELATÓRIO DO INTERCÂMBIO COM O PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE EDUCAÇÃO DA UFPB	164
APÊNDICE E – PARCERIAS CONSTRUÍDAS DURANTE A PESQUISA-AÇÃO E PROJETO PARA 2009	173
ANEXO A – ARTIGO DO ESCRITOR MÁRIO PRATA SOBRE TESE	175
ANEXO B – ENCAMINHAMENTOS DADOS NA PRIMEIRA REUNIÃO PARA PROGRAMAR A FEIRA DA SAÚDE	177
ANEXO C – LOGOTIPO DA I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ	178

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, trabalhador de saúde integrante da equipe da Estratégia Saúde da Família da Vila São Braz, ESF 17, localizada na cidade de Dourados em Mato Grosso do Sul, aceito participar da pesquisa que está sendo realizada pela enfermeira Cibele de Moura Sales na minha unidade de saúde da família.

Estou ciente que serei entrevistado individualmente e questionado sobre meus conhecimentos de educação em saúde, capacitação recebida e como desempenho o meu trabalho na ESF 17. Sei que farei parte de um processo de ensino-aprendizagem realizado pela enfermeira Cibele de Moura Sales nos moldes da Educação Popular em Saúde que terá duração prolongada, podendo ter duração de meses. Durante esse processo de ensino-aprendizagem a enfermeira Cibele de Moura Sales estará participando de todas as atividades desenvolvidas na e pela ESF 17 e discutindo conosco essas atividades de acordo com os princípios da Educação Popular em Saúde. O objetivo da pesquisa a ser realizada pela enfermeira Cibele de Moura Sales é de avaliar as possibilidades e limites de se executar ações de promoção da saúde nos moldes da Educação Popular em Saúde. Estou ciente também de que as minhas respostas e o trabalho desenvolvido na ESF 17 serão usados para a realização do trabalho de doutorado da enfermeira Cibele de Moura Sales, doutorado esse que está sendo realizado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) em parceria com a Universidade de Brasília (UnB).

Autorizo que os dados coletados sejam utilizados para publicação em revistas, em eventos de saúde e áreas afins, com o objetivo de contribuir para o avanço das pesquisas em saúde, e também que seja entregue uma cópia do trabalho final para Secretaria Municipal de Saúde de Dourados. Autorizo também a gravação, fotografias e filmagem das atividades realizadas e das entrevistas e discussões de grupo. Foi-me garantido que será preservado o anonimato em relação às entrevistas individuais. Haverá divulgação das respostas dadas, mas não será identificado quem as deu. Sei que essa pesquisa não será utilizada para premiar ou castigar os trabalhadores de saúde da ESF 17 e que não haverá nenhum tipo de pagamento para qualquer um dos participantes.

Estou ciente da liberdade de participar ou não da pesquisa sem que ocorra qualquer tipo de constrangimento para ambas as partes e também de poder parar de responder as perguntas em qualquer etapa da entrevista, se assim desejar. Qualquer esclarecimento que desejar, tanto

antes, quanto durante e após a pesquisa, serão atendidas. O endereço da pesquisadora é Rua Araguaia, 38 – Jardim Água Boa – Dourados. Os telefones de contato são: 9205-0369 e 9924-5824 e o telefone para recados é: 3422-7541.

Foi me informado que esta pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, e que qualquer dúvida ou mesmo reclamação em relação aos procedimentos da pesquisa posso entrar em contato com o Comitê pelo telefone (67) 3345 7187.

Após a leitura e concordando com tudo que está exposto nesse termo, assino o termo de consentimento livre e esclarecido, ficando com uma via sob minha posse e outra sob a posse da enfermeira Cibele, assim, dou meu aceite para ser entrevistado e participar da pesquisa da enfermeira Cibele de Moura Sales.

Nome: _____

RG: _____

Data e local: _____

APÊNDICE B – QUADRO UTILIZADO PARA CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO APÓS TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS E RECORTE DAS FALAS DE ACORDO COM OS QUESTIONAMENTOS REALIZADOS

O que você sabe sobre educação em saúde?

Fala do sujeito/ Expressões-chave	Idéias centrais	DSC
<p>Educação em saúde envolve até o ambiente que a pessoa vive, a água, se tem higiene, a casa que ele mora, é muita coisa, não é só mesmo saúde assim né...</p> <p>a educação em saúde é muito complexa, não é só o termo saúde e tal</p> <p>Se você falar de alimentação, de higiene, é... as vezes, por exemplo, a pessoa tem uma moradia que não está adequada né?... às vezes você dá o toque...; tem lá uma fossa aberta, um buraco lá... pode está trazendo riscos né pra saúde da pessoa, também é educar em saúde. Eu penso dessa forma né? Às vezes você vê um buraco lá cheio de lixo e moscas, tudo, vc vai lá orientar a pessoa, isso não pode porque vai te trazer problemas de saúde pra você depois tal... uma orientação que vc está dando que é educação em saúde também. Que vai por exemplo, se deixa de fazer aquilo lá, vai diminuir o risco na saúde também.</p>	<p>É complexo</p>	<p>Complexa</p> <p>A educação em saúde é muito complexa, envolve o ambiente que a pessoa vive, a higiene, a água, a casa em que ela mora, o lazer. Para mim, educação em saúde é estar fazendo orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero, vacinação, higiene e até na parte socioeconômica, mas sempre dentro da realidade deles né? As vezes, por exemplo, a pessoa tem uma moradia que não está adequada né?... às vezes você dá o toque...; tem lá uma fossa aberta, um buraco lá... pode está trazendo riscos né pra saúde da pessoa, também é educar em saúde. Eu penso dessa forma né? Às vezes você vê um buraco lá cheio de lixo e moscas, tudo, você vai lá orientar a pessoa, isso não pode porque vai te trazer problemas de saúde pra você depois tal... uma orientação que vc está dando que é educação em saúde também. Que vai, por exemplo, se</p>
<p>é tentar mudar, diferenciar o atendimento e não vc cuidar do indivíduo.</p>	<p>Fazer diferente</p>	<p>aberta, um buraco lá... pode está trazendo riscos né pra saúde da pessoa, também é educar em saúde. Eu penso dessa forma né? Às vezes você vê um buraco lá cheio de lixo e moscas, tudo, você vai lá orientar a pessoa, isso não pode porque vai te trazer problemas de saúde pra você depois tal... uma orientação que vc está dando que é educação em saúde também.</p>
<p>Bom, educação em saúde, tudo aquilo que adquirir e posso fazer bem, como o físico, emocional e social. Tudo que entendo que possa fazer bem é educação em saúde.</p> <p>Acho que ouvir aquela pessoa é educação em saúde também. Aquela pessoa estava precisando naquele momento desabafar. Falar comigo.</p> <p>Conversar um outro assunto, sobre a família... não está bem. Teve caso de desabafar que estava até pensando em se suicidar, aí começou a conversar comigo e mudou de idéia. Então aquele</p>	<p>Tudo que faz bem</p> <p>Ouvir o outro</p> <p>Ouvir o outro</p>	<p>depois tal... uma orientação que vc está dando que é educação em saúde também. Que vai, por exemplo, se</p>

tempo ali eu dei pra ela.		deixa de fazer aquilo lá, vai diminuir o risco na saúde também
Ter noção do comportamento da gente frente ao paciente, ter noção de tudo o que vc vai falar para ele, tudo o que ele pergunta pra vc. Isso é em relação a nós, os funcionários. A educação em si é comportamento, ação da gente diante de ações e situações que podem acontecer	Comportamento	Entender o outro Tudo o que faz bem ao físico, emocional e social é educação em saúde. Se a pessoa está precisando desabafar naquele momento, falar comigo, ouvir aquela pessoa é educação em saúde. Conversar sobre a família quando não está bem ou um outro assunto. Teve um caso de uma pessoa desabafar que estava pensando em suicídio, aí conversei comigo e mudou de idéia. A educação em si é comportamento, a ação da gente diante de ações e situações que podem acontecer.
Bom, pra mim, educação em saúde, é estar educando, mas na parte de educação, de prevenção mesmo. Esta fazendo orientações quanto ao trabalho que a gente faz, que prevenção de câncer de colo de útero, vacinação, higiene, até na parte social, socioeconômico né?	Prevenção Complexa	
Saúde a gente passa pra saber alimentação, vamos educar, quem sabe assim, os hipertensos né? pra mim educação em saúde é isso. Vc tem de educar eles primeiros, mas tem de ver a realidade deles? Chegou candidato queria que ele arrumasse um local pra fazer um campo suíço, pros meninos ter o que fazer e não ficar quebrando nossa janela, essas coisa né? Tudo isso é educação saúde.... área de lazer, essas coisa tudo faz parte do nosso bairro.	Dentro da realidade Complexa Atividade pros moleques	Fazer diferente Educação em saúde é mudar o modo de agir, diferenciar o atendimento e não você cuidar só do indivíduo.

Onde adquiriu o conhecimento sobre educação em saúde?

Expressões-chave	Idéias centrais	DSC
Isso daí vem mais do nosso dia-dia mesmo, de você vê ta né, de você vê que aquilo ali é um risco e que também cabe dentro do conceito (<i>de saúde</i>) né? E Eu lembro que a gente começou no segundo , quando o professor Rogério Renovato fez que a gente realizar um trabalho, uma pesquisa sobre determinada patologia com tratamento farmacológico e um dos itens ele	Dia a dia Professor	Dia a dia O conhecimento que tenho de educação em saúde vem mais do nosso dia a dia mesmo, de você vê tá né, de você vê que aquilo

<p>pediu educação em saúde, para trabalhar as orientações do paciente.</p>		<p>ali é um risco e que também cabe dentro do conceito de saúde né? Fiz dois cursinhos né, mas conhecimento adquiri depois que comecei a trabalhar.</p>
<p>Tudo no estudo, na escola eles falavam daquela parte de educação, passavam pra gente sobre exames , tratamento, mas adquiri mais depois que comecei a trabalhar no PSF. Fiz vários cursinhos né?</p> <p>Mas várias coisas eu aprendi depois que eu entrei. Faz 4 anos agora em março que sou ACS.</p> <p>Não fiz introdutório ainda, mas já fiz saúde do trabalhador, tantos.... como abordar as pessoas, o tratamento com as pessoas, sobre tuberculose, hanseníase, sobre áreas de vacinas também, principalmente pra idoso, até vacina anti-rábica também, eles passam pra gente também</p>	<p>Escola</p> <p>Dia a Dia</p> <p>Cursos do PSF</p>	<p>Eu até hoje não fiz o introdutório, aí eu aprendo na comunidade mesmo, junto com meus pacientes...conforme a realidade, eu vou aprendendo.</p> <p>Cursos</p> <p>Na escola eles falavam daquela parte de educação, passavam pra gente sobre exames, tratamento e agora no PSF com os cursos de capacitação a gente vai adquirindo conhecimento pra repassar para a pessoa. Eu sempre tenho treinamento, não fiz o introdutório ainda, mas já fiz saúde do trabalhador, tantos.... como abordar pessoa, sobre tuberculose, hanseníase, vacinas, até vacina anti-rábica eles passam pra gente, tem saúde da mulher, da criança, higiene pessoal. Os cursos que fazemos é mais para prevenção e orientação.</p>
<p>E com os cursos de capacitação a gente vai adquirindo pra repassar para a pessoa,</p> <p>coisas que eu não sabia eu comecei procurar até com os médicos, especialistas sabe pra poder repassar.</p> <p>tem uma enfermeira a quem devo o conhecimento tudo a ela, chama Selma. Conhecimento de abordagem Enfermeira Selma. Ela foi a escolhida pra fazer a primeira??? de agente de saúde, no caso o PACS. E foi a instrutora mais completa, no âmbito de abordar as pessoas, a família, vc conhece o vizinho, mas não conhece o íntimo da família. Então ela chegava e mostrava como era e permitia que a gente fizesse também. Numa casa ela chegava na outra casa era a gente, então eu me espelhava naquilo que ela falava, e aí fui moldando o Reginaldo</p>	<p>Cursos do PSF</p> <p>Médicos</p> <p>Enfermeira que ensinou</p>	<p>Profissionais de saúde</p>
<p>Tivemos o introdutório de PSF, eu sempre tenho treinamento, como vc lidar com a vacinação, higiene pessoal, saúde da mulher, saúde da criança, tinha a pastoral da criança também, acabou...</p> <p>Muitos cursos.. são coisas que a gente não tem noção, a gente entra no leigo, não vou falar que a gente vira especialista, né?</p> <p>Olha Cibele, assim a atividade do ACS antes de eu começar a</p>	<p>Introdutório do PSF</p> <p>Treinamento</p> <p>Pastoral da criança</p> <p>Cursos</p> <p>Como é o trabalho sem o Introdutório</p>	<p>Coisas que eu não sabia eu comecei a procurar até os médicos, especialistas.. sabe.. pra poder repassar. Mas tem uma enfermeira a quem devo o conhecimento, chama Selma. Ela foi a instrutora mais completa no âmbito de abordar as pessoas, a família.Ela chegava e mostrava como era e</p>

