



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Andréa Caldas Costa de Sá

Círculos de Cultura para Educação em Saúde da
Mulher: um projeto de intervenção para a Estratégia de
Saúde da Família de Forquilha- SC.

Florianópolis, Março de 2023

Andréa Caldas Costa de Sá

Círculos de Cultura para Educação em Saúde da Mulher: um projeto de intervenção para a Estratégia de Saúde da Família de Forquilha- SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Lizandra da Silva Menegon
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Andréa Caldas Costa de Sá

Círculos de Cultura para Educação em Saúde da Mulher: um projeto de intervenção para a Estratégia de Saúde da Família de Forquilha- SC.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Lizandra da Silva Menegon
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: a população brasileira é composta em sua maioria por mulheres e também compõe a maioria na utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde. Com base na maior demanda de atendimentos realizados para o grupo de mulheres, foi observada a necessidade de um melhor entendimento e conhecimento dos fatores determinantes do processo de adoecimento físico e psíquico por esse grupo populacional na unidade de saúde.

Objetivo: implantar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Forquilha, em Santa Catarina, um grupo de educação popular e continuada em Saúde da Mulher com uso da metodologia de Círculos de Cultura de Paulo Freire. **Metodologia:** os encontros serão realizados no espaço físico da unidade de saúde, na periodicidade de 15 dias entre os encontros, com duração de 3 horas cada, totalizando 7 encontros, tendo como população alvo mulheres entre 25 e 49 anos. A metodologia freireana, propõe educação através do diálogo para a compreensão da realidade a qual as participantes estão inseridas, através da investigação do universo vocabular, identificação do tema gerador, articulação teórico-prática buscando explorar o tema incentivando a participação ativa das mulheres do grupo. **Resultados Esperados:** espera-se criar um ambiente educativo com foco na participação popular nas questões de saúde, conhecendo a realidade para poder transformá-la, ouvir as mulheres da comunidade como prioridade, incentivar o pensamento crítico e empoderamento sobre as questões que englobam o processo saúde e doença nas mulheres e abrir espaço para partilha de saberes e vivências individuais adicionados ao conhecimento científico.

Palavras-chave: Educação da População, Estratégia Saúde da Família, Saúde da Mulher

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
4.1	Local e duração dos encontros	21
4.2	População Alvo	21
4.3	Operacionalização das Atividades	21
4.4	Equipe de trabalho	22
4.5	Cronograma e planejamento das atividades	22
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

A Estratégia de Saúde da Família e Comunidade de nome ESF Central, localizada na cidade de Forquilha, Santa Catarina, tem uma população total de 26.793 habitantes, segundo o DataSUS(SAÚDE, 2020a). A cidade foi colonizada por imigrantes alemães inicialmente vindo da região de Mosela por volta de 1870. Posteriormente famílias de origem italiana, japonesa, polonesa e luso-brasileira contribuíram para o crescimento da cidade e contribuição cultural. A cidade transformou-se em distrito de Criciúma e posteriormente foi emancipada em 1990, que celebram este fato no município(FORQUILHINHA, 2020). A cidade conta com amparo de 08 unidades de Estratégia de Saúde da Família e 01 pronto atendimento. Os hospitais mais próximos são da cidade de Nova Veneza e Criciúma, porém a população em geral é bem assistida pelo SUS. A comunidade assistida pela unidade ESF Central, conta com uma população total da área de abrangência de 3.092 usuários cadastrados, segundo o Sistema de Gestão de Estratégia de Saúde (SIGES) (Fazer esta citação via sistema TCC).

Grande parte dos atendimentos realizados na ESF corresponde ao grupo de idosos para acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, ansiedade, cardiopatias e doenças osteomusculares crônicas. Outra parcela da população que buscam atendimentos com maior frequência são mulheres de meia idade, geralmente pós-menopausa com quadros de natureza depressiva ou ansiosa acompanhadas ou não de comorbidades. A depressão geralmente associada a um distúrbio ansioso constitui grande parte das queixas relatadas nas consultas que são muitas vezes subdiagnosticadas. Em conjunto aos tratamentos de doenças crônicas da população atendida, nota-se uma grande parcela de pacientes em uso de medicações à base de benzodiazepínicos, gerando aumento nos agendamentos para renovação de receitas e em sua maioria sem acompanhamento com profissional da área ou com o profissional responsável pela prescrição. Em sua maioria foi observada a população do sexo feminino fazendo uso destas medicações, sem diagnóstico prévio de doenças psiquiátricas ou avaliação em relação à qualidade do sono e sem orientação de duração de tratamento.

