

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

DIANE ALENCAR MOREIRA

PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARA POPULAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CASO ITAGUAÇU-ES

RIO DE JANEIRO
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DIANE ALENCAR MOREIRA

PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARA POPULAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CASO ITAGUAÇU-ES

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá, como requisito parcial à
obtenção de grau de Mestre em Saúde da
Família.

Orientadora Profa. Dra. Zeilma da Cunha.

RIO DE JANEIRO
2009

DIANE ALENCAR MOREIRA

PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARA POPULAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CASO ITAGUAÇU-ES

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá, como requisito parcial à
obtenção de grau de Mestre em Saúde da
Família.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Zeilma da Cunha
Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Prof^a Dr^a Elaine Franco dos Santos Araújo
Universidade Federal Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

A minha filha Natália, pelo amor e carinho; por entender e me dar força para alcançar mais este sonho entre tantos na minha vida; por respeitar as minhas ausências. Sem você tudo seria muito difícil. Você me deu o suporte que eu precisava para concluir mais esta etapa.

Ao meu filho Frederico, aquele que foi concebido durante esse processo; por me fazer lembrar o quanto é grandioso e divino gerar uma vida, ser mãe; por estar presente e envolvido todos os momentos da minha vida nesses últimos oito meses. Querido! Agüenta só mais um pouquinho.

A busca de conhecimentos é uma tarefa constante para uma possível transformação da realidade. Neste processo, que culminou com a confecção dessa dissertação, foram muitos os colaboradores e certamente eu não teria conseguido realiza-la sozinha.

Assim, agradeço a Deus por me dar saúde e disposição para a vida. Aos profissionais de saúde pela simplicidade e riqueza com que expuseram suas vidas. Sem vocês não haveria esta pesquisa. Em especial, agradeço a ajuda indispensável do Senhor José Carlos e Zuleide pela disponibilidade e ajuda na montagem dos grupos e disponibilidade dos documentos pesquisados na secretaria de saúde.

À todos os meus amigos, em especial a Tânia Mara Ribeiro, Sandra Livia, Márcia Portugal, Teresa Matte, Adenete Emília Miranda e Marcelo Borjaille pela presença constante. Já perdi as contas das vezes que precisei do apoio de vocês a quem dedico todo o amor e gratidão.

A professora Zeilma Cunha pelo respeito com que conduziu a minha orientação e por ser mais que uma professora, uma mestra generosa na partilha dos conhecimentos. Aos professores Haroldo Matos, Elaine Araujo e Paulo Rodrigues pela responsabilidade e dicas preciosas na minha qualificação e por aceitarem participar da minha banca.

Aos meus colegas da Turma de Mestrado, e alguns outros, pela troca de experiências, idéias e utopias, aprendi muito com cada um de vocês. Sem vocês, eu não teria conseguido. Foram inúmeros trabalhos em grupo, horas de conversas e alguns chopinhos para descontrair. Vocês permanecerão sempre no meu coração.

E aqueles que, certamente devo ter esquecido, perdoem-me pelo ato falho e sintam-se incluídos no tradicional “a todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa”.

Cada pessoa que passa em nossa vida,
passa sozinha, porque cada pessoa é
única e nenhuma substitui a outra. Cada
pessoa que passa em nossa vida passa
sozinha e não nos deixa só porque deixa
um pouco de si e leva um pouquinho de
nós. Essa é a mais bela responsabilidade
da vida e a prova de que as pessoas não
se encontram por acaso (Charles Chaplin).

RESUMO

A presente tese situa-se no campo da atenção primária à saúde mais especificamente na dinâmica da atuação de equipes de ESF. Esta pesquisa considera os processos de trabalho e o modo como são planejadas e realizadas as ações educativas em saúde desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Itaguaçu-ES, no período de 2006 a 2007, descrevendo como são diagnosticadas e concebidas as idéias para sua realização. Para isso o trabalho objetivou conhecer as ações e os atores envolvidos neste processo; considerar em relação a metodologias de educação, as ações educativas em grupo encontradas; desvelar os princípios, educacionais e de saúde, norteadores das ações realizadas que alcançam a população e relatar se estas provocaram alguma mudança nas atividades profissionais das equipes envolvidas. Esta pesquisa foi de caráter descritivo com abordagem qualitativa, o que favoreceu a observação, registro, análise e correlações entre fatos e fenômenos. Para coleta de dados foi elegida a técnica de grupo focal que favoreceu a compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos. Na defesa de que a saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade por sua saúde e a da comunidade, a presente tese é relevante por trazer a oportunidade de refletirmos, sobre as possibilidades de mudanças de paradigmas necessárias para que os projetos governamentais e as práticas de saúde realmente alcancem seu ponto máximo de retorno: a compreensão por parte da população a quem são dirigidas, expressão de cidadania e responsabilidade social.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Educação. Políticas Públicas e Equipes ESF.

ABSTRACT

The present work is based on the primary attention to the health, more specifically on the dynamics of the Family Health Strategy (ESF) team. This research considers the work process and the way which are planned and done the health educative actions developed by the ESF teams in the Itaguaçu county in the Espírito Santo State, Brazil, in the period of 2006 to 2007, describing how are diagnosed and conceived the ideas for this realization. The aim of this work was to find the actors and the actions involved on this process; consider the educational methodology, the group educative actions found on that; describe the educational and health principles, whose northern the actions performed which reached the population and to describe if those performed some change in the professional activities of the teams involved. This research had a descriptive character with an qualitative approach, which improved the observation, registry, analyze and correlation between facts and phenomena. To the data sampling, the focal group technique was chosen. It made easy to comprehend the process of perception building, attitudes and social representativeness of the social groups. Defending the idea that the health should offer conditions to people develop responsibility sense for its own health and the whole community as well, the present work is relevant for bringing the opportunity to reflect about the responsibilities of changing paradigms, necessary to governmental projects to achieve its maximal point of return: the people comprehension, expression of citizenship and social responsibility.

KEY WORDS: Health. Education. Public Politics. ESF Team.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CF – Constituição Federal
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ES – Espírito Santo (Estado)
ESF – Estratégia Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GF – Grupo Focal
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PESMS – Programa de Educação, Saúde e Mobilização Social
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
REFORSUS – Reforço à Reorganização do SUS
SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SESA – Secretaria de Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS – Sistema Único de Saúde
US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.2. PROBLEMA.....	17
1.3. QUESTÕES NORTEADORAS.....	17
1.4. OBJETIVOS.....	17
2. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	19
2.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
2.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	21
2.2.1. Educação, Saúde e Cultura Popular.....	21
2.2.2. Educação Popular: autonomia e cidadania.....	25
2.2.3. Metodologias e práticas profissionais.....	28
2.2.4. Educação em saúde e promoção.....	33
2.2.5. Promoção da saúde e prevenção de doenças.....	35
2.2.6. Comunicação em saúde.....	40
3. MÉTODOS E METODOLOGIA	45
3.1. PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
3.2. CONTEXTO DA PESQUISA.....	48
3.2.1. O local.....	48
3.2.2. Os sujeitos.....	49
3.3. COLETA DE DADOS.....	52
3.3.1. Pré-teste.....	52
3.3.2. Trabalho de Campo.....	53
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1. DA PESQUISA DOCUMENTAL.....	55
4.1.1. Descrição dos projetos.....	55
4.1.2. Discussão.....	73
4.2. DA PESQUISA - GRUPO FOCAL.....	75
4.2.1. Descrição e Discussão.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	99
APENDICE A – ROTEIRO.....	106
APENDICE B – ETAPAS UTILIZADAS PARA COLETA DE DADOS.....	107
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	108
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	109
ANEXO C – QUADRO DE FUNCIONÁRIOS.....	111
ANEXO D – CONSOLIDADO DOS GRUPOS FOCAIS.....	114

1 INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nesta apresentação, faço memória do início da minha atuação profissional, sou graduada em ciências físicas e biológicas, funcionária pública municipal lotada no setor de vigilância sanitária. Ressalto mais especificamente as atividades que desenvolvo também na Fênix Cursos Consultoria e Eventos. Ao fazer parte desta empresa, optei por trabalhar na área comercial, onde entre outras atribuições passei a participar do planejamento e execução de eventos na área da saúde.

Nesses ambientes, além de realizar as atividades comerciais, passei a contemplar os trabalhos científicos que eram expostos, sendo a grande maioria em pôster e alguns apresentados oralmente. No “I Seminário Macrorregional Vitória de Estratégia da Saúde da Família”, a exposição de um projeto de Educação em Saúde desenvolvido pela equipe da Estratégia da Saúde da Família - ESF de Itaguaçu-ES causou-me forte impressão. Tratava-se de uma “Tenda Cigana”, direcionada para adolescentes.

Este foi o momento marcante que despertou o meu interesse pelos princípios que norteiam e embasam aquele processo educacional em Saúde. Essa experiência singular aguçou a consciência do que realmente é a Atenção Primária à Saúde - APS e a importância de se promover saúde e não apenas tratar doenças. Assim conhecer mais de perto o projeto “Tenda Cigana”, trouxe a observação do impacto e da capacidade de ajuda que o referido projeto pode propiciar a sociedade no qual está inserido com uma metodologia diferenciada, sem ignorar as questões teórico-práticas que o envolvem.

Nesse projeto, os profissionais da equipe da ESF, vestidos a caráter, realizam um atendimento individual, utilizando uma abordagem dialógica e dinâmica: “ver a sorte” através das cartas ou tentando adivinhar o futuro com escolha de pequenos objetos dispostos em uma “cumbuca”. Trava-se um diálogo onde se podem trocar informações e reflexões a partir de curiosidades do adolescente e de experiências de vida que ele descreve, tentando-se tratar de todos os assuntos de interesse dos participantes.

A tenda é exposta nas escolas, praças, eventos e em diversos outros lugares. As equipes da ESF trabalham com essa dinâmica no programa de saúde do adolescente. Este é um dos diversos projetos que essas equipes vêm desenvolvendo, podendo citar também o “Projeto Formula I na Saúde” que faz uma abordagem da divulgação das leis de trânsito, segundo o novo Código Nacional de Trânsito Brasileiro. Para isso, utiliza-se uma pista que representa o trânsito e as experiências vivenciadas no cotidiano dos motoristas, possibilitando ao participante uma reflexão sobre os fatores de risco que são inerentes aos motoristas, pedestres e passageiros.

A curiosidade e a adesão da população nesses projetos são impressionantes. Sem dúvida, esse foi o fator preponderante para o desejo de desvendar e conhecer melhor os processos de trabalho dessas equipes no desenvolvimento das atividades educacionais em Saúde. Ao conhecer os caminhos usados na execução dessas estratégias é possível que se tangencie os elementos dessa motivação, o que através da divulgação desta pesquisa pode colaborar para sua difusão em outros locais do Brasil, estimulando novas práticas.

Esta pesquisa considera os processos de trabalho e o modo como se planeja e realiza as etapas de ações ou atividades de trabalho, por isso se propõe a descrever os processos educacionais desenvolvidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Itaguaçu–ES. Esses fazem parte da Educação em Saúde, foco novo nas atribuições das equipes, trazendo um grande desafio aos profissionais da atenção primária, preconizando que haverá mais resolutividade nas ações de saúde, trabalhando a população de maneira que ela se torne pró-ativa, em busca de uma qualidade de vida.

A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde (MS):

[...] para mudar a forma tradicional de prestação de assistência (centrada na doença, na hegemonia médica e na atenção individual), visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (RONCOLLETA, 2003; DA ROS, 2006).

O objetivo da ESF é proporcionar, num território definido, atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da família, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, estruturando-se a partir da criação de equipes mínimas compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde. As Equipes de Saúde da Família possuem ações centradas nos núcleos familiares de sua área de atuação, estabelecendo vínculos de responsabilidade e confiança entre os profissionais da equipe e a população (SESA/APS – ES, 2008).

O atual modelo busca a produção social em saúde, que contribui para reorganização da atenção primária e consolidação do SUS, tendo como uma das premissas ações voltadas, para promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e participação popular. Com a escolha desse tema procuro refletir diretamente sobre as diretrizes políticas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, que tem como principais finalidades, entre outras: - elaborar e propor políticas de formação e de desenvolvimento profissional e educação para área da saúde; - planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde (MS, 2008).

Conforme preconiza a SGTES, devem ser trabalhadas duas frentes: Educação em Saúde e Educação na Saúde. A primeira é definida como processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou a carreira na saúde, sendo referenciada neste contexto a educação popular em saúde. A segunda é conceituada como produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular, contemplando a concepção da Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde.

Neste estudo o olhar está sustentado pelo modelo de educação progressista, sendo este mais relevante que o enfoque conservador. Assim, estrutura-se a busca por identificar os processos educacionais desenvolvidos em grupos pelas equipes da Saúde da Família do Município de Itaguaçu-ES, no período de 2006 a 2007, descrevendo como são diagnosticadas e concebidas as idéias para sua realização. Para isso foi necessário conhecer as ações e os atores envolvidos neste processo já que existe atualmente proposta de uma nova forma de atuação dos profissionais.

Essa investigação me motivou e também se justifica pela insuficiência de pesquisas sobre as atividades educacionais desenvolvidas em grupos pelas equipes ESF.

1.2 PROBLEMA

Como podem ser consideradas, em relação a metodologias de educação, as ações educativas em grupo encontradas nas práticas da Estratégia Saúde da Família do município de Itaguaçu-ES?

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Que princípios, educacionais e de saúde, norteiam as ações realizadas em grupos pelas equipes ESF do município de Itaguaçu-ES que as fazem alcançar a população?

As ações educacionais desenvolvidas em grupos pelas equipes da ESF no período de 2006 a 2007, provocou alguma mudança nas atividades profissionais das equipes envolvidas?

1.4. OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar as concepções pedagógicas e modelos de saúde aplicadas nas atividades educacionais desenvolvidas em grupos pelas equipes ESF do município de Itaguaçu-ES.

Objetivos Específicos

- Analisar o processo dos trabalhos educacionais desenvolvidos em grupo nas equipes da ESF do município de Itaguaçu/ES durante o período de 2006 até 2007.
- Analisar se o processo de trabalho educacional desenvolvido pelas equipes da ESF do município de Itaguaçu/ES tem como base o que preconiza a Educação Popular em Saúde.

- Avaliar se as atividades educacionais desenvolvidas em grupos pelas ESF do município de Itaguaçu provocou alguma mudança nas práticas dos profissionais envolvidos.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a Constituição Federal de 1988, houve a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS. A partir deste marco, os cidadãos brasileiros adquiriram o direito de acesso universal aos serviços de saúde, sendo os municípios co-responsáveis por prover as condições necessárias para que essa determinação constitucional fosse cumprida. O artigo 196 da Constituição é claro ao dispor que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição ao organizar e estruturar o direito à saúde no contexto da Seguridade Social fixou como seus princípios fundamentais: a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, além de outros, dentre os quais se destacam a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Desde então, o SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, ocorreu uma evolução de ações voltadas para os cuidados primários à saúde, centrada na família e em sua estrutura social, através da implementação do Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2001).

Este programa é considerado uma das principais estratégias de organização da atenção primária, a qual fortalece as ações de prevenção das doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. O Ministério da Saúde indica:

Os princípios fundamentais da atenção primária no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras

de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a ESF pode garantir assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades da população adstrita, intervindo sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizando as práticas de saúde através dos vínculos entre profissionais e a população; contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e, principalmente, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde.

Entender a Estratégia Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social de saúde. Com ela ampliam-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades, (Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social – PESMS/FUNASA, 2003).

Dentre outras atribuições desenvolvidas pela ESF, o planejamento das atividades de educação em saúde é igualmente importante, pois possibilita identificar, conhecer e analisar a realidade local, além de propor ações articuladas com a comunidade, capazes de nela interferir (ALVES, 2005). É estratégia para reorientação das práticas em saúde, visto que compreende a produção de conhecimento compartilhado, a construção de projetos políticos que suscitem adesão coletiva e a ação capaz de resignificar as relações entre a necessidade de saúde da população e a organização dos cuidados.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2008), os resultados alcançados na ESF no âmbito nacional em 2007 foram: 27.324 equipes ESF implantadas com cobertura de 46,6% da população brasileira, o que corresponde, cerca de 87,7 milhões de pessoas, com adesão de 5.125 municípios. Dada sua logística, a ESF tem sido relevante para a implantação de uma política voltada para a Educação em Saúde com o foco na população, a qual contribui para o processo de fortalecimento e consolidação do SUS (BRASIL, 2008).