<p>trabalhar , eu achava que não tinha importância. Logo que comecei a trabalhar eu falava puxa vida, ir na casa de uma pessoa só pra saber se ela estava bem, e isso e aquilo outro, porque quando eu entrei pegaram um monte de papel assim e disseram, toma que o filho é teu. E eu não sabia o que fazer. Daí, quando passou de um ano, ano e meio aí fiz o introdutório, eu entrei em 2001 e quando foi 2002 pra 2003 eu fiz o introdutório. Aí que minha mente foi se abrir pra ver realmente qual era o trabalho do agente de saúde,</p> <p>Mas logo de início foi bem complicado. Abordar uma pessoa na casa , sem saber o que vc quer falar, só ir fazer um cadastro e ponto final. Olha aqui já te cadastrei, toma aqui sua carteirinha e tchau, mês que vem eu passo aqui. Aí depois que fiz o introdutório, depois que passou um tempo, a gente fazendo curso de capacitação, de tuberculose, hanseníase, tudo tudo mesmo. Vc tem como chegar na casa e sentar e conversar com um pessoa sobre um assunto que a pessoa tem dúvida.</p> <p>Os cursos que fazemos é mais pra prevenção e orientação, como o que fizemos agora de câncer de útero e câncer de mama, o toque de vida. Já fiz técnicas de recepção, técnicas de abordagem, como lidar com pacientes agressivos. Tinha o CMC, centro municipal de capacitação, onde era o moinho... agora fechou, mas era muito gostoso. Fiz saúde do trabalhador. Como orientar o trabalhador em caso de acidente, onde que ele deve ir, quais são os direitos dele,</p> <p>Se tem algum curso de qualificação que é muito interessante, é proveitoso, a gente tem que ir com o próprio dinheiro da gente, no caso do que aconteceu agora. Não tinha dinheiro pra ir no curso, tive que pegar dinheiro emprestado, fiquei sem almoço o dia inteiro, dia inteirinho sem almoço... voltei 5 da tarde (teve aqueles lanches... coffe break). Se dessem mais condições pra gente pra quando tivesse esses cursos assim, vir um carro buscar a gente, dar almoço pra gente lá, porque geralmente quando eles fazem, eles só fazem longe daqui, porque aqui como o povo fala é o fim do mundo, até chegar lá ma cidade outro fim de mundo e vc está tirando dinheiro do seu próprio bolso pra uma coisa que vai ser proveitoso.... vai</p>	<p>O trabalho antes e depois do curso Introdutório</p> <p>Como são os cursos para os ACS</p> <p>Dificuldade para fazer os cursos</p>	<p>permitia que a gente fizesse também. Numa casa ela chegava e na outra casa era a gente, então eu me espelhava naquilo que ela falava, e aí fui me moldando.</p> <p>Como são os cursos</p> <p>Nós tivemos muitas palestras já, mas, mas fala de uma realidade que existe e ao mesmo tempo não existe. Eles falam na palestra lá, que tem que fazer isso, aquilo, a saúde está assim, tá assado, mas a realidade quando o povo chega lá, não é bem a realidade.</p> <p>Importância do introdutório do PSF</p> <p>Antes de eu começar a trabalhar, eu achava que a atividade do ACS não tinha importância. Mesmo quando comecei a trabalhar eu falava puxa vida, ir na casa de uma pessoa só pra saber se ela estava bem, e isso e aquilo outro, porque quando eu entrei pegaram um monte de papel assim e disseram, toma que o filho é teu. E eu não sabia o que fazer. Daí, quando passou de um ano, ano e meio aí fiz o introdutório, eu entrei em 2001 e quando foi 2002 pra 2003 eu fiz o introdutório. Aí que minha mente foi se abrir pra ver realmente qual era o trabalho do agente de saúde. Mas olha, no início foi bem complicado. Abordar uma pessoa na casa , sem saber o que vc quer falar, só ir fazer um cadastro e ponto final. Olha aqui já te cadastrei, toma aqui sua carteirinha e</p>
---	--	--

<p>ser proveitoso pra mim, vai ficar no meu currículo eu sei, mas é pra própria saúde, pro nosso trabalho, de dia a dia.. penso que se eles pudesse, pudessem não, eles podem , estar dando mais condições pra gente, de locomoção, almoço, ficar o dia inteiro sem almoço é pra acabar. Vc sair de casa cedo, muitas vezes sem café da manhã, e ficar o dia inteirinho longe de casa, sem ter como voltar , por que se vc volta de ônibus até ir e voltar chega a atrasado.</p>		<p>tchau, mês que vem eu passo aqui. Aí depois que fiz o introdutório, depois que passou um tempo, a gente fazendo curso de capacitação, de tuberculose, hanseníase, tudo tudo mesmo. Aí você tem como chegar na casa e sentar e conversar com um pessoa sobre um assunto que a pessoa tem dúvida.</p>
<p>Por enquanto está sendo no dia a dia. Nesses nove meses que sou ACS eu participei de dois, Eu aprendo na comunidade mesmo, junto com meus pacientes, eles tem mania de remédio alternativo</p> <p>conforme a realidade eu vou aprendendo, né?</p> <p>Nós tivemos muitas palestras já, mas , fala de uma realidade que existe e ao mesmo tempo não existe. Eles fala na palestra lá, que tem que fazer isso, aquilo, a saúde está assim, ta assado, mas a realidade quando o povo chega lá, não é bem a realidade, acontece de ter o que eles falaram mesmo, mas não é a mesma coisa que eles falaram ali. Então tem exame que eles pede, igual eu estava contando ontem lá, falando daquele problema lá, não é uma realidade, isso é triste, não é uma realidade</p>	<p>Dia a dia Cursos Comunidade</p> <p>Realidade</p> <p>Cursos fora da realidade</p>	<p>Dificuldade para fazer os cursos</p> <p>Se tem algum curso de qualificação que é muito interessante, é proveitoso, a gente tem que ir com o próprio dinheiro da gente. Um caso que aconteceu agora, eu não tinha dinheiro pra ir no curso, tive que pegar dinheiro emprestado, fiquei sem almoço o dia inteiro, dia inteirinho sem almoço... voltei cinco da tarde, só teve aqueles lanches, coffe break. Se dessem mais condições pra gente pra quando tivesse esses cursos assim, vir um carro buscar a gente, dar almoço pra gente lá, porque geralmente quando eles fazem, eles só fazem longe daqui, porque aqui como o povo fala é o fim do mundo, até chegar lá na cidade outro fim de mundo e vc está tirando dinheiro do seu próprio bolso pra uma coisa que vai ser proveitoso.... vai ser proveitoso pra mim, vai ficar no meu currículo eu sei, mas é pra própria saúde, pro nosso trabalho, de dia a dia.. penso que se eles pudesse, pudessem não,</p>

		<p>eles podem , estar dando mais condições pra gente, de locomoção, almoço, ficar o dia inteiro sem almoço é pra acabar. Você sair de casa cedo, muitas vezes sem café da manhã, e ficar o dia inteirinho longe de casa, sem ter como voltar, por que se você volta de ônibus até ir e voltar chega a atrasado.</p>
--	--	--

A ação educativa em saúde: a prática cotidiana

Expressões-chave	Idéias centrais	Ancoragem
<p>A gente que trabalha como agente comunitário de saúde ele vai na rua e agente até foge da rota de falar sobre saúde, porque tem outros problemas que a pessoa tem lá, como não tem alimentação correta, às vezes nem tem alimentação, que muitas vezes você vê isso, você chega numa casa e se depara com uma situação da criança pedindo o que comer e a mãe não sabe o que fazer e começa a chorar na sua frente e vc fica também sem saber o que fazer.</p> <p>vc pode até tomar a medicação caseira, mas não deixar de tomar o remédio que o médico passou pra vc</p> <p>assim, a forma de a gente trabalhar, tem que ter muita ética, que o que vc ouviu vc não pode sair contando no vizinho e assim as pessoas se tornam amigo e confiam em vc e as vezes vc chega lá no horário que ... eles desabafam, contam os problemas pra vc e acabam confiando pra vc até aquilo que eles não contam pro marido e pra mulher, contam pra vc e vc tem de saber guardar isso a 7 chaves porque ninguém mais pode saber.</p> <p>Tem aqueles pacientes que agente vê mais, na minha área agora eu tenho dois acamados, antes eu tinha mais, faleceram, aí os que são acamados a gente procura estar indo mais vezes, pois tem as problemáticas a gente precisa estar trazendo para a unidade, às vezes precisa ir lá visitar com o médico, então a</p>	<p>Problemas além da saúde</p> <p>Respeita o outro</p> <p>Confidentes</p> <p>Prioriza visitas</p> <p>Culpabilização do outro</p>	<p>Problemas “além” da saúde</p> <p>A gente que trabalha como agente comunitário de saúde até foge da rota de falar sobre saúde, porque tem outros problemas que a pessoa tem lá. Não tem alimentação correta, às vezes nem tem alimentação, que muitas vezes você vê isso, você chega numa casa e se depara com uma situação da criança pedindo o que comer e a mãe não sabe o que fazer e começa a chorar na sua frente e vc fica também sem saber o que fazer. Se a pessoa não tem renda eu pego a pessoa e vou lá fazer cadastro do bolsa família, converso com o pessoal, ligo na secretaria, eles pedem alguma coisa, passo pra enfermeira... sem renda não ficam não, porque a gente dá um jeito. A gente se depara com situações</p>

<p>gente está sempre voltando.</p> <p>A fulaninha está com diarreia essa semana.. aí eu falo ó eu avisei que ia acontecer isso por causa da alimentação, do jeito que está sendo feito então tem que fazer assim vai colhe as fezes leva lá no posto pra gente fazer o rotavírus pra saber porque que essa criança está assim..</p> <p>Eu trabalhar numa rua, eu passo numa primeira casa, faço minha visita , cumprimento... porque agora vc está tão íntimo dos pacientes, que a gente não bate mais palmas aí chego e falo ô fulano... alguns já falam assim, pode entrar que estou aqui no fundo. Então assim, a gente já teme esse vínculo com nossos pacientes</p> <p>deixo falar converso, aí depois falo o que eu tinha de falar a orientação que eu ia levar daquele mês... um mês a gente fala de dengue, no outro tuberculose, hanseníase, agora no auge a campanha é essa né... nós estamos falando sobre isso. Cada vez a gente muda né... quando a coisa ta feia, tá sem meta de preventivo, agente colhe de tarde o preventivo, se já sei que tem criança que não está com a vacina em dias, já vou em cima da vacina, quero o cartão, já quero saber como que foi, porque não foi vacinar.</p> <p>Às vezes vc quer até falar: tô cansada de falar, porque não faz isso, porque não limpa essa casa. Mas depois vc para pra pensar nas condições de vida daquela pessoa e vc acaba entendendo porque ela não tem nenhuma motivação pra mudar.</p> <p>A gente orienta os pacientes os horários de atendimento da unidade, que dia que a enfermeira vai estar disponível, que dia que se colhe o preventivo, os horários melhores pro paciente poder trazer o filho pra vacinar, as vezes quer vir aqui só pra conversar com a Joana (<i>enfermeira</i>) um assunto, eu sei o horário que ela vai estar aqui, que ela pode atender aquela pessoa, então é mais isso.</p> <p>Agora assim, marcar consulta, levar remedinho em casa, isso aí não é nosso papel, porque assim, a gente tem de conscientizar a população de que ela precisa procurar e não</p>	<p>Intimidade</p> <p>Conversa de acordo com as metas</p> <p>Entende as motivações do outro</p> <p>Ligação posto/comunidade</p> <p>Papel do ACS</p> <p>Horário de trabalho</p>	<p>constrangedoras. Uma casa de uma peça só, morando oito filhos, com o pai e a mãe, cozinhando no fogão de lenha, chão de barro, ele não ter nem o que comer dentro de casa, você ir pra assistente social e você não ver resultado, é terrível, eu mesma já me deparei com isso, muitas, muitas vezes...de eu pegar ir lá, juntar assim com as pessoas da comunidade mesmo e levar pra aquela pessoa. É triste. A amizade, a confiança, muitas vezes a gente entra na casa pra falar sobre um assunto e não consegue falar sobre aquele assunto, muitas vezes a nossa cliente quer falar sobre a vida pessoal dela, entendeu e depois de tudo a gente acaba não fazendo nosso trabalho. Não tem como, não tem... é muito complicado. A gente tem é que saber lutar pelo povo, só que as vezes o funcionário pergunta que que que é??? Já aconteceu isso comigo!! Isso porque eu sou agente de saúde. As pessoas muitas vezes fica com medo de ir no posto, já to doente, não sou besta, chegar lá para ser maltratado!</p> <p>Orientações de acordo com a realidade</p> <p>Você não vai chegar numa casa onde tem hipertenso e diabético e não tem condições,</p>
---	---	--

<p>dar tudo na mão dela, porque se vc leva uma coisa hoje, outra amanhã eles não vem mais na unidade. Nosso papel é sempre orientar sobre tudo que acontece aqui, se vai ter uma coisa diferente, se vai ter um encontro, se tem reunião das gestantes, tal dia .. vou lá aviso as gestantes, eles tem que procurar né? A gente não é muito de ficar levando as coisas na mão.</p> <p>Se não depois vc fica trabalhando dia e noite, sem sábado, sem domingo. Eles vão em casa, isso é normal. Dona Sueli vc sabe se vai ter médico amanhã? Isso aí a gente nem estranha mais. Vc está de férias. Que que foi, vc não está trabalhando mais? To de férias... ah! Ta bom... se tem algum problema, alguém passou mal, eles correm na tua casa... isso é normal...</p> <p>é uma coisinha simples mas vc tem que voltar, senão vc fica devendo com ela e é uma coisa que vc não pode.... se prometeu vc tem de cumprir. Porque depois eles não acreditam mais em vc, vc perde seu prestígio.</p> <p>Porque ela também sabe porque. Ela não traz porque acha que é culpa dela. Porque quando está expondo o problema ela fala eu sei eu sei que não pode, então quer dizer, ela tem a noção de que ela não está agindo certo, corretamente... só que eu acho assim que tem algum problema que ela não acorda pra mudança.</p> <p>Auto estima, deve ser que no ambiente que ela mora não tem o que ela gostaria de ter, por que de repente tem pessoas que eu conheço, uma pessoa que mudou pra minha área, que enquanto ela morava em um outro lugar, ela era uma pessoa diferente, ela era limpinha, as crianças tudo limpinha, de repente ela caiu numa situação que ela foi morar num lugar bem terrível e ela largou a coisa correndo solta.. aí vc nota que dependendo da situação que a pessoa cai ela perde a motivação de mudança e aí ela acha que não vale a pena mais nada.</p> <p>Eles tem resistência com a medicação e muitos tem aquela de que estão tomando medicação é.. to tomando remédio caseiro, tomando chá de folha de amora, chá de folha de figo, de caju, já apareceu um monte de remédio milagroso aí né que... aí eles simplesmente deixam de tomar a medicação,</p>	<p>Prestígio</p> <p>Explicação para as pessoas não mudarem – baixa estima</p> <p>Entende a dificuldade de mudança do outro – baixa estima</p> <p>Resistência ao medicamento</p> <p>Dependência do remédio –dificuldades</p> <p>Teimosia - dificuldades</p>	<p>não tem uma boa estrutura, boa de moradia e alimentação e falar olha: você tem de comer uma saladinha. Você tem de comer uma carne magra, você tem de comer isso e aquilo outro. A alimentação é simples, a mais simples possível, a retirada do sal, ta certo que a gente não vai tirar tudo o sal, porque é impossível você comer sem sal, um arrozinho sem sal ou mandioca.... eu digo , olha você não precisa tirar tudo, mas vc coloca só um pouquinho e substitui por cebolinha, que a gente pode plantar no quintal, a vizinha do lado tem, você pode pedir muda, eu dou várias idéias pra eles. .. tem uma pessoa e hipertenso e diabético numa situação dessa eu digo vc vai comer seu arrozinho, seu feijãozinho sem sal, se também é diabético vc vai comer uma quantidade pequena. Um pouquinho de cada vez. A orientação que fizeram é não comer muito por causa da glicose, vc come um pouquinho agora, um pouquinho mais tarde. Nas orientações eu falo da alimentação, do exercício físico, da medicação, a importância da medicação correta. O horário da medicação pra não atrapalhar em alguma atividade que ele queira fazer. conversar com aqueles pacientes, igual eu falei pra vc, eu não sou de</p>
--	--	--

