

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EDUCAÇÃO POPULAR:

UM DESAFIO NO COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IRACY SOFIA BARBOSA

Belo Horizonte / MG

2011

Iracy Sofia Barbosa

**EDUCAÇÃO POPULAR:
UM DESAFIO NO COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Maria José Cabral Grillo

Co-orientadora: Prof^a. Clara de Jesus Marques
Andrade

Belo Horizonte / MG

2011

Iracy Sofia Barbosa

**EDUCAÇÃO POPULAR:
UM DESAFIO NO COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Maria José Cabral Grillo

Co-orientadora: Prof^a. Clara de Jesus Marques Andrade

Banca Examinadora

Prof^a. Maria José Cabral Grillo – orientadora

UFMG

Prof^a. Matilde Meire Miranda Cadete

UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 02/07/2011

ABSTRACT

Aiming to reflect on current challenges involving the Popular Education and Health and relate them to the work context of a Family Health Team from Belo Horizonte, we carried out this study, based on literature review and data produced in the everyday work of the author. Popular education and health, understood as a proposal for action that seeks to mobilize around the subjects of their right to health, is facing challenges as the need for expansion, separation of vocational training in relation to this conception, the little influence on management, medicalization of health needs and the commodification of health. It is perceived that the work context of the team is permeated by a lot of extra work and is guided by an educational approach focused on individuals rather than the collectivity, which complicates the use of the methodology of popular education in the routine of primary care services in health. However, you can meet these challenges and advance actions that seek to mobilize the subject and deal with complex problems of daily life as seen through the experience they had with women on coping with domestic violence. It is concluded that the challenges faced by popular education and health are very large, considering the entire capitalist system and its logic of commodification of health and human life, which makes it a necessary alliance between workers and users for longer-term advances are achieved in health and society as a whole.

Descriptors: popular education, family health, challenges.

RESUMO

Com o objetivo de refletir sobre os desafios atuais que envolvem a Educação Popular e Saúde e relacioná-los ao contexto de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família de Belo Horizonte, realizou-se este estudo, baseado em revisão bibliográfica e em dados produzidos no cotidiano de trabalho da autora. A educação popular e saúde, entendida como uma proposta de ação que visa mobilizar os sujeitos em torno de seu direito à saúde, enfrenta desafios como a necessidade de expansão, o distanciamento da formação profissional em relação a esta concepção, a pouca influência na gestão, a medicalização das necessidades de saúde e a mercantilização da saúde. Percebe-se que o contexto de trabalho da equipe está permeado por muita sobrecarga de trabalho e é orientado por uma proposta educativa focada nos indivíduos e não na coletividade, o que dificulta a utilização da metodologia da educação popular no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde. Entretanto, é possível enfrentar tais desafios e avançar em ações que busquem a mobilização dos sujeitos e o enfrentamento de problemas complexos de seu cotidiano, como observado através da experiência vivenciada com as mulheres no enfrentamento à violência doméstica. Conclui-se que os desafios enfrentados pela educação popular e saúde são muito grandes, considerando-se o sistema capitalista e toda a sua lógica de mercantilização da saúde e da vida humana, o que faz com que seja necessária uma aliança entre os trabalhadores e usuários para que avanços mais de longo prazo sejam alcançados no campo da saúde e na sociedade como um todo.

Descritores: educação popular, saúde da família, desafios.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	OBJETIVOS	10
2.1.	Objetivo Geral	10
2.2.	Objetivos específicos	10
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
4	REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1.	Educação popular	12
4.2.	Desafios	17
5	CONTEXTO DE TRABALHO DA EQUIPE VERMELHA	19
6	GRUPO DE CONVIVÊNCIA: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	24
6.1.	Condição da mulher na sociedade – resgate histórico	24
6.2.	Grupo Alegria de Viver – Uma experiência de Educação Popular e Saúde	28
7	ALGUMAS REFLEXÕES NECESSÁRIAS	33
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
9	REFERÊNCIAS	38

1 Introdução

A primeira implicação profunda e rigorosa que surge quando eu encaro que não estou só, é exatamente o direito e o dever que eu tenho de respeitar em ti o direito de você também 'dizer a sua palavra'. Isso significa dizer, então, que eu preciso, também, saber ouvir. Na medida, porém, em que eu parto do reconhecimento do teu direito de 'dizer a sua palavra', quando eu te falo porque te ouvi, eu faço mais do que falar 'a ti', eu falo 'contigo' (FREIRE, 2007, p.35).

Há mais de quatro anos trabalhando como enfermeira na Atenção Básica em Saúde, com a Estratégia de Saúde da Família, primeiro no município de Ouro Preto e depois em Belo Horizonte, observei que parece haver um círculo vicioso sendo operado nos serviços de saúde. Enfrentam-se, cotidianamente, problemas como o excesso de atendimentos nos períodos de doenças sazonais, a rotatividade de profissionais, a sobrecarga de trabalho, a desorganização do processo de trabalho da equipe, a falta de recursos destinados à saúde etc. Por mais que se organize o trabalho e se avance no enfrentamento de diversos desses problemas, fica sempre a sensação de que tanto a equipe como a gestão e a população atendida estão insatisfeitas quanto ao resultado do trabalho na saúde.

Os indicadores de saúde também estão aí para nos mostrar que muitas pessoas continuam morrendo e vivendo doentes devido a problemas que poderiam ter sido evitados. Obviamente os problemas foram mudando ao longo dos anos. Antes as pessoas morriam muito porque viviam num ambiente insalubre, muito esgoto a céu aberto, poucas práticas de higiene, pouco avanço da ciência. Hoje as pessoas morrem muito porque não podem mais escolher o que comem, viver exige muito sacrifício, o ambiente continua insalubre, apesar do avanço da ciência.

Olhando esta realidade, fica a questão: Aonde se quer chegar com o trabalho na Atenção Básica? Qual é o objetivo estratégico dos diversos sujeitos que operam a saúde?

Responder dizendo que um objetivo comum é melhorar as condições de saúde e vida da população seria ingenuidade, pois os diversos sujeitos, inclusive a própria população, têm olhares diferenciados sobre o processo saúde-doença e, portanto, operam em perspectivas políticas diversas.

Vejamos um exemplo. É amplamente divulgado que os agrotóxicos utilizados na agricultura e pecuária fazem mal à saúde, causam câncer etc... Apesar de saber que o número de pessoas com câncer aumenta assustadoramente, o agricultor continua utilizando, o governo

incentiva a compra e orienta seu uso, as empresas fabricantes vão até as fazendas para “orientar” o uso de seus produtos, a televisão mostra aos produtores todas as vantagens de usar tais produtos, enfim... tudo funciona “perfeitamente”. Viver bem e com saúde parece não ser uma preocupação de todos.

Nesse sentido, as Equipes de Saúde da Família (ESF) lidam atualmente com problemas muito complexos no enfrentamento aos altos índices de adoecimento da população.

Tais problemas têm sua raiz, na grande maioria das vezes, no sistema econômico capitalista em que vivemos que exclui a grande maioria da população dos direitos sociais, colocando-a numa posição de exploração extrema e miséria absoluta.

Além disso, a democracia representativa, única democracia permitida nesse sistema, também cultiva uma postura passiva, competitiva, desmobilizadora, onde o voto acaba sendo a única expressão de cidadania das pessoas. Tal fato gera um sentimento de que não é possível mudar a realidade, ou que não se tem poder suficiente para tal. Isso se expressa politicamente no coletivo, mas interfere sobremaneira no subjetivo das pessoas, ditando, muitas vezes, as regras do seu comportamento.

Reside aí o grande desafio dos serviços de saúde. A educação em saúde, tão necessária para a mudança de comportamento em prol de uma vida mais saudável, enfrenta diversos obstáculos.

Atualmente, muito se fala nos serviços de saúde sobre a necessidade da educação em saúde, mas pouco se observa de resultados efetivos com as práticas instituídas, fazendo com que tais práticas representem, muitas vezes, simplesmente mais uma tarefa que contribui com a sobrecarga da equipe. Ainda há que se considerar que o campo da educação em saúde está permeado por muita contradição.

Por muitos anos, no Brasil, a prática educativa em saúde foi uma prática autoritária, que desconsiderou os usuários dos serviços enquanto sujeitos. Como tal, desenvolvia ações de caráter disciplinador, com vistas a atingir objetivos muito mais ligados aos interesses da elite dominante em cada momento histórico e pouco preocupadas com as reais necessidades de saúde da população (VASCONCELOS, 2001).