No Estado do Espírito Santo os resultados alcançados na ESF, também em 2007, foram: 493 equipes ESF implantadas, com cobertura de 49% da população

capixaba, sendo contempladas cerca de 1700 milhão e setecentas mil pessoas, com adesão de 74 (94.87%) municípios (BRASIL, 2008).

É notável a adesão dos municípios e a quantidade de usuários que estão sendo assistidos pelo SUS através dessa estratégia. E igualmente perceptíveis os entraves que se colocam a sua implantação por existir na construção do imaginário social a idéia de que o enfoque da saúde deveria ser a clínica. O sucesso desta política pública deverá ter como base a construção de um novo saber sobre a saúde, onde a clínica se contamine de prevenção e promoção, questionando e desafiando os dogmatismos que se interpõem a sua prática.

Assim é possível lutar para que seja reconhecido que a prevenção e a promoção se nutrem de clínica e por isso vai de encontro a minimizar sua demanda. O alcance e os limites desta proposta têm alimentado discussões em diversas áreas, ressaltando a formação e gestão de recursos humanos em saúde, frente às dificuldades de mudanças das práticas profissionais.

2.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.2.1. Educação, saúde e cultura popular

Para muitos, a educação é um processo natural que acontece inicialmente no meio familiar, seguido do que se aprende na escola. Para outros, é uma troca que se realiza nas relações de ensino-aprendizagem; ser-mundo; experiências próprias - experiências dos outros. Partindo-se da noção de que o conhecimento é uma percepção da realidade e que o aprendizado é uma modificação do conhecimento, ações têm sido feitas para que o aprendizado em saúde possa, de fato, ser uma modificação do conhecimento (FREIRE, 2005b).

Educação em Saúde é um campo amplo, para o qual se dirigem diversas concepções. Estas espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SILVA, 1999).

Entretanto, especificamente na área da saúde, existe um descompasso entre o paradigma dominante, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção

individual, tecnicista e biologicista e o paradigma da construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, da promoção, da ação intersetorial e autonomia dos profissionais e da população (PEREIRA, 2008).

Mas, não é só na área da saúde que existe um descompasso, na educação também, devido a uma luta entre dois paradigmas. É a contraposição entre a concepção pedagógica tradicional e a pedagógica progressista. A primeira baseia-se em uma pedagogia de transmissão, onde a prática pedagógica se encontra centrada na figura do professor e na aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade. A segunda se sustém na crítica reflexiva e no diálogo, reflete o conhecimento como construído a partir de uma elaboração da realidade, feita como uma pergunta que clama por resposta significativa ao sujeito que a propõe. Este articula teoria e prática e participa ativamente no processo de ensino–aprendizagem.

As formas de educação social que ampliam as capacidades humanas, a fim de habilitar as pessoas a intervir na formação de suas próprias subjetividades e serem capazes de exercer poder para transformar a sua realidade, são aquelas que se baseiam na autonomia. E quem educa neste princípio trabalha para que o sujeito participe do seu processo de aprendizagem. Assim é possível perceber que há nesta relação entre a educação e a intervenção social o surgimento da ação expressa como Pedagogia Crítica, que leva em conta como as transações simbólicas e materiais do cotidiano fornecem a base para se repensar a forma como as pessoas dão sentido e substância ética às suas experiências e vozes (MOREIRA & SILVA, 1999).

Há uma semelhança entre o que emerge da cultura popular e a elaboração dos métodos pedagógicos, ambos emergem enquanto discursos subordinados. E até mesmo quando pensamos em dar voz ao sujeito ele fala através deste discurso no qual esteve imerso durante a constituição de sua subjetividade. Faço aqui um momento de discussão para que o leitor perceba o que pode emergir deste encontro entre a educação e a saúde. Estes passam a ser conceitos que interagem e se completam. Os dois vêm do discurso tradicional que os sustenta e os mantém estruturados, para passar pela transição advinda da formulação de um novo paradigma que os impulsiona a contextualizar e rever suas ações a partir de uma visão que parte da cultura popular.

Hoje se percebe que no desenvolvimento de novas políticas públicas têm sido dado destaque a real proximidade com a população e em áreas diversas levanta-se

a bandeira da educação como processo condutor de mudança. Na saúde esta vertente é percebida nos projetos como o Humaniza SUS, que propôs através da educação de posturas lançar um novo olhar para o atendimento e o cuidado. E o que dizer das Rodas de Educação Permanente, que não só no nome que trazem a relevância da educação, mas nela se fundamenta como estratégia para se alcançar o profissional de saúde com a finalidade de que este possa estabelecer uma nova relação entre a população e a saúde.

No entanto, não se espera mais um sujeito passivo diante de tudo que lhe é oferecido. Espera-se que sua ação seja parte do processo de formulação de projetos, do *que* e do *como* aprender. É neste ponto que a cultura popular é pensada como um alicerce, porque ao se fazer uso de processos educativos na área da saúde se pretende buscar uma pedagogia específica para isso ou fazer uso das que se fazem presentes no cenário educacional? A cultura popular se situa no terreno do cotidiano e que outro lugar seria melhor para a formação de conceitos e aprendizagens?

Colocar como alicerce do desenvolvimento de projetos educativos em saúde a cultura popular é dar à população o direito de ter sua voz ouvida como desencadeadora e participante do processo no qual ela mesmo será o alvo. Porém:

Apesar da profusão de estudos culturais publicados na última década, o discurso dominante ainda define a cultura popular como o que sobra após a subtração da alta cultura da totalidade das práticas culturais. Ela é vista como o banal e o insignificante da vida cotidiana, e geralmente é uma forma de gosto popular considerada indigna de legitimação acadêmica ou alto prestígio social (MOREIRA e SILVA, 1999).

Enquanto profissionais cuja atuação na sociedade tem sua ênfase no relacionamento direto com o outro, os profissionais da saúde estão em contato com a cultura que esse outro trás e por isso surgem estudos para dar corpo a este conceito. Como afirmam Moreira e Silva (1999): “O desenvolvimento de estudos culturais nas duas últimas décadas gerou um forte interesse pelo conceito de ‘cultura popular’ e estimulou, conseqüentemente, uma série de importantes esforços para teorizar a idéia do “popular”.”

Mais a forma como tem sido vista ao longo do tempo o ‘popular’ é a de agente que potencialmente perturba a ordem. Tem sido visto não só como ameaça, mas também como desejo profano, isto é, tanto como subversivo em sua capacidade de

reconstruir os investimentos em significados e desejos, como perigoso em seu potencial de fazer com que se vislumbrem práticas sociais e formas populares que afirmem tanto a diferença como diferentes modos de vida (ROCKHILL, 1987 apud MOREIRA e SILVA, 1999)

Ao ler um projeto de política pública em nossos tempos, no Brasil, percebe-se que sua fundamentação valoriza a população. E se o chamado a atuação profissional é o de atender a esta demanda instituída, seja ela, na escola, na saúde ou na economia, como vemos hoje as políticas voltadas para a economia solidária, não se pode deixar de dar lugar a cultura popular. Para ainda mais esclarecer, ao falar de cultura popular não quero propor pensar em 'cultura de massa', objetivando fazer um processo de dominação e homogeneização da vida cotidiana. Como afirmam Moreira e Silva a cultura popular não é um produto, ela trás “às práticas que organizam e regulam estilos e imagens aceitáveis de atividade social e identidade individual e coletiva”.

É possível que a cultura popular contenha aspectos de uma imaginação coletiva capaz de fazer com que as pessoas transcendam o conhecimento e a tradição recebidos. Nesse sentido, a cultura popular poderá revelar aspectos de um contradiscurso útil na organização de lutas contra relações de dominação. Como escreveu Tonny Bennett: (1986:XVI) “Uma prática cultural não carrega consigo a política que a gerou, como se esta houvesse sido gravada a fogo para toda a eternidade; ao contrário, o seu funcionamento político depende da rede de relações sociais e ideológicas em que está inserida como consequência das formas pelas quais ela se articula com outras práticas, em determinada conjuntura” (MOREIRA e SILVA, 1999)

Nestas bases que levam em conta a cultura popular se consolidou a Educação Popular e falarei dela a seguir, principalmente para que ao analisar o material recolhido nesta pesquisa, descrição dos projetos e consolidados dos grupos focais, seja possível tê-la como referência dos pressupostos de educação em saúde que hoje são preconizados ao falarmos em políticas públicas: um saber que favoreça a inserção social e pleno exercício da cidadania.

2.2.2. Educação popular: autonomia e cidadania.

Educar é um processo que entre tantos outros colabora para a construção da identidade. E a proposta educacional para que essa identidade seja alcançada pelas políticas públicas, também na esfera da saúde, é a de que o sujeito se estruture com autonomia. Sua educação deve ser pautada numa relação que proporcione inserção social através do favorecimento de sua participação.

Para orientar esse pensar tem-se no legado de Paulo Freire um respaldo que não deixa dúvidas sobre sua influência, ao revelar uma pedagogia da autonomia, cujas bases hoje são percebidas nos eixos de articulação de muitos projetos sociais e políticas públicas. Nesta concepção de Freire, há uma ênfase na ação que se posiciona como educativo-crítica: “A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo”. Então é importante ter em mente que “ensinar não é *transferir conhecimento*, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996, p.22).

E caminhando um pouco mais neste sentido, este autor ressalta:

Ensinar inexistiu sem aprender e vice-versa e foi aprendendo socialmente que, homens e mulheres descobriram que era possível ensinar. Foi assim, que socialmente aprendendo, que ao longo dos tempos mulheres e homens perceberam que era possível – depois, preciso – trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar. Aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender (ibid, 1996, p.24).

Onde se está, no tempo e espaço educativo, que não é possível em sua totalidade ser este o referencial da ação social que se propõe a educar? Freire fala que ao desenvolver criticidade constrói-se “curiosidade epistemológica”. Que ao recusarmos esta se mantém o “ensino bancário”, aquele que o aluno é visto como depositário do saber do professor. Ele coloca alguns saberes necessários à prática educativa os quais passo a descrever neste momento, para que se tenha a visão do que é para ser feito, já que há questionamento ao *modus operandi* que ainda prevalece em nossa cultura.

Em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, Freire descreve alguns pontos que norteiam o processo ensino-aprendizagem. Ao educar deve-se compreender que

não há docência sem discência e que ensinar exige: rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes dos educandos, criticidade, estética e ética, a corporeificação das palavras pelo exemplo, risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação, reflexão crítica sobre a prática e o reconhecimento e a assunção da identidade cultural (ibid, 1996).

Para que se perceba que ensinar não é transferir conhecimento, preciso é entender que ele exige: consciência do inacabamento, o reconhecimento de ser condicionado, respeito à autonomia do ser do educando, bom senso, humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores, apreensão da realidade, alegria e esperança, convicção de que a mudança é possível, curiosidade (FREIRE, 1996).

Sabendo que o ensinar é uma especificidade humana, diz o referido autor que ensinar exige ainda: segurança, competência profissional e generosidade, comprometimento, compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo, agir com liberdade e autoridade, tomada consciente de decisões, saber escutar, reconhecer que a educação é ideológica e ter disponibilidade para o diálogo (ibid, 1996).

Chegando até aqui fica mais compreensível à defesa feita por Freire do ato de dotar o sujeito com o poder de gerir seu próprio conhecimento e o seu fazer social. Ele utiliza para isso um termo “empoderamento”, termo este que deriva do inglês empowerment.

Empoderamento foi outra destas expressões ricamente definidas pelo educador. Embora a palavra empowerment já existisse na Língua Inglesa, significando “dar poder” a alguém para realizar uma tarefa sem precisar da permissão de outras pessoas, o conceito de Empoderamento em Paulo freire segue uma lógica diferente. Para o educador, a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que realiza por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (VALOURA, 2006).

Implica, essencialmente, a obtenção de informações adequadas, um processo de reflexão das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve somar-se uma mudança de atitude que impulse a pessoa, grupo ou instituição para a ação prática, metódica e sistemática, no sentido dos objetivos e metas traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva (SCHIAVO e MOREIRA, 2005).

Agora mais ciente do alcance de uma intervenção social, posso inferir que o Empoderamento representa um agir coletivo que se desenvolve para e pelos

indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social. Esta ao romper com a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma situação particular (realidade) em que o indivíduo se encontra, alcança a compreensão de teias complexas de relações sociais, que revelam intrínsecas relações entre os contextos econômicos e políticos mais abrangentes.

Este então, é o termo que pode expressar e levar a aquisição da emancipação individual, bem como a construção de consciência coletiva fundamental para a superação da dependência social e da dominação política. O grande problema está em como poderão os oprimidos que “hospedam” o opressor em si, participarem da elaboração como seres duplos, inautênticos da pedagogia de sua libertação. Somente na medida em que se descobrem “hospedeiros” do opressor poderão contribuir para o partejamento de sua pedagogia libertadora (FREIRE, 1992).

Assumir a proposta do empoderamento, difere da simples construção de habilidades e competências, saber comumente associado à escola formal. A educação pelo empoderamento difere do conhecimento formal tanto pela sua ênfase nos grupos (mais do que indivíduos), quanto pelo seu foco na transformação cultural (mais do que na adaptação social) (Valoura, 2006). Ao agir embasado nestes pressupostos o educador social dá um passo em direção à consolidação mútua de sua cidadania e da cidadania daquele que a ele se dirige.

2.2.3. Metodologias e práticas profissionais

Conforme Alves (2005) é possível diferenciar dois modelos de práticas de Educação em Saúde, em pólos extremos, que podem ser referidos como modelo tradicional hegemônico e o modelo do paradigma da construção social e dialógica. Assim compreende-se porque o Ministério da Educação aliado ao Ministério da Saúde vêm promovendo atividades e alianças que possam contribuir para o acúmulo de diversos conhecimentos para os profissionais na área da saúde (BRASIL, 2004).

Estes profissionais precisam dominar um discurso que transite na esfera da educação com a mesma intensidade que transitam na saúde. E não pode ser um preceito educacional qualquer. É um momento em que as duas áreas, educação e

saúde, se encontram no discurso de valorização da autonomia que supõe um sujeito ativo e participativo das questões que envolvem sua vida e seu meio social.

Com o discurso advindo da educação, esses profissionais mudam sua abrangência, passam a ser educadores sociais e além de diagnosticar os sintomas orgânicos de sua população alvo tem que identificar as demandas bio-socio-afetivas desta clientela. Por fim, tem que direcionar suas estratégias para a promoção da saúde e não somente para ação curativa das doenças, conforme preconiza o SUS e que deve ser a realidade da ação médica.

O Ministério da Saúde iniciou, em 1997, a implantação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação, vinculados a Instituições de Nível Superior e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde. Estes foram financiados através de recursos do REFORSUS, objetivando o desenvolvimento dos recursos humanos responsáveis pela implementação e execução das Diretrizes Operacionais da Estratégia Saúde da Família, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

De acordo Art. 1º da Portaria Interministerial nº. 2.118 de 3 de novembro de 2005, há uma preocupação do Governo Federal em instituir uma parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. A finalidade é promover um acréscimo de informações no ensino superior, para que o mesmo possa colocar no mercado de trabalho em saúde recursos humanos com possibilidade de ações coerentes com o SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

Além disso, observa-se no mesmo artigo citado acima, que o Governo Federal institui a Residência Multiprofissional, do Programa Nacional de Residência Profissional na área da saúde, a fim de que os profissionais que integram essa área (exceto a médica) possam adquirir experiências diversas e, ainda, acrescentá-las ao seu conhecimento. Através dessa multiprofissionalidade é que se pode garantir uma maior aproximação do ensino em saúde com as realidades existentes atualmente no SUS, transportando de forma prática o aprendizado, seja ele em nível de graduação ou especialização, para o ambiente de trabalho e cotidiano dos profissionais da área da saúde.

O Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde, da Organização Mundial de Saúde preconiza:

O foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (OMS, 2001).

Portanto, a Educação em Saúde é considerada como um processo contínuo, que possibilita o indivíduo e os grupos sociais a refletirem sobre a realidade e sua relação com os problemas. Os atores envolvidos também passam a ter mais consciência de seus problemas e da sua função como indivíduo, apropriando-se do conhecimento e buscando alternativas, aliando-se para isso com alguns segmentos sociais em busca de uma resolução viável às questões percebidas.

Culturalmente, a Educação em Saúde tem sido utilizada como um meio de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde e marcada pelos métodos do paradigma dominante e tradicional (ALBUQUERQUE, 2003).

A origem da Educação em Saúde no Brasil iniciou-se com as primeiras práticas sistemáticas no século XIX, dadas as necessidades de controle sobre epidemias nos grandes centros urbanos, a fim de evitar danos econômicos ao setor agroexportador. Uma época pontuada pela política sanitária, caracterizada pelo autoritarismo, marcada pela vacinação compulsória e vigilância da moralidade e atitudes da classe social mais desfavorecida, com imposições de normas e medidas de saneamento. (ALVES, 2005).

Este modelo, denominado bacteriológico-campanhista, proposto por Oswaldo Cruz, teve sua primeira reformulação em 1922, através de ações inovadoras desenvolvidas pelos serviços estaduais de saúde pública. Estas foram idealizadas por Geraldo Horácio de Paula Souza, que ocupava o cargo de Diretor do Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo e a Direção Geral do Serviço de Saúde Pública do Estado (NUNES, 1998).

O modelo médico sanitário, assim designado, inovou ao vincular ao projeto de saúde as ações educativas desenvolvidas por meio de centros de saúde. Porém, as práticas profissionais e a concepção de Educação em Saúde preservaram as características anteriores, com o discurso biologicista que pregava que o processo saúde-doença estava centrado somente no indivíduo, não considerava o meio

ambiente e as implicações das políticas sociais como fatores determinantes no processo de saúde-adoecimento.

Em 1925, através da reformulação do Código Sanitário, criou-se a Inspetoria de Educação Sanitária e a inclusão do Curso de Educação Sanitária no Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo. Sua premissa foi a formação de profissionais de saúde para a disseminação de conhecimentos de higiene entre a população e cooperação em campanhas profiláticas (NUNES, 1998).

As concepções educativas pautavam suas ações no modelo biomédico de intervenção, com ênfase na doença e não na saúde. Destaca-se ainda que nas primeiras décadas do século XX, o otimismo científico marcado pela "Era Bacteriológica", que enviesava percepções e distorcia os argumentos a respeito do objetivo da educação sanitária, contribuiu fortemente para o retardo da concretização da saúde como objeto de estudo pelas ciências sociais (ibid, 1998).

É interessante destacar que nas três primeiras conferências de saúde, ocorridas consecutivamente em 1941, 1950 e 1963 a abordagem estava centrada na figura do profissional médico e pautada no modelo de saúde hegemônico, biologista, hospitalocêntrico, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia (RIBEIRO & MOTTA, 1996).

Essa deliberação política contribuiu expressivamente para o predomínio das práticas de saúde, destacando a Educação em Saúde, através do modelo dominante, e na formação profissional permanece o uso da metodologia tradicional. Até a década de 70, a Educação em Saúde no Brasil foi uma iniciativa, sobretudo do Estado (as elites políticas e econômicas) e, por isso, estava resignada aos seus objetivos e seus interesses. Sua proposta era impor normas e comportamentos que eram considerados adequados por ele (VASCONCELOS, 1998).

No período do governo militar, imposto em 1964, observa-se um conjunto de ações voltadas para expansão da economia, uma política de saúde marcada pelos serviços médicos privados, principalmente hospitais, e uma redução dos gastos com as políticas sociais. Esse quadro agregado à repressão política e militar propiciou ironicamente um ambiente favorável às práticas de Educação Popular. Intelectuais, de diversas áreas, insatisfeitos com o contexto sócio-político, apoiados fortemente pela Igreja Católica, engajaram-se nesse movimento popular.

No setor da saúde surgem experiências de serviços comunitários desvinculados do Estado e mudanças de práticas dos profissionais, que passam a

aprender a interagir e articular com os grupos populares, em busca de estratégias de ações de saúde, de acordo com a cultura e a logística local. Dessa forma, compartilham saber popular e saber científico (ALVES, 2005).

Essa mudança de comportamento propiciou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde. O indivíduo passou a ser visto como sujeito ativo no processo, portador de um saber, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde, compreendendo e contribuindo para uma análise crítica da realidade, lapidando cada vez mais as estratégias de luta e enfrentamento. Nesse contexto, é importante ressaltar, o legado deixado pelo renomado educador brasileiro Paulo Freire, considerado como o educador mais importante da segunda metade do século XX (ARROYO, 2002).

Para Freire, a Educação Popular se alimenta de lutas e movimentos de libertação, através do diálogo, que é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o “pronunciam, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos” (FREIRE, 1971).

Vasconcelos (1998) diz que o desenvolvimento da metodologia sistematizada por Paulo Freire constituiu-se como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Portanto, através da Educação Popular, muitos profissionais conseguem inserir-se e interagir de forma consolidada nos núcleos familiares e sociais, ouvindo e transmitindo, de maneira mais próxima do usuário, os conhecimentos necessários para provocar uma mudança de percepção e até mesmo de vida, na sociedade e nos indivíduos envolvidos no processo.

A partir disso, pode-se ter o envolvimento de “... familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas”, alcançando uma maior gama da sociedade, podendo, assim, mudar as realidades nos locais onde a Educação Popular estiver implantada (VASCONCELOS, 2001).

O que ocorre então para que se resista tanto em alguns setores a esta efetiva implantação? Não é só a falta de conhecimento sobre o assunto ou domínio de uma técnica. Ocorre é o que advém do conceito instituído do que vem a ser a Cultura Popular, na qual se deve sustentar a educação. Um conceito que já expus anteriormente e que abarca a idéia de algo ‘desprovido de valor’, como dizem Moreira e Silva (1999) “o que sobra após a subtração da alta cultura da totalidade das práticas culturais”. Mas não se trata hoje de valorizar ou desvalorizar o popular,

ele faz parte das políticas e a combinação de qualquer setor da sociedade com uma pedagogia que preconiza a Educação Popular contribuirá para um sujeito mais politizado e apto a interferir no social e a agir criticamente sobre o meio em que vive.

É possível que surja a pergunta sobre o verdadeiro interesse das lideranças tanto no campo da educação quanto no da saúde para a expressão total deste processo educativo no qual está ancorada a política pública para a saúde. A integração do trabalho do MS com o MEC ressalta a importância da educação como prática social e cultural. Educar numa perspectiva popular significa agir para a conscientização, a criticidade e a formação política dos sujeitos que em síntese são os princípios teóricos e metodológicos da Educação Popular, através da qual se busca transformar a prática das equipes da ESF.

Valla (1998), ao discutir a Educação Popular ressalta a fala que existe nas classes populares e que muitas vezes não são compreendidas pelos profissionais de saúde. O autor aponta que essa fala precisa ser compreendida, aproximando saberes e modificando certas posturas que comprometem a ESF. Posturas estas que confirmam que o popular tem sido visto com frequência pelos educadores como agente potencialmente perturbador de relações de poder vigentes. Visto como ameaça, como desejo profano, subversivo em sua capacidade de reconstruir os investimentos em significados e desejos, e perigoso em seu potencial de fazer com que se vislumbre práticas sociais e formas populares que afirmem tanto a diferença como diferentes modos de vida (MOREIRA & SILVA, 1999).

Durante esta investigação olhei para os processos educativos que envolvem as ações da ESF de Itaguaçu-ES, procurando identificar suas metodologias, à luz da concepção educacional encontrada na Educação Popular que é mais ampla no que se refere à participação popular para compreensão crítica da realidade, porque valoriza os conhecimentos e saberes da experiência popular e propicia que as pessoas envolvidas aprendam umas com as outras.

2.2.4. Educação em saúde e promoção

As discussões técnicas mais acirradas têm transitado em torno de como fazer as intervenções sociais no campo das políticas públicas. É freqüente a existência de confusões entre os termos educação em saúde e promoção. Por isso a importância de definir o que são essas ações, onde se encontram e em que diferem.

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (CANDEIAS, 1997).

Podemos perceber assim, a educação em saúde é algo intencional, ela ocorre com a definição do “o que”, do “por que” e do “para que”, culminando no como fazer que o processo se realize e atinja seu alvo. Neste processo a participação social é crucial, pois nela se alicerça a base política que evoca para o povo a finalidade de suas metas.

E a promoção da saúde, pode-se defini-la como:

[...] uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida. Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. Utiliza-se aqui para fazer referência àquelas forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Dizem respeito àqueles fatores ambientais que também precisam ser considerados no planejamento de atividades de promoção da saúde. Note-se que essa se diferencia dos outros dois maiores componentes da saúde pública por fixar a engenharia do meio ambiente à proteção em saúde e a administração no ambiente médico aos serviços de prevenção para a saúde (CANDEIAS, 1997).

O que neste ponto talvez seja o mais relevante a destacar é que não se pode pensar numa ação que não tenha passado por um processo de educação. Os dois conceitos se complementam para dar a construção de uma intervenção social o seu caráter mais belo, o sujeito interage aprendendo e agindo e disto conclui

promovendo uma qualidade de vida que não se pauta na manutenção ou medicação dos sintomas, e sim, na visão ampla de saúde. No lugar do conceito de doença o conceito de saúde, fruto desta relação social que ora se estabelece.

2.2.5. Promoção da saúde e prevenção de doenças

Segundo Buss (2000) a promoção da saúde vem de uma evolução conceitual a partir do final da década de 50, quando começaram as discussões sobre novas formas de trabalhar Saúde. O conceito de promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Mas o que é um indivíduo saudável? O que é estar com saúde? De acordo com Motta (2000) para responder a estas perguntas é necessário ter um conceito de saúde e compreendê-lo. Ou como enfoca a Organização Mundial de Saúde (HPA, 2004), saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença e enfermidade. Esta afirmação também reforça a idéia de que a saúde é um direito humano fundamental.

Um marco importante para esta questão foi a Conferência de Alma Ata em 1978, na Rússia, onde começa a discussão de fato, sobre uma assistência integral ao indivíduo e ao coletivo. Em 1986, é realizada no Canadá, na cidade de Ottawa, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que considera como condições necessárias para a existência de saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000).

Também neste ano de 1986, no Brasil, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que define saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Assim, antes de tudo, é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar dificuldades nos níveis de vida (Motta, 2000). Esta definição mostra que, para se conseguir atingir um ótimo nível de saúde é necessária a ação conjunta de vários setores sociais e econômicos juntamente ao setor saúde.

O autor citado no parágrafo anterior também descreve que se é tão difícil definir saúde como definir, então, promoção da saúde? Procurando no dicionário

Houaiss, promoção pode significar: ato ou efeito de promover; ascensão a cargo, posto ou categoria superior; diligência do promotor; venda de alguns artigos com preços mais baixos; qualquer atividade (de propaganda, marketing, divulgação, relações públicas, etc) destinada a tornar mais conhecido e prestigiado um produto, serviço, marca, idéia, pessoa ou instituição.

Promoção da saúde é um conceito antigo, retomado e discutido nas últimas décadas, principalmente a partir do Informe Lalonde, no início da década de 70 (Moura; Gonçalves; Côrrea, 2002), é importante também lembrar que a idéia de promover saúde antecede o uso explícito do termo (SOUZA; GRUNDY, 2004).

A OMS define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorá-la, sendo a participação das mesmas essencial para sustentar as ações de promoção da saúde (HPA, 2004).

A concepção moderna de promoção da saúde (e a prática conseqüente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) -, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (BUSS, 2000).

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais

passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos.

Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (ibid, 2000).

Para uma melhor visualização da cronologia do desenvolvimento no campo da Promoção da Saúde, a Agência para a Promoção da Saúde da Irlanda do Norte (HPA), propõe o seguinte esquema:

Desenvolvimento em Promoção da Saúde no período de 1974 a 2000

1974 – Informe Lalonde

1978 – Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata.

1981 – A Organização Mundial de Saúde unanimemente adota uma estratégia global: “Saúde para Todos no Ano 2000”.

1986 - Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde.

1988 – Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália.

1991 – Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsvall, Suécia.

1997 – Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jacarta.

1998 – Resolução da Assembléia Mundial de Saúde (Promoção da Saúde).

2000 – Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, México.

Após este breve histórico do campo da promoção da saúde, torna-se necessário descrever as estratégias-chave da promoção da Saúde da Carta de Ottawa, que foi o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo (BECKER, 2001).

Segundo Sheiham (2001) estas estratégias podem ser assim resumidas:

Promoção da saúde através de políticas públicas: focalizando a atenção no impacto em saúde das políticas públicas de todos os setores e não somente do setor da saúde.

Criação de ambiente favorável através da avaliação do impacto em saúde do ambiente e evidenciar oportunidades de mudanças que conduzam à saúde.

Desenvolvimento de habilidades pessoais: ampliando a disseminação de informações para promover compreensão, e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitem indivíduos a tomar atitudes de promoção da saúde.

Fortalecimento de ações comunitárias: apoiando ações comunitárias concretas e eficazes na definição de prioridades, tomada de decisões, planejamento de estratégias e implementá-las para atingir melhor padrão de saúde.

Reorientação de serviços de saúde: redirecionar o modelo de atenção da responsabilidade de oferecer serviços clínicos e curativos para a meta de ganhos em saúde.

Segundo a Health Promotion Agency for Northern Ireland – HPA (2004), os principais modelos e teorias utilizados na promoção da saúde podem ser resumidos assim:

Teorias que tentam explicar comportamentos e mudanças comportamentais focalizando no indivíduo.

Teorias que explicam mudanças em comunidades e ações comunitárias para a saúde.

Modelos que explicam mudanças em organizações e a criação de práticas organizacionais que incentivem hábitos saudáveis.

Outro ponto crucial que deve ser abordado é a necessidade da diferenciação entre os conceitos de promoção, prevenção de doenças e educação em saúde que muitas vezes são utilizados simultaneamente como se fossem sinônimos, ocasionando confusões até mesmo entre os profissionais de saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Esta diferenciação é bastante importante, pois, segundo Breilh (1997), “na ciência, uma distorção mil vezes repetida acaba convertendo-se em ingrediente de uma interpretação da realidade”. A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção ela é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção é encarada como

um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira em um modelo participativo na promoção da saúde em oposição ao modelo médico de intervenção (FREITAS, 2003).

Além disto, como observa Czeresnia (2003), a compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações; buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

Para que se perceba a diferença entre educação em saúde e promoção da saúde faz-se necessário o esclarecimento de tais conceitos, mesmo se reconhecendo as dificuldades inerentes a tal esclarecimento. Resumidamente, pode-se afirmar que se entende por educação em saúde, quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à mesma, enquanto a promoção é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997).

Deve-se destacar também que a promoção da saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção da saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, ou ainda, pode constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas - como são as propostas de educação popular (CASTIEL, 2004).

É importante também, refletir com cuidado antes de se afirmar que a promoção da saúde é fantástica e fascinante como declara Saan (2001). Ao mesmo tempo em que, pode ser em seus aspectos ideológicos, um empreendimento de natureza holística que, conectado a dinâmicas de transformação social, demanda estratégias articuladas às necessidades sentidas, percebidas e desejadas pela população, pode também ser um instrumento de *biopoder* (MELLO, 2000).

Como afirma Guilam isto é o grande foco da educação e promoção da saúde são os riscos relacionados aos chamados estilos de vida. Indivíduos identificados

como de alto risco para uma doença em particular são encorajados a mudar aspectos de suas vidas e a monitorar seu comportamento. Este projeto é dirigido no sentido de maximizar a sua própria saúde e minimizar o “peso” que o indivíduo possa causar à sociedade (GUILAM, 2003).