<p>Então eu acho que essa é a grande questão, eles tentam tomar remédio caseiro pra ver se não precisam ficar dependente do remédio.</p> <p>Aí ele chegou bem na hora e eu falei: Olha ela ia cair dentro da fossa. È eu vi, eu tava lá e vim correndo também porque eu achei que a menina ia cair. Quando foi na outra semana ele tampou a fossa. Quer dizer, ia esperar acontecer o pior pra depois fazer. Então são coisas que às vezes a gente encontra muito, pessoas teimosas, que a gente fala , orienta, e eles não querem mudar. Por isso que é difícil educação em saúde.</p> <p>Risos</p>		<p>falar em termos médicos, falo no popular mesmo...</p>
<p>fomos na escola e a gente fez um teatro e fez a comunidade participar, as crianças.</p> <p>só que assim, agora na vida profissional a gente acaba fazendo a palestra, tentando jogar tudo com te informação pro paciente.</p> <p>A gente tentava fazer uma roda de conversa, mas era mais palestra mesmo, dificilmente a gente fazia alguma coisa assim diferente, tipo teatro, música, Na comunidade era sempre aquela coisa verticalizada</p> <p>coisa diferente, fomos na escola e a gente fez um teatro e fez a comunidade participar, as crianças.. olha foi um sucesso, até então... a idéia foi dos ACS.. a gente vestiu uma técnica de mosquito da dengue.. foi o must também, que ela foi participar, ela foi no mutirão, a secretaria começou a promover a mutirão, ela ficou muito famosa .. ela foi! E foi muito legal porque as crianças aderiram a idéia.</p> <p>Não surtiu tanto efeito, porque assim, não temos recurso audiovisual, alguma coisa a gente tem, mas nem tudo... então assim, quando tem aquela palestra que a gente mostra,</p>	<p>Teatro</p> <p>Palestra</p> <p>Verticalizada – palestra</p> <p>Tentativas – iniciativas diferentes</p> <p>Falta de audiovisual</p>	<p>Ameaça e punição como recurso</p> <p>A fulaninha está com diarreia essa semana.. aí eu falo ó eu avisei que ia acontecer isso por causa da alimentação, do jeito que está sendo feito então tem que fazer assim vai colhe as fezes leva lá no posto pra gente fazer o rotavírus pra saber porque que essa criança está assim. Não foi todo mundo no hiperdia?Aí vou atrás, vejo porque não foram, deixo eles de castigo, não levo a receita.... eu mando vir no posto se virar com a enfermeira. Esse dia foi preparado para o hipertenso e para o diabético pra eles não terem de enfrentar fila, não ter que ficar no posto um tempão esperando, isso e aquilo outro.</p>

<p>demonstra, faz com que a comunidade participe, tem um impacto maior. Esse negócio de falar, ah.. eles estão enjoados, vc fala fala e nada... vc vê a carinha deles assim.. aí sai com aquela cara.</p> <p>Porque quando faço minhas reuniões eu tento assim, mais conversar, escutar também, ver o que eles colocam assim. E eu puxo assim também para dizer o que é certo e o que é errado, mas eu deixo eles participarem. Só que é aquela coisa, aquela conversa ainda acaba sendo aquela coisa verticalizada, ainda mais assim em palestra.</p> <p>Eles até aderem, mas vc vê aquela dificuldade, sempre no grupo são as mesmas pessoas... isso é muito ruim, muitas vezes empaca e não é muito legal.</p> <p>Será que a gente ta perdendo a motivação de estar fazendo uma coisa diferente.</p> <p>a gente vai fechar nossos relatórios a gente acaba comparando assim, o tanto de paciente que a gente tem com determinada patologia e quantos foram acompanhados. As vezes fica em torno de 50 e 60% e a gente tem casos de IAM, tem casos de AVC.</p>	<p>Tentativa de mudar</p> <p>Avaliação de que está ruim</p> <p>Questionamento sobre a própria prática</p> <p>Problema detectado</p>	<p>Eu sempre estou aprimorando cada dia mais, mas o modo de agir, sorriso, a bronca, o jeito de exigir as coisas, eu nunca mudei. Quando eu entrei que percebi como era realmente as coisas... vc não vai vacinar? Eu pegava o celular, o conselho tem uma pessoa que não quer vacinar uma criança. 20 30 minutos depois estava lá. Ou, hoje não deu?. Então eu vou dar um prazo pra senhora. Eu volto. Levou pra vacinar? Não. Se não foi, eu parto pra ameaça. Eu vou passar pra minha coordenadora. E ela vai mandar um bilhetinho avisando a senhora que a vacina está atrasada e se a senhora não for, aí já passa pro conselho tutelar. Eu dei o tempo e se precisar eu faço na base da ameaça eu faço. Se não segue meu conselho, digo: Não vou orientar mais nada e vc não me pergunta mais nada não.</p>
<p>Na primeira visita, eu procuro mais conhecer a pessoa, a família e fazer essa investigação, esse levantamento, aquela ficha A que a gente preenche, o cadastro, tem hipertensão, diabetes, é mais pra captar o conhecimento</p> <p>aí vou devarigo já, porque não gosto de chegar de uma vez e colocando, impondo, falo os dias do hiperdia pra pegar o controle certinho, quero saber, na ficha A da para saber a situação econômica da pessoa, então vc tem uma base se elas podem ter uma boa alimentação. um controle geral ali, como é</p>	<p>Conhece primeiro</p> <p>Planejamento para abordar os temas</p>	<p>Horário de trabalho do ACS</p> <p>Posso não estar no horário de serviço, mas quando vejo eles, até minhas amigas fica brava né? Eu tava com duas gestantes que tava fora, eu tava lá em frente da minha escola, já 7 e meia, a gente sempre</p>

<p>a situação da pessoa, aí depois eu vou fazer um levantamento na próxima visita como eu vou abordar ela.</p> <p>Se a pessoa não tem renda eu pego a pessoa e vou lá fazer cadastro do bolsa família, converso com o pessoal, ligo na secretaria, eles pedem alguma coisa, passo pra Joana, sem renda não ficam não, porque a gente dá um jeito, corre atrás.</p> <p>Mas alimentação é simples, a mais simples possível, a retirada do sal, ta certo que a gente não vai tirar tudo o sal, porque é impossível vc comer sem sal, um arrozinho sem sal ou mandioca.... eu digo , olha vc não precisa tirar tudo, mas vc coloca só um pouquinho e substitui por cebolinha, que a gente pode plantar no quintal, a vizinha do lado tem, vc pode pedir muda, eu dou várias idéias pra eles.</p> <p>A própria palavra diz, agente, agir, mexer com ele, tirar ele do lugar,</p> <p>As pessoas tem esse jeito de ser. Eles te olham por aquilo que não deu certo. Mas a gente não deve olhar pras partes ruins, como a pessoa pensa, como né... a gente tem que pensar positivo, correr atrás, correr atrás.</p> <p>Tem que ir com calma, cada pessoa tem uma personalidade, não pode chegar apavorando certos tipos de pessoa. Tem pessoas que vc tem mais liberdade de chegar, poxa vida fulano, mas porque vc não foi, mas o que que aconteceu, dá uma dura, tem outros que não. Tem de avaliar qual é o jeito de cada um. Ir devarigo</p> <p>as pessoas me ouvem, elas tem um certo respeito então isso me motiva, o respeito que elas tem. Ao ver as colegas reclamando que precisam disso, precisa de conselho, vejo um certo respeito, isso me motiva também.</p> <p>Eles tem uma teimosia, falam que o aparelho está estragado, que não tem hipertensão. Já levei o médico lá, a pressão estava alta, o médico passou remédio. Na hora concordam com tudo. O médico vira as costas eles dizem que não vão tomar. Com a gente eles tem mais liberdade.</p> <p>Tem uma senhora, preventivo, ela diz que não faz, não faz...que não tem quem faça ela fazer, mas eu toda vez, que eu</p>	<p>Ações além da orientação</p> <p>Sugestões e adaptações (orientações médicas)</p> <p>Definição de ACS</p> <p>Risco que corre quando algo dá errado</p> <p>Como aborda as pessoas</p> <p>Respeito à ACS pela comunidade e equipe</p> <p>Postura da comunidade na frente do médico</p> <p>Para conseguir adesão - preventivo</p>	<p>chega atrasado, aí a gestante passou, ô maira, ahan.. ele tava de bicicleta, na garupa do marido dela, vc não foi na sua consulta porque? Ah, não deu.. falei olha... aí minha amiga me cutucou, horário de agente de saúde acabou. Não, não é que acabou, eu tenho que... quando eu vejo, eu cobro mesmo, né, cobro mesmo, pode estar aqui, pode estar em outro lugar, eu quero saber porquê não foi, porque antigamente dizem que era uma dificuldade de a gente ter , assim, como se diz, saúde... antigamente quando eu era criança ainda, dizem que aquele INAMPS era um problema sério. Você fica trabalhando dia e noite, sem sábado, sem domingo. Eles vão em casa, isso é normal. Dona Fulana vc sabe se vai ter médico amanhã? Isso aí a gente nem estranha mais. Vc está de férias. Que que foi, vc não está trabalhando mais? To de férias... ah! Ta bom... se tem algum problema, alguém passou mal, eles correm na tua casa... isso é normal. Se passo na rua do lado esquerdo pra fechar aquele lado, aí as pessoas chamam fulana, fulana, aí tenho de arrodar, eles querem falar comigo, não interessa o horário. As vezes vão a noite lá em casa.</p> <p>Iniciativas diferentes</p> <p>Coisa diferente, fomos na</p>
--	--	---

<p>chego lá eu digo, eu sei que vc não vai gostar do assunto, mas o assunto é o mesmo, porque a única coisa que vc esta me devendo, o que que é? E ela fala: preventivo. Vamos então conversar, contar história, pra gente tentar, não forçando ela. Eu falo, eu tenho que falar, essa é minha parte, vou deixar vc bem ciente, mas ela é meio resistente. Vamos ver o que ela vai fazer.</p> <p>assim quando ela está quase morrendo, ela vem no posto, fala que é hipertensa e que ninguém liga dela. E na realidade , quando ela melhora, ela diz que não é hipertensa, que não vai tomar farinha, ela fala que o comprimido é farinha, Diz que não participar de reunião que vai demorar um ano, que ela tem de cozinhar feijão</p> <p>Eu passo na rua do lado esquerdo pra fechar aquele lado, aí as pessoas chamam geni geni, aí tenho de arrodar, eles querem falar comigo, não interessa o horário. As vezes vão a noite lá em casa, e é longinho. Eu não moro na microarea. Já acharam minha casa.</p> <p>Mas e gratificante, as vezes vc se entristece, pessoas criticando, não deu certo exame aqui, uma coisa que orientei.. houve falha ... tal dia vai ter tal coisa, aí chegam aqui foi mudado.</p> <p>Aí algumas pessoas vão de bravo em cima da gente. Aí ate explicar o que aconteceu, desarma, mas acontece no dia a dia... o ser humano é assim, a gente não deve ligar, tem de levantar a cabeça e continuar... é o trabalho da gente.</p>	<p>Adesão ao hiperdia</p> <p>Horário de trabalho</p> <p>Gratificante</p> <p>Falha no posto interfere ação do ACS</p> <p>Reação das pessoas e do ACS</p>	<p>escola e a gente fez um teatro e fez a comunidade participar, as crianças.. olha foi um sucesso, até então... a idéia foi dos ACS.. a gente vestiu uma técnica de mosquito da dengue.. foi o must também, que ela foi participar, ela foi no mutirão, a secretaria começou a promover o mutirão, ela ficou muito famosa .. ela foi! E foi muito legal porque as crianças aderiram a idéia. Porque quando faço minhas reuniões eu tento assim, mais conversar, escutar também, ver o que eles colocam assim. E eu puxo assim também para dizer o que é certo e o que é errado, mas eu deixo eles participarem. Só que é aquela coisa, aquela conversa ainda acaba sendo aquela coisa verticalizada, ainda mais assim em palestra.</p> <p>Eles até aderem, mas vc vê aquela dificuldade, sempre no grupo são as mesmas pessoas... isso é muito ruim, muitas vezes empaca e não é muito legal.</p> <p>Será que a gente ta perdendo a motivação de estar fazendo uma coisa diferente. Nós tínhamos um grupo de caminhada Começava 6 horas, fazia toda a parte de alongamento, orientava o paciente, fazia a caminhada de meia hora, pois tinha paciente que não agüentava muito tempo e ficávamos esperando o enfermeiro chegar para estar</p>
---	---	---

	<p>medindo a pressão. Aí com o tempo desandou... eles ficavam esperando o chazinho, bolachinha de agua e sal e tudo isso era tirado do nosso bolso e chega um certo momento que vc não consegue arcar com tudo. Aí teve uma complicação, que agravou a perda de nossos pacientes, que foi a demora do enfermeiro chegar, porque o que eles queriam era fazer a caminhada e medir a pressão. Aí o enfermeiro chegava 7:30, 8h... porque ele dependia do carro da prefeitura e era bem complicado isso aí. Aí a gente foi perdendo um hoje, amanhã outro e acabou nosso grupinho de caminhada.</p> <p>Agora tivemos de idéia de fazer reciclagem de plástico no canaã todinho, pega frasco de shampoo. Vamos precisar de muita ajuda pra começar. Arrumamos carro pra levar a reciclagem. Vamos passar nas casas, deixar bilheteinho, orientar a família, fazer reciclagem dos plásticos, daquelas garrafas PET, ou então vamos levar e deixar saquinho nas casas da pessoa, olha fulano tal dia venho buscar. Aí passa recolhendo. O dinheiro vai ficar na associação pra gente ter recurso</p> <p>o plano da gente. Fazer uma</p>
--	---