Nos anos da ditadura militar no Brasil, houve um descaso por parte do Estado com a saúde da população. Naquele momento, “silenciosamente”, foi articulado um movimento que, guiado pelas demandas sociais que se colocavam, construiu um vínculo entre o saber popular e o saber acadêmico como forma de organização técnica e política, para o enfrentamento das questões que comprometiam a vida e a saúde das pessoas (VASCONCELOS, 2001).

Dessa forma se gestou o que vem a ser a Educação Popular em Saúde, um mecanismo onde o profissional de qualquer nível assume uma posição horizontalizada com o saber da população, que participa ativamente do processo de produção da saúde, em todas as suas etapas, interferindo nas decisões tomadas. Tal processo permite que os usuários saiam da posição de objetos receptores de ações, para sujeitos que constroem ativamente sua própria saúde (CADILHE *et al.*, 2009).

Das ações vivenciadas em nosso cotidiano, dentro e fora do Município de Belo Horizonte, percebe-se que os métodos educativos têm, predominantemente, três vertentes. A primeira, que é a mais tradicional, onde as ações são, na aparência e na essência, focadas na transmissão prescritiva de conteúdos. Uma segunda que é uma abordagem já, de algum modo, influenciada pelas práticas mais populares, mas, provavelmente, sem fundamentação teórica dos que a executam sobre uma concepção participativa de educação, o que gera práticas de educação que na aparência são diferenciadas, mas na essência, muitas vezes, reproduzem a simples transmissão de conhecimento. Uma terceira vertente percebida no cotidiano dos serviços de saúde é a de métodos educativos baseados em uma concepção, na aparência e na essência, de educação popular em saúde.

Nesse contexto é que se evidencia a grande problemática em torno da educação em saúde tradicionalmente executada nos serviços. Como uma receita de bom comportamento pode mudar verdadeiramente os hábitos de uma pessoa que se encontra, na maioria das vezes, sem condições econômicas, desacreditada e mesmo sem ânimo para mudar sua situação? Os profissionais de saúde são capazes de “elaborar receitas” que resolvam os problemas de violência, desemprego, más condições de habitação, super exploração no trabalho, vivenciados pela população de sua área de atuação?

A educação prescritiva esbarra nesses obstáculos e não consegue avançar. Com o tempo, as pessoas deixam de participar das atividades provavelmente porque não conseguem mais

perceber a utilidade prática delas. E não se efetivam mudanças reais na vida das pessoas a partir de tais ações.

O desafio que se coloca, portanto, à educação em saúde, é mobilizar as pessoas. Fazer as pessoas saírem do lugar de objeto que ocupam há tanto tempo e se colocar no lugar de sujeitos, de construtores de sua própria saúde e, principalmente, de sua história. Dessa forma, parece ser possível avançar na construção da saúde, mesmo quando os desafios colocados transpõem os muros da instituição.

Assim sendo, percebo, em meu cotidiano, um grande desafio: como fazer com que a Educação Popular em Saúde seja compreendida e comece a fazer parte das ações desenvolvidas no cotidiano da Equipe Vermelha do Centro de Saúde Vila Maria, local onde desenvolvo meu trabalho hoje?

Para uma aproximação sistematizada com a possibilidade de enfrentamento deste desafio, pretendo, com este trabalho, buscar elementos, tendo como base as concepções teóricas e a observação da realidade vivenciada, que contribuam com a equipe no avanço em relação à incorporação da educação popular em seu cotidiano.

No que tange à realidade vivenciada no Centro de Saúde Vila Maria, abordarei aspectos do processo de trabalho da Equipe Vermelha e uma experiência que desenvolvo junto ao Grupo de Mulheres “Alegria de Viver”. Este é um grupo de convivência que vem sendo construído no Centro de Saúde Vila Maria há cerca de três anos.

A escolha pela abordagem do grupo de mulheres se deu porque entendo que esta é uma experiência que, apesar de pouco consolidada, dialoga com a proposta da educação popular e saúde, apesar de não estar diretamente envolvida com o processo de trabalho da Equipe Vermelha, uma vez que é uma experiência iniciada pela assistência social envolvendo usuárias de todas as equipes. Além do mais, o tema da vida das mulheres me desperta bastante interesse e penso que o histórico de opressão estabelecido na sociedade é um elemento que precisa ser bem compreendido para que as equipes de saúde possam obter sucesso nas ações educativas voltadas para o público feminino.

2 Objetivos

2.1. Objetivo geral

- Refletir sobre os desafios atuais relacionados com a Educação Popular e Saúde a partir de experiências vividas no contexto de trabalho.

2.2. Objetivos específicos

- Relacionar o contexto de trabalho da Equipe Vermelha do Centro de Saúde Vila Maria, com os desafios da Educação Popular e Saúde;
- Descrever as ações educativas que têm sido desenvolvidas no Centro de Saúde Vila Maria sob a ótica da Educação Popular e Saúde e a questão de gênero.

3 Procedimentos Metodológicos

Para a realização deste estudo foram utilizados dados levantados por meio de revisão bibliográfica e dados produzidos no cotidiano do trabalho da Equipe Vermelha do Centro de Saúde Vila Maria. Dentre eles, dados epidemiológicos levantados a partir de demandas locais pelos profissionais da equipe. As descrições do serviço e do grupo de mulheres “Alegria de Viver” foram feitas a partir da observação realizada durante a vivência junto ao serviço e a este grupo por cerca de três anos.

Reflexões sobre o funcionamento do serviço de saúde foram feitas a partir da minha atuação na atenção básica no Programa Saúde da Família, por, aproximadamente, quatro anos e meio, nos municípios de Ouro Preto e Belo Horizonte, ambos pertencentes à Macrorregião Centro de Minas Gerais (MG).

Os conteúdos teóricos relacionados à Educação Popular e Saúde e à conjuntura da vida das mulheres foram levantados a partir de estudo bibliográfico em acervos das bibliotecas Pública de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais e algumas obras de acervo pessoal. Ainda, artigos disponibilizados pelos membros do grupo de discussão da Rede de Educação Popular e Saúde e em cadernos de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde. A opção foi pela busca por produção brasileira, considerando o caráter cultural do tema abordado e o interesse de analisar um fragmento da realidade nativa.

Em relação ao período das publicações, no que diz respeito aos aspectos gerais sobre o tema Educação Popular foram utilizadas obras publicadas nos últimos 30 anos, por sua relevância e pertinência histórica. Porém, para estudar a relação da Educação Popular com a saúde e a realidade de vida das mulheres, optou-se por autores com publicações apenas do século XXI.

As análises principais se deram a partir da junção do conhecimento acumulado pela autora e os dados levantados a partir do estudo bibliográfico.

4 Revisão de literatura

4.1. Educação Popular e Saúde

A Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos, a como contribuir com a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos. (VASCONCELOS, 2007, p. 21).

Grande parte dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica vive constantemente o dilema de contribuir com o seu saber adquirido para promoção de uma vida mais saudável para a comunidade na qual atuam. Tal tarefa, num primeiro olhar, parece simples. Entretanto, tanto o usuário quanto o profissional são pessoas que compõem uma realidade bastante complexa, sendo, portanto, seres individuais também complexos. Isto faz com que o encontro desses dois “personagens” nem sempre termine com um saldo de satisfação mútua.

O que permeia esta relação entre profissionais e usuários dos serviços são posturas e práticas educativas originadas de diversas concepções incorporadas pelos profissionais, influenciados pela formação acadêmica ou mesmo por experiências e buscas individuais.

Embora os profissionais muitas vezes não tomem conhecimento mais aprofundado das raízes das concepções que carregam consigo, nenhuma prática pedagógica é neutra às posições políticas existentes. Assumir, na prática, uma concepção de educação é, portanto, uma forma de se aliar a determinada leitura política da realidade.

Sobre essa questão, em relação aos profissionais médicos, disse Loyola:

Imbuído de uma ideologia que tem por função mascarar as relações de classe que ela encobre, o médico atua no sentido de preservar o monopólio de seu saber e autoridade indiscutida que a sociedade lhe outorga para dispor da doença, até mesmo do corpo e das sensações de seu cliente. E sua atitude é tão mais autoritária quanto mais baixa é a classe social do doente que, pela distância sócio-linguística e dos hábitos mentais que o separa do médico, encontra-se incapacitado de contra-argumentar com ele, isto é, de impor seu próprio discurso ao discurso ‘forte’ e definitivo do médico (LOYOLA, 1984 citada por STOTZ *et al.* 2005, p. 02).