2.2.6. Comunicação em saúde

A dinâmica do processo de democratização e descentralização da saúde está respaldada na Educação e na Comunicação, os quais funcionam como elementos catalizadores do processo de mudança das práticas sanitárias e pedagógicas, essas transformações impulsionaram a necessidade da criação de teorias e metodologias mais específicas sobre a realidade da América Latina. Neste cenário, figura nomes como o do educador brasileiro Paulo Freire e do comunicólogo boliviano Luis Ramiro Beltrán. Ambos defendem a comunicação e a educação como insumos para a construção de um país verdadeiramente saudável.

Como proposta de "ação cultural" libertadora, Freire defendeu que o desafio fundamental para os oprimidos do Terceiro Mundo, consiste em "seu direito à voz", ou seu "direito de pronunciar sua palavra", "direito de auto-expressão e expressão do mundo", de participar, em definitivo, do processo histórico da sociedade. Seguindo esta matriz de pensamento, diversos comunicadores e grupos latino-americanos contribuíram, durante a década de 70, para configurar melhores propostas de um modelo de comunicação horizontal, democrático e participativo do qual somos herdeiros. Portanto, a inspiração fundamental das propostas democráticas contemporâneas são reflexos dessa época.

Diante das atuais demandas no campo da saúde, os estudos que envolvem o bem-estar humano implicam na interação entre as distintas esferas do conhecimento. Sendo a Comunicação e a Educação fatores preponderantes no processo de promoção da saúde e prevenção das enfermidades. Nesta perspectiva, os profissionais da saúde têm se apropriado dos saberes comunicacionais com o objetivo de lograr melhores resultados. Conforme ressalta Isaac Epstein sobre a importância da comunicação na saúde:

A comunicação como um fator proeminente na administração da saúde tem adquirido uma importância crescente nos últimos anos. Seja no nível da relação médico-paciente, seja no nível dos trabalhos de pequenos grupos face a face, ou seja, finalmente ao nível do papel da mídia, a comunicação assume uma relevância reconhecida na prevenção e até no tratamento de

certas doenças. Isto significa situá-la como verdadeiro insumo nos sistemas de saúde ao lado dos serviços prestados pelas instituições e pelos profissionais dedicados à saúde (EPSTEIN, 2001, p.161).

São inúmeras as definições de comunicação, porém nos respaldamos no conceito que fora apresentado por Adísia Sá:

Comunicação significa “estar em relação com”, representa a ação de por em comum, de compartilhar as nossas idéias, os nossos sentimentos, as nossas atitudes. Nesse sentido, identifica-se com o processo social básico: a interação. É uma troca de experiências socialmente significativas; é um esforço para a convergência de perspectivas, a reciprocidade de pontos de vista e, implica, dessa forma, certo grau de ação conjugada ou cooperação. Para tanto, toda sociedade adota um conjunto de signos e de regras que, por força das convenções tácita e coletivamente aceitas, deixa de ser arbitrário. Daí que, se optássemos por símbolos inteiramente novos e estranhos, isso nos isolaria do resto da comunidade (SÁ, 1973, p.152).

Conforme o conceito supra citado, a comunicação é um processo interativo, de permanente construção e reconstrução de conteúdos, um espaço de constante transformação. É importante salientar que para se pensar nas formas de educação a serem escolhidas há que se pensar na eficiência da comunicação que ela pode estabelecer com os usuários. No caso, se a base metodológica for a Educação Popular é importante que a população entenda o processo. Para tanto, diversas formas e fontes de informação podem ser estudadas a fim de que as informações transmitidas possam, de fato, alcançar os respectivos destinatários.

É preciso que os que pensam o processo e a forma de transmiti-lo entendam como ocorre e o que vem a ser a comunicação. Ela é:

[...] o processo de interação social democrático baseado no intercâmbio de símbolos mediante os quais os seres humanos compartilham voluntariamente suas experiências sob condições de acesso livre e igualitário, diálogo e participação. Todos têm direito à comunicação com o propósito de satisfazer suas necessidades de comunicação por meio da utilização dos recursos da comunicação.

Os seres humanos comunicam-se com múltiplos propósitos. O principal não é o exercício de influência sobre o comportamento dos outros (BELTRAN, 1981, p. 65).

Com a participação popular a comunicação se consolida e favorece que ambos os interlocutores tenham a mesma oportunidade de gerar suas próprias mensagens. Para haver um sistema de comunicação participativo precisa-se de mecanismos que permitam aos grupos de base determinar com independência os conteúdos temáticos do programa e emitir mensagens autônomas, surgidas deles mesmos e não escolhidas pelos promotores (ibid, 1981).

Este mesmo autor defende que o processo de comunicação deva ser participativo, horizontal, e não impositivo, vertical. É preciso envolvimento para que se deseje ver e ouvir o que está sendo transmitido. Assim é preciso escutar as demandas de um grupo, investigar e contextualizar seu comportamento e dele abstrair o que precisa ser trabalhado. Não é possível impor que um conceito se incorpore a sua vida. É preciso que ele o absorva por demandar que isso ocorra.

Para que haja significado ensinar e aprender devem estar associados. E o imã que os atrai é o desejo de compreender por que as coisas são como são e como chegaram a ser assim. Por exemplo, ao pensar em uma estratégia educativa, deve-se ter em mente pra quem ela se direciona, qual o envolvimento que já se buscou na população para que seu conceito de importância tenha sido incorporado. No momento de escolher as estratégias de comunicação o que deve se levar em conta é o que fará com que a população venha a se envolver com o processo.

Portanto, não basta a construção de um cartaz que explique à população os riscos de uma doença. É necessário que ele desperte sua atenção e transmita a informação de uma forma que faça a mensagem ser, de fato, entendida por quem irá recebê-la, respeitando suas diversas realidades (social, etária, econômica, racial, regional e muitas outras).

O campo dos estudos em Comunicação Social nos apresenta distintas dimensões em que ocorre o processo da comunicação, como se pode destacar: a comunicação interpessoal, comunicação massiva que se processa através dos meios: TV, jornal, rádio, revista, cinema, internet, e a utilização de recursos artísticos tais como: o teatro, esquete, música, dança, artes plásticas, dentre outros.

A Comunicação visual que é expressa com a utilização de componentes visuais, como: signos, imagens, desenhos, gráficos, ou seja, tudo que pode ser visto. Deve-se considerar, ainda, que os modelos em vigor atualmente não dão conta adequadamente da prática comunicativa nos processos de intervenção social, jogando por terra investimentos e expectativas criadas (ARAÚJO, 2004).

Em nossa literatura temos exemplos clássicos de determinadas estratégias de comunicação que surtiram efeito contrário ao desejado, julgamos necessário lembrar pelo menos dois episódios que tiveram grandes repercussões na sociedade brasileira, até porque a história nos auxilia a evitar erros futuros. Na obra Informação e Comunicação Social em Saúde da Organização Mundial da Saúde, o médico José Carlos Capinam adverte que nem sempre a resposta do público, de

quem se espera um comportamento adequado em relação à saúde, corresponde à expectativa de quem promove a mensagem. Uma campanha de Oswaldo Cruz, em que houve incentivo à população para combater a ratos, que consistia na troca destes por dinheiro. Isso não resultou no que se esperava, ou seja, a morte ou combate à proliferação dos ratos. Ao contrário, a população começou a criá-los para trocá-los por dinheiro (CAPINAM, 1996).

Outro fato que nos faz refletir sobre os efeitos de uma comunicação inadequada, foi o episódio da campanha de educação sanitária realizada em 1995 para a disseminação do uso de preservativo (camisinha). Na tentativa de conter a proliferação da AIDS tendo como público-alvo homens das classes C e D. Produziram quatro peças (*clipes*) para TV que teatralizavam uma conversa entre um homem e seu pênis e o xote (*jingle*) que recomendava o uso do preservativo (PEREIRA, 1996).

Adotaram um nome próprio, o Bráulio, para apelidar o pênis do personagem. Na tentativa de “popularizar” a campanha que custou aos cofres públicos R\$4,5 milhões de reais os quais foram postos no lixo ante o protesto de pessoas registradas com o mesmo nome. A campanha foi suspensa e refeita, carreando para a camisinha ainda mais antipatia e preconceito do que antes do seu trágico lançamento (ibid, 1996).

Esses eventos nos fazem pensar sobre a importância das constantes reflexões que devem ser feitas sobre a utilização da comunicação no campo da saúde, a comunicação não pode ser pensada de maneira isolada, mas em parceria com as distintas esferas do saber. Uma campanha deve levar em conta questões de ordem antropológica, sociológica, psicológica, política e cultural. Nesta perspectiva, precisamos cada vez mais unir esforços para fortalecer o encontro entre os saberes que são produzidos pelos sujeitos partícipes da sociedade e as distintas esferas do conhecimento.

Recordamos o grande sociólogo brasileiro Herbert de Souza, “Betinho”, o qual afirmou que: “Uma população submetida à desinformação, desmobilizada pela inconsciência do real, domesticada à submissão e ao fatalismo não se constitui em protagonista de seu caminho, da sua própria mudança e está condenada a cumprir passivamente o papel que o enredo dominante lhe destina, ou seja, sofrer a dor e a miséria” (SOUZA, 1996).

3. MÉTODOS E METODOLOGIA

3.1. Percurso metodológico

Considerando que não há modelo único para se construir conhecimentos confiáveis, assim como não há modelos “bons” ou “maus” em si mesmos e sim modelos adequados ou inadequados ao que se pretende investigar (Alves-Mazzoti; Gewandszajder, 1999), este capítulo descreve os caminhos e as opções de métodos e procedimentos para esta pesquisa.

As escolhas vão ocorrendo durante o processo de execução de uma pesquisa, embora o pensamento do autor não esteja explicitamente colocado; falam dos pressupostos metodológicos, uma vez que todo método envolve uma concepção de mundo, uma maneira de ver o homem e uma determinada compreensão sobre os caminhos da produção do conhecimento (DALBELLO-ARAÚJO, 2007).

Neste estudo, as estratégias e instrumentos construídos foram os que se configuraram como a alternativa metodológica mais adequada à análise deste objeto; partindo do pressuposto de que qualquer ação de planejamento em saúde coletiva deve estar atenta ao contexto dos grupos a que se dirigem, pois o comportamento das pessoas tem sempre um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado (PATTON, 1986, apud ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER, 1999; MYNAYO, 2007).

Esta pesquisa foi de caráter descritivo com abordagem qualitativa diante da natureza do fenômeno a ser estudado. Para Minayo (1944, p.22) a pesquisa qualitativa:

[...] trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

Este tipo de abordagem se justifica neste estudo porque o objetivo deste centraliza-se na descrição e análise dos significados dos fatos e ações dos profissionais das equipes da ESF do município de Itaguaçu-ES. A opção de pesquisa descritiva foi porque assim poderia observar, registrar, analisar e fazer

correlações entre fatos e fenômenos, em que houvesse manipulação de tais dados (CERVO e BERVIAN, 2002).

Para coleta de dados, a técnica elegida foi a de grupo focal que pode ser caracterizada como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VEIGA & GONDIM, 2001).

O grupo focal é uma técnica de entrevista coletiva que vem, desde a década de 80, conquistando um *locus* privilegiado nas mais diversas áreas de estudo. Tal crescimento foi impulsionado por dois fatores. O primeiro se refere à pesquisa de mercado que resgatou procedimentos clássicos das ciências sociais, das áreas de Psicologia e Serviço Social, conjugados às modernas tecnologias e paradigmas de *business e marketing*. E segundo pela mídia que reelaborou essa técnica com o objetivo de apreender os anseios dos consumidores, definindo padrões a serem seguidos pelas empresas em seus futuros lançamentos. O resultado foi de tal forma positivo que a técnica recebeu novo alento no campo das Ciências Sociais (CRUZ NETO et al, 2002).

Hassen define grupo focal como:

[...] uma técnica de pesquisa, dentre as consideradas de abordagem rápida, que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões em grupo, nas quais 6 a 20 pessoas, que compartilham alguns traços comuns, discutem aspectos de um tema sugerido. A técnica de grupo focal permite a identificação e o levantamento de opiniões que refletem o grupo em um tempo relativamente curto, otimizado pela reunião de muitos participantes e pelo confronto de idéias que se estabelece, assim como pela concordância em torno de uma mesma opinião, o que permite conhecer o que o grupo pensa. Em alguns poucos encontros, é possível conhecer percepções, expectativas, representações sociais e conceitos vigorantes no grupo (HASSEM, 2002, p 161).

Para Krueger (1994), o grupo focal é direcionado a um grupo que é selecionado pelo pesquisador a partir de determinadas características identitárias, visando a obter informações qualitativas. Suas principais características são: uma intencionalidade clara, um foco definido e a constituição de um grupo selecionado a partir de alguma(s) característica(s) comum (ns), não sendo, portanto, um grupo espontaneamente formado. O número de grupos focais a serem constituídos, assim como o número de participantes em cada um deles, é definido no desenvolvimento do próprio trabalho e segundo as necessidades detectadas pela equipe da pesquisa.

Morgan (1997 apud NERY, 2006) assinala que a escolha de grupos homogêneos ou heterogêneos vai depender dos objetivos do estudo que podem estar focados em crenças e opiniões compartilhadas ou, ao contrário, o pesquisador pode estar interessado no que sustenta a polarização e demarca as posições antagônicas. O mesmo autor destaca que os GF trazem à tona aspectos que não seriam acessíveis sem a interação grupal e que o processo de compartilhar e comparar oferece rara oportunidade de compreensão por parte do pesquisador de como os participantes entendem suas semelhanças e diferenças.

Segundo Cruz-Neto (et al, 2002) a fala que é trabalhada nos Grupos Focais não é meramente descritiva ou expositiva; ela é uma “fala em debate”, pois todos os pontos de vista expressos devem ser discutidos pelos participantes. Se o pesquisador deseja conhecer as concepções de um participante sem a interferência dos outros, a técnica de grupos focais não é a mais adequada.

Exatamente por isso, as questões aventadas pelo pesquisador devem ser capazes de instaurar e alimentar o debate entre os participantes, sem que isso corresponda à preocupação com a formação de consensos. O importante é que todos tenham possibilidades equânimes de apresentar suas concepções e que elas sejam discutidas e refinadas (CRUZ NETO et al, 2002).

Tomando por referência a temática desta pesquisa, as ações de Educação em Saúde realizadas pelas equipes ESF do município escolhido, é mais justificável ainda a escolha da metodologia de Grupo Focal; já que a base das ações destas equipes é a promoção da participação social no processo de formulação e gestão política de saúde direcionada para o cumprimento efetivo dos princípios éticos do SUS: universalidade, integralidade, equidade e descentralização sob controle social. Nos grupos focais os participantes exercitam, mesmo que de forma indireta, estas posturas éticas. São levados a discutir e expressar suas opiniões num contexto coletivo de percepção do outro e de confronto de falas.

3.2 CONTEXTO DA PESQUISA

3.2.1 O Local

O desenvolvimento de um estudo qualitativo supõe um corte temporal especial de determinado fenômeno por parte do pesquisador. Esse corte define o campo e a dimensão em que o trabalho se desenvolverá, isto é, o território a ser mapeado (NEVES, 1996). Segundo Minayo (1992), em pesquisas qualitativas, a escolha dos participantes é proposital e depende das questões de interesse do estudo, de acesso e permanência no campo e disponibilidade dos sujeitos.

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Itaguaçu-ES, dado ao reconhecimento, a nível estadual, dos trabalhos de educação em saúde desenvolvidos pelas equipes da ESF. Foram focadas as ações que se passaram no período delimitado do ano de 2006 a 2007.

O Município de Itaguaçu possui atualmente uma população de: 15.432 habitantes, sendo 51,5% masculino e 48,5% feminino. A Densidade Demográfica: 28,98 Hab/ Km². Está localizado na região central serrana do Estado do Espírito Santo, que possui uma área territorial de 532,40 Km², equivalentes a 1,168% do território estadual. A sede do município está localizada a uma altitude de 182 metros acima do nível do mar, a uma latitude sul de 19 48'10" e uma longitude oeste de Greenwich de 40 51'24". Dista-se da capital do Estado – Vitória, em 137 km, e da sede aos seus Distritos e Comunidades principais, em média 25 km.