		<p>horta nesse campo. Não pode jogar bola, por isso que não tem nada aqui. Vai vender mais barato, vai ter mandioca, feijão de corda...pra gente ter tipo uma rotação no nosso canaã, um movimento de alguma coisa, funciona funciona, mas dá trabalho e a gente tem que ter pessoas envolvidas, a comunidade não é uma duas pessoas, é ao todo.</p>
<p>Porque a gente se depara com situações constrangedoras, na casa que a gente vai visitar. Uma casa de uma peça só, morando oito filhos, com o pai e a mãe, cozinhando no fogão de lenha, chão de barro, ele não ter nem o que comer dentro de casa, vc ir pra assistente social e vc não ver resultado, é terrível, eu mesma já me deparei com isso, muitas, muitas vezes. De eu pegar ir lá, ta... pegar encaminhamento do enfermeiro, vc quer ir vc vai, eu ir lá e falar ... normalmente a gente vai lá e não vê resultado. Sabe, muitas vezes vc pegar, juntar assim com as pessoas da comunidade mesmo e levar pra aquela pessoa. É triste.</p> <p>Ser agente em educação em saúde... eu vejo assim que , muitas a gente mesmo, sabe, é o prazer.</p> <p>Quando a gente tem esses treinamentos, chega e vc sabe o que vai falar para aquela pessoa, como eu falei pra vc, vc não vai chegar um especialista naquilo, mas sabendo o que vc vai falar,</p> <p>conversar com aqueles pacientes, igual eu falei pra vc, eu não sou de falar em termos médicos, falo no popular mesmo...</p> <p>A amizade, a confiança, muitas vezes a gente entra na casa pra</p>	<p>Dificuldades pela pobreza</p> <p>Gosta do que faz – prazer</p> <p>Vantagens do treinamento – saber o que falar</p> <p>Fala a linguagem do outro</p> <p>Se conversa não trabalhou</p>	<p>Dificuldades no trabalho</p> <p>Não surtiu tanto efeito, porque assim, não temos recurso audiovisual, alguma coisa a gente tem, mas nem tudo... então assim, quando tem aquela palestra que a gente mostra, demonstra, faz com que a comunidade participe, tem um impacto maior. Esse negócio de falar, ah.. eles estão enjoados, vc fala fala e nada... vc vê a carinha deles assim.. aí sai com aquela cara. Quando eu chego outra vez, que não foi todo mundo, sabe tem uns fujões... fico meio constrangida, meio decepcionada, entendeu. as vezes o contrário, porque tem coisa que vc tenta ajudar, tenta fazer aí decepciona. Decepciona Eu separo as coisas. Eu aprendi isso. Antes eu não fazia. Durante um ano, eu comecei trabalhar eu não</p>

<p>falar sobre um assunto e não consegue falar sobre aquele assunto, muitas vezes a nossa cliente quer falar sobre a vida pessoal dela, entendeu e depois de tudo a gente acaba não fazendo nosso trabalho.</p> <p>Mas assim, se eu chegar na tua casa, vc é uma cliente minha, eu chego na tua casa e falo bom dia Cibele tudo bom? Está tudo bem? Ó hoje nós vamos falar sobre preventivo, a gente tem o nosso panfleto, a gente fala sobre o preventivo, a importância sobre o preventivo, como que é feito o profissional que faz o preventivo, muitas vezes eu levo na minha bolsa um espelho, uma espátula, uma lâmina (que esses dias quebrou a minha, mas vou levar outra) e uma escovinha. Que é um exame desconfortável mas é uma coisa pra própria saúde da gente e vou orientar a importância da vacinação, sobre a tuberculose, sobre a hanseníase, pra evitar a dengue na casa deles.</p> <p>vou visitar sua casa, eu chegava e passava uns 10 a 15 minutos na sua casa te orientando em termos de higiene, vacinação, ou algum tema que eu quisesse falar naquele dia. Agora vou passar mais uns 15, 25 minutos na tua casa, pois vou fazer vistoria no seu quintal. Fazer orientação sobre a dengue, falar sobre a dengue.</p> <p>Ah! Rita hoje não deu. Então eu vou dar um prazo pra senhora, geralmente eu sou de dar prazo pra elas que eu volto. Levou pra vacinar? Não. Se não foi eu parto pra ameaça. Eu vou passar pra minha coordenadora. E ela vai mandar um bilhete avisando a senhora que a vacina está atrasada e a senhora não for, aí já passa pro conselho tutelar. O direito da criança e um dever da mãe vacinar. Nunca precisei fazer isso. Eu dei o tempo e se precisar eu faço.. Na base da ameaça eu faço.</p> <p>Vc não vai chegar numa casa Cibele, onde tem hipertensos e diabético e não tem condições. Uma estrutura boa de moradia e alimentação e falar olha: vc tem de comer uma saladinha. Vc tem de comer uma carne magra, vc tem de comer isso e aquilo outro. Não tem como, não tem... é muito complicado.</p> <p>.. tem uma pessoa e hipertenso e diabético numa situação dessa eu digo vc vai comer seu arrozinho, seu feijãozinho sem</p>	<p>Visita passo a passo</p> <p>Visita e dengue PPI</p> <p>Ameaça para conseguir o objetivo</p> <p>Percebe problemas</p> <p>Orientação de acordo com a realidade da pessoa</p> <p>Relação com a chefia</p> <p>Dependência da medicação</p>	<p>conseguia fazer isso. Porque eu queria ajudar todo mundo e não conseguia né? Eu achava que pelo fato de trabalhar na saúde eu ia resolver o problema de todo mundo. E não era assim, e não é assim. Eu chegava em casa, eu chorava, eu me estressava, eu me isolava. Fui fazer terapia 6 meses. A psicóloga falou não rita, o que vc tem de fazer é aprender a separar teu trabalho de problemas pessoais. E depois que aprendi a fazer isso, ta de vento em polpa. quando comecei a trabalhar, ganhei a bicicleta, mas passou uma carreta por mim, eu pulei, não sou boba, e foi pra secretaria de saúde. Agora uso do meu irmão. Não me deram outro. Comprei uma nova, mas roubaram, antes de pagar a primeira prestação. Deixei no fundo de casa, aí fui na frente atender, porque eles vão na casa da gente... aí fiquei lá na frente, papo vai papo vem, e nem dei falta da bicicleta. Quando minha filha quis a bicicleta, que demos falta. Contou de um paciente que fez consulta e o médico pediu doppler de caróticas e o exame chegou autorizado 1 ano e 3 meses depois e o paciente havia morrido há 7 meses. Uma pessoa infectada, vai se infectar de novo e assim, consecutivamente, não existe.. aí eu fiquei preocupada... nem ... não só por causa dos outros, mas por causa de mim.</p>
---	---	---

<p>sal, se também é diabético vc vai comer uma quantidade pequena. Um pouquinho de cada vez. A orientação que fizeram é não comer muito por causa da glicose, vc come um pouquinho agora, um pouquinho mais tarde.</p> <p>Converso com a Joana, to com um probleminha assim , vc me ajuda? O que ela passar pra mim eu passo pro paciente. Porque ela sabe mais e se estou em dúvida com alguma coisa, chego nela, converso com ela e ela diz: vc orienta seu paciente assim, assim...</p> <p>só que muitos não segue a dieta certinha, a orientação que vc faz, nenhum deles...se fosse assim não tinha sequelado de AVC, não chegava aí com a pressão 22 por 14, né... mas.. não seguem mais pela cultura deles, sabia... e a aceitação de vc viver dependente de uma medicação. Eu tenho por exemplo um paciente que chegou e falou pra mim, eu sempre trabalhei, sempre tive uma vida saudável... agora vou viver dependente de medicação? Não.</p> <p>Nós tínhamos um grupo de caminhada Começa 6 horas, fazia toda a parte de alongamento, orientava o paciente, fazia a caminhada de meia hora, pois tinha paciente que não agüentava muito tempo e ficávamos esperando o enfermeiro chegar para estar medindo a pressão.</p> <p>Aí com o tempo desandou... eles ficavam esperando o chazinho, bolachinha de agua e sal e tudo isso era tirado do nosso bolso e chega um certo momento que vc não consegue arcar com tudo. Aí teve uma complicação, que agravou a perda de nossos pacientes, que foi a demora do enfermeiro chegar, porque o que eles queriam era fazer a caminhada e medir a pressão. Aí o enfermeiro chegava 7:30, 8h... porque ele dependia do carro da prefeitura e era bem complicado isso aí. Aí a gente foi perdendo um hoje, amanhã outro e acabou nosso grupinho de caminhada.</p> <p>Nas orientações eu falo da alimentação, do exercício físico, da medicação, a importância da medicação correta. O horário da medicação pra não atrapalhar em alguma atividade que ele queira fazer.</p> <p>Sabe, olha, sabe o que é uma gratificação muito grande, é chegar num lugar, assim, quando tem o HiperDia e ta todo</p>	<p>Iniciativas diferentes</p> <p>Dificuldades com iniciativas novas</p> <p>Orientações</p> <p>Respeita o outro</p> <p>Alegrias do trabalho</p> <p>Tristezas do trabalho</p> <p>Punição</p> <p>Alegrias</p> <p>Tristezas</p> <p>Problemas pessoais da ACS</p> <p>Dificuldades no trabalho</p>	<p>Hoje em dia pra passar isso pra algum paciente. Se vc fez o tratamento e seu marido fez, não, como posso falar pra ela se não existe (na rede só tem o tratamento para a mulher) o tratamento. É triste né? Como eu digo pra gurias, muitas a saúde está doente. trabalhar numa área dessa é vc ter conhecimento e mais paciência, pois é um serviço que exige paciência de todo mundo. E vc tem de ser aberto ser ACS é ter um compromisso, vc além de ser o ACS, vc tem de ser o amigo, o psicólogo. Até ser o juiz de alguma coisa. Não que seja o correto, mas tem pessoas que confiam tanto na sua palavra, quanto na do médico, quanto na da enfermeira, pois aprenderam a conviver com vc dentro da comunidade pessoas que em rodeiam perguntando várias coisas do trabalho dentro do posto, fora do posto, questão de medicamentos, doenças.... sempre doenças... , adorei a palestra, excelente ni tudo.</p> <p>Isso é porque eu disse que não queria participar, é que a gente vai desgastando, eu vou completar 10 meses, e parece que tem mês que a gente ta... .. é o primeiro serviço meu, gosto do que eu faço, eu gosto. É claro que tem hora que tem um povo que é difícil, vc está lidando com gente diferente, né?</p>
--	--	---

<p>mundo lá... aí fico naquela faceirice toda , olha! Todo mundo veio hoje.</p> <p>Quando eu chego outra vez, que não foi todo mundo, sabe tem uns fujões... fico meio constrangida, meio decepcionada, entendeu.</p> <p>não foi todo mundo Aí vou atrás, vejo porque não foram, deixo de eles de castigo, não levo a receita.... eu mando vir no posto se virar com a Joana, que foi ordem dela mesma. Foi preparado esse dia do hipertenso e do diabético, pra eles não terem de enfrentar fila, não ter que ficar no posto um tempão esperando, isso e aquilo outro.</p> <p>cada momento que passa, cada família que visito, que ta tudo certo, tudo OK... é uma gratificação muito grande. Vc chega em casa alegre, contente, faceiro... assim</p> <p>as vezes o contrário, porque tem coisa que vc tenta ajudar, tenta fazer aí decepciona. Decepciona</p> <p>Eu separo as coisas. Eu aprendi isso. Antes eu não fazia. Durante um ano, eu comecei trabalhar eu não conseguia fazer isso. Porque eu queria ajudar todo mundo e não conseguia né? Eu achava que pelo fato de trabalhar na saúde eu ia resolver o problema de todo mundo. E não era assim, e não é assim. Eu chegava em casa, eu chorava, eu me estressava, eu me isolava. Fui fazer terapia 6 meses. A psicóloga falou não rita, o que vc tem de fazer é aprender a separar teu trabalho de problemas pessoais. E depois que aprendi a fazer isso, ta de vento em polpa.</p> <p>Eu adoro meu serviço, independente dos problemas que a gente tem, todo trabalho a gente tem, mas eu adoro o serviço, meus colegas de trabalho, a minha coordenadora.. por mim eu não saio daqui nunca, a não ser que me mandem embora, aí eu vou, eu tenho que ir né?</p> <p>Ah! Meu filho teve diarreia, ta assim assim.... vc pode falar olha, tem sorinho caseiro que vc pode fazer em casa, vc tem as medidinhas que vc pode ensinar, que eu não sabia, que minha filha tinha e eu na fazia nada e levava pro posto né? Tem</p>	<p>Relação com a profissão</p> <p>Alegrias</p> <p>Como orienta na casa e a relação com os cursos que fez</p> <p>Visão do posto como curativo (ACS)</p> <p>Falta de material para trabalhar</p>	<p>Uns chega aí, por que vc não vou nessa semana lá em casa? E outros, nem atende a gente na porta. ... o remedinho que eles tomam, pra mim ta sendo dificultoso, tem um monte de remédio que eles tomam, valdete aquele remédio.... ai falo, mas aquele remédio eu não lembro. É difícil, não é, tenho 150 famílias e a gente de 700 a 800 pessoas, difícil a gente lembrar do remédio da pessoa.</p> <p>A primeira coisa que eu faço quando é a primeira vez , eu chego e faço cadastro. Eu chego bom dia, como vai a senhora. Quando é o senhor, eu pergunto, sua senhora está em casa? Eu gosto mais de conversar com as mulheres. A gente... e também tem mulher que é ciumenta né? Eu gosto mais quando a mulher está em casa, eu chego, bom dia a senhora está bem? Eu sou do posto e queria fazer o cadastro da senhora, explico os dias da consulta né? Explico, quando é hipertenso, as reuniões. E depois, na sgeunda visita, é que a gente vai ficar mais descontraído. Daí por diante vai ficando mais fácil, porque a gente vai passando a conviver com aquela família né? A comunidade nossa, pelo menos a minha que eu participo, reclama muito do atendimento, do atendimento, da pessoa ser mais humanitária, a pessoa chegar</p>
---	--	---