Nosso maior desafio como equipe de saúde da família é conciliar os atendimentos de livre demanda com medidas de ação preventiva e educação continuada para a população. Como contamos com um grande número de atendimentos de livre demanda ficamos com o tempo restrito para realizar tais medidas, muitas vezes sobrecarregando os profissionais. Atualmente na ESF são realizados grupos de hipertensos e diabéticos, que são posteriormente encaminhados para a consulta médica se necessidade de renovação de receitas e grupos de gestantes, ambos realizados pela enfermeira chefe sem a participação direta do médico ou outros profissionais. Compreendemos que ainda há muito a ser melhorado com base nos preceitos de saúde preconizados pelo SUS, um grande desafio é a educa-

ção em saúde e educação permanente para equipe e usuários que em sua maioria ainda tem o entendimento de saúde no modelo assistencialista. Com base na maior demanda de atendimentos realizados para o grupo de mulheres na faixa etária de 40-59 anos de idade, foi observada a necessidade de um melhor entendimento e conhecimento dos fatores causais do adoecimento psíquico associado às comorbidades já estabelecidas por esse grupo na unidade de saúde. Juntamente com a equipe, foi observada a necessidade de melhor orientação deste grupo, assim como reorganizar a agenda para que a equipe possa atuar com ações de medidas preventivas e educação em saúde, neste caso, na saúde da mulher como um todo, abordando seus aspectos biopsicossociais.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, população brasileira é composta em sua maioria por mulheres (51,8%) segundo dados do IBGE 2019, também compõe a maioria na utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)([ESTATÍSTICA-IBGE, 2020](#)). Além de frequentarem os serviços de saúde para consultas próprias, são acompanhantes de crianças, familiares, vizinhos, assim como são cuidadoras de seus familiares ou de pessoas da comunidade. A situação de saúde depende do contexto biopsicossocial e espiritual do indivíduo, isto envolve o cuidado com o corpo físico, alimentação, lazer, estilo de vida, convívio social, escolaridade, sua relação com o meio ambiente e crenças ([MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011](#)). No caso das mulheres, alguns agravantes influenciam a situação de saúde como discriminação de gênero nas relações do trabalho, sobrecarga com trabalho doméstico, sendo estes agravados pela discriminação racial, étnica e situação de pobreza([IBGE, 2020](#)).

Como estratégia de promoção à saúde da mulher, assim como a melhoria do atendimento à esse grupo, os Círculos de Cultura, através da metodologia de Paulo Freire, se encaixam no pressuposto de partilhas de conhecimentos e promoção da autonomia do sujeito, neste caso, as mulheres usuárias desta unidade. Esta metodologia traz como base o aprendizado através da partilha de conhecimentos populares dos participantes do círculo, sendo que, tanto os profissionais quanto os usuários podem ter seu lugar de fala, compartilhando assim, saberes de suas vivências sendo conduzidos por um animador do debate([FREIRE, 2002](#)). Este método, portanto, auxilia a construção do ensino em saúde através do diálogo em um grupo organizado em um círculo, e denomina-se de cultura pois valoriza a bagagem individual de suas vivências, contribuindo assim com o exercício de uma prática educativa crítica, democrática, sem discriminação ou dominação, englobando questões de cidadania e democracia, voltadas à autonomia do sujeito no que diz respeito a sua saúde pessoal e coletiva([MONTEIRO; VIEIRA, 2010](#)).

Constituindo uma estratégia de educação inovadora, os círculos de cultura promovem um ambiente acolhedor de trabalho e ferramentas que auxiliam no aprendizado além do diálogo, como dinâmicas, vivências e exposições de práticas. A criação do círculo de cultura voltado à saúde da mulher tem a proposta de melhoria no acolhimento deste grupo partindo do princípio do SUS da integralidade, abordagem de temas diversos relaciona-

dos à saúde física e mental desse grupo, assim como fatores externos relacionados ao adoecimento como estilo de vida, desigualdade de gênero, trabalho e violência doméstica, ampliando assim, a capacidade de compreensão dos determinantes de saúde. Ainda, para os trabalhadores da saúde da unidade, visa ampliar o conhecimento e entendimento da realidade desta população que adoece com frequência e compõem a maior parte das consultas na ESF, a fim de promover um atendimento mais individualizado e com participação ativa das usuárias em sua saúde e todos os aspectos que englobam ser saudável.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implantar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Forquilha, um grupo de educação popular e continuada em Saúde da Mulher com uso da metodologia de Círculos de Cultura de Paulo Freire.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Investigar o universo vocabular das participantes do grupo relacionado ao conhecimento individual e popular sobre saúde da mulher a fim de compreender suas realidades;
- b) Promover discussões sobre a temática apontada em cada encontro alinhando conhecimento popular e científico;
- c) Promover o empoderamento e participação ativa de mulheres nas questões de saúde;
- d) Avaliar mudanças no modo de compreender saúde da mulher dentro da perspectiva de cada participante.