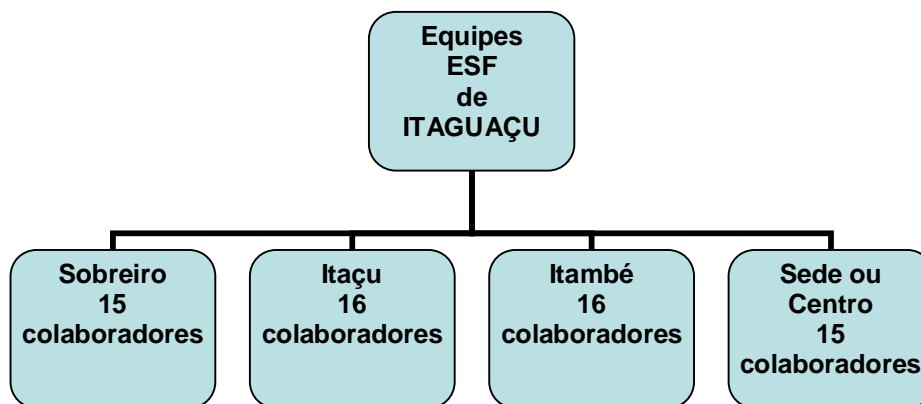
A primeira equipe ESF foi implantada em 2001. Em 2008 o município efetuou mudanças e reestruturou suas equipes, passando a cinco, totalizando em cada uma delas: 05 enfermeiros, 05 médicos, 04 fisioterapeutas, 12 técnico-auxiliares de enfermagem e 39 agentes de saúde, correspondendo a 100% de cobertura, totalizando 65 profissionais na ESF. Estes dados revelam mudanças em relação à configuração das equipes no momento em que foi realizada a pesquisa.

3.2.2 Os sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais das equipes ESF do município de Itaguaçu-ES. Após conhecer o tamanho da amostra e explicar sobre os objetivos da pesquisa, foi solicitada a autorização (ANEXO A) da coordenação das equipes da ESF, bem como informação sobre os profissionais que atuaram nas atividades educacionais no período proposto na pesquisa.

Na ocasião da realização mesma, a Coordenação das Equipes entregou um quadro (ANEXO C) contendo a lista dos profissionais.

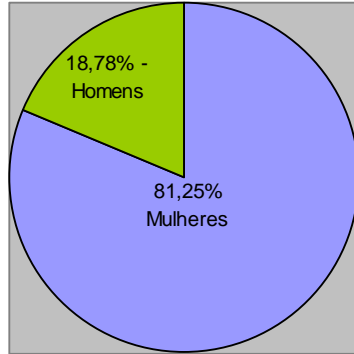
No período compreendido de 2006 a 2007 existiam no município 62 profissionais de saúde, divididos em 4 (quatro) equipes conforme organograma a seguir.



Entre os profissionais havia 36 agentes de saúde comunitária; 10 auxiliares de enfermagem; 04 auxiliares de consultório odontológico; 04 dentistas, 04 enfermeiros e 04 médicos. Destes, 04 não trabalham mais na ESF, cabe ressaltar que são todos médicos; 01(uma) enfermeira estava afastada por motivo de licença maternidade. Então os sujeitos da pesquisa totalizam em 55 profissionais de saúde.

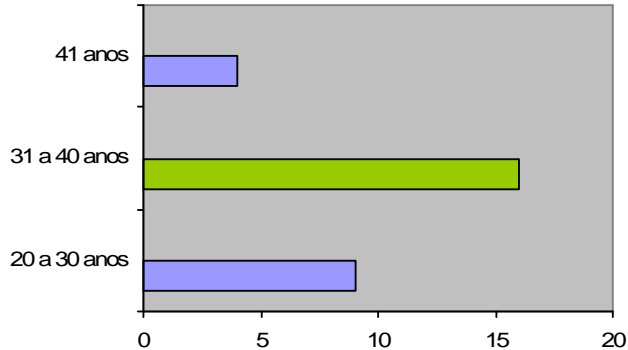
Na realização dos grupos focais compareceram 32 profissionais, que tiveram a seguinte representatividade:

Por gênero:



Podemos perceber através do gráfico como é significativa a presença das mulheres nas equipes de ESF. Elas são em maioria na composição das equipes em Itaguaçu e participaram com essa representatividade nos grupos focais.

Por faixa etária:



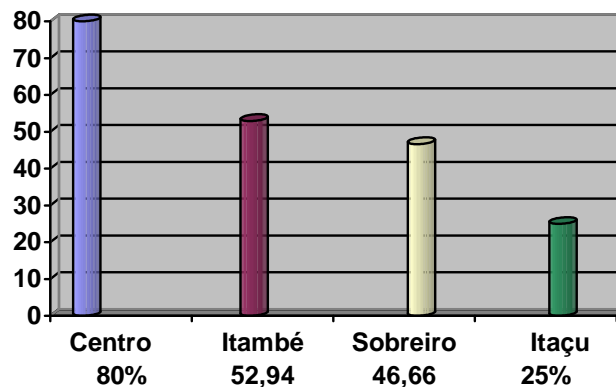
As equipes ESF em Itaguaçu têm seu maior percentual de participantes com idade entre 31 a 40 anos, bem na maturidade da vida adulta, mas também é significativa a presença dos jovens.

Por participação no dia da pesquisa:



A O comparecimento dos profissionais no dia da pesquisa configurou o percentual de participação representado no gráfico. Embora seja possível perceber a participação da maioria, também é perceptível um número expressivo de não participantes.

Por Equipes:



A participação das equipes se deu de maneira diferenciada, sendo a equipe Centro a de maior representatividade, seguida de Itambé, Sobreiro e Itaçu, conforme expresso no gráfico.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada, após aprovação do Comitê de Ética, autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaçu-ES (ANEXO A) e da assinatura do termo de consentimento (ANEXO B) dos sujeitos da pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Após o levantamento bibliográfico e descrição dos projetos através dos registros de documentos municipais, realizou-se os grupos focais. Para execução dessas atividades utilizamos como recursos materiais gravador, filmadora, bloco de anotações e caneta, além dos recursos humanos.

Os dados foram coletados através do roteiro (APÊNDICE A) previamente validado, O pré-teste foi realizado, através da técnica de grupo focal, em um grupo piloto, junto aos profissionais da ESF, escolhidos pela coordenadora da saúde da família do município de Itaguaçu-ES.

A pesquisa foi realizada em três grupos, inicialmente codificamos as menções que aparecem em cada um dos grupos focais. Isso foi realizado com base em temas elaborados de modo indutivo a partir das discussões produzidas no grupo. Os temas foram organizados em categorias que deram suporte a linhas de argumentação, que revelam que modo os participantes dos grupos focais se posicionam.

3.3.1 Pré-teste

Estudo exploratório de validação do instrumento.

A coleta de dados pela técnica de grupo focal oportunizou a interpretação dos dados pela análise do discurso, na busca dos significados compartilhados pelos sujeitos da pesquisa, ou seja, os profissionais da equipe de ESF de Itaguaçu.

Dessa forma foi possível descrever e compreender os processos de trabalho educacional desenvolvidos em grupos, pelas equipes da ESF, no período de 2006 a 2007.

O pré-teste serviu de avaliação e validação em relação ao instrumento a ser aplicado. Algumas questões foram eliminadas e mudadas do roteiro, por falta de compreensão e entendimento do participante ao respondê-las.

Determinou-se a princípio três categorias de análise:

Categoria I - Planejamento

Categoria II - Execução

Categoria III - Resultados

3.3.2 Trabalho de Campo

Ao aplicar a técnica do grupo focal, tive a pretensão de ouvir a opinião de cada um dos grupos e comparar suas respostas; sendo assim, meu nível de análise foi o indivíduo no grupo. Se uma opinião foi esboçada, mesmo não sendo compartilhada por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, ela será referida como do grupo. O material foi analisado na íntegra através das respostas dos grupos, confrontando com os documentos pesquisados, as abordagens teóricas, portarias e resoluções do Ministério da Saúde sobre as Políticas de Educação em Saúde.

Em reunião com a coordenadora das equipes da ESF e o Secretário Municipal de Saúde ficou acordado o dia para realização do grupo focal. Os mesmos também se colocaram a disposição para encaminhar o convite aos funcionários comunicando o dia da pesquisa. O encontro com os grupos foi agendado previamente, segundo dia, horário e local de melhor conveniência para os participantes, que devidamente informados sobre o teor da pesquisa decidiram sobre sua participação. Após assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (ANEXO B), o grupo focal foi realizado, assegurando-se a livre expressão sobre o tema.

Ao chegar ao local, com um colega que participou auxiliando, fomos, imediatamente, acolhidos pelo Secretário de Saúde, pela Coordenadora da Equipe ESF e funcionários da Unidade de Saúde (US). O local disponível para a realização

do grupo foi um mini – auditório, no 2º pavimento da US, com cadeiras confortáveis e com duas janelas abertas para climatização do ambiente. Uma questão interessante foi a forma de montagem dos grupos.

A princípio seriam formados quatro grupos, cada um correspondendo a uma equipe da ESF, dado a logística de trabalho e disponibilidade dos sujeitos da pesquisa. Porém, no dia agendado para aplicação do roteiro, ocorreu uma forte chuva que danificou várias estradas do município, e com isso impediu o comparecimento de alguns sujeitos da pesquisa e outros chegaram atrasados. Dessa forma foi feito com os grupos, conforme a chegada dos sujeitos no local agendado, totalizando três grupos focais com componentes de equipes diferentes. Os grupos foram formados desta forma, visto que esta não interfere no resultado a ser alcançado, dado aos objetivos da pesquisa.

A expressão da subjetividade através do relato verbal foi o ponto crucial na escolha do método deste estudo. Todos os grupos foram gravados em sistema de gravador MP4 e filmadora, garantindo que nenhum detalhe das falas fosse perdido. O material foi tratado com total sigilo, quanto às relações com seus dados pessoais e deverão ser destruídos através de exclusão dos arquivos num período de um ano depois de coletados, período no qual informações pertinentes ao estudo podem ser necessárias como fonte de revisão.

As etapas definidas (APÊNDICE B) para serem utilizadas como organização da coleta de dados e o cronograma de execução foram os alicerces para a condução da pesquisa de forma contínua e coerente. Na conclusão, procurei estabelecer articulações entre os dados e as referências teóricas da pesquisa, respondendo as questões da pesquisa, com base em seus objetivos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. DA PESQUISA DOCUMENTAL

A Educação em Saúde realizada em grupos pelas equipes ESF do município de Itaguaçu acontece, dentre diversas formas, através da realização de projetos, que serão descritos a seguir. Utilizei um levantamento realizado com documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaçu do período de 2006 a 2007 que registram as atividades educacionais desenvolvidas pelas equipes da ESF.

A partir deste levantamento busquei os pontos comuns nos diferentes projetos realizados. Com tais dados, em função das variáveis levantadas, procurei identificar aspectos relevantes, como as características mais frequentes da Educação em Saúde procedendo em seguida uma análise qualitativa. Segue uma síntese dos dados coletados.

4.1.1 Descrição dos Projetos

Projeto Curso de Preparo para o Parto - 2006

Na pesquisa documental constata-se que o projeto foi idealizado com a finalidade de ampliar a eficácia do pré-natal. O objetivo geral deste foi reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal, sendo os objetivos específicos: proteção do binômio feto/mãe durante a gravidez, parto e puerpério; oferecer respostas diretas e seguras a gestantes e familiares; preparar a mulher para viver bem com futuras transformações do seu corpo; garantir o bom estado de saúde da gestante e do bebê; oferecer informação da importância da realização dos exames laboratoriais.

O curso é dividido em três etapas correspondendo a três trimestres, sendo cada etapa ministrada de três em três meses. O projeto ocorreu no período de fevereiro a outubro de 2006. No primeiro trimestre foram abordados os seguintes

temas: Importância do pré-natal, exames laboratoriais, saúde bucal - cuidados com a gestante, modificações do corpo sinais e sintomas, cuidados com a mama e alimentação. Utilizou-se uma estratégia dinâmica de apresentação com os participantes, apresentação de peça teatral, palestra, ofereceu-se lanche (representando alimentação saudável) passou-se filme sobre embriologia.

No segundo trimestre trabalhou-se os temas: Cuidados com o recém-nascido, coto umbilical, amamentação, banho, higiene, imunização e triagem neonatal, legislação-direitos trabalhistas. A metodologia utilizada foi palestra, peça teatral, oferta de lanche saudável, filme sobre recém-nascido. No terceiro trimestre abordaram-se os seguintes assuntos: Parto, amamentação e saúde bucal (cuidados com o recém-nascido). Realizaram-se palestras, lanche saudável, peça teatral, filme sobre humanização.

Na documentação pesquisada há registro em fotos das atividades executadas pelos profissionais da ESF. Destaca-se a presença do secretário de saúde e do prefeito. Não se constatou o processo de planejamento e os autores do projeto.

Projeto Semana Nacional do Excepcional - 2006

O projeto justifica-se pela necessidade de promover um melhor atendimento odontológico aos pacientes excepcionais da Pestalozzi e atividade de educação bucal para os mesmos e seus responsáveis. Tendo como objetivos: promoção á saúde, promoção da saúde bucal, oferecer aos pacientes especiais e responsáveis, maiores informações sobre saúde bucal, melhorar higiene bucal, oferecer atendimento específico a cada excepcional e diagnosticar precocemente doenças bucais.

O projeto aconteceu no período de 22/08/06 a 31/08/06, realizaram-se palestras educativas, distribuição de folder, passou-se filme em DVD (próprio para saúde bucal), utilizaram-se cartazes e slides, distribuiu-se escova e creme dental, fio dental. Contemplaram-se ainda consultas odontológicas com a finalidade de uma melhoria da saúde bucal e um diagnóstico precoce de doenças bucais.

Ressalta-se a participação, no projeto, de dois profissionais dentistas da ESF. Na documentação pesquisada consta um folder, confeccionado pela escola especial, relatando vários momentos executados pela Pestalozzi e a divulgação da comemoração da semana do especial com a respectiva programação. No material pesquisado não consta registro em foto.

Projeto Evento da Saúde Bucal

Uma Parceria da Igreja Adventista do Sétimo Dia com a Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaçu – 2006. Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se pela necessidade de promover um melhor atendimento odontológico e educação em saúde bucal no distrito de Alto Sobreiro, com finalidade de melhoria da saúde do município. Sendo os autores do projeto Cristiane Passos Pinaffo, Eduardo Corteletti e Paulo Falcão Bezerra, dentistas da ESF.

Foram objetivos deste projeto: a promoção da saúde bucal; oferecer à comunidade atendimento odontológico de qualidade e informações sobre saúde bucal para uma melhoria na qualidade de vida; oferecer informações sobre uma dieta saudável e seus benefícios; mostrar casos de câncer bucal; informar os males do cigarro e seus efeitos nocivos; diagnosticar precocemente doenças bucais.

O projeto aconteceu nos dias 08 e 09 de novembro de 2006, sendo o principal público alvo crianças e adultos. Realizaram-se dois tipos de ação: Atendimento odontológico e atividades educativas. Os procedimentos executados no atendimento odontológico foram: aplicação de flúor, remoção de tártaro, profilaxia bucal, extração dentária, pequenas cirurgias e obturações fotopolimerizáveis.

Enquanto as crianças aguardavam o atendimento odontológico participavam de teatro com os fantoches, palestras educativas ilustradas com manequins: boca, escova, dentes mostrando a evolução da cárie, modelo mostrando a evolução da doença periodontal, assistiam filme do “Dr Dentuço II”, ouviam estória infantil mostrando como ter dentes saudáveis e como evitar doenças cárie e periodontite. As informações passadas no decorrer da palestra foram transmitidas de acordo com a faixa etária visando à assimilação da informação pelas crianças. No final do projeto cada paciente recebeu uma escova dental.

Com os adultos, além do atendimento odontológico, utilizaram apenas palestras educativas, transmitidas via datashow, abordando os seguintes temas: câncer bucal; males do cigarro (mostraram-se imagens chocantes de tipos de câncer bucal causado pelo cigarro); e informações gerais para mães sobre alimentação, amamentação, higienização bucal, flúor, saúde bucal em geral para crianças.

A Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaçu contou com a parceria da Igreja Adventista do Sétimo Dia, que colaborou enviando para Itaguaçu uma unidade móvel odontológica com um cirurgião dentista a fim de atender a população da

comunidade de todas as faixas etárias. A Secretaria elaborou o projeto, ofereceu os materiais de consumo, executou as atividades educacionais e também realizou atendimento odontológico.

Ressalta-se na execução do projeto o envolvimento de dentistas, enfermeiros, auxiliares odontológicos e agentes de saúde. Na documentação pesquisada não consta registro em fotos dos momentos de execução do projeto.

Projeto Dia Nacional da Saúde Bucal - 2006

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto teve por finalidade a educação e informação às crianças do município sobre higiene bucal, visando uma melhoria da saúde bucal. Teve como objetivos: promoção da saúde, promoção da saúde bucal, oferecer às crianças de idade escolar de 4 a 12 anos informações sobre saúde bucal e alimentação saudável, melhorar higiene bucal, oferecer atendimento específico a cada criança e motivar as crianças e pais a procurarem os serviços odontológicos.

O público alvo foram às crianças que freqüentam a Creche Centro Educacional Maia Loss Coser; Jardim de Infância Ivone Comper Zimmer; 1ª, 2ª, 3ª e 4ª série do Sítio Esperança e Thiers Velloso. Realizaram o projeto, em dois dias, 04 (quatro) dentistas (Josilany, Cristiane, Eduardo e Jose Valter) e suas respectivas auxiliares juntamente com os agentes de saúde.

O projeto foi dividido em sete fases.

1ª fase - as crianças em grupo entravam por uma porta em formato de boca, eram acolhidas por uma agente de saúde, fantasiada de dente, que oferecia uma máscara também em formato de dente, para cada criança. Ali elas deparavam-se com duas mesas, uma com frutas, legumes e vegetais e a outra com doces, biscoitos e açúcar de forma geral. Então um dentista explicava a elas a importância de uma boa alimentação, para saúde geral e bucal, explicando o que o açúcar causa aos dentes.

2ª fase – foram ensinadas as crianças a correta escovação bucal e informações gerais sobre saúde bucal como: evolução cárie, dieta, doença periodontal, gengivite, como evitar as doenças bucais, tipos de escova, o uso do fio dental, a importância do flúor, usando uma linguagem apropriada para a idade das crianças.

3ª fase - foi encenado para as crianças, um teatro de fantoches, mostrando a elas em uma linguagem própria para crianças de 04 a 09 anos, a saúde bucal: o dente saudável, o dente estragado, o bichinho da cárie, a bala, o dentista, o flúor, a escova de dente e o creme dental.

4ª fase - as crianças assistiram ao filme do “Doutor Dentuço II”, que é uma estória educativa de 18 minutos sobre a saúde dos dentes.

5ª fase - mais uma apresentação de fantoches sobre saúde bucal.

6ª fase - foi apresentado um teatro sobre um menino que comia doces o dia inteiro e não escovava os dentes, foi mostrado o menino com dor e o porquê da dor e depois como evitar, foi feito de uma forma descontraída e engraçada para chamar a atenção das crianças.

7ª fase - foi apresentada uma palestra, utilizando data show, fazendo um resumo do que as crianças haviam assistido ali, e por fim elas recebiam uma escova dental.

A documentação da pesquisa apresenta a seguinte conclusão do projeto: “O projeto da saúde bucal teve por finalidade orientar, educar e ensinar às crianças sobre saúde bucal como: evolução da cárie e como evitá-la, doença periodontal, gengivite, dieta saudável, como evitar as doenças bucais, informações sobre escova dental, creme dental, o uso do fio dental e a importância do flúor, dessa forma motivando às crianças a realizarem visitas periódicas ao dentista visando uma melhoria da saúde bucal no nosso município, dando um maior enfoque para a prevenção”. Constatou-se ainda, na documentação, registro em fotos das atividades executadas, destaca-se a presença do secretário de saúde e do prefeito.

Projeto Tenda Cigana - 2006

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se a partir da necessidade de trabalhar o programa de saúde do adolescente de forma dinâmica e efetiva. Sendo os autores o secretário municipal de saúde e representantes da ESF. Os objetivos do projeto foram oferecer aos adolescentes informações que lhes dêem subsídio para cuidarem da sua saúde; propiciar aos adolescentes reflexões sobre o auto cuidado e auto-estima; diminuir o índice de gravidez na adolescência e divulgar o planejamento familiar; prevenir casos de DST/AIDS e Drogas.

O projeto teve sua inauguração em 15 de fevereiro de 2006, durante o evento de Emancipação Política do Município de Itaguaçu. O principal público alvo foram os adolescentes. O projeto contemplou também todas as escolas do município em questão. Todas as equipes de ESF envolveram-se com esta dinâmica no programa de saúde do adolescente. Nele abordam-se os seguintes assuntos: Responsabilidade com seu futuro; Sexualidade; Manutenção da saúde; O futuro profissional; Relacionamento familiar, O uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Para desenvolvimento do mesmo cria-se uma “tenda cigana” com apenas uma abertura central. A tenda bem colorida e caracterizada com enfeites místicos (lua, estrelas, colares pelo chão, flores, fitas coloridas, tapetes, velas, incenso, almofadas, musica para relaxamento, cartas de baralho personalizadas para o projeto e cumbuca de barro com moedas que contem figuras personalizadas para o projeto). Em um determinado lugar, os profissionais de saúde vestidos a caráter, realizavam um atendimento individual, utilizando uma abordagem dinâmica: ver a sorte através das cartas ou tentar adivinhar o futuro com escolha de pequenos objetos dispostos na cumbuca.

De acordo com o folder explicativo dos projetos, desenvolvido pela Prefeitura no ano de 2007, este projeto torna possível “[...] um diálogo onde se podem passar informações e reflexões a partir da curiosidade do adolescente e de experiências de vida que este descreve, tentando tratar de todos os assuntos de interesse do participante. O diálogo só se esgota quando todas as dúvidas e possibilidades de aprendizado satisfazem o interesse do adolescente”.

Também no referido folder relata-se como conclusão do projeto que a estratégia de comunicação utilizada, como abordagem de orientação, diferente da tradicional palestra. “[...] fez com que o adolescente apresentasse mais interesse de participar, além de propiciar uma maior integração entre profissional e participante, permitindo que o diálogo fosse mais amplo”. Na documentação pesquisada constatou-se registro em fotos dos momentos e execução do projeto, destaca-se a participação do secretário de saúde e do prefeito da cidade.

Projeto Dia Internacional da Mulher - 2006

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se com a finalidade de promover a saúde da mulher em seus variados aspectos. Como estratégia, foi realizado um desfile que aconteceu no dia 09 de março de 2006: “O

auge da moda na saúde da mulher”. As modelos eram representantes da comunidade e profissionais de saúde da ESF.

Trabalharam todas as fases da vida da mulher: infância, adolescência, adulta e melhor idade. Montou-se uma passarela com tapete vermelho e um ambiente com muito glamour. O desfile iniciou-se com a fase da infância, enquanto as modelos desfilavam, o narrador do desfile descreve a modelo, roupa em exposição e ressalta a importância da criança em crescer em ambiente saudável e sem violência. Ressaltaram alguns direitos da criança como: direito a educação, direito a alimentação saudável, direito de brincar e direito a vacinação. Sendo obrigação dos pais de vacinar as crianças.

A fase da adolescência trabalhou as transformações da fase de criança para adolescente, os conflitos derivados dos novos encontros e consequências dos mesmos (menstruação, vestibular, mercado de trabalho, vaidade, nova identidade de mulher, gravidez na adolescência, drogas, álcool, dentre outros).

Desfilaram varias modelos representando alguns momentos que o adolescente pode estar suscetível. A primeira modelo representou a metamorfose, a criança se transformando em uma mulher; a segunda modelo a desfilou, demonstrou o cuidado com o corpo, a valorização pessoal, a auto-estima, é a menina se tornando mulher; a terceira modelo é uma adolescente da comunidade que está grávida; a quarta modelo simbolizou o encerramento da adolescência, uma adolescente com responsabilidades, anseios e medos de mulher, que procura por realização profissional e pessoal.

A fase adulta iniciou-se com uma noiva, representando o casamento, então o narrador aborda o tema planejamento familiar. A segunda modelo trouxe o tema da importância da prevenção do câncer de mama. E as próximas modelos abordaram conseqüentemente os seguintes temas: câncer do colo do útero, tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão, alimentação saudável, a importância de praticar atividades físicas e tomar a medicação prescrita. Ressalta-se que a modelo que desfilou abordando a hipertensão e diabetes é portadora da doença.

A fase da melhor idade destacou principalmente o conhecimento, a sabedoria, a auto-estima, o amor, o auto-conhecimento, o auto-cuidado. Trabalharam as dificuldades que algumas mulheres têm ao passar por este período, ressaltando a menopausa. O desfile encerra-se com duas modelos, mãe e filha, que representando

o laço mais forte existente entre dois seres e ainda, faz refletir que a vida é uma constante renovação.

Nos documentos pesquisados há registro em fotos do momento do desfile, destaca-se a participação do secretário de saúde e do prefeito da cidade. Não constam os autores do projeto e o processo de planejamento das ações.

Projeto Dislipidemia e Saúde Bucal - 2006

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se pela necessidade de garantir uma melhora na qualidade de saúde e saúde bucal da população de Paraju. Observa-se o envolvimento dos profissionais da ESF na execução do projeto. Os objetivos do projeto são: promoção da saúde; diminuir índice de cárie; diminuir índice de periodontite e gengivite; diagnóstico precoce de doenças bucais, através do auto-exame; oferecer a comunidade informações sobre saúde bucal e ressaltar a importância das visitas regulares ao dentista.

O projeto aconteceu em 25 de abril de 2006, no mesmo dia da inauguração da unidade de saúde de Parajú. Abordaram-se os seguintes assuntos: câncer bucal, seu diagnóstico precoce e seu auto-exame, higiene bucal, doença cárie e periodontite, tipos de colesterol e alimentação saudável. Utilizaram-se materiais ilustrativos como folder, cartolinas, cartazes, manequins e distribuiu-se escova dental para os participantes. Na documentação pesquisada consta registro em fotos das atividades executadas.

Projeto Labirinto - 2006

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se a partir da concepção dos profissionais da ESF, que através de observação perceberam que a adolescência é marcada por escolhas, e algumas delas influenciam toda a vida da pessoa. Criaram este projeto com o objetivo de oferecer informações e reflexões que sirvam de subsídio para que estas escolhas sejam mais seguras. Tendo como objetivos específicos diminuir índice de doenças sexualmente transmissíveis; diminuir índice de gravidez na adolescência e incentivar a importância da educação e formação profissional para o sucesso profissional e pessoal.

O projeto foi elaborado na forma de um labirinto, onde o participante percorre por várias trajetórias, sendo levado a fazer escolhas para tentar encontrar o caminho

que levará a saída do labirinto, mas dependendo da escolha feita nem sempre este final é feliz. Foi lançado em 07 de setembro de 2006, durante a II FITAC (Festa Itaguaçuense das culturas) com o objetivo de atingir todo o público alvo da festa, em especial, os adolescentes.

No labirinto trabalharam as principais escolhas que são comuns aos adolescentes, como: Planejamento do futuro; Recomeço; Tabagismo; Alcoolismo; Verdadeiros valores da vida; Uso de drogas lícitas e ilícitas, DST/AIDS, Acidente automobilístico; Educação, trabalho, persistência e dedicação; A vitória de um vencedor que escolheu bons caminhos na vida; Ligação entre o bem e o mal. Além do tamanho do labirinto com aproximadamente 100 metros quadrados, utiliza-se como estratégia para atrair a atenção das pessoas, um telão que passa imagens do filme *Coração Valente* (de Mel Gibson) e uma faixa com a frase “O túnel da Vida”, bem na entrada do cenário do projeto.

O primeiro trajeto, propositalmente, levava a um caminho sem saída que possibilita a reflexão sobre o que deseja para o futuro e o que participante está fazendo para alcançar este objetivo, e que se não houver determinação e dedicação, poderá passar pelo caminho da vida sem chegar a lugar nenhum ou sem ter feito nada de bom ou de mau. As paredes deste trajeto são pinchadas com as seguintes frases: O que você deseja para o seu futuro? O que você faz para alcançar este futuro? Será que você está no caminho certo? Será que você está fazendo tudo que é necessário? Havia também figuras pinchadas de pânico e muitos pontos de interrogação e exclamação.

Então surgia um profissional de saúde, vestido com uma capa preta de capuz e rosto pintado de amarelo, que aborda o participante e tenta travar um diálogo que retrate este tema e conduz o participante até o caminho de volta ao labirinto inicial. O trajeto possibilita o recomeço, a uma reflexão que para alcançar o que se deseja tem que haver determinação e força de vontade, além de aprender com os erros.

Ao reiniciar o caminho do labirinto o participante seguia o caminho da sua escolha, passando por vários trajetos. O trajeto que trabalhava o tabagismo possui um grande maço de cigarros (em isopor), uma caveira fumando e sentada em cima do maço de cigarros e vários cartazes do ministério da saúde com mensagens e charges sobre o tema. O que abordou o tema alcoolismo foi marcado por um cenário de bar. Uma mesa cheia de vasilhames, de bebidas, boneco representando uma

pessoa bebendo e caída na sarjeta e cartazes espalhados de propaganda de bebidas.

No trajeto que levava a reflexão sobre os verdadeiros valores da vida, nas paredes há muitas fotos e cartazes, então surgem profissionais de saúde, vestidos com uma capa com capuz preto e face pintada de branca, fazendo questionamento sobre o tema, como: família, estudo, lazer, esporte, amigos entre outros. O trajeto que trouxe o tema “Uso de drogas lícitas e ilícitas, DST/AIDS”, acidente automobilístico possuía um cenário de uma festa super animada, com as paredes pretas e com nomes de drogas pichadas, muitas luzes, globo de luz e música, pisca-pisca, fitilhos coloridos.

A finalidade era atrair o adolescente e o conduzir a novas experiências. O ambiente era preparado para induzir possivelmente o uso de drogas lícitas e ilícitas, na busca da euforia, satisfação e prazer. Um ambiente com muita “bebida” (é oferecida uma bebida que representa simbolicamente bebida alcoólica) e balinhas (que representam também simbolicamente as drogas). Figurantes, profissionais, sentados bebendo e fumando e outros dançando.

Na saída da festa o participante deparava-se com vários destroços de carro e um boneco no meio dos destroços, um acidente automobilístico. Em outro momento um boneco enforcado representando o suicídio e mais a frente um cenário de cemitério, onde havia um túmulo com flores e fotos da pessoa que morreu. Figurantes, profissionais de saúde, encenavam a perda de uma pessoa amada. No final deste trajeto o participante ainda tem opção de dois caminhos, um que levava ao final do labirinto e o outro a uma trajetória desconhecida, nunca o participante sabe bem o que vai encontrar.

Um outro trajeto inicia com o ambiente de trabalho e estudo, com escrivaninha, caderno, livros, cadeira, instrumentos de trabalho, com a finalidade de mostrar que para alcançar os nossos objetivos temos que realizar esforços, e que requer dedicação e persistência. Depois uma grande pergunta, pichada na parede, que leva a uma decisão sobre qual caminho seguir: “A vida lhe oferece caminhos, a decisão é sua, faça sua escolha”. Este trajeto oferece opção de mudar de trajeto, também de forma desconhecida, caso o participante opte pelo caminho errado e for para o caminho ruim, incentivando que devemos estar sempre vigilantes.

Para trabalhar o tema “A vitória de um vencedor que escolheu bons caminhos na vida” utilizou-se o trajeto de outra super festa, o participante depara-se com uma

festa bem animada e saudável, com muita música e luzes, pisca-pisca, globo de luzes, as paredes do trajeto de cor branca enfeitadas com preservativos (dentro da embalagem). Figurantes bebendo moderadamente, outros indicando que não estão bebendo porque irão dirigir, não há oferta de “balinha” e as pessoas estão se divertindo muito.