Nesse sentido, as relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores são também relações de poder, refletindo posições, concepções e posturas diante da realidade social,

tendo as ações educativas, sejam individuais ou coletivas, como mais um instrumento de reprodução dessas relações.

Considerando a história mais recente da saúde no Brasil, a concepção com foco na prevenção veio, na prática dos serviços, embasada por pressupostos que necessitam de maior atenção no que tange à educação em saúde. Vejamos o que diz Stotz:

Os pressupostos básicos deste enfoque são, de um lado, o de que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas), comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício, fumo etc.) e, de outro, o de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo-benefício (STOTZ, 2007, p. 52).

Nesse modelo de educação, apesar de já haver a crítica na sociedade de que a medicina curativa não teria obtido sucesso em resolver os problemas de saúde da população, a essência continua sendo o saber médico. Uma série de programas é elaborada com o objetivo de persuadir as pessoas a terem um comportamento mais saudável.

Analisando esse modelo, percebe-se que o foco na prevenção é também um foco nos indivíduos e não na coletividade. Nos modelos de ações educativas assumidas nesse momento, espera-se a mudança de comportamento individual, conforme explicita Stotz quando diz que

A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. O repasse de informação, normalmente por meio da consulta ou em grupos, de palestra seguida ou não de perguntas e respostas, é o procedimento típico do preventivismo (STOTZ, 2007, p. 52).

Stotz (2007, p. 52) defende ainda que, atualmente, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), coexistem o preventivismo e outro modelo educativo que chama de “enfoque da escolha informada, que enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde”.

Neste caso, as pessoas seriam livres para escolher o comportamento que vão seguir, dentre várias possibilidades, devidamente esclarecidas quanto às suas consequências, pelos profissionais de saúde.

Veja que nos dois casos se coloca nos indivíduos e nos seus comportamentos a raiz dos problemas de saúde e acredita-se que tenham liberdade plena para optar por certos comportamentos mais ou menos saudáveis. Com isso, o problema da saúde deixa de ser político e passa a ser uma questão de força de vontade. É como se afirmássemos: não há problema algum em incentivar o uso de agrotóxicos, pois todas as pessoas são livres e poderão optar por outros alimentos se assim desejarem. Nesse caso, se a unidade de saúde fizer uma ação educativa explicando que os agrotóxicos fazem mal, as pessoas ficarão mais conscientes para fazer suas escolhas.

Neste sentido, Stotz afirma que

Este tipo de enfoque de educação e saúde acaba por contribuir, portanto, para que os governos transfiram aos indivíduos a responsabilidade por problemas cuja determinação se encontra nas relações sociais e, portanto, na própria estrutura da sociedade. (STOTZ, 2007, p. 53).

Uma proposta radicalizada de enfrentamento aos problemas de saúde da população deve considerar também as questões sociais produtoras de doenças. Dessa forma, no Brasil, há alguns anos, os profissionais mais progressistas vêm questionando o processo educativo em saúde que está em vigor e buscando a formulação e construção prática de propostas alternativas.

A Educação Popular e Saúde (EPeS) surgiu no Brasil no início da década de 1990 como um movimento social constituído por profissionais de saúde, pesquisadores e algumas lideranças de movimentos sociais; tinha como propósito articular forças em torno de uma estratégia de construção de um sistema de saúde mais adequado à condição de vida da população, identificados com uma concepção freiriana de educação centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população (VASCONCELOS, 2001).

É importante ressaltar o histórico dessa concepção que, segundo Stotz *et al.*(2005, p.06), vem da “experiência originária nos movimentos sociais durante a época da luta contra o regime militar que, entre 1979 e 1981, logrou organizar Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária.”

O movimento organizou-se inicialmente numa Articulação Nacional de Educação Popular em saúde, criada em 1991. Em 1998 passou a denominar-se Rede de Educação Popular e Saúde. Em 2003 essa Rede passa a integrar a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), fundada a partir de uma iniciativa do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em diálogo com os movimentos sociais.

São realizados encontros periódicos, nacionais e regionais, com o intuito de articular e dar vida ao movimento. Também ao longo dos últimos anos e ainda hoje os militantes da EPeS mantêm um grupo de discussões virtual, que tem o papel de articulação e troca de experiências do dia-a-dia. (STOTZ *et al.*, 2005).

Nas palavras de Stotz:

A Educação Popular e Saúde atualmente é parte de um movimento mais amplo, seria mais correto falar que é patrimônio comum de pessoas que participam em redes de movimentos sociais. A Educação Popular e Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes – humanista, cristã e socialista –, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Ela se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orienta-se por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas (STOTZ, 2004, p. 290).

Ou seja, propõe construir um modelo de saúde que também questione a realidade atual e contribua para uma transformação da própria sociedade, a partir da análise de que atualmente o modelo de saúde reflete a relação desigual que é estruturada por meio de um modelo econômico político capitalista. Sendo assim, a proposta da Educação Popular e Saúde passa por uma mudança de atitude dos diferentes sujeitos que compõem o processo saúde-doença, propondo que os usuários tomem um lugar que não pode ser mais o de receptores passivos ou objetos do processo. Esta dimensão política transformadora proposta pela educação popular fica clara nas palavras de Pagliaro, quando afirma que

A prática da EP tem vivido diversos momentos: desde épocas em que a ênfase eram as estratégias didáticas ou a dinâmica, ao aspecto cultural, ao aspecto político-partidário, ao método, à diversificação de conhecimentos e, inclusive, à interação de conhecimentos, até compreender que a ênfase é um problema de conjuntura, a partir da constatação do poder como fenômeno existente em todos os espaços e microespaços do tecido social. E é por isso que posso afirmar que apesar de podermos encontrar relações entre as diversas pedagogias da educação formal e a educação popular, estamos numa dimensão específica que se propõe a problematizar a

realidade, seu jogo de poderes sua luta de classes (PAGLIARO, 2004, p. 20).

Tal concepção educativa tem origem na Pedagogia da Autonomia formulada por Paulo Freire e incorporada como base para se pensar uma educação popular em saúde. O essencial da proposta educativa freiriana é o entendimento da dimensão política do processo educativo, o extremo oposto de uma concepção ainda presente nos dias atuais, da neutralidade da educação, que seria uma transmissão de conhecimento “técnico”.

Negar a neutralidade do processo educativo significa afirmar que quando uma ação pedagógica visa hierarquizar os sujeitos das relações de ensino-aprendizagem, tornando os alunos meros recebedores de conteúdos prontos, isso é o mesmo que reforçar a ideologia dominante (FREIRE, 2006).

Desbancar a ideologia dominante e construir uma alternativa educacional centrada na transformação da sociedade é o que propõe a Pedagogia da Autonomia, conforme esclarece Pagliaro

[...] o que importa no processo educativo é a promoção do homem, fazendo-o agente de sua própria recuperação, colocando-o numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas e dos problemas de sua comunidade. É o que se pode chamar de educação “problematizadora” ou “libertadora” em oposição à educação “bancária” (FREIRE, 2002 citado por PAGLIARO, 2004, p.14).

Portanto, para Pagliaro (2004, p. 31), Educação Popular e Saúde consiste em

Aspecto metodológico dialógico, problematizador e reflexivo, avançando para além da transmissão de conhecimentos, criando possibilidades para a produção e construção do saber; Intencionalidade sócio-política participativa na busca de uma sociedade com maior nível de equanimidade; Encontro de saberes distintos, mas complementares, o popular e o científico, na busca de soluções que sejam o produto de uma construção coletiva.

Percebe-se, desta forma, que a concepção de educação popular está muito longe da cultura higienista ainda presente na sociedade nos dias de hoje. Trata-se de algo maior, que busca solucionar os problemas desde suas raízes. Nesse sentido, Vasconcelos afirma que

A Educação Popular não visa a criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa participar do esforço que já faz hoje as categorias de sujeitos subalternos – do índio ao operário do ABC Paulista – para que a organização do trabalho político, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos (VASCONCELOS, 2007, p. 20).

4.2. Desafios

Falar dos desafios enfrentados pela Educação Popular e Saúde hoje é apenas uma forma de aprofundar um pouco mais nessa proposta tão contra-hegemônica, se considerarmos o que está posto atualmente na saúde. Não se pretende aqui fazer uma abordagem total dos desafios, mas sim ressaltar alguns considerados mais relevantes.