3 Revisão da Literatura

3.1 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

A saúde da mulher no Brasil ganhou interesse nas primeiras décadas do século XX, quando foi implantada junto às Políticas Nacionais de Saúde. No entanto, o enfoque dado à saúde da mulher era limitado aos processos biológicos de reprodução e no seu papel social como mãe e responsável pelos afazeres domésticos, assim como a educação dos filhos. Visto a necessidade de incorporar questões sociais, de desigualdade entre homens e mulheres, reprodução e sexualidade, o movimento feminista critica o modelo de atenção à saúde materno-infantil e traz reflexões quanto aos cuidados da mulher na anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), desigualdades de gênero no mercado de trabalho e trabalho doméstico, dentre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A crítica ao modelo até então implantado nas Políticas Nacionais de Saúde, trazendo o debate de desigualdade de gênero se sustenta a partir de que os padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade são também produtores de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Essas desigualdades refletem em toda a estrutura de uma sociedade, como nas leis, políticas públicas, padrões comportamentais e culturais de um povo, que por sua vez são agravados por questões raciais, orientação sexual, etnia, deficiências e comorbidades, religião, classe social, entre outros. Nesse contexto, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O PAISM surgiu como um novo programa de saúde da mulher ao incorporar ações educativas, de diagnóstico, tratamento, recuperação e acompanhamento. Compõe ações de assistência mais integral à mulher com atendimento em ginecologia, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo uterino, câncer de mama, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento às questões referentes ao climatério e planejamento familiar. Paralelamente à criação do PAISM, que tinha como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção em saúde, dava início à estruturação do que seria o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a implementação do SUS influencia as características do PAISM nos princípios da equidade e integralidade do atendimento, pela municipalização e pela criação do Programa de Saúde da Família. Somente a partir de 1998 a saúde da mulher passa a ser considerada prioridade do governo. Nesse período, porém, entre 1998 e 2002, as questões de saúde referente ao pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção tornaram-se prioridades na perspectiva de resolução de problemas que deveriam receber mais atenção. Por mais que o objetivo era a atenção integral à saúde da mulher, essas prioridades traçadas foram tornando-se o foco na atenção em saúde da mulher na atenção básica deixando a segundo plano as outras questões que compõem o ideal de atenção integral à saúde da

mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) .

A atenção ao climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas, saúde ocupacional, saúde mental, perspectivas de gênero, violência doméstica e sexual, compõem algumas destas questões. Apesar de comprometer a abordagem das amplas questões envolvendo a saúde da mulher com o traçar de prioridades no atendimento, ainda assim observou-se avanço na integralidade do atendimento e ainda, a incorporação do tema violência doméstica. Ainda, em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher propõe a necessidade de ações no que diz respeito à atenção as mulheres moradoras das áreas rurais, negras, mulheres indígenas, portadoras de deficiências, lésbicas e mulheres no cárcere. No ano de 2004, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) sendo o pilar para implantação de políticas femininas, encaminhou-se para a criação das Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O PNAISM é fundamentado nos princípios doutrinários do SUS da integralidade, equidade e universalidade, sendo o PAISM influenciado pela lógica do Movimento Sanitarista que seguia as características de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços (SAÚDE, 2020b). O PNAISM tem por objetivo, promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras através da garantia de acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Busca ainda, reduzir a morbimortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis, além de ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher no SUS, em todos os grupos populacionais e ciclos de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) .

Baseando-se na situação de saúde e as principais causas de morbimortalidade da mulher no Brasil, o PNAISM tem por objetivos específicos: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica incluindo portadoras de HIV e outras DSTs, planejamento familiar, atenção obstétrica e neonatal incluindo a assistência ao abortamento inseguro, atenção às vítimas de violência doméstica e sexual, prevenção do HIV e outras DSTs na população feminina, reduzir a morbimortalidade por câncer de colo uterino e mama, atenção à saúde mental com enfoque de gênero, saúde da mulher no climatério, saúde na terceira idade, saúde da mulher negra, saúde das trabalhadoras do campo e da cidade, saúde da mulher indígena, saúde das mulheres em situação de cárcere e fortalecer a participação e o controle social na definição e implantação das políticas de atenção integral às mulheres. No Brasil, as doenças cardiovasculares são principais causas de morte da população feminina, destacando o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, seguido das neoplasias de mama, pulmão e colo de útero, doenças do aparelho respiratório como pneumonias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas como o diabetes melito, e causas externas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) . A mortalidade associada à gravidez, puerpério e aborto nas faixas etárias de 10 a 49 anos (idade fértil) não estão entre as principais causas de óbito nesta faixa etária, porem são eventos evitáveis de morte materna

(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) .