<p>sorinho de pacote que agente leva na mochila, também e fiz cursos de ervas medicinais que vc pode estar orientando, né? Eu oriento minhas pacientes o tempo todo, eu fiz o curso. Tem certificado e tudo. Que fiz o curso de plantas medicinais. Se a criança esta com diarreia vc pode pegar é uma folhinha de pitanga, broto de goiaba, fazer o chazinho e dar pra aquela criança já ajuda na diarreia</p> <p>Mas tem gente que qualquer coisinha posto de saúde, aí falo pra meninas, não vamos procurar resolver aqui. O posto de saúde é pra curar, não pra prevenir. Vamos prevenir aqui.</p> <p>quando comecei a trabalhar, ganhei a bicicleta, mas passou uma carreta por mim, eu pulei, não sou boba, e foi pra secretaria de saúde. Agora uso do meu irmão. Não me deram outro. Comprei uma nova, mas roubaram, antes de pagar a primeira prestação. Deixei no fundo de casa, aí fui na frente atender, porque eles vão na casa da gente... aí fiquei lá na frente, papo vai papo vem, e nem dei falta da bicicleta. Quando minha filha quis a bicicleta, que demos falta.</p>		<p>lá e assim chega lá e o povo reclama. Acho que tem é que humanizar o atendimento, cada vez melhor. que árvore que dá fruto, pedra nela. Nem que fale.. vai fazer o que. Vamos continuar a fazer o que tem que fazer, eu quero trabalhar pela minha comunidade O problema daqui é educação infantil, que nós não temos área de lazer</p> <p>O maior problema nosso está sendo nosso pessoal jovem e é uma fase assim que as mães está deixando livre e e uma fase que não poderia estar livre, que é onde esta começando a aprender, ter curiosidade e nosso bairro é pequeno e a gente conhece mesmo a população nossa e já tive caso de criança nova drogada com 13 , 14, 15 anos... teve caso de 3 pessoas da mesma família.</p>
<p>repassar para a pessoa, até aonde a gente sabe, porque a gente não é dono de toda a sabedoria. Porque tem suas escalas, os auxiliares, o enfermeiro, e médico. Mas até onde compete a nós o que a população precisa a gente informa.</p> <p>pessoas que em rodeiam perguntando várias coisas do trabalho dentro do posto, fora do posto, questão de medicamentos, doenças.... sempre doenças...</p> <p>Um dia de trabalho... vamos pegar hoje.. que que eu coloquei na minha prancheta de trabalho hoje. Primeiro foco dengue.... porque houve chuva na semana passada, nós já temos um período de 5 dias de estiagem, então hoje as informações dentro de uma certa educação em saúde vai ser sobre dengue, esclarecer é... verificar... olhar os quintais... tudo...</p> <p>mostrar pra pessoa o que é certo e é errado, dentro daquilo que a gente aprendeu né?</p>	<p>Escala de poder no serviço</p> <p>As pessoas só querem saber de doença</p> <p>Escolha do tema da visita</p> <p>Diz o que é certo e errado</p>	<p>nós não temos nenhum local pra brincar. Nós estamos fechado aqui praticamente e as mães não gosta de deixar eles ir pro outro lado. A maior dificuldade do meu serviço é a distância, a minha área é muito extensa em vista da dos outros</p> <p>Mas quando chove, aí não vou pros corredores, que não da pra ir, então no caso fico restrita a cinquenta casas. E não repetir visita em menos de</p>

<p>. Se eu chegar na sua casa hoje vc esta tossindo tossindo ah! Reginaldo estou tossindo mas não sai nada não agüento, passei a noite mal, primeira coisa que vou falar... ou vc tem uma alergia ou a segunda coisa que vou falar, procura o tipo A pra fazer exame de escarro ... caso vc já venha alguns dias com isso e essa noite piorou acho bom vc procurar. A minha impressão é de tosse alérgica... então eu encaminho, chego aqui na unidade procuro um médico falo ô fulano está tossindo faz alguns dias, mas ele fez a pergunta o que eu achava que era e dei duas opções, ou era tosse alérgica ou pode ser alguma coisa relacionada a tuberculose e já pedi pra ele fazer exame no Tipo A.</p> <p>O meu dia seria de informação de acordo com o que vc perguntar. O meu foco seria dengue hoje, mas se vc sair fora do foco de dengue, eu tenho que estar preparado pra responder isso aí. Na medida do possível a gente está preparado.</p> <p>Vão. Graças a Deus são obedientes e vão. Até um jovem um mês atrás... eu encontrei ele no meio da rua e falou Reginaldo não agüento mais dor no peito, to tossindo direto, eu falei assim: sai catarro? Sai... Falei, meu irmão, amanhã cedo Tipo A. Ele falou, onde fica? Na Nelson de Araújo.... Ah, sei onde é que é. Eu falei vai lá, procura a assistente lá da área de tuberculose e faz exame e retorna com o resultado. Eu achei que ele não ia... uma semana.. quinze dias dali... ele me trouxe o resultado, deu negativo... ele trouxe o resultado na minha mão. Aí me alegrei ... eu falei assim, um jovem obedecendo.... né?</p> <p>eu consegui mudar a cabeça do meu povo, graças a Deus. E do jovem eu achei que não ia conseguir e ta indo.... até educação sexual eu consegui botar na cabeça daqueles meninos. É fila dentro de casa lá procurando camisinha, orientação, eles me procuram aqui na unidade ... olham de um lado e do outro ... tem uma salinha pra gente conversar.</p> <p>Por isso que os médicos gostam de mim. Porque eu vou lá na raiz pra resolver logo. Porque se vc deixar uma DST de um dia pro outro, dá uma transformação tão grande, que vc acaba perdendo o paciente se vc deixa. Isso eu aprendi com um mastologista, ele... dr. Falcão, se não me engano, num curso</p>	<p>Avaliação diagnóstica</p> <p>Estar preparado para tudo</p> <p>Obediência</p> <p>Conseguiu mudança</p> <p>O médico gosta dele</p> <p>Valorização do médico</p>	<p>15 dias, não dá. Fica muito barro. Choveu hoje, só posso ir depois de amanhã na tarde.</p> <p>O projeto piloto de dengue atrapalha. A gente sempre orienta, mas olhar quintal e bem diferente. Embolou tudo. O problema com a PPI é a maneira como eles trabalham , que é por quadra. Eles trabalham diferente da gente. E como é chácara chácara chácara... não achava o pessoal em casa e pra eu voltar lá... lá naquele corredor , na chácara ali, é muito difícil, porque eu já tenho que ir pro próximo e assim consecutivamente.</p>
--	--	---

<p>que a gente fez de aleitamento materno, eu levantei isso aí.. aí ele me explicou, vc pode entrar e falar com o médico e trazer, porque vc não pode deixar.</p> <p>eu facilidade de pegar amizade com essas pessoas do meio médico, da medicina aí.. então eu vou pegando orientação e não deixo passar em branco não.</p> <p>Eles começam a se abrir. Mas porque? É o jeito moleque que eu chego. Se eu chego sério, tenho certeza que eles vão fechar a cara. Mas eu falo no jeito popular deles mesmo. Então eu vou chegar e perguntar pra vc, se vc já..... Eu já perguntei na cara de uma menina se ela era virgem. Eu cheguei e falei, escuta, fala pra mim vc virgem?</p> <p>vc virgem? Sou. Aí ela falou, porque? Aí a gente começa explicar procedimentos de primeira vez. Ta certo, camisinha, tem gente que não gosta, que arranha, que é desconfortável, mas olha eu vou falar uma coisa pra vc, primeira vez vc tem que pensar muito bem porque é única. Outra, usa o preservativo, a não ser que vc vai casar com aquela pessoa e ela seja mais ou menos do seu tipo assim que não é de sair, não de ir em boates, não é de estar caçando confusão por aí, pessoa séria dedicada a vida pessoal dele não ao mundo aí com essas frescuras. Se vc for casar com ele e tiver confiança nele e ele em vc, e for viver uma vida tranqüila, se não quiser usa, vc não usa, mas se vc começar a desconfiar e ele de vc é bom vc usar, pois um dos dois está pulando o muro ou os dois pula. Ficou me olhando, Reginaldo vc é doido. Eu falei assim, mas não era isso que vc queria ouvir? Era, mas na lata assim? E eu falei assim, eu to falando alguma coisa.... isso é o que acontece no mundo. Se cuida principalmente agora, não engravidar, pra vc aproveitar a vida até o dia que vc estiver estabilizada, hora que vc tiver um filho... não é fácil. Os meus ensinamentos dentro da área de DST são esses.</p> <p>fico preocupado com certas pessoas que saem na balada e não levam um preservativo, nada, pois cinco seis dias depois está lá no posto, ah cara, saiu um carocinho, ah! Eu to com isso, ah ! ta escorrendo. Vai lá tomar medicamento pra sarar porque pegou uma doença. Isso estraga quem eu?? Estraga vc... eu não to sossegado. Tenho minha esposa, ela tem eu e nós dois se completa. Meu ensinamento é esse pra vc.</p>	<p>Como aborda as pessoas</p> <p>Assuntos íntimos</p> <p>Um da família??</p> <p>Preocupação com o outro</p> <p>Ouvir e aconselhar</p> <p>Se a pessoa não segue a orientação</p>	
---	---	--

<p>. Pra família se tem algum problema de convívio. Às vezes eu até dou um de psicólogo.</p> <p>aqui em casa é uma tribulação. Aí eu falo, vc já se olhou no espelho hoje? Não! Procura olhar no espelho, olhar pra vc mesmo. Fala o que vc anda fazendo de errado, o que sua vida esta proporcionando pra vc, que está errado pra ela. A pessoa fica chocada com isso, sabe, chocada, aí é o começo da orientação. Eu pergunto sobre o relacionamento deles.</p> <p>Não vou orientar mais nada e vc não me pergunta mais nada não</p> <p>Mas que eu falo eu falo. Eu oro, eu peço a Deus pra sempre estar iluminando aquela vila. Sempre... hoje nas minhas orações de hoje cedo, 15 minutos... pedi pra Deus dar uma vida tranqüila pra nós aqui no posto, os funcionários, falei eu tenho uma entrevista hoje, eu quero me sair bem nessa entrevista, que abençoe o dia. Eu faço uma oração tremenda!!</p> <p>Contou de um paciente que fez consulta e o médico pediu doppler de caróticas e o exame chegou autorizado 1 ano e 3 meses depois e o paciente havia morrido há 7 meses.</p> <p>ser ACS é ter um compromisso, vc além de ser o ACS, vc tem de ser o amigo, o psicólogo. Até ser o juiz de alguma coisa. Não que seja o correto, mas tem pessoas que confiam tanto na sua palavra, quanto na do médico, quanto na da enfermeira, pois aprenderam a conviver com vc dentro da comunidade</p> <p>trabalhar numa área dessa é vc ter conhecimento e mais paciência, pois é um serviço que exige paciência de todo mundo. E vc tem de ser aberto</p> <p>Assim, adquiri mais conhecimento sim, há necessidade de vc estar se aprimorando cada dia mais, mas o modo de agir, sorriso, a bronca, o jeito de exigir as coisas, eu nunca mudei. Quando eu entrei que percebi como era realmente as coisas, vc não vai vacinar? Eu pegava o celular, ô conselho tem uma pessoa que não quer vacinar uma criança. 20 30 minutos depois estava lá.</p>	<p>Espiritualidade no serviço</p> <p>Dificuldades</p> <p>Papeis do ACS na comunidade</p> <p>Valorização do ACS</p> <p>O que precisa ter para ser ACS</p> <p>Ameaça</p> <p>Prioridades</p>	
--	---	--

<p>Agora as pessoas me chamam e já sabem que a primeira coisa que eu vou olhar e cobrar é a vacina das crianças. Primeiro eu olho na criança, o futuro está ali, se não for bem cuidado o que é o nosso futuro, então não adianta cuidar o que ta meio caminho andado.</p>		
<p>a gente tenta passar de tudo pra eles, na saúde, no jeito de comer, não fumar, não comer gordura, tudo é saúde.</p> <p>Os hipertensos não tem jeito, vc sabe que a gente pejeja pra conversar com eles, educa eles, nas coisas diárias deles, que é comer menos sal, essas coisas, mas não tem jeito, como se diz não tem jeito, tem hipertenso muito rebelde,</p> <p>Mas os hipertensos acho que é o pessoal mais rebelde, os diabéticos, é o pessoal mais duro de vc lutar com eles.</p> <p>Mas a gente vai dando o jeitinho da gente, a gente sempre dá um jeitinho né?</p> <p>. Uma pessoa infectada , vai se infectar de novo e assim, consecutivamente, não existe.. aí eu fiquei preocupada.... ne nem ... não só por causa dos outros, mas por causa de mim. Hoje em dia pra passar isso pra algum paciente. Se vc fez o tratamento e seu marido fez, não, como posso falar pra ela se não existe (na rede só tem o tratamento para a mulher) o tratamento. É triste né? Como eu digo pra gurias, muitas a saúde está doente.</p> <p>, adorei a palestra, excelente ni tudo.</p> <p>Isso é porque eu disse que não queria participar, é que a gente vai desgastando, eu vou completar 10 meses, e parece que tem mês que a gente ta... é o primeiro serviço meu, gosto do que eu faço, eu gosto. É claro que tem hora que tem um povo que é difícil, vc está lidando com gente diferente, né?</p> <p>Uns chega ai valdete, por que vc não vou nessa semana lá em casa? E outros, nem atende a gente na porta.</p> <p>... o remedinho que eles tomam, pra mim ta sendo dificultoso, tem um monte de remédio que eles tomam, valdete aquele</p>	<p>As orientações</p> <p>Não mudam</p> <p>Caracterização de hipertensos e diabéticos</p> <p>Forma de atuar</p> <p>Diferenças da orientação e da realidade</p> <p>Desgaste</p> <p>Tristeza de trabalhar com gente</p> <p>Dificuldades nas visitas</p> <p>Dificuldade de saber tudo de todos</p>	

<p>remédio.... aí falo, mas aquele remédio eu não lembro. É difícil, não é, tenho 150 famílias e a gente de 700 a 800 pessoas, difícil a gente lembrar do remédio da pessoa.</p> <p>A primeira coisa que eu faço quando é a primeira vez , eu chego e faço cadastro. Eu chego bom dia, como vai a senhora. Quando é o senhor, eu pergunto, sua senhora está em casa? Eu gosto mais de conversar com as mulheres. A gente... e também tem mulher que é ciumenta né? Eu gosto mais quando a mulher está em casa, eu chego, bom dia a senhora está bem? Eu sou do posto e queria fazer o cadastro da senhora, explico os dias da consulta né? Explico, quando é hipertenso, as reuniões. E depois, na segunda visita, é que a gente vai ficar mais descontraído. Daí por diante vai ficando mais fácil, porque a gente vai passando a conviver com aquela família né?</p> <p>posso não estar no horário de serviço, mas quando vejo eles, até minhas amigas fica brava né? Eu tava com duas gestantes que tava fora, eu tava lá em frente da minha escola, já 7 e meia, a gente sempre chega atrasado, aí a gestante passou, ô maira, ahan.. ele tava de bicicleta, na garupa do marido dela, vc não foi na sua consulta porque? Ah, não deu.. falei olha... aí minha amiga me cutucou, horário de agente de saúde acabou.</p> <p>Não, não é que acabou, eu tenho que... quando eu vejo, eu cobro mesmo, né, cobro mesmo, pode estar aqui, pode estar em outro lugar, eu quero saber porquê não foi, porque antigamente dizem que era uma dificuldade de a gente ter , assim, como se diz, saúde... antigamente quando eu era criança ainda, dizem que aquele INAMPS era um problema sério, estudamos bastante no curso sobre isso, e hoje em dia, a saúde é melhor e o povo reclama, o povo reclama porque não conhecia antigamente.</p> <p>A minha paixão é povo, eu sou bairrista, adoro meu bairro, que é lá no cafundé do judas, onde judas perdeu as meias, que a as botas ele perdeu no Jóquei. O meu bairro é longe... sou louca por meio bairro, eu sou da associação, sou da igreja, presidente de bairro, tudo.. participo de tudo, agora que não tenho tempo mais, mas sou bairrista, onde ta o povo do meu bairro, eu to junto.</p>	<p>Início</p> <p>Primeiras visitas</p> <p>Dificuldades</p> <p>Horário de trabalho do ACS</p> <p>Saúde melhorou</p> <p>Gosta do bairro e das pessoas</p> <p>Todos a conhecem</p> <p>É liderança no bairro</p>	
---	--	--