Um primeiro desafio trata-se da expansão dessa proposta educativa. “Sua sistematização pedagógica ainda tem muito a caminhar. A diversidade de suas diferentes experiências, ainda não totalmente conhecidas, é a maior riqueza que se tem” (PAGLIARO, 2004 p. 36).

Não é novidade o fato de que as ações que buscam questionar o sistema capitalista fiquem à margem dos processos sociais. Na saúde não é diferente. A Educação Popular e Saúde se desenvolveu num campo da esquerda brasileira mais envolvido com os serviços de saúde, mas teve pouco eco numa perspectiva mais geral do país. Apesar de ter recebido algum apoio governamental, esta proposta nunca foi tomada enquanto algo central no processo de saúde e permanece ainda hoje como iniciativas isoladas, com muito baixa capacidade de influência nas políticas de saúde como um todo e com pouca mobilização social em torno de si. Este desafio é ressaltado por Stotz *et al.* (2005, p.19) quando dizem que

[...] apesar da razoável experiência sobre os caminhos de participação popular com base na metodologia da Educação Popular, continua o desafio de generalizar esta experiência. A proposta (...) de que tal generalização passe principalmente pela formação de recursos humanos sob o método da educação popular, capaz de escutar suas angústias, sua experiência prévia e sua vontade de superação das dificuldades, constitui talvez o desafio posto à forma de organização do próprio movimento, isto é, da fluidez das relações diretas e informais da rede.

Stotz *et al.* (2005) ressaltam a importância da formação dos profissionais de saúde na concepção da Educação Popular e Saúde. Isso é fundamental para se vencer outro desafio que é a mudança concreta na postura dos profissionais. Tais profissionais, entretanto, têm que ser vistos como parte de todo um sistema que os leva a assumir determinadas posturas junto à população. A mudança passa pelos indivíduos, mas deve também atingir o sistema econômico que organiza a sociedade. Organiza inclusive as ações educativas no âmbito do PSF, quando cria “regras” a serem seguidas pelos profissionais e que serão avaliadas como sinal de um bom trabalho. Exemplo disso são as remunerações por metas, que estipulam

números a serem cumpridos pelos profissionais em troca de bonificações remuneratórias. Em relação a isso, Stotz afirma que

Embora não seja imediatamente visível, o desenvolvimento de práticas transformadoras de educação acaba por sofrer a influência deste modelo de financiamento, já que a pressão pela produtividade em cima dos profissionais termina por atropelar o tempo necessário e por impor um ritmo de trabalho incompatível com o tempo necessário ao estabelecimento de vínculos e parcerias entre profissionais e população (STOTZ *et al.*, 2005, p.11).

Outro desafio elencado pelos atuais militantes da Educação Popular e Saúde é fazer com que esta proposta “contamine” a gestão dos serviços e o próprio governo, o que permitiria um maior controle dos serviços por meio da participação popular. Vasconcelos, nesse sentido, diz que

A Educação Popular é um saber importante para a construção da participação, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participada de ações sociais (VASCONCELOS, 2007, p. 27).

Por fim, é preciso vencer a medicalização das necessidades de saúde, que constitui outro problema bastante comum, incorporado pela sociedade através da ação cotidiana dos grandes empresários da doença, que mercantilizaram a saúde como mais uma fonte de lucros. Tal fato se torna ainda mais crítico quando se considera que, em decorrência do aumento do desemprego, da miséria social e da violência, os profissionais de saúde têm que atender cotidianamente uma demanda muito grande expressa sob a forma de um sofrimento que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça (STOTZ, 2004).

5 Contexto de trabalho da Equipe Vermelha

O Centro de Saúde Vila Maria é a unidade de referência de grande parte dos moradores do Bairro Jardim Vitória, que está localizado na regional Nordeste do município de Belo Horizonte. A comunidade se formou inicialmente no fim dos anos 70, a partir de ocupações do território por famílias vítimas de uma enchente que assolou a cidade de Belo Horizonte no ano de 1979. Contam os moradores mais antigos que no início as residências eram barracos de madeirite, em condições sanitárias muito precárias. O local das primeiras ocupações é hoje conhecido por Vila Maria, que compreende a área de maior concentração populacional do bairro, típica das zonas de periferia urbana.

A comunidade do bairro abrange atualmente cerca de 10.000 pessoas, que constituem três áreas de abrangência de equipes de saúde da família distintas.

A unidade de saúde é nova, inaugurada há dois anos, com instalações adequadas para o atendimento à população, embora já comece a ficar pequena para uma população sempre crescente. Foi conquistada através da luta dos moradores do bairro para aprovação da verba no Orçamento Participativo Municipal.

Atualmente a unidade abriga três Equipes de Saúde da Família, uma Equipe de Saúde Bucal, uma Equipe de Zoonoses, doze profissionais de apoio (uma clínica médica, um pediatra, uma ginecologista, uma enfermeira e oito auxiliares de enfermagem), sete profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quais sejam: fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutica, educador físico, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Conta, também, com uma equipe de seis profissionais administrativos e um gerente, perfazendo um total de sessenta trabalhadores na unidade.

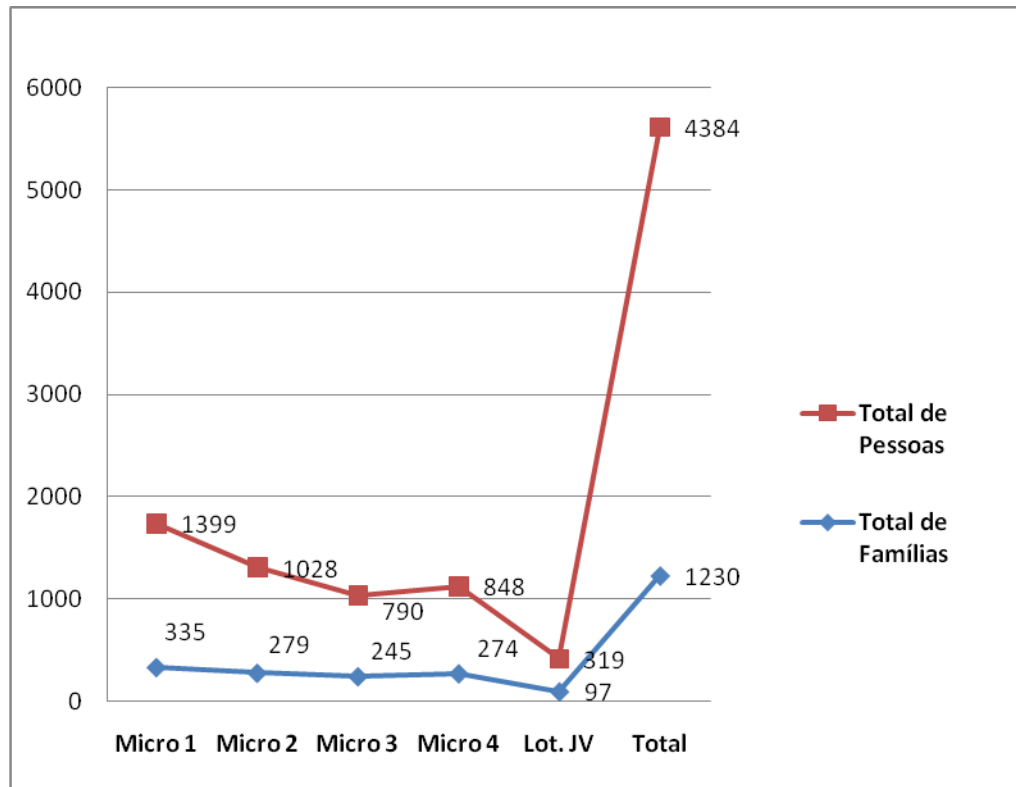
Desde o início da constituição do bairro os moradores buscam melhorar a qualidade dos serviços de saúde e todas as unidades que existiram antes da atual foram, também, fruto desta mobilização.

Existem algumas iniciativas de trabalhos na comunidade que visam melhorar a qualidade de vida da população com destaque para o Projeto Providência e para a Associação São Vicente de Paula, ligados à Igreja Católica, e o Programa Escola Aberta, ligado à Secretaria Municipal de Educação.