Segundo dados da Estatística de Gênero do IBGE, no Brasil 99,0% dos partos das mulheres de 18 a 49 anos de idade, ocorridos entre 28.07.2011 e 27.07.2013, haviam sido atendidos por profissionais de saúde especializados, sendo que 97,4% tinham sido atendidas pelo menos uma vez em uma consulta pré-natal. Em contrapartida, ambos os indicadores sobre atendimento em consulta pré-natal apresentam piores resultados para as mulheres pretas ou pardas do que para as mulheres brancas (98,6% das mulheres brancas foram atendidas em no mínimo uma consulta com profissional de saúde especializado na última gravidez, entre as pretas ou pardas esse percentual foi de 96,6%). Quando o parâmetro é ter frequentado no mínimo quatro consultas, o percentual foi de 95,4% para as mulheres brancas e 92,8% para as mulheres pretas ou pardas. O acesso restrito à informação, casamento precoce e falta de poder de decisão das mulheres casadas ou em união estável, aumentam o risco de infecção por DSTs, gravidez indesejada e abortamento inseguro. Em relação ao uso dos métodos para contracepção, 72,3% das mulheres de 18 a 49 anos casadas ou em união, que não estavam na menopausa, utilizavam método contraceptivo. Em relação ao estilo de vida, o tabagismo e obesidade permitem também traçar um perfil da saúde das mulheres na fase adulta pois estão relacionados a risco para doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, entre outras. O Brasil tem maior incidência de tabagismo entre homens (18,9%) que mulheres (11,0%) em todas as faixas etárias. Em relação à obesidade, a proporção de 17,5% homens obesos e 25,2% mulheres obesas no ano de 2013. Em 2011, a expectativa de vida de uma mulher de 60 anos no Brasil era de 23,1 anos e passou para 23,9 em 2016 (IBGE, 2020).

Em relação à violência doméstica, segundo dados do DataSenado no levantamento de 2019, o percentual de mulheres brasileiras que declararam já ter sofrido algum tipo de agressão é de 27%, e 19% das que sofreram agressão ocorreu nos últimos 12 meses, sendo maior a prevalência de violência física (66%), psicológica (52%), moral (36%) e sexual (16%). Os principais responsáveis pelas agressões são companheiros e ex-companheiros correspondendo a 37%. Cerca de 24% das vítimas convivem com o agressor, 34% dependem economicamente do agressor, 31% afirmam não ter feito nada em relação à violência sofrida, 32% denunciaram em delegacias comuns ou da mulher, 37% afirmam ter procurado auxílio em vias alternativas (família, igreja e amigos)(DATASENADO, 2020). O Brasil possui a lei de violência doméstica e familiar contra a mulher, a Lei n. 11.340, de 07.08.2006, conhecida como Lei Maria da Penha(IBGE, 2020). A Lei é bem conhecida por 19% das brasileiras, 68% afirmam conhecer pouco e 11% afirmam não ter conhecimento sobre a Lei. No total, 87% das brasileiras possuem conhecimento mesmo que pouco sobre a legislação, em comparação aos anos anteriores era de 97%, demonstrando a necessidade da divulgação constante e educação continuada sobre o assunto(DATASENADO, 2020).

A divulgação ainda, tem importância na chegada precoce na rede de saúde após violência sexual permitindo a profilaxia das DST/HIV/AIDS e da gravidez pós-estupro con-

forme a necessidade e escolha individual. Quanto à saúde mental sob o enfoque de gênero, o adoecimento psíquico contribui para maior morbidade das mulheres, sendo que o sofrimento aumenta de acordo com as condições socioeconômicas e culturais em que vivem. Os fatores de adoecimento psíquico estão relacionados à desigualdade de gênero no trabalho, violência doméstica e sexual, classe social, etnia, raça, idade e orientação sexual, aspectos que comprometem a saúde mental das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). No ano de 2019, segundo o DataSUS, do total de hospitalizações por transtorno do humor (59.110 pessoas), um total de 39.687 mulheres foram hospitalizadas por transtornos do humor em comparação à 19.423 homens e 15.588 corresponderam a mulheres internadas por transtornos do humor na região sul do país, e 7.388 homens na região sul (SAÚDE, 2020a).