<p>Aqui não tem ninguém que não me conhece. Antes de mexer com a comunidade eu era vendedora ambulante aqui no bairro. Eu nunca saí do meu bairro. Onde vc chegar, se for nessa primeira casa, em conhece, na outra, me conhece. Apesar de que ninguém gosta de dar informação né? Mas se for chegar aqui e perguntar onde mora valdete, todos conhece a valdete. Mora há onze anos no bairro, o bairro tem onze anos.</p> <p>mas eu não posso sair do meu objetivo que é meu serviço, né, aí ela falou então fica de vice, aí falei, então ta. Agora dias atrás, ta com uma semana, conseguimos uma reunião, veio o pessoal da secretaria lá, aí pedi pra Joana pra vir lutar pelo meu bairro, porque nós estava sem iluminação aqui, a gente ia pra escola no escuro</p> <p>A comunidade nossa, pelo menos a minha que eu participo, reclama muito do atendimento, do atendimento, da pessoa ser mais humanitária, a pessoa chegar lá e assim chega lá e o povo reclama.</p> <p>a gente tem que saber lutar pelo povo, só que as vezes o funcionário pergunta que quê, já aconteceu isso comigo, eu digo, eu vim ver se acho uma pessoa, isso porque eu sou agente de saúde, muitas vezes fica com medo de ir no posto, já to doente, não sou besta, chegar lá para ser maltratado.</p> <p>Acho que falta..... assim..... Igual nosso Dr. O dr. Redmar ele é uma pessoa brincalhona, a gente precisa de gente assim, pessoa alegre , contente, dentro da unidade.</p> <p>ô fulano, vai lá, tem médico, segunda vc vai cedinho e consulta né.. aí chega lá tão com a cara deste tamanho: não tem médico não. É difícil. E tudo que acontece lá na recepção reflete em cima da gente,o agente de saúde, eles falam eu não vou mais lá na porcaria daquele posto, porque eu fui maltratada, vc falou pra mim que eu podia ia lá nesse dia e se eu fosse cedinho eu ia ser consultada..... principalmente pessoas idosas.</p> <p>Acho que tem é que humanizar o atendimento, cada vez melhor.</p>	<p>Reclamação do posto</p> <p>Lutar pelo bom atendimento aos seus clientes</p> <p>Como deveria ser as pessoas no posto</p> <p>Influencia do posto na ação do ACS</p> <p>Necessidade de humanizar</p> <p>Hiperdia como consulta especial</p> <p>Palestra como lembrança constante – cobrança</p> <p>Chocar para obter resultados</p>	
---	---	--

<p>HiperDia, vamos dizer, é uma consulta especial pros hipertensos e diabéticos, porque lá vc vai pegar seu remedinho, vai se consultar com o médico, está doendo, vamos falar pro médico, olha a perna ta doendo, vc vai passar, vai encaminhar um remédio, então é uma consulta especial</p> <p>Agora no HiperDia eu gostaria que tivesse sim, antes do HiperDia uma palestra né? Como assim, sem sal, sem gordura, essas coisas....que fosse de dois em dois meses.... mas sempre estivesse lembrando, eu acho que eles não esquece, mas, é difícil mudar velhos hábitos né? Eu mesmo, tem hora.... eu gosto de gordurinha. Eu quero comer gordurinha. Se não tiver lá eu como, se tiver eu como.</p> <p>Acho que tem de mostrar a realidade. Coisa que choca. Igual nós tivemos. Porque o dia que fiz o curso na... há seis meses há trás, nós vimos, vimos uma moça nova com câncer no seio. Aquilo me chocou tanto.... tinha de CA no útero, mas me chocou tanto, que coloquei minha mulherada todinha pra fazer. Apertei de todo mundo, mas escaparam ainda, falei: Olha vcs não viram o que eu vi. O que que vc viu ? Olha, uma mocinha, tão novinha, ela tava grávida, é verdade, a Marta que contou pra gente, tava grávida, teve de abortar pra fazer o tratamento, mesmo assim ela morreu. Uma menina tão nova, morreu com ca de mama. Já pensou se ela tivesse prevenido? Não tinha acontecido isso com ela, já pensou. Se tivesse descobrido assim... a é? Pois é. Morreu. O peito deste tamanho, a ferida deste tamanho. Ai apelei. Até as idosas bem idosas, foi.</p> <p>Quando elas tem bolsa escola, bolsa família, eu falo, olha vai perder se não fizer preventivo. Menina, a vaga e na terça, elas vem na segunda correndo. Tudo doida.</p> <p>O negócio é apertar, acho que nada melhor do que chocar, acho que imagem... tem a hanseníase, tuberculose, câncer... mas passar um medinho. Medinho assim de esfriar a barriga. Ai meu Deus do céu, será que to com algum problema e ó pro posto de saúde.</p> <p>O problema daqui é educação infantil, que nós não temos área de lazer</p>	<p>Saúde atrelado ao bolsa família</p> <p>Como fazer educação em saúde</p> <p>Falta de lazer como problema</p> <p>Drogas e liberdade</p> <p>Poucas opções para a comunidade</p> <p>Iniciativas envolvendo a comunidade</p> <p>Iniciativas mas que dependem da comunidade</p> <p>Críticas ao trabalho</p>	
---	--	--

<p>O maior problema nosso está sendo nosso pessoal jovem e é uma fase assim que as mães está deixando livre e e uma fase que não poderia estar livre, que é onde esta começando a aprender, ter curiosidade e nosso bairro é pequeno e a gente conhece mesmo a população nossa e já tive caso de criança nova drogada com 13 , 14, 15 anos... teve caso de 3 pessoas da mesma família.</p> <p>nós não temos nenhum local pra brincar. Nós estamos fechado aqui praticamente e as mães não gosta de deixar eles ir pro outro lado.</p> <p>Agora tivemos de idéia de fazer reciclagem de plástico no canaã todinho, pega frasco de shampoo. Vamos precisar de muita ajuda pra começar. Arrumamos carro pra levar a reciclagem. Vamos passar nas casas, deixar bilhetinho, orientar a família, fazer reciclagem dos plásticos, daquelas garrafas PET, ou então vamos levar e deixar saquinho nas casas da pessoa, olha fulano tal dia venho buscar. Aí passa recolhendo. O dinheiro vai ficar na associação pra gente ter recurso</p> <p>o plano da gente. Fazer uma horta nesse campo. Não pode jogar bola, por isso que não tem nada aqui. Vai vender mais barato, vai ter mandioca, feijão de corda...pra gente ter tipo uma rotação no nosso canaã, um movimento de alguma coisa, funciona funciona, mas dá trabalho e a gente tem que ter pessoas envolvidas, a comunidade não é uma duas pessoas, é ao todo.</p> <p>que árvore que dá fruto, pedra nela. Nem que fale.. vai fazer o que. Vamos continuar a fazer o que tem que fazer, eu quero trabalhar pela minha comunidade</p> <p>Agora além da comunidade tem os corredores, né? Tenho cem família em chácara. O pessoal da chácara se estão trabalhando, acordam bem cedo, agora as da comunidade vc nunca acha em casa ou dormem até nove horas.. E que não tem outra coisa pra fazer aqui, ou vc dorme ou assiste ou fazer serviço de casa. As casas aqui são deste tamanho, cabou serviço, cabou tudo, vai fazer seus crochês, seu bordado...</p>	<p>Muitas famílias pro ACS</p> <p>Realidade</p> <p>Cobrando o cuidado com a saúde</p> <p>Atendendo os problemas de saúde da comunidade</p> <p>Orienta mas não pode forçar</p> <p>Dificuldades no trabalho</p> <p>Dificuldades da PPI com a ação do ACS</p>	
---	--	--

<p>Eu geralmente eu cobro muito a vacina. Vacina preventivo eu cobro mesmo. Eu chego na casa, se bem que já fiz as quadra tudo e agora não nem mais fazendo isso. Eu chego bom dia, como vai a senhora? E as crianças? Ta bem.. ta bem? Traz o cartãozinho que eu quero ver as vacinas. Vc foi na pesagem? Não não fui, o sol estava muito quente(a pessoa fala) Não mas tem que levar.</p> <p>Se a criança ta fora do peso, nós temos a multimistura</p> <p>Assim então, aviso, chamo, vou atrás, mas a gente não pode trazer pelo braço. Trazer pelo braço é difícil. A gente não pode pegar o comprido e dizer engole. A gente faz isso com os filhos da gente.</p> <p>A maior dificuldade do meu serviço é a distância, a minha área é muito extensa em vista da dos outros</p> <p>Mas quando chove, aí não vou pros corredores, que não da pra ir, então no caso fico restrita a cinqüenta casas. E não repetir visita em menos de 15 dias, não dá. Fica muito barro. Choveu hoje, só posso ir depois de amanhã na tarde.</p> <p>.O projeto piloto de dengue atrapalha. A gente sempre orienta, mas olhar quintal e bem diferente. Embolou tudo. O problema com a PPI é a maneira como eles trabalham , que é por quadra. Eles trabalham diferente da gente. E como é chácara chácara... não achava o pessoal em casa e pra eu voltar lá... lá naquele corredor , na chácara ali, é muito difícil, porque eu já tenho que ir pro próximo e assim consecutivamente.</p>		
---	--	--

APÊNDICE C – SÍNTESE DA ENTREVISTA COLETIVA VALIDADA PELO GRUPO

Depois de sete meses trabalhando com uma nova modalidade de educação em saúde a pergunta é: Como foi para vocês a experiência de trabalhar com Educação Popular em Saúde?

Síntese das respostas:

Quanto aos pacientes, foi observada uma grande diferença durante as reuniões do HiperDia...muitos reclamavam antes, depois da interação das ACS, os pacientes melhoraram a auto-estima. Os pacientes precisavam de atenção e esta atenção foi dada de modo mais amplo. Porém, segundo o médico da equipe, pouca diferença ainda foi sentida no consultório. Isto porque os pacientes que freqüentam as consultas são sempre os mesmos e já têm o hábito da reclamação (crônicos).

Os pacientes se sentiram mais motivados a estar presente nas reuniões do HiperDia porque se sentiram importantes, diferenciados ao a equipe se preocupar com eles. Agora, eles sabem a hora, o dia e fazem questão de estar presentes. As pessoas se sentiram mais à vontade para se expressar, perguntar nas reuniões. Os pacientes buscam coisas diferentes, estavam cansados do modelo tradicional de palestras. Há sete anos os pacientes ouviam as mesmas recomendações... uma sobrecarga de impedimentos ao paciente. Com a Educação Popular em Saúde, novas idéias fluem e os pacientes se tornaram mais seletivos quanto ao que é apresentado a eles e começaram a solicitar que as iniciativas novas perdurem.

Nas reuniões sob o novo modelo o paciente consegue se sentir importante e os profissionais também. Melhorou o humor do paciente e dos profissionais. Os pacientes têm mais vontade de se arrumar para estarem presentes às reuniões. A ausência às reuniões era freqüente e a pressa para que a reunião terminasse não mais existe. Os pacientes já cobram a ocorrência das atividades do HiperDia.

Com relação ao grupo, a auto-estima do grupo melhorou, as iniciativas e potenciais de cada um foram valorizados. O trabalho ressaltou a importância de cada um no grupo.

O trabalho de Educação Popular em Saúde foi ótimo, pois agora se tem o que conversar nas casas com as pessoas. Havia casas que os ACS tinham vergonha de pedir a assinatura, pois não faziam nada lá, estavam sempre todos bem, agora não, se conversa sobre os grupos, sobre oficinas, sobre nossa comunidade.

Apesar de conhecermos os potenciais de cada um do grupo da ESF, a rotina do trabalho e a necessidade de cumprir as metas, faz com que não tenhamos, rotineiramente, tempo para que cada um possa apresentar seus potenciais.

A possibilidade de trabalhar com Educação Popular em Saúde resgatou os princípios pelos quais a ESF foi criada e para a equipe cada um pode se sentir importante, mostrando seu potencial, criatividade. Vimos que todos são importantes e, que, se um quebra o elo, o grupo fica prejudicado.

Depois das iniciativas de Educação Popular em Saúde, cada um assumiu sua própria responsabilidade. Às vezes, a Secretaria Municipal de Saúde não se preocupa diretamente com os pacientes e com a equipe. Interessam-se mais com as metas com os indicadores, que com o trabalho da equipe e as pessoas. Mas, este trabalho fez o grupo lembrar que cada um tem uma responsabilidade direta com o paciente.

O grupo se tornou mais unido, os ACS passaram a conhecer os pacientes uns dos outros. A comunidade foi valorizada. Deixou-se de fazer atividades em “forma de bolo”.

O trabalho da ESF pode “engessar” o profissional, mas, com novas idéias de se fazer educação, os profissionais da equipe vislumbraram a possibilidade de trabalhar de modo diferenciado e voltar a ter prazer na rotina do seu trabalho. Como na unidade funciona outra equipe de saúde da família, eles poderão ser influenciados

pelas novas idéias da equipe que participou do estudo, na medida em que a população que não foi beneficiada pelo estudo, passará a cobrar atividades criativas e preocupadas com o paciente.

A rotina do dia-a-dia faz com tenhamos encontrado dificuldades para estar presente sempre nas reuniões e participemos juntos nas atividades. Vez ou outra ocorre atrasos para as reuniões do grupo. Infelizmente nem todos da equipe de ACS se comprometeu com o novo trabalho. Mas, de um modo geral, foi bom para todos do grupo.

O trabalho foi facilitado nesta equipe porque a equipe é unida, entrosada, cada um respeita a personalidade e as diferentes opiniões de cada um do grupo. E usam as diferentes opiniões em prol de melhorar a qualidade de vida do paciente. A equipe tem liberdade de tratar uns com os outros. Não há uma estrela mais importante que outra. Todos brilham na equipe... Não há discriminação: do médico às faxineiras, todos se mostram disponíveis a participar e a trocar informações uns com os outros.