A equipe Vermelha possui, contabilizadas, 1.230 (hum mil duzentos e trinta) famílias e um total de 4.384 (quatro mil trezentos e oitenta e quatro) pessoas sob sua responsabilidade. Esta população está distribuída em quatro micro-áreas e mais uma área de expansão (chamada aqui de Lot.JV), que ainda não está totalmente cadastrada. Portanto, não se sabe, exatamente, o número de famílias e pessoas existente na área de abrangência da equipe.

O Ministério da Saúde, por meio da última Portaria que regula a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 648/GM de 28 de março de 2006), orienta que uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ter, em média, 3.000 pessoas (três mil), não devendo, cada microárea da equipe, ultrapassar o limite de 750 (setecentos e cinquenta) pessoas (BRASIL, 2006). Portanto, sem contabilizar a nova área, a equipe já responde por um número maior de pessoas do que aquele preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Como se observa no Gráfico 1, elaborado com dados de 2010, todas as quatro microáreas cadastradas da equipe apresentam um número superior a 750 pessoas, chegando ao extremo de quase 1400 (hum mil e quatrocentas) pessoas na micro 1. No total, a equipe tem 1384 (hum mil trezentos e oitenta e quatro) pessoas a mais do que é orientado pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, as duas outras equipes da unidade têm menos de 3.000 (três mil) pessoas em suas áreas adscritas, apontando para a necessidade, urgente, de revisão da distribuição da população entre as equipes.



Fonte: Dados levantados pela Equipe Vermelha do Centro de Saúde Vila Maria

Gráfico 1 – Distribuição da População adscrita à Equipe Vermelha, por Microárea, em 2010

O que piora ainda mais a situação vivenciada pela Equipe Vermelha é que sua atuação se insere em uma área de elevado e muito elevado risco, caracterizada por alto Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) (BELO HORIZONTE 2005/2008).

O IVS é um índice utilizado pela Prefeitura de Belo Horizonte na caracterização dos extratos populacionais. Baseia-se em saneamento básico, condições de habitação, de escolaridade, de renda, em características demográficas e de saúde da família. Quanto mais alto o índice, piores as condições de vida da população (BELO HORIZONTE 2005/2008).

Sabe-se que nas áreas caracterizadas com altos IVS, como é o caso da área de abrangência do Centro de Saúde Vila Maria, a demanda pelo serviço de saúde é grande. Isso acontece porque essa população é totalmente SUS dependente, com raras exceções, além de estar sob maior risco de adoecimento devido às péssimas condições de vida.

O Conselho Local de Saúde é atuante, se reúne com frequência mensal. É composto, em sua grande maioria, por usuários, inclusive é presidido por um deles. Conta com a participação do gerente em todas as reuniões e de alguns profissionais.

As agendas dos profissionais da equipe Vermelha estão sempre cheias e consiste em atendimentos individuais, visitas domiciliares e reuniões de equipe, havendo um grande período, diário, para atendimento de demanda espontânea. Não há atividades em grupo organizadas pela equipe.

As atividades em grupo realizadas na unidade são: 1) grupo de planejamento familiar, com periodicidade mensal e coordenado pelos enfermeiros de saúde da família, em revezamento; 2) grupo de atividade física, duas vezes por semana, coordenado pelo educador físico do NASF; 3) grupo de bate-papo “Café com Prosa”, com periodicidade mensal e coordenado pela assistente social, com envolvimento pontual de outros profissionais; 4) grupo operativo ainda sem nome, criado recentemente com foco nos portadores de polipatologias, com proposta de periodicidade mensal, coordenado atualmente pelos estagiários do internato rural da UFMG; 5) grupo de convivência “Alegria de Viver”, com reuniões duas vezes por semana, coordenado por uma de suas integrantes, com apoio da assistente social, de uma ACS e de uma enfermeira. Este será abordado novamente mais abaixo com uma caracterização mais detalhada, uma vez que foi o escolhido para uma análise de sua relação com a proposta da Educação Popular e Saúde.

O atendimento aos casos agudos é realizado, prioritariamente, durante o acolhimento que acontece todos os dias, no período da manhã, simultaneamente entre as três equipes. No acolhimento, além do atendimento aos casos agudos, é acolhido todo tipo de demanda espontânea, como, por exemplo, agendamento de consultas, resolução de problemas relativos à lotação das agendas, acolhimento de demandas vindas de outros serviços, como UPA, escolas, etc. Quem realiza o acolhimento é a enfermeira e as auxiliares de enfermagem da equipe, que encaminham os casos que necessitam de avaliação médica para o médico da equipe ou para os médicos de apoio, conforme existência de vagas.

No período da tarde não há organização para atendimento de agudos, mas ele acontece sendo assumido em grande parte pelas auxiliares de enfermagem das equipes e pela enfermeira e médica de apoio. Eventualmente os médicos e enfermeiros das equipes são solicitados também no período da tarde para o atendimento a casos agudos.

O processo de trabalho da Equipe Vermelha, atualmente, caracteriza-se por uma grande sobrecarga de trabalho dos profissionais que, de certa forma, estão desmotivados a buscar novas propostas de organização do trabalho. Várias vezes a equipe fez planejamento, mas

encontra dificuldade para execução das ações planejadas devido à alta e permanente intensidade de trabalho.

Pode-se afirmar que, atualmente, a equipe enfrenta, dentre outros, os seguintes problemas que impossibilitam a execução de atividades coletivas voltadas para a prevenção e promoção de saúde: excesso de população na área adscrita, presença de área de expansão não cadastrada como microárea, má distribuição das famílias entre as microáreas do Centro de Saúde e ocupação de 100% da agenda dos profissionais com consultas individuais e visita domiciliar.

6 Grupo de Convivência: uma proposta de educação em saúde

Há cerca de três anos foi iniciada uma experiência de grupo de convivência no Centro de Saúde Vila Maria, proposto pela assistente social da unidade, em diálogo com a gerência e algumas mulheres da comunidade. A princípio não seria um grupo de mulheres, mas foram elas as que aderiram à proposta. Posteriormente o grupo passou a se chamar “Alegria de Viver”.

Tendo como referência a constatação de que muitas pessoas vão cotidianamente ao serviço com queixas inespecíficas e “incuráveis”, o grupo foi criado com o intuito de ser espaço para troca de experiências e discussão sobre diversos problemas que permeiam a vida, aproveitando o tempo que muitas vezes, é utilizado, de forma inadequada, em consulta médica.

O grupo buscou, então, ser um espaço para ampliar a auto-estima e a percepção das pessoas sobre questões difíceis da vida e, na troca de experiências com o coletivo, ser também uma possibilidade de achar saídas para os problemas individuais.

Como se trata de um grupo de mulheres é necessário levarmos em conta as questões que permeiam a vida da mulher de modo geral, questões estas que vão influenciar diretamente no comportamento das participantes do grupo.

6.1. Condição da mulher na sociedade – resgate histórico

A história nos demonstra facilmente a situação de opressão das mulheres existente na sociedade há milhares de anos. A seguir são apresentados alguns exemplos.

Na Grécia antiga, as mulheres ocupavam posição semelhante à dos escravos, ou seja, além de serem os únicos que trabalhavam, não tinham direito à liberdade. Isso fica claro numa famosa frase dita por Platão: “se a natureza não tivesse criado as mulheres e os escravos, teria dado ao tear a propriedade de fiar sozinho” (ALVES; PITANGUY, 2007, p. 11).

Nos primeiros séculos da idade média as mulheres já gozavam de alguns direitos garantidos por lei e por alguns costumes, que depois vão perder devido à reintrodução dos princípios da Legislação Romana, após o século XIII, o que fica explícito na fala de Alves e Pintanguy quando dizem que

“(…) a mulher participou também das corporações de ofícios, atuando como aprendiz e, excepcionalmente, por morte do marido, como mestre. (...) A ascensão da mulher ao cargo de mestre sofria, no entanto, restrições. Assim, ela só poderia ocupá-lo, quando viúva, pelo período de um ano, em alguns burgos, ou, em outros, enquanto não mantivesse relações sexuais com outro homem” (ALVES; PITANGUY, 2007, p. 16)

À época da inquisição e da caça às bruxas,

[...] o discurso médico vai de par com o discurso religioso no que se refere à tal perseguição [das mulheres]. A medicina, neste momento, passa a instaurar-se como uma instituição masculina que advoga o monopólio do saber ou do poder de cura. E o advoga sobretudo pela perseguição à prática feminina no trato com ervas e do atendimento aos partos. Era a mulher, curandeira e parteira, secularmente encarregada da saúde da população, o principal concorrente a ser eliminado para o estabelecimento da hegemonia da medicina” (ALVES; PITANGUY, 2007, p. 20).