Apesar dos desafios encontrados na abordagem da saúde da mulher como um todo, muito se avançou nas ações de política de atenção integral à saúde das mulheres. A Rede Cegonha é uma estratégia do governo federal lançada em 2011 a fim de proporcionar melhor atenção à gestação, parto, puerpério (28 dias após o parto) e desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil e garantir direitos sexuais e reprodutivos. Entre os anos de 1990 a 2012, a razão da mortalidade materna no Brasil caiu 56%, de 140 para 62 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Já a taxa de mortalidade infantil reduziu 70,5% no mesmo período, de 47,1 para 13,9 por mil nascidos vivos. Em relação às ações de planejamento reprodutivo, o Ministério da Saúde garante o acesso a vasectomias e a laqueaduras pelo SUS, além da distribuição gratuita de diversos métodos contraceptivos (SAÚDE, 2020b). A humanização e qualidade da atenção são condições essenciais para a execução de ações em saúde, resolução de problemas trazendo maior satisfação das usuárias em relação ao atendimento prestado. Humanizar o atendimento requer a compreensão do contexto que o indivíduo está inserido, reconhecer seus direitos e aprender a compartilhar saberes. Cabe ainda, ao profissional de saúde incentivar o autocuidado através de ações de promoção à saúde, ações que aumentem o grau de conhecimento sobre o próprio corpo e melhor conhecimento sobre os determinantes de saúde que envolvem o adoecimento da mulher e doenças mais frequentes nesse grupo. Favorecer um ambiente acolhedor, amigável e seguro para abordagem e aprendizado de aspectos que dizem respeito ao processo saúde-doença para promover o aumento da autonomia no cuidado e corresponsabilidade das usuárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para atingir os princípios de humanização e qualidade da atenção deve-se levar em conta os seguintes elementos: garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência; definir estrutura e organização da rede assistencial com sistema de referência e contrarreferência; captação precoce e busca ativa; disponibilidade de recursos tecnológicos; capacitação técnica dos profissionais de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e comunidade;

disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; acolhimento amigável em todos os níveis de assistência; informar e orientar usuárias, familiares e comunidade sobre promoção à saúde, prevenção e tratamento; avaliação continuada dos serviços, ações e desempenho dos profissionais com participação das usuárias; análise de indicadores que permitam gestores monitorar o andamento das ações, impacto e redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Frente aos elementos que compõem os princípios da humanização correlacionando com as demandas de atenção em saúde da mulher que abrange todos os aspectos femininos, sexuais, raciais, étnicos, sociais, econômicos e culturais, percebe-se um grande desafio de atingir os objetivos em sua plenitude nas práticas de saúde. Equilibrar a demanda de atendimentos na ESF com ações de promoção e prevenção à saúde desse grupo se faz necessária. A humanização da atenção em saúde se faz por um processo contínuo que demanda reflexão permanente de todos os envolvidos. O autoconhecimento, tanto dos profissionais, quanto por parte das usuárias, é importante para poder inicialmente compreender a si para melhor compreender o outro, sem procurar impor valores, opiniões e sem discriminação. Este processo auxilia no desenvolvimento pessoal do ser e entendimento do seu papel no contexto social familiar e de comunidade e participação ativa no cuidado de si.

3.2 Educação em Saúde

O profissional da saúde deve ter ciência de sua responsabilidade em informar a comunidade a qual atua e atualizar conhecimentos através da educação popular, seja através das consultas, palestras, grupos de discussão sobre uma temática, entre outras ações. Como metodologia de educação popular, Paulo Freire propõe um modelo de educar e educar-se através dos Círculos de Cultura, com foco na autonomia do sujeito (FREIRE, 2002). Este modelo de educar e aprender educando visa levar em conta os saberes da população e combater o ensino tradicionalista que, em vez de promover um diálogo, faz-se uma transmissão ou comunicado de saberes em mão única, ou seja, não promovendo o diálogo entre emissor da informação e receptor (ROZEMBERG et al., 2006). A educação em saúde pela ótica da proposta pedagógica de Paulo Freire, visa não somente informar uma população sobre determinado assunto, mas trata-se de um processo educativo através da construção de conhecimentos. Essa construção se baseia na troca de saberes científicos e populares como forma de compreender o contexto social da população em questão, favorecer o diálogo entre os participantes, promover a inclusão social, autonomia individual e coletiva levando em conta as experiências individuais e promover o pensamento crítico dos envolvidos. Essa estratégia por sua vez, tem como objetivo uma maior aproximação da equipe de saúde da família para melhor diagnóstico daquela comunidade e ampliar sua atuação de maneira mais efetiva (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012).