E as atividades de Educação Popular em Saúde tornaram o grupo mais maduro, o amor uns para com os outros foi realçado.

Cada um do grupo tem suas próprias características: uns são reservados, outros mais abertos. E, com a maior interação uns com os outros, a equipe aprendeu a lidar com as diferenças uns dos outros e com os limites de cada um.

Os serviços de Educação Popular em Saúde melhorariam muito os serviços de saúde, caso não houvesse tanta cobrança quanto aos resultados. Existe uma sobrecarga de trabalho para o coordenador da equipe e este tem que cobrar do restante da equipe.

Uma grande dificuldade inicial foi a resistência do outro (o paciente) quanto à nova dinâmica das atividades. Por outro lado, os recursos financeiros para mudar as atividades nas reuniões do HiperDia são poucos. Mas, os ACS se movimentaram com a comunidade para conseguir os recursos. A criatividade dos ACS foi estimulada, na medida em que o responsável pela equipe dá abertura para novas

iniciativas. Isto pode envolver outras áreas além da saúde: social (recolha de agasalhos, aquisição de alimentos para ofertar aos pacientes do HiperDia).

Como um do grupo não participou, acredita-se que suas atividades nas reuniões do HiperDia foram prejudicadas na medida em que ele não pode entender a dinâmica do novo trabalho.

O grupo sentiu no início que as atividades de Educação Popular em Saúde seriam mais um trabalho que sobrecarregaria a equipe. No entanto, à medida que as atividades foram acontecendo, a primeira impressão foi desfeita e a Educação Popular em Saúde passou a contribuir para as atividades.

Acredita-se que a ausência de recursos financeiros será o grande empecilho para que as atividades sob o modelo de Educação Popular em Saúde sejam duradouras. Mas, novas idéias já estão surgindo no grupo para que esta dificuldade seja minimizada. Por exemplo, o estabelecimento de parcerias com os comerciantes da comunidade. O grupo reconhece que nem todos os comerciantes participarão, no entanto, sabe-se que as pequenas iniciativas farão a longo prazo com que a comunidade se interaja com as atividades em prol da melhora da qualidade de vida da população.

O trabalho com o modelo de educapop à princípio é mais difícil, porque o profissional precisa estar disponível para aceitar as novas idéias e planejar novas ações. Mas, é mais prazeroso. Faz com que as atividades deixem de ser rotineiras e os resultados alcançados são melhores que no modelo tradicional. Assim, num prazo maior, a própria comunidade passa a se educar. Um paciente toma a iniciativa de ensinar aos outros.

Porém, para o profissional ACS é muito complicado porque, além de todas as outras responsabilidades, é preciso pensar em novas iniciativas de como lidar com o paciente.

O lema do grupo agora é: “Progredir...e não regredir!” Os ACS acreditam que nunca mais o grupo será o mesmo e que não há possibilidade de suas ações voltarem a ser as mesmas de antes do Educação Popular em Saúde.

Para que as atividades perdurem, os ACS ressaltam a importância de que a avaliação rotineira dos serviços ofertados sejam sempre avaliadas em grupo. Além do que, a possibilidade de apresentar (divulgar) para outras equipes, em eventos científicos, o trabalho que vem sendo realizado nesta equipe incentiva a equipe a continuar as atividades. Fará a equipe se sentir melhor... Importante!

O grupo se sente desvalorizado porque há pouco apoio da Secretaria Municipal de Saúde para continuar as atividades no novo modelo.

APÊNDICE D – RELATÓRIO DO INTERCÂMBIO COM O PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE EDUCAÇÃO DA UFPB

Recordo-me de uma aula no segundo ano de Graduação em Enfermagem onde a professora nos ensinava que sempre temos que visar o que é melhor para o paciente, que os profissionais de saúde possuem a mesma importância, pois todos aplicam seu conhecimento para que o paciente receba o melhor para sua saúde e que um depende da ação do outro para o alcance desse objetivo. Essa aula foi seguida de uma discussão de que devemos tratar o paciente não como queremos ser tratados, mas como ele deseja ser tratado e isso implica em ouvir e conhecer o outro.

Dias depois estávamos ansiosos aguardando essa mesma professora na entrada do HU às 6:30 da manhã para iniciarmos nosso estágio de Fundamentos de Enfermagem na Clínica Médica. Era um misto de empolgação com medo, pois a fama era de que na Clínica Médica os pacientes tinham muitos cuidados e tínhamos que fazer tudo até às 11h da manhã. Banho, medicação, curativo, levar o paciente para deambular eram alguns desses cuidados.

Chegamos, recebemos o plantão, lemos o prontuário e eu e minha dupla fomos conversar com nossa paciente e após conhecimento da rotina do serviço e uma avaliação, organizamos as atividades do dia. Começamos pelo banho de leito, preparamos o material, água morna, biombos e iniciamos o banho. Na metade do banho chega a professora esbaforida dizendo:

- O médico fulano de tal vai passar visita com os doutorandos agora. Parem o banho e aguardem no corredor.

E eu perguntei:

- Nós vamos deixar a paciente molhada? Despida? Ela vai ficar com frio... o lençol debaixo está molhado e a água do banho vai esfriar... pede para o médico esperar um pouquinho, nós já vamos terminar!

E a resposta foi:

- Não, façam o que estou dizendo... senão o Fulano de Tal vai brigar com a gente.

Ainda tentando impedir esse desfecho, perguntei para paciente:

- A senhora prefere que continuemos o banho e eu peço para o seu médico aguardar um pouquinho ou ver outros pacientes primeiro?

Qual foi minha surpresa ao ouvir:

- Filha, o que for melhor pro doutor.

Era como se eu tivesse descoberto num só dia que Papai Noel não existia, que Coelhinho não botava ovo, que as nuvens não eram de algodão. Esse incidente marcou minha vida e me fez buscar coerência entre o que digo e o que faço e que esforços sejam despendidos para que a vontade do paciente seja descoberta e atendida.

Mas muitas eram as dúvidas que sempre me acompanhavam: mas e se o que paciente prefere ou deseja não for o melhor para a saúde dele? Como posso resolver esse impasse?

Em 1997 em um estágio de Administração em Saúde Pública, ainda na graduação, fiz um projeto de realizar atividades educativas na unidade de saúde, nas escolas e na comunidade adscrita. Fiz inúmeras palestras e acreditava estar cumprindo fielmente a parte que me correspondia. No entanto, ao realizar visita na casa daqueles que haviam participado das atividades por mim realizadas, observei que não estavam seguindo as orientações recebidas, mesmo as mais fáceis (no meu julgamento), tais como tomar a medicação. Que dificuldade pode haver em tomar um comprimido de remédio? Pensava eu... na minha santa ignorância. Buscando encontrar respostas para minhas dúvidas comecei a ler inúmeros livros na biblioteca, muitos da área de psicologia, sobre comportamentos... e, foi nessa busca que encontrei o livro Educação Popular nos Serviços de Saúde, do Prof Eymard. Que achado! Virei fã na hora! Comecei então a entender minha prática e a visualizar um caminho para a real mudança.

A partir daí venho acompanhando e lendo material produzido sobre Educação Popular e Saúde e as obras de Paulo Freire. No Mestrado em Saúde Coletiva pesquisei sobre educação em saúde e agora no Doutorado em Ciências da Saúde quero trabalhar com Educação Popular em Saúde. Apesar de ler muito, nunca havia acompanhado um grupo que trabalhasse nos moldes da Educação Popular em Saúde para ver na prática como era possível a relação educador-educando, onde ambos fossem sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, sem autoritarismos, com verdadeiro respeito ao saber do outro e a construção de saberes.

Objetivando uma vivência em Educação Popular, nasceu a idéia de realizar um estágio no PEPASF e no Grupo de Pesquisa em Educação Popular da UFPB. Realizamos contato com professor Eymard e foi encaminhada uma solicitação de estágio pelo curso de Doutorado em Ciências da Saúde (UNB-UFG-UFMS) ao curso de Doutorado em Educação da UFPB.

Abaixo um trecho da carta solicitando o estágio:

“Uma das etapas da pesquisa (*que será realizada por mim, Cibele*) é a execução de um processo de ensino-aprendizagem utilizando a metodologia da Educação Popular em Saúde pela própria pesquisadora. No entanto, para que esta pesquisa obtenha resultados satisfatórios

é necessário que a mesma adquira, além de conhecimento teórico, um conhecimento prático de experiências com comunidades, profissionais e estudantes nos moldes da Educação Popular em Saúde, tornando-a assim capaz de executar esse processo de ensino-aprendizagem com propriedade”.

Tudo acertado... compramos as passagens, reservamos hotel e embarcamos, eu e minha família. Começava uma experiência ímpar.

Dia 18/09 às 17 horas participei da reunião semanal do PEPASF. Aos poucos os participantes iam chegando e tomando seus lugares. Eu estava ali acompanhando cada movimento. Logo consegui observar que os professores, apesar de estarem presentes, não tomavam “as rédeas” da reunião. Mas incrivelmente tudo ia se ajeitando. Logo alguém começou a listar a pauta da reunião, de acordo com as sugestões que iam sendo dadas. Uma acadêmica começou os informes e a dirigir a reunião. Chamou-me a atenção a autonomia dos acadêmicos e também a firmeza de opinião destes, já que ao professor emitir parecer diferente, não aceitaram passivamente (como frequentemente vejo), contra-argumentando. Lição número 1: A autonomia acontece na realidade. E a relação sem autoritarismos acontece entre professores e alunos primeiro e dessa forma eles também o (se) preparam para atuar da mesma maneira com a comunidade. Lição número 2: O grupo consegue junto achar o caminho, sem a necessidade de ter alguém dizendo “qual o caminho”. E dessa forma todos se comprometem com maior intensidade, afinal o caminho foi escolhido por eles mesmos.

Nesse primeiro encontro me apresentei e fui muito bem acolhida, uma experiência gostosa, ainda mais pra alguém com uma timidez tolhedora, como é o caso...

Foi-me feita uma lista pelos participantes das atividades que seriam realizadas nas duas semanas em que eu permaneceria na cidade, com os telefones de contatos, o que me permitiu participar intensamente das atividades do grupo.

Dia 19/09, uma quarta-feira, conheci a famosa comunidade Maria de Nazaré. Fui para uma reunião no grupo de idosos. Acompanhei atentamente cada detalhe. Nesse dia os participantes do grupo relatavam sobre a experiência de um passeio na cidade. E comecei a identificar uma semelhança enorme com as atividades que desenvolvia com hipertensos na época em que fui enfermeira de um PSF. Achei que estava faltando uma discussão sobre “as causas de esse passeio ser raro para eles” “o que estava errado?”. Fiquei com uma dúvida: Ou eu fazia Educação Popular em Saúde corretamente e não sabia ou eles não faziam Educação Popular em Saúde naquele grupo, ou eu não havia entendido nada do que estava acontecendo ali. Após uma conversa com o professor Eymard era hora de aprender a Lição número 3:

Educação Popular em Saúde é um processo. Pode-se ter avanços e retrocessos nessa caminhada, mas ela tem a intenção de transformação, mas é preciso respeitar o tempo, as expectativas, as crenças e as “restrições” e “impedimentos” do grupo (não achei palavra mais adequada). Lição número 4: Que atitudes autoritárias podem ocorrer dentro de ações de Educação Popular, não por desejo, mas pela força do hábito, já que a maioria de nós foi formada num sistema autoritário, mas não é a regra, é a exceção. E também pelo fato de as pessoas estarem em estágios diferentes de evolução dentro desse processo.

Dia 20/09, uma quinta-feira, fui ao grupo de Saúde do Trabalhador, onde foi discutido com eles o serviço de Defensoria Pública da Justiça Federal, para problemas que eles tivessem com o INSS, por exemplo. O grupo era bem politizado, a maioria já havia recorrido aos serviços públicos em busca dos seus direitos e tinham claros os impedimentos encontrados, que seus direitos não estavam sendo respeitados e a inadequação de alguns programas destinados à sua recuperação e reinserção no mercado de trabalho.

Foi de grande valia verificar na prática como a Educação Popular pode estar inserida nos mais diversos espaços. Esse grupo acontece num centro voltado para o atendimento ao trabalhador, o CEREST. Lição número 5: A Educação Popular em Saúde não precisa ficar restrita à área de um PSF, ela pode e deve estar articulada com os movimentos e instituições sociais. Lição número 6: Todos têm conhecimentos para serem compartilhados. Os trabalhadores contam de uma realidade que poucos de nós conhecemos, de como são tratados nas instituições e de suas dificuldades para seguir pós-acidente de trabalho, DORT ou LER. E nessa reunião uma acadêmica de Direito contribuiu dando orientações práticas de como utilizar um direito. Enfim, permite entender verdadeiramente o conceito ampliado de saúde.

Nesse mesmo dia participei do encerramento do curso de Educação Popular em Saúde. Li o texto do prof. Eymard que seria discutido na reunião antecipadamente, intitulado: O significado da dimensão espiritual para o trabalho social. Extremamente instigante assistir a um público tão heterogêneo discutindo o mesmo assunto. Fiquei encantada com a eloquência da professora Bia. Queria ser igual a ela!

Dia 21/09 acompanhei o grupo de Deficientes Físicos e me esqueci de perguntar por que o nome do grupo não estava no “politicamente correto”, sendo grupo de Portadores de Necessidades Especiais. Como já dava o horário da reunião e não havia comparecido nenhum membro da comunidade, os acadêmicos tomaram a decisão de parte ficar aguardando e realizar o grupo, caso aparecesse alguém e outra parte foi refazer o convite à comunidade, de porta em porta. Nesse dia percorri um pouco mais as ruas da comunidade Maria de Nazaré e

ao acompanhar esses acadêmicos vi na prática deles a autonomia. Não ficaram parados esperando um professor ou alguém dizer-lhes o que fazer, pelo contrário, comunicaram ao professor a decisão. Lição número 7: O comprometimento com o trabalho com e na comunidade é profundo, onde o importante não é a nota ou um certificado, mas contribuir de alguma forma para que aqueles tenham uma vida melhor. Lição número 8: a autonomia dos acadêmicos é real.