No primeiro documento coletivo de mulheres estadunidenses, elaborado na Convenção de Seneca Falls, em 1848, as mulheres denunciavam sua insatisfação com a Declaração de Independência dos Estados Unidos e propunham alterações para que fossem incluídas enquanto pessoas de direitos. Argumentavam que “a história da humanidade é a história das repetidas injúrias e usurpações por parte dos homens sobre as mulheres e cujo objetivo direto é o estabelecimento de uma tirania absoluta sobre ela” (GONZÁLES, 2010, p. 176).

Na Alemanha, onde até 1918 era proibido que as professoras se casassem, o Imperador Guilherme II, em 1910, afirmou em discurso público que

A principal missão da mulher não é participar de reuniões, nem conquistar direitos que lhes permitam ser iguais aos homens, mas desempenhar silenciosamente sua tarefa no lar e na família, educar a nova geração, ensinando-lhe, antes de tudo, o dever de obediência e o respeito aos mais velhos (BADIA, 2003, p. 44).

No Brasil, somente na Constituição de 1988 é reconhecido que homens e mulheres têm deveres e direitos iguais e isso só será regulamentado com o Código Civil de 2002. Apesar das mudanças anteriores de tipo e intensidade da opressão, até então a mulher estava legalmente em papel de submissão ao homem mediante o casamento. Obviamente, ainda

há resquícios dessa dominação na legislação e exemplo disso é a criminalização das mulheres que praticam aborto.

O que se percebe é que à medida que a sociedade foi se modernizando, de alguma forma pressionada pelas lutas feministas, se faz algumas concessões às mulheres, embora uma boa parte destas concessões nem sempre representem mudança real na vida das mulheres.

Tais exemplos nos falam de uma relação de opressão que está instaurada na sociedade há milhares de anos e que se manifesta como um fenômeno de dupla face: a exploração e a dominação, conforme conceito desenvolvido por Heleieth Saffioti¹. Cabe aqui dizer que a opressão sofrida pela mulher pelo simples fato de ser mulher está presente na totalidade das relações homem-mulher e tem na divisão sexual do trabalho seu componente fundamental.

Esse sistema opressor das mulheres beneficia a categoria social dos homens com privilégios a eles concedidos pelo simples fato de serem homens e, também, beneficia a classe burguesa, na medida em que o capitalismo incorpora e reforça as desigualdades de gênero em benefício de maior acumulação de riquezas. Sobre isso, Nogueira (2006, p. 208) diz que

[...] o capital necessita constantemente diminuir o gasto com a reprodução da força de trabalho, o que acaba acarretando a diminuição dos valores dos salários de toda a classe trabalhadora. E, em particular, esse processo é ainda mais acentuado na força de trabalho feminina, que de certa forma já se encontra depreciada pelas relações de poder existente entre os sexos, principalmente no seio da família patriarcal.

Vejamos um exemplo: quando uma mulher ganha menos que o homem por um trabalho equivalente, isso acontece e é legitimado socialmente devido ao fato de o trabalho da mulher ser considerado de menor valor, o que, por sua vez, é devido à divisão sexual do trabalho, onde a mulher está legada às tarefas reprodutivas e o homem às produtivas.

No exemplo acima, quem ganha com isso é a elite, que acumula mais riqueza; quem perde, conseqüentemente, é a classe trabalhadora e quem sofre é a mulher, que acumula

¹ Heleieth Saffioti foi uma das primeiras feministas brasileiras a publicar livros e artigos sobre a condição das mulheres e seu nome é em si uma referência para a história do feminismo brasileiro.

sofrimentos no trabalho e no lar. Além de tudo, com toda essa sobrecarga causada pela duplicação quando não triplicação da jornada de trabalho, não há tempo para o ócio e para o divertimento.

Numa pesquisa nacional publicada em julho de 2004 fica evidente como grande parte das mulheres não têm o descanso ou o lazer incorporado em suas vidas, e quando têm, são restritos ao espaço do lar. Quando questionadas sobre o que fazem com o tempo livre, 63% responderam alguma atividade restrita ao lar (assistir TV, cuidar das plantas, ficar na janela etc). A única atividade considerada de lazer, dentre 15 elencadas, que mais de 50% das mulheres realizou no último mês foi ir à missa ou culto religioso (64% das pesquisadas); para todas as outras atividades, apenas 30% ou menos mulheres haviam realizado (RECAMÁN; VENTURI; OLIVEIRA, 2009).

Essa mesma pesquisa revela dados alarmantes de violência contra mulher: 43% das entrevistadas disseram já ter sofrido alguma modalidade de violência perpetrada por um homem. Tal violência, quando tipificada, clarifica ainda mais a crueldade e covardia dessa sociedade.

Fica nítida, dessa forma, a persistência da opressão das mulheres em nossa sociedade, embora muito já tenha mudado na legislação.

Se olharmos para essa mulher de hoje - que trabalha em triplas jornadas, que sofre violência física e moral ao menor sinal de resistência e não tem tempo livre algum que lhe proporcione sociabilidade - e a compararmos às escravas da Grécia antiga, veremos que sofrem uma opressão bastante semelhante, embora o disfarce ideológico faça-nos acreditar que houve enormes avanços na condição da mulher.

Obviamente, há que se considerar que na atualidade, a depender da característica observada em relação à opressão das mulheres, algumas estarão submetidas com maior intensidade às agruras do sistema do que outras. Como exemplo as mulheres negras e pobres, que têm sua opressão potencializada e complexificada por sua constituição de raça/etnia e classe. Entretanto, também é verdade dizer que não há uma única mulher em nossa sociedade que esteja totalmente isenta da opressão sofrida simplesmente por ser mulher.

Se há opressão, há oprimidos (mulheres) e há opressores (homens). Obviamente, cada ser social carrega em si aquilo que a própria sociedade lhe imprimiu, portanto não se trata de culpabilizar o ser individual, mas superar o sistema como um todo que o fez assim. Entretanto, a célula desse sistema é o ser humano sendo, portanto, a via sem a qual não se atinge o sistema. Isso significa que, para mudarmos o sistema, teremos que passar pela transformação dos indivíduos.

Nesse sistema de opressão, os homens levam vantagem independente da classe que ocupam, e não vão jamais querer abrir mão de tais vantagens, como, por exemplo, o fato de não terem que se responsabilizar pelo trabalho doméstico, ficando a mulher com as duplas, triplas jornadas de trabalho ao saírem de casa para conseguir o sustento da família.

É por conta dessa vantagem que os homens reproduzem a dominação, e continuarão reproduzindo até quando as mulheres permitirem. Na medida em que o opressor jamais libertará o oprimido, como nos ensina Paulo Freire (FREIRE, 1987).

6.2. Grupo Alegria de Viver – uma experiência de Educação Popular e Saúde

Diversas questões dessas apresentadas no contexto geral de opressão das mulheres são observadas no cotidiano de vida das participantes do grupo “Alegria de Viver”.

O número de participantes nas atividades sempre variou bastante, com uma média de 15 mulheres por encontro. O perfil das participantes é, em sua grande maioria, de mulheres entre 40 e 70 anos, casadas ou divorciadas, com filhos adultos, cuidadoras do lar, cuidadoras dos netos, muitas delas com contexto de violência doméstica no passado ou mesmo atual.

A periodicidade de encontros é de duas vezes por semana, sempre no período da manhã, quando as mulheres consideram mais fácil de conciliar com as tarefas domésticas, inclusive o cuidado dos netos.

Optou-se pelo artesanato enquanto o veículo metodológico de realização do grupo, que iniciou sob a coordenação da assistente social do Centro de Saúde. Entretanto, desde o

início havia também a expectativa de realizar outras atividades que cumprissem um papel de integração, reforço à autonomia, discussão de problemas vivenciados no cotidiano etc.

De todos os profissionais da unidade, além da assistente social, somente acompanham o grupo uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e uma enfermeira. Alguns profissionais sequer conhecem o grupo ou o objetivo de sua existência.