3.2.1 Círculos de Cultura de Paulo Freire

Para Paulo Freire, ensinar não é somente transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua construção. Critica o modelo de aprendizado de memorização, sendo

este, um repetidor de ideias pré-estabelecidas que pouco se relacionam com a situação atual de seu país, cidade ou bairro. O educador deve despertar o senso crítico em seus educandos, a fim de que se tornem verdadeiros sujeitos de construção e reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo. Afirma ainda em seu modelo de ensino que não há ensino sem pesquisa ou pesquisa sem ensino: “Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo, educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.”(FREIRE, 2002)

A figura do educador com aulas discursivas dá lugar ao diálogo, à participação, à programação feita a partir de uma investigação temática. Assim, o conteúdo abordado nos Círculo de Cultura são temas extraídos da realidade dos educandos dando espaço ao diálogo, circulação e horizontalidade dos saberes. O desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste em três momentos: 1) investigação temática, primeira etapa da educação problematizadora, onde o animador que conduz os debates dos círculos assim como os participantes buscam situações/problemas que geram objeto de estudo; 2) definir o tema gerador, ou seja, delimitar o objeto de estudo com possibilidades de construção teórica e metodológica, envolvendo os saberes do grupo em um determinado tempo e espaço através do diálogo; 3) articulação da teoria e prática a partir do tema gerador. O pensamento freireano é a chave do processo para que os círculos de cultura aconteçam, apesar de que cada círculo tenha suas particularidades de acordo com as situações/problemas atuais de cada grupo (SILVA; NASCIMENTO; COSTA, 2017) . Esses momentos de encontros podem mudar efetivamente os meios e os resultados do trabalho em saúde, transformando assim, os usuários em cidadãos participantes ativos do processo de construção da saúde (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012).

4 Metodologia

4.1 Local e duração dos encontros

Os encontros serão realizados no espaço físico da unidade de saúde, na periodicidade de 15 dias entre os encontros, com duração de 3 horas cada, totalizando 7 encontros.

4.2 População Alvo

Este projeto será desenvolvido com mulheres da comunidade na faixa etária entre 25 e 49 anos, sendo divulgado através da ajuda das agentes comunitárias da unidade, durante as consultas e com auxílio de um banner na unidade de saúde.

4.3 Operacionalização das Atividades

As participantes serão organizadas em um círculo de cadeiras, assim como o animador, ou seja, a pessoa que está conduzindo o grupo. A equipe de saúde envolverá os seguintes profissionais: médica(o), enfermeira(o) e agentes comunitárias(os) de saúde. O animador para este projeto de intervenção poderá ser um membro da equipe, desde que seja conhecedor da metodologia freireana. Para a capacitação dos profissionais para o projeto, proponho a apresentação do projeto durante as reuniões de equipe com a exposição da metodologia.

A proposta de introduzir os círculos de cultura de educação popular em saúde da mulher seguindo a metodologia freireana é uma proposta de educação através do diálogo para a compreensão da realidade a qual as participantes estão inseridas, através da investigação do universo vocabular. Diferentemente da metodologia para alfabetização proposta por Freire, aqui a investigação desse universo vocabular ou palavras geradoras vem no sentido de conhecer a realidade dos sujeitos participantes do grupo e também levar o indivíduo a pensar sobre sua realidade e o mundo que o cerca a partir desta reflexão. Considerando a proposta do círculo de abordar temas relacionados a saúde da mulher como um todo, pode-se englobar aspectos da sua rotina, crenças e vivências pessoais, que por si só constituem o aspecto saúde/doença.

No primeiro encontro propõe-se uma reflexão sobre o conceito de saúde sob a perspectiva de cada participante e o conceito de ser mulher. Neste contexto, pode-se utilizar questionamentos, tais como: O que é saúde para você? Quais são os aspectos que afetam a nossa saúde? O que é ser mulher?. Além disso, pode-se utilizar de recursos didáticos, como por exemplo recursos audiovisuais, imagens impressas, música.

Partindo-se das palavras geradoras descobertas em conjunto, através do diálogo com as participantes do grupo, frente a esta reflexão proposta, faz-se então a descoberta do tema gerador e a problematização desse tema identificado coletivamente. Assim, juntas, é possível criar estratégias de transformação para aquela realidade ou enfrentamento de dificuldades. Esta investigação temática ou tematização será norteadora para a discussão dentro de cada círculo, onde serão apresentados os conhecimentos científicos, unidos ao conhecimento individual das participantes do grupo. Isso possibilitará a criação de um ambiente de troca de conhecimentos científicos e populares.

Esta exploração do tema e articulação da discussão pode ser aliada à prática de atividades lúdicas e demonstrativas para transmitir o saber necessário, que deve também ser decidido junto ao grupo. Importante ressaltar que, segundo Paulo Freire, os círculos de cultura não tem caráter espontâneo e informal, e sim uma prática rigorosa de busca de sentido e significado que os indivíduos tem sobre sua realidade, a presença do animador não como a pessoa mais importante do grupo, mas quem irá conduzir as discussões, o tempo de fala, promover questionamentos que provoquem a reflexão e curiosidade nos participantes. A proposição de questionamentos e desafios aos participantes tem a função também de incentivar o pensamento crítico, evitando a passividade e neutralidade sobre as questões levantadas.