No caminho vitorioso há fotos de famílias, borboletas, estrelas, arco íris, boneco vestido com uma beca, baú de tesouro cheio de faixas escritas com as palavras paz, amor, saúde, conquista, família e muitas flores espalhadas no caminho. Um trajeto que une o bem e o mau ou vice versa, onde o participante pode optar em mudar de caminho, sair do certo para o errado ou do errado para o certo. Utilizou-se como estratégia, dentro do trajeto, setas, balanças, interrogações pichadas na parede e uma câmara com quadrados e círculos, representando a sala da consciência, como a história que a consciência é um quadrado que quando fazemos coisas erradas ela gira e dói a cabeça, porém se muito rodar gasta e então não dói mais, não indicando quando erramos.

A saída do labirinto possui uma tenda, onde o profissional de saúde recebe o participante e com auxílio de um mapa com todas as trajetórias do labirinto, traçam um diálogo, discutindo os caminhos percorridos pelo mesmo. Na documentação conta registro em fotos das atividades executadas destaca-se a participação do secretário de saúde e do prefeito da cidade.

Projeto Campanha Educativa no dia D de Combate à Dengue - 2006

Na pesquisa documental constata-se que após avaliação dos dados epidemiológicos do município, que aponta apenas focos controlados do mosquito *Aedes aegypti*, elaborou-se o projeto em questão dado a necessidade de conscientizar a população sob uma possível epidemia de dengue no município,

O projeto aconteceu no dia 18 de novembro de 2006, tendo como seu principal objetivo conscientizar e orientar a população em geral sobre os problemas decorrentes da infestação do mosquito *Aedes aegypti*, bem como os principais sinais e sintomas da Dengue; tendo ainda como objetivos específicos realizar atividades educativas através de: orientações verbais, panfletagem, cartazes e atividade lúdica com a população.

Os autores do projeto são: Sabrina B. Negrelli, Luis Cláudio Coan e Aline de Almeida M. Buss, profissionais da ESF. Participaram da execução do projeto

equipes da vigilância ambiental e epidemiológica, PESMES e equipes da ESF. Iniciou-se a campanha com a distribuição de cartazes pela cidade, em dias anteriores ao dia 18/11/06. O cartaz indica que o mosquito da dengue está sendo procurado e que ele pode importunar qualquer pessoa a qualquer tempo.

No dia D, montou-se stand educativo, onde se passava informações à população sobre o mosquito transmissor da doença e a doença propriamente dita. Simultaneamente duas equipes, formadas por profissionais de saúde, e um profissional fantasiado de mosquito da dengue; andavam pelo centro da cidade. O mosquito importunando as pessoas e as equipes “caçando” o mosquito e passando informações para a população. Na documentação pesquisada não foi observado registro em fotos dos momentos da execução do projeto.

Projeto Campanha de Vacinação Contra Paralisia Infantil – 2ª Etapa - 2007

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se a partir do recebimento do ofício nº 57 da coordenação de imunização da Secretaria Estadual de Saúde – ES. Realizou-se um cronograma de vacinação que contempla todo o município. Para atrair o público alvo foi oferecido: pipoca doce, sorvete, picolé e disponibilizado brinquedos como castelo e balão inflável.

A campanha aconteceu no período de 20 a 27 de agosto de 2007 e contou com a participação das equipes da ESF. O município alcançou 83,96% da população alvo. Nos documentos pesquisados não consta relato do processo de planejamento e autores do projeto. Existe registro em fotos dos momentos da campanha, destaca-se o envolvimento do secretário de saúde e do prefeito da cidade.

Projeto 1ª. Gincana Aquecimento Global - 2007

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se com o objetivo de conscientizar a população quanto aos malefícios que o fenômeno está causando ao planeta. Dado a urgência da questão, medidas preventivas devem ser tomadas para minimizar os seus efeitos. Os órgãos envolvidos se propuseram a organizar esta gincana demonstrando que pequenos atos podem se tornar grandes iniciativas e servir de inspiração para ações futuras. Ressalta-se que os autores do projeto são representantes das equipes da ESF.

O projeto teve dois momentos: Visitas domiciliares (abordou-se o tema aquecimento global e seus agravantes, uso racional da água e preservação do meio ambiente) e uma gincana. Ressalta-se que referente às visitas domiciliares não existe descrição documental deste momento. Já a gincana ocorreu em 10 de outubro de 2007 através da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Escola Municipal de Ensino Fundamental Thiers Velloso.

Teve a participação de todas as turmas do período matutino e vespertino. Para avaliação do cumprimento das tarefas, que variam de 05 a 10 pontos, formou-se uma comissão julgadora composta pelos secretários de Educação, Agricultura, Administração e saúde; e um representante do conselho tutelar da criança. Ofertou-se também premiação para a turma vencedora.

A gincana contemplou-se as seguintes tarefas:

- Coletar maior quantidade (peso) de lixo seco reciclável
- Coletar maior quantidade de objetos com material reciclável
- Elaborar cartaz mais criativo e bem ilustrado sobre a preservação do meio ambiente
- Criar música sobre o aquecimento global
- Criar uma dança com o tema do aquecimento global
- Elaborar roupa ou acessório com material reciclável (vestida com material reciclável)
- Criar uma poesia sobre aquecimento global

Ao final do evento são feitos agradecimentos especiais para escola que participou da gincana e ao padre da comunidade pelo envolvimento no projeto. Consta-se de registro de foto das atividades executadas. Destaca-se o envolvimento do secretário de saúde e do prefeito da cidade.

Projeto Campanha de Vacinação da Melhor Idade - 2007

Na pesquisa documental ficou claro que a elaboração do projeto deu-se a partir do recebimento do ofício nº 18 da coordenação de imunização da Secretaria Estadual de Saúde – ES, o qual relata o início da 9ª Campanha Nacional de Vacinação Contra a Gripe:

“[...] a meta é a mesma dos anos anteriores, ou seja, vacinar indiscriminadamente toda a população de 60 anos e mais contra a gripe,

atualizar os cartões de vacinação contra o tétano e difteria com a vacina dupla bacteriana e vacinar contra o pneumococos os idosos ainda não imunizados, moradores em casas de repouso, acamados, portadores de doenças como: diabetes, doenças renais, portadores de doenças cardíacas ou pulmonares, imunocomprometidos, seqüelas de AVC" (SES-ES, Ofício nº 18, 2007).

O processo de planejamento para o dia D da campanha de vacinação foi feito em reunião com o secretário municipal de saúde, secretária municipal de ação social, coordenadora das equipes da ESF, coordenadora da imunização municipal e a diretora da escola Eurico Salles, que decidiram realizar o II Festival de Saúde e Lazer com a finalidade de atraírem os idosos para a campanha de vacinação.

Então decidiram confeccionar um folder, o qual os agentes comunitários ficariam incumbidos de:

- entregar e convidar os idosos;
- realizar um levantamento de idosos de todo o município pelas ESF, para facilitar o controle dos que já foram vacinados;
- contratar um grupo de teatro de idosos para fazer uma peça teatral;
- contratar tocadores de forró para fazer um baile para os idosos possibilitando a participação dos mesmos na atuação de contos e cantos;
- montar uma sala de baralho; oficina de bijuteria;
- disponibilizar profissionais do ramo de embelezamento para cuidarem das unhas, cabelos e fazer maquiagem nos participantes;
- organizar uma sala para verificar o índice de massa corpórea (onde havia a presença de um médico e duas auxiliares de enfermagem);
- oferecer café da manhã de boas vindas e almoço;
- disponibilizar transporte para os idosos do interior do município;
- realizar exposição de fotos de campanhas anteriores;
- organizar o cronograma de vacinação e divulgar o mesmo;
- solicitar apoio para as igrejas para divulgação do evento nos cultos e missas.

A campanha para vacina contra a influenza aconteceu no período de 23 de abril a 04 de maio de 2007. O II Festival de Saúde e Lazer aconteceu no dia 28 de abril de 2007 na Escola Eurico Salles. Também realizaram aferimento de pressão arterial e pesagem dos participantes. Os objetivos da Campanha era vacinar 70%

dos idosos contra a gripe, de acordo com o ofício de nº 18 da Secretaria Estadual de Saúde. O município alcançou 89,95% da população idosa.

Utilizou-se para divulgação da Campanha cartazes disponibilizados pelo ministério da saúde, que foram distribuídos pelos agentes comunitários de saúde; contou-se ainda com o apoio das igrejas e rádio local e com a propaganda através da televisão realizada pelo ministério da saúde. Para divulgação do II Festival Saúde e Lazer o próprio município elaborou e confeccionou folder.

Houve envolvimento das secretarias municipais de ação social e educação, secretaria estadual de saúde, onde a secretaria municipal de saúde coordenou todo o processo através da coordenação de imunização e das equipes da ESF. Nos documentos pesquisados constata-se registro em fotos dos momentos do II Festival Saúde e Lazer. Destaca-se o envolvimento do secretário de saúde e do prefeito da cidade.

Projeto Fórmula I da Saúde - 2007

Na pesquisa documental constata-se que a elaboração do projeto deu-se a partir da observação do aumento crescente da ocorrência de casos de acidentes automobilísticos que estava provocando uma alta morbidade, seqüelas e mortalidade na população de Itaguaçu. Os objetivos do projeto eram reduzir o número de acidentes automobilísticos; conscientizar a população dos riscos de infringir a legislação do código nacional de trânsito; sensibilizar quanto á necessidade de evitar a ingestão de bebidas alcoólicas antes de dirigir e promover a mudança de hábitos, incluindo o uso de capacetes, cinto de segurança dentre outros.

O projeto foi lançado em 31 de agosto de 2007, durante a III FITAC (Festa Itaguaçuense das culturas) com o objetivo de atingir todo o público alvo da festa, em especial, as crianças, jovens e adolescentes. Depois o projeto foi estendido, em parceria com a secretaria municipal de educação, para todos os alunos das escolas públicas da rede municipal e estadual e da rede particular.

Foram abordados os seguintes assuntos: O Código de Trânsito Brasileiro dando ênfase às penalidades e infrações, carteira nacional de habilitação, uso do cinto de segurança, uso do capacete, velocidade e os primeiros socorros. Constata-se também o relato de consumo de álcool e direção, prostituição, DST/AIDS e sexualidade.

Para desenvolvimento do projeto criaram uma pista simbolizando o trânsito e as experiências vivenciadas no dia a dia pelos motoristas, o que possibilita aos participantes uma reflexão sobre os fatores de riscos que estão inerentes aos motoristas, pedestres e passageiros. Foi utilizada como estratégia para atrair a atenção das pessoas um caminho com pneus e com muita iluminação indicando o local do cenário do projeto. Na entrada utilizou-se uma faixa com o nome do projeto: “Fórmula I da Saúde” e contava com profissional de saúde para organizar a fila de entrada, bem como orientar o participante sobre o propósito do projeto e as regras para a participação.

Após orientações sobre o Código de Trânsito Brasileiro, o participante recebe uma simbólica “Carteira Nacional de Habilitação (CNH)”, que no seu verso, consta espaço para assinalar infrações cometidas para que no final do percurso sejam somados os pontos e discutido com o participante se ele pode ou não continuar a portar a carteira de motorista.

Somente com posse da “CNH” o participante pode conduzir um carrinho de mão que contem cinto de segurança e é personalizado em diversos modelos de acordo com a idade e identificação da carteira (categoria A ou AB) de cada participante. A participação pode ser individual ou em dupla, sendo um passageiro que será carregado dentro do “carrinho” e outro, motorista, que irá conduzi-lo. Também é concedido pelos profissionais de saúde capacetes para os motoristas habilitados para dirigir veículos com duas rodas.

Ao longo da pista o participante encontra semáforos, os quais são controlados pelos profissionais de saúde. No caso de ultrapassagem com o sinal vermelho o participante é surpreendido por “guarda de trânsito” (profissional de saúde vestido a caráter) que aplica penalidade(s) ao infrator. Além disso, quando o sinal fica vermelho um pedestre (profissional de saúde) atravessa a rua expondo-se ao risco de atropelamento, neste momento o “guarda” faz orientações sobre a infração cometida e os possíveis danos a saúde, tendo como referência dados de pesquisas sobre o assunto.

Na pista encontram-se ainda dois pontos de vendas e consumo de bebida alcoólica, um bar na beira da estrada e uma boate. Nestes ambientes é oferecido ao motorista um “drink” simbólico sem álcool, aquele que aceita e consome é convidado a girar com a cabeça sobre um pedaço de pau, e depois ele “guia” o veículo em uma pista escorregadia, representando a sensação de dirigir alcoolizado, testando assim

o equilíbrio diminuído. Neste momento o “guarda de trânsito” o para e utiliza o instrumento bafômetro e durante a aplicação da penalidade orienta sobre os riscos inerentes ao consumo de bebida alcoólica e direção de veículo. Na boate além da bebida, trabalha-se também a prostituição, DST/AIDS, sexualidade, entre outros.

Na saída da boate, em uma curva, existe uma simulação de acidente de trânsito com destroços de carros batidos e boneco (manequim) representando um corpo estirado no chão, reforçando os riscos do uso de bebidas alcoólicas com a direção de veículos, provocando um impacto e reflexão nos participantes. Neste momento o guarda de trânsito informa as ações necessárias dos primeiros socorros e conduta de infração.

Outra estratégia utilizada no projeto foi a realização de blitz de trânsito, o “guarda” aborda os participantes fazendo várias orientações como: o uso de bebida alcoólica, importância da carteira Nacional de Habilitação, cinto de segurança, condições de conservação do automóvel, uso do capacete, acidentes de trânsito e primeiros socorros.

Na chegada final da pista o participante recebe uma bandeirada de vitorioso e é acolhido por profissionais de saúde que discutem todas as emoções e aprendizado vivenciado dentro da pista de Formula I da Saúde, revisando os conhecimentos e esclarecendo ainda algumas possíveis dúvidas. Neste ambiente há ainda um painel com fotos de acidentes de trânsito reforçando os riscos a saúde. Observa-se registro em fotos dos momentos de execução do projeto. Destaca-se o envolvimento do secretário de saúde e do prefeito da cidade. Não foram observados os autores do projeto.

4.1.2 Discussão

A documentação analisada aponta a inexistência de um padrão para escrever projetos educacionais. Inclusive alguns tópicos de extrema importância, para fins de execução de projetos e seu registro como: metodologia aplicada, autores do projeto, resultados, avaliação dentre outros, que não são contemplados. Evidenciando o

desconhecimento dos profissionais em relação à técnica pedagógica básica para realização de projeto.

É importante ressaltar que o profissional de saúde é eminentemente um educador, mas para exercer esta função ele precisa de conhecimentos específicos em educação e que os receba através de treinamentos. Ao verificar os temas ou assuntos abordados, os objetivos dos projetos, o público alvo ficou evidente que as práticas educacionais estão direcionadas para atender as metas dos programas e das campanhas de saúde, ou seja, pautadas na prevenção de doenças prioritárias, conforme discurso verticalizado do ministério da saúde.

Destaco a seguir alguns objetivos dos projetos:

“[...] Foram objetivos deste projeto: a promoção da saúde Bucal; oferecer à comunidade atendimento odontológico de qualidade e informações sobre saúde bucal para uma melhoria na qualidade de vida; oferecer informações sobre uma dieta saudável e seus benefícios; mostrar casos de câncer bucal; informar os males do cigarro e seus efeitos nocivos; diagnosticar precocemente doenças bucais [...]” (descrição do projeto Evento da Saúde Bucal, Itaguaçu - 2006)

“[...] O objetivo geral deste foi reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal, sendo os objetivos específicos: proteção do binômio feto/mãe durante a gravidez, parto e puerpério; oferecer respostas diretas e seguras a gestantes e familiares; preparar a mulher para viver bem com futuras transformações do seu corpo; garantir o bom estado de saúde da gestante e do bebê; oferecer informação da importância da realização dos exames laboratoriais [...]” (Projeto Curso de Preparo para o Parto - Itaguaçu – 2006).