Entre as três profissionais, a ACS é quem tem tido, atualmente, mais condições de acompanhar as mulheres permanentemente em seus encontros e tem cumprido um papel de auxílio na coordenação. A assistente social, que já tem uma demanda grande na sua área de atuação, tem assumido também um trabalho na UBS de formação de recursos humanos e apoio gerencial, além de ser referência em saúde mental para as equipes, suprimindo a falta de um psicólogo. Da mesma maneira, a enfermeira é da equipe vermelha, já descrita acima como uma equipe que tem uma demanda que vai além de suas possibilidades de resposta. Além disso, o fato das equipes do Centro de Saúde serem pouco envolvidas com o grupo das mulheres dificulta a compreensão sobre a importância da atenção ao grupo e, conseqüentemente, a liberação da agenda das profissionais para este fim. Assim, acaba-se inviabilizando o acompanhamento pelas profissionais interessadas. Essa ausência é sentida e manifestada pelas mulheres.

Nesse período de três anos, o grupo construiu ou participou de várias atividades. Bazares solidários, organizados com roupas e calçados provenientes de doações foram realizados diversas vezes, com o intuito de arrecadar recursos para compra de materiais necessários ao artesanato.

Passeios em parques da cidade foram feitos em duas ocasiões, com o objetivo de integração entre as participantes, lazer e descontração. Nesse sentido, também algumas vezes foram feitas festas de comemoração de aniversários e confraternizações em finais de anos.

Numa ocasião, o grupo participou de uma feira de artesanato organizada pela Economia Solidária. Foi uma tentativa de vender produtos que vinham se acumulando por não ter espaço de venda organizado. Não obteve esse resultado, apesar de ter sido interessante para algumas mulheres que visitaram a feira e experimentaram a tarefa da venda dos produtos na barraca.

Algumas atividades foram realizadas com o intuito de enfrentar problemas presentes no cotidiano de vida das mulheres do grupo, como por exemplo, a violência.

Em 2010, ano em que foram comemorados cem anos do Dia 8 de Março, o Dia Internacional de Luta das Mulheres, a Marcha Mundial das Mulheres, movimento feminista internacional, organizou uma ação que consistiu numa caminhada de cem quilômetros, de Campinas a São Paulo, entre os dias 08 e 18 de março de 2010. O grupo “Alegria de Viver” participou tanto do processo de preparação desta ação, realizado em Belo Horizonte em encontro de vários grupos de mulheres, como também da caminhada em São Paulo. Apenas algumas mulheres foram, mas houve momentos de repasse e debate posterior com o grupo como um todo.

No final do ano de 2010, algumas mulheres foram assistir à peça de Teatro “Fala mulher, que mundo você quer?”, espetáculo do Grupo Fragmentos, participante de duas edições do Festival Estudantil de Teatro (FETO). A peça e esta apresentação foram realizadas em parceria com a Marcha Mundial das Mulheres. O espetáculo abordou, além da violência doméstica, várias questões relacionadas às desigualdades entre homens e mulheres. Apesar de terem sido poucas mulheres a participar, esse foi assunto presente nas conversas entre todas elas durante a realização do artesanato.

Por dois anos consecutivos, o grupo participou, de forma organizada, da “Caminhada da Paz”, uma atividade historicamente realizada pelas instituições presentes no bairro com o objetivo de sensibilização da população para a necessidade da paz enquanto um direito de todos. Nos dois anos, o grupo se preparou para a participação na caminhada com debates e oficinas de construção de materiais sobre a violência contra as mulheres, tema que foi motivador da participação do grupo na caminhada, nos dois momentos.

Há cerca de um ano atrás, diante do contexto de violência doméstica sofrido por várias integrantes do grupo, foi articulada a realização de uma série de oficinas de combate à violência contra mulheres com as participantes do Grupo Alegria de Viver. A iniciativa para realização dessas se deu por parte das profissionais que acompanham o grupo numa parceria com a professora da disciplina Saúde da Mulher da Universidade Federal de Minas Gerais, que acompanha estágio dessa disciplina no Centro de Saúde Vila Maria e tem vasta experiência no tema da violência contra mulheres.

Os objetivos iniciais pretendidos com a realização da atividade eram: caracterizar a violência doméstica em suas várias facetas e explicitar o machismo enquanto a causa principal desse problema; apresentar os serviços de apoio às mulheres em situação de violência; estabelecer uma rede de apoio entre as mulheres para que estas pudessem se apoiar no enfrentamento às situações de violência e ajudar outras mulheres que porventura necessitem de apoio.

O método utilizado para abordar o tema foi a construção de uma colcha de retalhos. Foram realizados dez encontros e em cada um deles era construído um pedaço da colcha, sempre associado a determinadas questões relativas à violência doméstica. Foi necessário realizar também alguns encontros de avaliação e de retomada, devido a esvaziamento momentâneo do grupo e também encontros com foco em outras atividades artesanais, devido às demandas apresentadas pelas mulheres durante o processo.

Focando o olhar mais para os encontros de construção da colcha, foi percorrido o caminho seguinte. Inicialmente as mulheres escolheram um retalho que tinha uma cor que lhe agradava, numa porção levada pelas facilitadoras. Em seguida foi solicitado que costurassem, em casa, em cada um dos quatro lados do retalho escolhido, outro que representasse pessoas ou situações marcantes em suas vidas. No encontro seguinte as mulheres apresentaram suas escolhas, descrevendo situações e pessoas relacionadas com a violência doméstica. Neste momento foi iniciado o debate sobre os diversos tipos de violência doméstica. Foi então solicitado que as mulheres continuassem a costura em casa, preenchendo os lados que faltavam com pessoas, instituições ou lugares que podiam buscar ajuda quando havia uma situação de violência. No encontro seguinte foi concluída, a partir da fala das mulheres, a caracterização dos diversos tipos de violência.

Seguiu-se com outro encontro onde os retalhos das mulheres começaram a ser costurados uns nos outros, inicialmente em duplas. Neste momento foi discutida a necessidade de solidariedade entre as mulheres e os lugares mais próximos onde se poderia buscar ajuda. No próximo encontro os retalhos das duplas foram agregados concluindo a junção de todos os retalhos; nesse dia foi apresentado o serviço institucional de apoio às mulheres, como a delegacia, as instituições de acolhida, abrigos. No último encontro as mulheres fizeram então o forro da colcha, pintando o nome do grupo num tecido levado pelas facilitadoras. Foi aí o momento de começarem a se preparar para participar da caminhada da paz do ano de 2010. Fizeram os acordos quanto à construção dos materiais e combinaram de levar também a colcha de retalhos como um símbolo da construção do grupo.

Desde os primeiros meses, com pouco tempo de realização do grupo, foi notório para a equipe do Centro de Saúde como houve mudanças de atitude e postura das mulheres que se envolveram. Para estas, realmente houve redução de procura por “consulta médica”, elas mesmas relataram muitas vezes que se sentiam melhor, usando menos medicamentos. Também se encorajaram para enfrentar problemas como a violência doméstica. Muitas delas demonstram hoje uma postura mais autônoma diante de suas próprias vidas, embora muitos problemas ainda não tenham sido resolvidos.

As oficinas de combate à violência foram um espaço de construção onde as mulheres puderam entender a importância da solidariedade entre elas no combate a violência. Puderam perceber que grande parte dos seus problemas são os mesmos que tantas outras mulheres sofrem. A partir daí, é mais fácil compreender a necessidade de mobilização para enfrentar os inimigos. Com isso estão se tornando mais saudáveis.

A troca de experiências sobre vivências semelhantes é fator de grande importância, assim como a entrada de elementos novos nos momentos onde se analisa a realidade vivenciada. Essa junção de fatores, que esteve presente em diversas ocasiões na história do grupo e mais sistematicamente durante as oficinas de combate a violência, remete aos princípios da educação popular e saúde.

Por isso, o grupo tem grande potencial educativo. Já representou um avanço e pode avançar muito ainda, no sentido de ser um caminho que leve as mulheres a se colocarem na comunidade como sujeitas ativas, autônomas. Elas podem ser referência e mobilizadoras de outras para que toda a comunidade possa enfrentar os problemas relacionados à opressão vivenciada pelas mulheres, assim como, para enfrentarem diversos outros problemas que se colocam no contexto de vida da comunidade.

7 Algumas reflexões necessárias

A realidade apresentada no contexto de trabalho da equipe Vermelha não é diferente de tantas outras em Belo Horizonte e outras cidades.

A grande maioria dos profissionais trabalha com uma sobrecarga muito grande na Atenção Primária, pois o objetivo de avançar na melhoria das condições de saúde da população utilizando como método o investimento na mudança de atitudes individuais mostra-se bastante limitado. As demandas são cada vez mais crescentes e o serviço cada vez mais precarizado.