4.4 Equipe de trabalho

A equipe de trabalho será a equipe de trabalhadores da saúde da ESF, proponho durante as reuniões de equipe, que acontecem 1 vez ao mês, a apresentação do projeto para conhecimento e entendimento da proposta dos Círculos de Cultura e apresentação do cronograma. Proponho ainda, que para cada encontro dos círculos, uma pessoa da equipe seja o animador da discussão, promovendo assim uma rotatividade e experiência como condutor do grupo, a fim de trazer o empoderamento do profissional de saúde frente as questões de promoção de saúde dentro da ESF, quebrando o paradigma de que a promoção de saúde deve ficar sob a guiança apenas de um ou outro profissional, explorando saberes individuais daquele profissional aliado ao conhecimento científico por meio do estudo da temática que estará responsável.

4.5 Cronograma e planejamento das atividades

Dia 12 de fevereiro de 2021- Círculo 1: Apresentação e investigação do universo vocabular; atividade: boas vindas e apresentação da proposta dos círculos de cultura para as participantes, apresentação individual para familiarização das participantes, proposta de reflexão: “O que é saúde para você?”, “Quais são os aspectos que afetam a nossa saúde?”, “O que é ser mulher?”. As respostas das participantes serão escritas, identificadas e guar-

dadas em envelope para serem entregues às mesmas no círculo 7. Outra proposta a ser incorporada é um objeto para servir de símbolo para o momento de fala para aquela participante enquanto as demais escutam com respeito este momento de fala, este objeto pode ser uma flor, uma almofada, entre outros. Materiais: cadeiras, papel para rascunho, lápis de grafite, envelope.

Dia 26 de Fevereiro de 2021- Círculo 2: Conhecendo seus ciclos; dentro desta temática proponho a discussão sobre o entendimento das participantes sobre os ciclos menstruais, sintomas físicos e emocionais, relação com o ciclo menstrual; proponho também a criação de uma mandala lunar para anotar e conhecer os ciclos, esta mandala será disponibilizada através de material impresso; materiais: cadeiras, lápis de cor, mandala lunar impressa 1 folha para cada participante.

Dia 12 de março de 2021- Círculo 3: Corpo e Sexualidade; dentro desta temática proponho uma meditação guiada sobre consciência corporal, discussão sobre os padrões de beleza e sexualidade, proponho ainda a modelagem com argila do corpo de cada uma e órgãos genitais a fim de compreender a relação que cada participante tem com seu corpo, tabus, conhecimento individual e popular do órgão genital feminino e sua relação com ele, ao final da dinâmica pergunto o que cada uma pretende fazer com a arte criada, se deixará na unidade, se levará consigo, a fim de compreender a relação das participantes do grupo com o corpo e aparelho reprodutor feminino. Materiais: argila para modelar, cadeiras, papel para rascunho, lápis.

Dia 26 de março de 2021- Círculo 4: Todas as formas de abuso; dentro desta temática proponho a reflexão sobre o que é o abuso contra a mulher, quais são as formas de abuso, conceito de violência doméstica. Para este círculo proponho a dinâmica do “varal do desabafo” e o “varal do acolhimento”. Para o “varal do desabafo” proponho que cada participante do grupo escreva seu entendimento/perspectiva de abuso físico, moral e psicológico, alguma experiência pessoal caso sintam-se confortáveis para dividir, escrever em uma folha de papel e deixar dentro de um envelope, pregar no varal uma de cada vez. Para o “varal do acolhimento” proponho que escrevam palavras de força para si mesmas ou para outras mulheres e pregar no varal. As frases do “varal do acolhimento” ficarão à disposição para a leitura das participantes do grupo, já os envelopes do varal do desabafo serão guardados para que a leitura seja feita pelo animador para servir de subsídio para a abordagem do tema subsequente a ser abordado no círculo 6 do empoderamento. Materiais: cadeiras, papel para rascunho, lápis de grafite, lápis de cor, envelope, varal, prendedores.

Dia 09 de abril de 2021- Círculo 5: Saúde da mente para uma vida mais saudável; para esta temática proponho a reflexão e discussão das participantes sobre o entendimento de saúde da mente, quais os desequilíbrios mais frequentes, abordagem da depressão e ansiedade, insônia, estresse, como a mente influencia a saúde do corpo e como o nosso corpo pode influenciar a nossa mente e suas relações com a saúde da mulher. Proponho

a dinâmica da dança circular, com o intuito de observar como estão sentindo-se antes e depois da dança.