À tarde estive participando do grupo de gestantes, o tema era sexualidade na gestação. Essa foi uma reunião onde a alegria dos acadêmicos era visível, pois o grupo contava com pelo menos quatro novas participantes gestantes. O interessante foi assistir o envolvimento de dois acadêmicos de medicina. Depois vi com um deles um livro sobre sexualidade. Eles tinham se preparado, demonstrando o respeito pela comunidade e ao mesmo tempo conseguiram criar um ambiente que facilitava a discussão e o relato de experiências. O destaque que faço é pelo fato de por aqui apresentarmos muitos preconceitos com estudantes de medicina, dizendo que eles têm resistência em trabalhar com a comunidade. Lição número 9: Que os estudantes de medicina podem e desejam atuar junto à comunidade para entender sua realidade. Na minha pesquisa eu não envolveria o profissional médico, por acreditar que ele não se interessaria sobre o tema Educação Popular em Saúde, após esse estágio, inúmeros pontos da pesquisa foram reformulados e agora o médico está incluído na minha pesquisa. Revi meus conceitos e preconceitos!

Dia 24/09, uma segunda-feira, dia da reunião semanal do projeto PEPASF. Foi muito interessante a discussão sobre o caso de dona Dora. A temática saúde mental foi muito forte na reunião e me atraiu muito, pois atuo como docente de saúde mental. Um aprendizado grande foi a descrição de como foi aceitar a decisão de uma paciente, em relação ao que ela considerava adequado, uma cura espiritual. Nesse dia queria ter em despedido do grupo e tirado fotos com todos, mas acabou a luz e a reunião dispersou e não pude expressar minha imensa gratidão pelo aprendizado e acolhimento.

Dia 25/09, uma terça-feira, participei de uma discussão com a turma de medicina sobre o trabalho que fizeram sobre suas visitas na comunidade. Esse momento foi muito importante para o meu aprendizado, pois pude “ouvir” os vários olhares sobre a experiência vivenciada junto à comunidade e dessa forma conhecer um pouco mais das atividades que são realizadas e como estão sendo vivenciadas pelos acadêmicos.

Dia 26/09, uma quarta-feira, fui ao grupo de psicologia. Impossível descrever com palavras esse momento rico de aprendizados, de percepções do outro e de mim mesma. Pude

conhecer mais profundamente como a Educação Popular pode ser transformadora e formar indivíduos autônomos, críticos e livres. Nesse momento vi o casamento perfeito entre Educação Popular e Saúde Mental, um campo onde posso transitar com mais propriedade. Lição número 10: Vou copiar a experiência e implantar na minha Universidade tão logo termine o doutorado.

Dia 27/09, quinta-feira, último dia do meu estágio e estada em João Pessoa. Estive na comunidade Maria de Nazaré e acompanhei algumas visitas domiciliares. Participei da reunião dos acadêmicos de medicina na unidade de PSF. Os acadêmicos foram extremamente simpáticos e acolhedores, cheguei a me sentir como se eu fosse da UFPB e não uma estranha. Nota dez para eles. No final da tarde participei da reunião do grupo de pesquisa e fiquei encantada em como um se importa verdadeiramente com o outro. Não era um grupo de pesquisa apenas, era uma família e daquelas que se amam. Lição número 11: É possível produzir cientificamente com os colegas de trabalho, em um clima fraternal e não de disputa e competitividade.

Esse estágio foi de uma importância determinante para que meu projeto de pesquisa alcançasse coerência e validade interna e para a realização da pesquisa-ação. Iniciei a coleta de dados e estou utilizando a experiência adquirida para conduzir a formação de agentes comunitários de saúde e enfermeiros para a realização de educação em saúde nos moldes da Educação Popular. E o melhor de tudo na minha avaliação é ter entendido que não estou trabalhando com Educação Popular para obter mudanças de comportamento no sentido do hipertenso retirar sal da comida, realizar caminhada, mas sim contribuindo para que ele compreenda sua realidade e formule estratégias de enfrentamento para seus problemas, inclusive para hipertensão, exercendo sua autonomia, cidadania e principalmente que seja livre para fazer suas escolhas.

Descobri que eu queria usar a Educação Popular por ela se apresentar como um instrumento mais poderoso para que as pessoas pudessem aderir às medidas de controle da hipertensão. O meu objetivo final era conseguir com que os hipertensos após tomarem consciência dos seus problemas e da necessidade de cuidar da saúde, aderissem “espontaneamente” às medidas de controle, já que elas entenderiam que o era o melhor para a saúde delas. Autoritária? Imagina...

Agora consigo compreender que ser livre, é como o próprio nome diz, livre! Libertar não é mudar de dono! A menos que o dono seja você mesmo. As pessoas precisam ser donas de seu passe de jogadores da vida, para que façam suas próprias escolhas, baseado no

conhecimento do que é seu dever e seu direito, do que é bom e ruim, das suas possibilidades e limites, da sua realidade e da utopia, do que ele quer e do que deseja e isso criado e construído através da relação com o outro, percebendo a si mesmo e como nos dizeres de Paulo Freire “mediatizados pelo mundo”. “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo... os homens se educam mediatizados pelo mundo”!! Paulo Freire

Precisamos aprender a aprender, a saber pensar, a ser crítico e analítico. Essa é minha busca. Estou longe, mas não vou desistir!

Cibele de Moura Sales

Doutoranda em Ciências da Saúde (UNB-UFG-UFMS)

APÊNDICE E – PARCERIAS CONSTRUÍDAS DURANTE A PESQUISA-AÇÃO E PROJETO PARA 2009

Durante a pesquisa-ação foi realizada parceria com a professora Pollyanna Kassia de Oliveira Borges, doutoranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP, docente e atual coordenadora do curso de odontologia Centro Universitário da Grande Dourados – Unigran. A professora Pollyanna desenvolveu um projeto de extensão na Vila São Braz com acadêmicos de odontologia, que passaram a realizar visitas nas famílias desta comunidade semanalmente, num projeto intitulado: Educação Popular em Saúde e Odontologia.

Esses acadêmicos foram acompanhados pelos ACS da equipe 17 nas primeiras visitas e estabeleceram vínculo com os ACS e as famílias. Desenvolveram também algumas atividades com a comunidade, entre elas a Festa Junina de 2008.



FIGURA 1 – Fotografia dos acadêmicos de Odontologia da Unigran no primeiro dia de visita à Vila São Braz, maio de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 2 – Fotografia de acadêmicos de odontologia em frente à unidade de saúde da família da equipe 17 em seu primeiro dia de visita à Vila São Braz, maio de 2008.

Autor: Cibele de Moura Sales



FIGURA 3 – Fotografia de acadêmicos de odontologia na escola estadual Clori Benedetti realizando procedimento de odontologia, outubro de 2008.

Autor: Setor de imprensa da Unigran.



FIGURA 4 – Fotografia de dança da quadrilha na festa junina realizada na Vila São Braz por acadêmicos de odontologia junto com a comunidade, junho de 2008.

Autor: Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

Outra parceria foi construída com a professora Elizete Comerlato, da Unigran também, docente do curso de Psicologia. Os acadêmicos de psicologia desenvolveram trabalhos com a equipe de saúde, solicitada por eles, para trabalhar as dificuldades de equipe e tensões pelo momento político vivenciado, gerador de ansiedade e também com a comunidade e atividades educativas com as gestantes e hipertensos.



FIGURA 5 – Fotografia da dinâmica caçador, velha e onça - combinando o que fazer realizada pelas acadêmicas de psicologia com a equipe 17, junho de 2008.

Autor: Acadêmica de psicologia da Unigran.



Apresentação do teatro

FIGURA 6 – Fotografia do teatro sobre Dengue realizado pelas acadêmicas de psicologia da Unigran com a comunidade da Vila São Braz, junho de 2008.

Autor: Acadêmica de psicologia da Unigran.

A busca por essas parcerias se deu pela solicitação da equipe após avaliação das necessidades por eles identificadas no trabalho e na comunidade. O objetivo era ter construído também parceria com os cursos de fisioterapia e educação física, mas não foi viabilizado.

Para 2009 serão construídos projetos para o curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, objetivando a realização de terapia comunitária em saúde mental coletiva e a continuidade dos projetos do curso de odontologia da Unigran na ESF 17 e 27 e na comunidade da Vila São Braz. Haverá empenho na busca de parceria com outros

cursos de graduação, para desenvolvimento de projetos de Educação Popular em Saúde multidisciplinar, visando um processo de ensino-aprendizagem que promova a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e da transformação da realidade da Vila São Braz e de seres humanos com humanidade.

ANEXO A – ARTIGO DO ESCRITOR MÁRIO PRATA SOBRE TESE

UMA TESE É UMA TESE

Texto de Mário Prata

Sabe tese, de faculdade? Aquela que defendem? Com unhas e dentes? É dessa tese que eu estou falando. Você deve conhecer pelo menos uma pessoa que já defendeu uma tese. Ou esteja defendendo. Sim, uma tese é defendida. Ela é feita para ser atacada pela banca, que são aquelas pessoas que botam banca.

As teses são todas maravilhosas. Em tese. Você acompanha uma pessoa meses, anos, séculos, defendendo uma tese. Palpitantes assuntos. Tem tese que não acaba nunca, mas que acompanha o elemento para a velhice. Tem até teses pós-morte.

O mais interessante na tese é que, quando nos contam, são maravilhosas, intrigantes. A gente fica curiosa, acompanha o sofrimento do autor, anos a fio. Aí ele publica, te dá uma cópia e é sempre - sempre – uma decepção. Em tese. Impossível ler uma tese de cabo a rabo.

São chatíssimas. É uma pena que as teses sejam escritas apenas para julgamento da banca circunspecta, sisuda e compenetrada em si mesma. E nós?

Sim, porque os assuntos, já disse, são maravilhosos, cativantes, as pessoas são inteligentíssimas. Temas do arco-da-velha. Mas toda a tese fica no rodapé da história. Pra que tanto sic e tanto apud? Sic me lembra o Pasquim e apud não parece candidato do PFL para vereador? Apud Neto

Escrever uma tese é quase um voto de pobreza que a se pessoa autodecreta. O mundo pára, o dinheiro entra dinheiro entra apertado, os filhos abandonados, o marido que se vire. Estou acabando a tese. Essa frase significa que a pessoa vai sair do mundo. Não por alguns dias, mas anos. Tem gente que nunca mais volta.

E, depois de terminada a tese, tem a revisão da tese, depois tem a defesa da tese. E, depois da defesa, tem a publicação. E, é claro, intelectual que se preze, logo em seguida embarca noutra tese. São profissionais, em tese. O pior é quando convidam a gente para assistir a defesa. Meu Deus, que sono. Não em tese, na prática mesmo.

Orientados e orientandos (que nomes atuais!) são unânimes em afirmar que toda tese tem de ser – tem de ser! – daquele jeito. É para não entender, mesmo. Tem de ser formatada assim. Que na Sorbonne é assim, que em Coimbra também. Na Sobornne, desde

1257. Em Coimbra, mais moderna, desde 1290. Em tese (e na prática) são 700 anos de muita tese e pouca prática.

Acho que, nas teses, tinha de ter uma morna em que, além da tese, o elemento teria de fazer também uma tesão (tese grande). Ou seja, uma versão para nós, pobres teóricos ignorantes que não votamos no Apud Neto.

Ou seja, o elemento (ou a elementa) passa a vida a estudar um assunto que nos interessa e nada. Pra quê? Pra virar mestre, doutor? E daí? Se ele estudou tanto aquilo, acho impossível que ele não queira que a gente saiba a que conclusões chegou. Mas jamais saberemos onde fica o bicho da goiaba quando não é tempo de goiaba. No bolso do Apud Neto?

Tem gente que vai para os Estados Unidos, para a Europa, para terminar a tese. Vão lá nas fontes. Descubrem maravilhas. E a gente não fica sabendo de nada. Só aqueles sisudos da banca. E o cara dá logo dez com louvor. Louvor pra quem? Que exaltação, que encômio é isso?

E tem mais: as bolsas para os que defendem as teses são uma pobreza. Tem viagens, compra de livros caros, horas na Internet da vida, separações, pensão para os filhos que a mulher levou embora. È, defender uma tese é mesmo um voto de pobreza, já diria São Francisco de Assis. Em tese.

Tenho um casal de amigos que há uns dez anos prepara suas teses. Cada um, uma. Dia desses a filha, de 10 anos, no café da manhã ameaçou:

- Não vou mais estudar! Não vou mais à escola.

Os dois pararam – momentaneamente – de pensar nas teses.

- O quê? Pirou?

- Quero estudar mais, não. Olha vocês dois. Não fazem mais nada na vida. È só a tese, a tese, a tese. Não pode comprar bicicleta por cauda da tese. A gente não pode ir para a praia por causa da tese. Tudo é para quando acabar a tese. Até trocar o pano do sofá. Se eu estudar vou acabar numa tese. Quero estudar mais, não. Não me deixam nem mexer mais no computador. Vocês acham mesmo que eu vou deletar a tese de vocês?

Pensando bem, até que não é uma má idéia! Quando é que alguém vai ter a prática idéia de escrever uma tese sobre a tese? Ou uma outra sobre a vida nos rodapés da história? Acho que seria um tesão.

Copyright 1998 - O Estado de S. Paulo

ANEXO B – ENCAMINHAMENTOS DADOS NA PRIMEIRA REUNIÃO PARA PROGRAMAR A FEIRA DA SAÚDE

Local:

1 – UBSF 17

DOIS DIAS (QUINTA E SEXTA)

Horário: DAS 14 HORAS ÀS 19 HORAS NOS DIAS 04 E 05 DE DEZEMBRO DE 2008

2 – Montar barracas expositoras, atividades teatrais, criar um método de divulgação, criar um cadastro das pessoas que venham a fazer parte da rede permanente, cadastro para realização da primeira feira, elaborar ofício de solicitação para a realização da feira e empréstimo da tenda(Urias), confeccionar panfletos de divulgação através de parceiros, Solicitar datashow para expor filmes.

Fixar uma data semanal para exposição da feira (sexta feira das 13 horas às17 horas)

3 – UEMS (enfermagem(Bruno)), UNIGRAN (escovódromo (Eliane)), FUNCED (cama elástica, palco (joana), SENAC(cabelo(Joana)), CCZ (dengue(geni)), CASSEMS(glicemia(Redmar)), Conversar com Dr Sérgio Ramos sobre produtos odontológicos, Elizandra (tenda, capoeira, estética, ervas medicinais, panfletos), Cinema(Genoelson), Som(Suely), TURISMO(ELIZANDRA), CONSELHO GESTOR, BOMBEIROS (dicas preventivas)

4 – depois do cadastro

8 – Carro de som (Sueli), panfleto, radialista (Cibele vinheta e dia), ROSE (fila da RIT)

ANEXO C – LOGOTIPO DA I FEIRA DA SAÚDE DA VILA SÃO BRAZ



LOGOTIPO PRODUZIDO PELO PUBLICITÁRIO ZILDOMAR U. DE MOURA SALES E DOADA PARA A ESF 17.