Tal caminho é infértil, pois sabemos que o que faz as pessoas adoecerem não são os fatores determinados apenas pelo comportamento do indivíduo, mas de toda uma coletividade. A coletividade está doente. Uma sociedade que se alimenta de exclusão não pode ser saudável. Uma sociedade que se move por meio da exploração de muitos para o acúmulo de riquezas nas mãos de poucos não pode ser saudável.

É nesse sentido que o desafio da consolidação da educação popular é enorme. Não há formas de avançar na conquista de uma saúde melhor se as próprias pessoas não tomarem as rédeas da história e construírem seu próprio destino. É isso que, na concepção, é proposto pela educação popular e saúde. Esse deveria ser o objetivo estratégico da atenção primária à saúde.

Considero que ainda estamos muito longe disso hoje. O governo não tem este objetivo, uma vez que investe muito pouco na saúde; seus protocolos visam envolver as pessoas na busca individual pela saúde e, mesmo quando propõe ações coletivas, é com o objetivo de esclarecer aos indivíduos que eles precisam mudar seus hábitos. Além do mais, em Belo Horizonte, o serviço vem sendo precarizado cada dia mais, baseando-se em quantidade e não em qualidade para avaliar o trabalho dos profissionais. O próprio número de pessoas que os trabalhadores ficam responsáveis é um limitante enorme, pois a demanda constante da população pela solução de questões agudas acaba dificultando uma intervenção diferenciada por parte da equipe. É necessário reduzir o número de famílias por equipe no PSF. No caso da equipe Vermelha isso é urgente.

Ainda do meu ponto de vista, os trabalhadores, em sua maioria, também não têm este objetivo. A grande maioria que se preocupa com a educação em saúde ainda permanece reproduzindo a lógica do foco no comportamento do indivíduo. Muitos, diante das condições difíceis de sobrevivência, têm medo de se mobilizar para construir coisas novas e lutar pela melhoria dos serviços temendo que isso resulte em punições e até perda do emprego. Além do mais, não é fácil enfrentar as demandas imediatas apresentadas todos os dias pela população sem ter algo concreto para oferecer. Fica mais fácil prescrever logo o remédio do que discutir as causas do adoecimento.

A população também não tem este objetivo, uma vez que consegue enxergar apenas a aparência da realidade e não a sua essência. Os trabalhadores e a população excluída de todos os direitos não sabem a força que têm. Estão dançando conforme a música que tocam as classes dominantes. Por conta disso também não percebem que tomar um remédio para dormir não resolve o problema que causa a insônia.

Nesse sentido, a educação popular e saúde jamais avançará se ficar limitada ao campo da saúde, pois seus desafios são de natureza muito mais ampla. São, também, políticos, estão na estrutura da sociedade.

É necessária uma aliança permanente dos trabalhadores com os usuários do SUS, que se entendam enquanto uma classe só, que lutem juntos pelas melhorias das condições de vida e de saúde da população. Contar com a democratização da gestão em saúde enquanto via principal para se chegar à generalização da educação popular pode ser uma ilusão do movimento. Isso porque a gestão, conforme organização da sociedade capitalista, existe para administrar os interesses da classe dominante e manter o *status* da ordem estabelecida.

Não se pode negar que há alguns gestores comprometidos com a saúde da população e dispostos a promover mudanças estruturais no sistema de saúde. Entretanto, tais pessoas costumam ser exceção e, geralmente, quando suas ações ganham destaque passam a incomodar os interesses das elites, o que causa a reação imediata no sentido de podar os avanços ora implementados.

Portanto, o avanço da proposta de educação popular para se tornar hegemônica no sistema de saúde depende de uma correlação de forças favoráveis à classe trabalhadora. Isso só

será possível com o fortalecimento dos movimentos sociais e de demais organizações dos trabalhadores.

A formação profissional é também um grande gargalo. O desafio perpassa o meio acadêmico, outro espaço também atualmente bastante “contaminado” com as práticas hegemônicas do sistema capitalista. O capital transformou a saúde em uma mercadoria. Seguindo este modelo, muitas escolas acabam se construindo como empresas e adotando currículos que dialogam com a lógica da saúde enquanto uma mercadoria. Nesses locais, o profissional de saúde se forma para ser um empreendedor. Isso aumenta ainda mais o desafio, pois no cotidiano dos serviços, esses profissionais é que vão ser os agentes pelos quais devem passar as transformações necessárias para efetivar mudanças nas estruturas de saúde.

Neste contexto, é ainda mais necessária a organização dos trabalhadores, na medida em que ela pode proporcionar espaços de formação e luta dos trabalhadores que, uma vez vivenciando a realidade do serviço e sendo responsabilizados pela doença dos usuários, tem grande potencial de transformação de suas concepções. A educação popular pode ser uma ferramenta efetiva de avanço na organização dos serviços e pode trazer resultados muito satisfatórios.

Com este objetivo estratégico – de avançar na saúde coletiva por meio da implementação da educação popular e saúde, é possível identificar as ações, no cotidiano da atenção básica e da equipe vermelha, que contribuem e as ações que nos distanciam de tal objetivo.

O trabalho com as mulheres do grupo de convivência Alegria de Viver é um exemplo de uma ação que pode contribuir muito com os objetivos da educação popular e saúde. Pode servir para mobilizar as mulheres, para contribuir para que saiam do lugar de submissão que a sociedade as colocou e busquem sua autonomia. Algumas delas já relatam isso em seus depoimentos. Relatam como conseguiram enfrentar situações de violência, a partir do aprendizado construído junto às outras mulheres.

Percebe-se, portanto, que é possível avançar na construção de ações que enfrentem os problemas de fundo que as pessoas vivem. Isso contribuirá para que esta população, enfrentando os problemas na sua localidade, possa se articular amplamente e contribua para enfrentar os problemas de toda a sociedade.

Entender a importância desse tipo de ação é fundamental. O papel da equipe, neste processo, deve ser o de ajudar as pessoas a fazer a ligação dos problemas de saúde existentes na comunidade com suas verdadeiras causas e não propor ações estéreis para a solução de tais problemas.

8 Considerações Finais

A partir da bibliografia estudada, de uma (re)visita a uma experiência de vivência coletiva do processo educativo e reflexões acerca do tema Educação Popular e Saúde, fica clara a necessidade de estimular a equipe Vermelha a incorporar os princípios da educação popular em saúde em seu cotidiano.

Para isso, será necessário priorizar tais ações, em detrimento de outras. Isso só será possível mediante o estabelecimento, por parte da equipe, de um caminho que coloque as transformações sociais no horizonte estratégico da atenção primária à saúde.

Esse não é um caminho fácil, pois há diversos interesses em disputa no cotidiano do Centro de Saúde Vila Maria. Tais interesses necessariamente precisarão se encontrar com os principais interesses, que são os da população adscrita.

A universidade pode e deve continuar sendo parceira da equipe nesta empreitada e, dessa forma, estará contribuindo com as mudanças necessárias e exercitando sua função social.

É necessário dar continuidade a este trabalho iniciado aqui, com a implementação das ações no serviço. Fazer isso de forma sistemática, orientada pela teoria e pela experiência da educação popular, em parceria com a comunidade é um desafio fundamental que precisa ser vencido.

9 Referências

- ALVES, B. M.; PITANGUY, J. **O que é feminismo**. 2 reimpr. da 8. ed. de 1991. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- BADIA, G. **Clara Zetkin**: vida e obra. São Paulo: Expressão Popular, 2003.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde de Belo Horizonte 2005/2008**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2005. Disponível em <<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/manuais>>. Acesso em: 14 fev. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
- CADILHE, L. F. *et al.* **Implementação de Ações educativas sobre tuberculose nas comunidades escolares da área programática 4/AP4**: Município do Rio de Janeiro. IN: 9 Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas e 4ª Reunião de Coordenação Regional da BVS. Salvador, Bahia. Brasil, 19 a 23 de setembro de 2005.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Pacientes impacientes**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 32-45: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- GONZÁLEZ, A. I. A. **As origens e a comemoração do Dia Internacional das Mulheres**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

LOYOLA, 1984, citada por STOTZ, E. N. *et al.* Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

NOGUEIRA, C. M. **O trabalho duplicado**: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

PAGLIARO, G. E. **Prática homeopática e educação popular**: pauta para um diálogo. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

STOTZ, E. N. *et al.* Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: caderno de textos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 284-299: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

RECAMÁN, M.; VENTURI, G.; OLIVEIRA, S. (orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-29: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).