Dia 23 de abril de 2021- Círculo 6: Empoderamento feminino; para esta temática proponho a discussão e reflexão do entendimento sobre o poder da mulher, o que e o empoderamento feminino. Proponho também a entrega de frases de afirmações positivas para guardarem consigo e fazer a leitura uma vez ao dia por exemplo, “eu me amo e me aceito como sou”, “eu expesso a minha beleza única e sou grata por cada detalhe que há em mim”, “eu sou corajosa e tenho a capacidade de realizar tudo que desejo e superar qualquer obstáculo”. Proponho ainda a dinâmica do carimbo de ervas naturais em um xale/lenço de tecido, ervas naturais como boldo, comigo-ninguém-pode, sálvia, gerânio, anis estrelado, entre outras, até ervas naturais/flores que as participantes quiserem trazer para este círculo, ficarão na unidade para serem entregues no ultimo círculo. Materiais: cadeiras, papel para rascunho, lápis de grafite, material gráfico impresso com as afirmações positivas, malha de algodão ou viscose, tinta de tecido.

Dia 7 de maio de 2021- Círculo 7: Fechamento e confraternização; para este círculo proponho a mesma reflexão do primeiro encontro com as perguntas “O que é saúde para você?”, “Quais são os aspectos que afetam a nossa saúde?”, “O que é ser mulher?”, para que escrevam novamente, serão entregues as respostas do primeiro encontro para que façam uma reflexão sobre o que mudou em relação a esta interação de saúde com seu próprio corpo desde o primeiro encontro até este último, serão encorajadas a expressarem em poucas palavras seus sentimentos e ensinamentos. Proponho a entrega dos xales/lenços para as participantes uma a uma, confraternização com frutas, chás/café e biscoitos. Materiais: cadeiras, papel para rascunho, lápis de grafite.

5 Resultados Esperados

Com a implementação deste projeto de intervenção em saúde da mulher, espera-se criar um ambiente educativo com foco na participação popular nas questões de saúde. Será possível conhecer um pouco mais sobre a realidade para poder transformá-la, ouvir as mulheres da comunidade como prioridade, incentivar o pensamento crítico e empoderamento sobre as questões que englobam o processo saúde/doença em suas vidas, abrir espaço para partilha de saberes e vivências individuais adicionados ao conhecimento científico.

O incentivo à participação das mulheres é fundamental, visto que este é o grupo de usuários que mais procura o atendimento em saúde da família e que adoece com mais frequência. O conhecimento a partir da perspectiva que este grupo tem sobre a saúde, sobre ser mulher e como o ambiente em que estão inseridas influencia esta perspectiva, portanto é necessário e urgente em termos de saúde pública.

A metodologia de educação popular de Paulo Freire é sem dúvida inovadora e principalmente libertadora, auxiliando na construção de um sujeito capaz de agir sobre o meio que está inserido. Nesta perspectiva, espera-se criar um clima horizontalizado entre usuárias e profissionais da saúde, onde se praticado o 'saber ouvir' entre todos os (as) participantes do grupo, tanto usuárias do serviço quanto equipe de saúde. Então, além de promover melhor entendimento sobre as diferentes realidades, espera-se criar uma relação de amorosidade e acolhimento, incentivo à participação ativa nas questões de saúde, promoção da autonomia do sujeito quanto aos aspectos que envolvem o adoecer da mulher e quais os meios para resgatar o equilíbrio individual e coletivo para ser saudável.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

DATASENADO. *Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher*. 2020.

Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/datasetenado/arquivos/violencia-contra-a-mulher-agressoes-cometidas-por-2018ex2019-aumentam-quase-3-vezes-em-8-anos>>. Acesso em: 23 Jul. 2020. Citado na página 17.

ESTATÍSTICA-IBGE, I. B. de Geografia e. *Distribuição da população por sexo*.

2020. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>>. Acesso em: 27 Jul. 2020. Citado na página 10.

FORQUILHINHA, P. M. de. *Histórico*. 2020. Disponível em: <<https://www.forquilha.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/5757>>. Acesso em: 27 Jul. 2020. Citado na página 9.

FREIRE, P. *PEDAGOGIA DA AUTONOMIA: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Citado 3 vezes nas páginas 10, 19 e 20.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil*. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf>. Acesso em: 08 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. MS, Brasília, n. 1, 2011. Citado 5 vezes nas páginas 10, 15, 16, 18 e 19.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde através dos círculos de cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 397–403, 2010. Citado na página 10.

PINAFO, E.; NUNES, E. de Fátima Polo de A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1825–1832, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.

ROZEMBERG, B. et al. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Ed.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006. p. 741–766. Citado na página 19.

SAÚDE, M. da. *DATASUS*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 27 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 18.

SAÚDE, M. da. *Rede Cegonha*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso em: 23 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.

SILVA, F. E. B. da; NASCIMENTO, H. M. F. do; COSTA, F. C. de M. Círculo de cultura do lefreire/uern: Aproximações e distanciamentos do saber e do fazer: Revista *Includere*, ufersa, v. 03, p. 298-326, 2017. *Revista Includere*, UFRSA, p. 298–326, 2017. Citado na página 20.