“[...] Os objetivos do projeto foram oferecer aos adolescentes informações que lhes dêem subsídio para cuidarem da sua saúde; propiciar aos adolescentes reflexões sobre o auto cuidado e auto-estima; diminuir o índice de gravidez na adolescência e divulgar o planejamento familiar; prevenir casos de DST/AIDS e Drogas [...]” (Projeto Tenda Cigana - Itaguaçu – 2006).

A partir destes, fica evidente que os objetivos foram postos de forma que se entende que o receptor ou público alvo são sujeitos desprovidos de quaisquer conhecimentos. O que reproduz um modelo educacional de transmissão e condicionamento, como se ensinar fosse só transferir conhecimento, como já o referenciamos anteriormente (FREIRE, 1996).

Evidencia ainda uma prática educativa fortemente marcada pela oferta de serviços e cumprimento de metas. Destaca-se que alguns projetos contemplam como objetivo, a promoção da saúde. Porém a concepção educacional e modelo de saúde que contemplam as práticas educacionais utilizadas em Itaguaçu, não condizem com as diretrizes da promoção da saúde, traçadas na portaria 687, do MS (BRASIL, 2006).

Para a mobilização social, seja na divulgação dos projetos ou na execução das atividades educacionais, as equipes utilizaram uma variedade de canais de comunicação como: rádio, igrejas, líderes comunitários, visitas a escolas, cartazes, folder, placas, stander, veículos, com total envolvimento dos profissionais da ESF. Um dos pontos marcantes nos projetos são as metodologias educacionais utilizadas, além serem bem diversificadas e criativas (teatro, desfile, gincana, palestras dialogadas dentre outras) são caracterizadas como ativas, traçadas por uma comunicação corporal, demonstrativa, visual, emocional, com linguajar popular, tendo como base o diálogo e o respeito aos aspectos sócio-culturais da população.

Os projetos enfatizam diferentes dimensões dos problemas sociais como a liberação da sexualidade, o auto-conhecimento na adolescência, a valorização do corpo seja como gestante, mulher ou ainda na 3ª idade. Isso é percebido na diversidade das atividades elaboradas para atender de forma diferenciada os participantes e usuários através de ações educativas que valorizam diferentes aspectos da vida.

Além da participação dos profissionais da ESF, é evidente o envolvimento dos diversos setores da prefeitura, bem como representantes da comunidade, do comércio e entidades organizadas no processo de execução das atividades educacionais, que participam fazendo doações, prestando serviços, ou até mesmo sendo atores no processo, como no caso do desfile do Projeto do dia Internacional da Mulher. Esta característica revela a interdisciplinaridade entre os profissionais e a intersetorialidade no processo educacional, sendo esse um ponto crucial que contribui para o sucesso deste tipo de intervenção.

Nesses projetos das equipes de ESF de Itaguaçu, houve uma atuação mais significativa dos profissionais de saúde junto às classes populares, principalmente porque utilizaram muita criatividade e conseguiram com isso estreitar o relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário. Porém a forma como elaboraram os projetos demonstram que as concepções educacionais embutidas no processo ainda são de caráter tradicional.

A criatividade apresentada passa a imagem do uso de uma idéia progressista, pelo fato das metodologias em alguns projetos serem inovadoras e ativas. Mas o conceito progressista se sustenta na participação do sujeito em todas as etapas, do momento em que é levantada a demanda até a avaliação dos resultados, e neste ponto é que não é possível encaixar a prática adotada por eles. Os projetos indicam

avanços, pois procuram priorizar a relação com a comunidade, considerando sua diversidade e heterogeneidade, porém não articulam com ela em termos da construção e avaliação das práticas.

4.2. DA PESQUISA – GRUPO FOCAL

4.2.1. Descrição e discussão

As categorias e subcategorias apresentadas a seguir foram fruto da análise dos grupos focais (Consolidado – ANEXO D) realizadas com os profissionais da ESF que atuaram nas atividades educacionais desenvolvidas em grupos, a saber:

Categorias e subcategorias da análise dos grupos focais

Categoria	Subcategorias
Planejamento	Análise do problema Elaboração e Organização das tarefas.
Execução	Operacionalização das tarefas Metodologias aplicadas
Resultados	Avaliação e mudança de práticas profissionais

CATEGORIA I – PLANEJAMENTO

Ao avaliar a categoria planejamento, constata-se a existência de dois tipos de trabalhos educacionais desenvolvidos em grupo: Um trabalho que é contínuo e permanente que cada equipe faz independentemente em seu território de trabalho definido pela logística da ESF; e outro trabalho, considerado de grande porte, que acontece periodicamente quando as atividades educacionais são realizadas em eventos.

Destacam-se os seguintes relatos:

“Na verdade é assim: têm-se dois tipos de trabalho em grupo: um trabalho que é contínuo, permanente e cada equipe faz independente nas escolas, na comunidade, que é uma coisa mais centralizada. É um processo que eles fazem com a comunidade deles” (V1).

Então para melhor entendimento dessa categoria optei em diferenciar os dois tipos de trabalhos educacionais mencionados.

- **Subcategoria – Análise do problema**

Esta subcategoria aborda a forma como é realizada a escolha e definição dos temas ou assuntos e o público alvo a ser alcançado no desenvolvimento nas atividades educacionais. Na realização dos trabalhos periódicos a decisão da escolha do tema ou assunto e público alvo são realizados por uma comissão de planejamento, formada pelo secretário de saúde, coordenador das equipes da ESF e por alguns profissionais da ESF, da região do centro do município, totalizando aproximadamente 10 membros.

“[...] A gente criou tipo uma comissão, a gente chama umas 10 pessoas, que sentam, formulam a idéia inicial e depois sim, começam a ter a interação com todos os demais que se juntam ao projeto” (V1).

A formação desta comissão justifica-se, de acordo com os sujeitos da pesquisa, pelo fato das dificuldades encontradas em trabalhar o processo de planejamento com um grupo numeroso, conforme experiência já vivenciada anteriormente. Além disto, alegam que os demais profissionais têm dificuldades para locomoção porque residem longe do centro do município, onde o planejamento acontece.

“[...] é lógico que a gente não consegue. A gente já tentou uma vez, lembra? Juntar os 37 agentes e tentar, eram muitas idéias, então não conseguiu chegar num consenso. A gente gastou, gastou, gastou e a idéia não surgiu [...]” (V1).

Porém é notório na fala dos grupos que esta prática causa uma insatisfação nos demais profissionais de saúde que ficam excluídos desta etapa do processo de planejamento. Cabe ressaltar que neste momento também não houve relato de envolvimento da população ou representantes de entidades públicas ou de outra natureza.

“No planejamento sempre são as mesmas que estão ali e depois passam pra outras. Às vezes é montado o projeto e algumas não ficam nem sabendo. Então o certo seria convocar todas, falar vai acontecer isso e isso e quem quer participar vai ajudar” (O6).

Segundo os grupos, a discussão da análise do problema pauta-se nos indicadores de saúde, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ou seja, pelo perfil epidemiológico do município. Trabalharam os seguintes temas ou assuntos: Tuberculose, câncer, dengue, hanseníase, diabetes, DST/AIDS, hipertensão, aquecimento global, saúde bucal, planejamento familiar, tabaco, alcoolismo, acidentes de trânsito, drogas, prostituição, câncer de mama, saúde do homem, saúde do trabalhador, alimentação saudável, gravidez na adolescência, aborto, gravidez, saúde do adolescente, vacina da criança, vacina do idoso, alimentação, bons hábitos de higiene, a realização pessoal e a viagem pelo mundo das drogas.

A definição do público alvo está atrelada ao tema ou assunto, o que o torna bem abrangente: crianças, adolescentes, mulheres, adultos, idosos, para toda a população de forma geral.

“[...] a gente debate estas possibilidades a partir dos dados epidemiológicos que a gente tem de dados do SIAB, a gente percebe, por exemplo, quando a gente começou a trabalhar “a viagem pelo mundo das drogas”, a gente viu o alto índice de usuários de drogas que a gente tava tendo, Então vamos trabalhar alguma coisa neste tema?” (V1).

“[...] depois foi de acordo, com os acidentes, o número de carro e moto e a gente vê o que ta acontecendo no município! A gente senta, discute o tema e depois vamos pra um novo projeto” (O10).

Já os trabalhos educacionais contínuos e permanentes, são realizados por todas as equipes da ESF dentro do seu território de atuação.

“[...] porque tem projeto que é por equipe e cada equipe faz o seu! Na ESF todos agentes participam na sua área de atuação” (O2).

Nesses trabalhos educacionais não existe comissão de planejamento. A definição do tema e do público alvo é realizada pelas coordenadoras e enfermeiras das equipes da ESF, porém esta decisão pode sofrer alterações de acordo com as demandas e especificidades, encontradas em cada território da ESF, conforme entendimento e orientação dos demais profissionais da ESF, que de certa forma também participam deste processo de decisão. Cabe ressaltar que nos trabalhos contínuo e permanente utilizou-se também os dados do perfil epidemiológico municipal para nortear esta etapa do planejamento.

“[...] acho que foi o que eu falei a coordenadora, os enfermeiros eles definiam e nessas reuniões mensais passavam pra gente [...]” (P4).

“[...] Agora as coisas podem mudar de acordo com os agravos de cada PSF, por exemplo, no meu tem mais hipertensão, tem mais dengue. Então vou focar mais. Mas tem a programação do ano que a gente tem que seguir”. (O2)

“De acordo com as necessidades da comunidade porque a gente não vai trabalhar um problema que não é de nossa comunidade [...]” (P2).

Vale ressaltar que os temas ou assuntos abordados, nesses trabalhos, foram os mesmos dos trabalhos periódicos. É igualmente importante, ressaltar que todo e qualquer planejamento acontece dentro da equipe. Não há participação de algum representante da comunidade ou de outra entidade de representação popular. Isso fica a desejar quando pensamos nos princípios da educação popular, onde a voz do sujeito a quem ela se dirige é importante.

“Droga, alcoolismo, tabagismo, DST, gravidez na adolescência, acidente de trânsito” (O6).

“Tuberculose, um mês hanseníase, um mês diabetes, um mês hipertensão” (P8).

Em relação à subcategoria apresentada acima, tanto no trabalho educacional desenvolvido periodicamente quanto no contínuo e permanente, é possível constatar que as práticas educacionais ainda estão centradas no modelo tradicional. No primeiro a escolha e definição do tema ou assunto estão centralizadas em uma comissão, “imposta”, composta por gestores de saúde e alguns profissionais por eles convidados.

No segundo observa-se uma prática mais democrática com os profissionais de saúde, pois todos têm o direito de participar do processo. Mas fica tudo centrado nas equipes, nos profissionais que fazem parte do círculo que a envolve, faltando a participação de outros setores da secretaria de saúde, da prefeitura, da comunidade, ou qualquer entidade que represente a comunidade. Esse procedimento quebra a lógica e a oportunidade do conhecer o real, o verdadeiro problema da comunidade com o olhar e expectativas da população assistida.

Nos dois trabalhos mencionados são utilizados dados do perfil epidemiológico para nortear as atividades educacionais. Destaca-se que nos trabalhos contínuo e permanente também são contempladas as necessidades locais de cada território da ESF, conforme o olhar, o entendimento e a voz do profissional de saúde.

De acordo com as Linhas-Guias, 2008, a identificação dos problemas deve acontecer da maneira mais clara e objetiva possível, avaliando além do perfil epidemiológico, realidade sócio-econômica, política, cultural e ambiental. Agregando o olhar dos vários atores inseridos na situação, garantindo assim que todo o processo de planejamento ocorra de maneira participativa.

É notável, nessa subcategoria, que os temas e assuntos trabalhados, bem como o público alvo vão de encontro com os programas e campanhas de saúde que são definidos e impostos, de forma vertical, para os municípios através do MS. Assim sendo, fortalece um modelo de educação em saúde totalmente focado para as campanhas e programas de saúde, centrado na doença e na medicalização, e fortemente rotulado por uma prática educacional reprodutora de conteúdos e conceitos prontos.

Essa etapa do planejamento educacional distorce completamente uma das diretrizes da metodologia da educação popular que dita ser primordial o

envolvimento da população através dos seus líderes eclesiais, líderes comunitários, associação de moradores, Ongs, setor regulado dentre outros, nas escolhas e decisão dos assuntos a serem desenvolvidos em sua comunidade. É crucial, neste ponto a consciência de que é preciso levar a quem educa a necessidade de “criar espaço para um engajamento das diferenças vividas, que não exija o silenciar de uma multiplicidade de vozes por um discurso dominante” (MOREIRA & SILVA, 1999).

- **Subcategoria – Elaboração e organização das tarefas**

Ainda na categoria de planejamento, esta sub-categoria aborda a maneira como acontece a elaboração das ações educativas, a escolha de metodologia/estratégia e a organização e atribuições das tarefas. O relato dos grupos evidencia que os trabalhos educacionais periódicos têm sua elaboração e organização, bem como a definição dos sujeitos que irão executá-las definida exclusivamente pela comissão de planejamento. Esta se organiza através de reuniões sistemáticas, onde ocorre também a distribuição dos afazeres para os demais profissionais de saúde, levando sempre em consideração as habilidades individuais de cada um.

“Eu queria falar só que todo mundo senta junto, secretário, coordenador, enfermeiro, traçam as metas por escrito. Ali também já é feito um planejamento de quem vai executar cada tarefa, quem vai ficar responsável pela decoração, pelo trabalho pesado, quem vão ser os artistas, daí traça uma meta, é passado para o coordenador. A partir daí nos reunimos e começamos a trabalhar no desenrolar da tarefa.” (V3).

“[...] Alguns efetivamente têm mais participação, até porque é o perfil, cada um tem aquela característica de ter mais facilidade de falar em público, outros de fazer brincadeiras, outros tem uma característica mais retraída, mas acabam ajudando as pessoas na organização” (V1).

Entende-se que as reuniões da comissão são de caráter democrático, onde os participantes traçam um diálogo que facilita o processo de tomada de decisão para elaboração das atividades educacionais.

“Cada um dava idéias. Aí a gente juntava tudo, daí é de onde saía o trabalho. A gente se reúne, cada um dá sua idéia e sai o trabalho da equipe” (V11).

“[...] E a construção não dá nem pra dizer quem é o mentor, quem é a cabeça do projeto [...]” (V1).

Cabe ressaltar que apesar desses trabalhos serem desenvolvidos periodicamente e em eventos da cidade o planejamento dos mesmos é realizado, geralmente, com 03 (três) dias de antecedência ao seu lançamento.

“[...] a coordenadora e o secretário as vezes ficam até 11h da noite fazendo os projetos, porque a gente decide assim, 2, 3 dias logo em cima (V10)”.

“O planejamento, a gente pode falar daquele teatro que a gente fez no dia dos idosos. Foi uma coisa de última hora, a gente até pensou que não ia dar certo, aí sentamos o grupo todo, discutimos o que vamos fazer.” (O1).

Nessa etapa observa-se também a preocupação com o preparo técnico dos profissionais que irão executar as atividades educativas.

“Todas as pessoas que ainda não tinham participado tinham que ser capacitados [...]” (V1).

Nos trabalhos educacionais contínuos e permanentes, no contexto geral, a elaboração, organização e definição da execução das atividades são realizadas com a participação de todos os profissionais, por equipe, da ESF.

A forma de definição dos projetos a serem desenvolvidos está atrelada na escolha do tema ou assunto que serão abordados. Então é necessário ressaltar que no primeiro momento do planejamento, a coordenadora e a enfermeira da equipe da ESF, através de reuniões sistemáticas, fazem uma avaliação dos dados

epidemiológicos, do pacto e das metas que o município precisa cumprir, conforme acordo firmado com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA). A partir dessa análise fazem um planejamento anual discriminando a programação das atividades mensais na forma de cronograma.

“[...] no ano anterior, como que foi feito pela avaliação do pacto, dos agravos, das doenças... então tudo isso que a gente vê do ano anterior, a gente vê, faz um levantamento por equipe e daí a gente faz o planejamento passo a passo. [...] A gente tem a avaliação de indicadores pra ta passando, que a gente faz de três em três meses [...] então eu vou planejar as ações baseado nisso que ta deficiente no meu trabalho do ano anterior. Então é assim que é montado aquele processo!” (O2).

“A primeira etapa é montar o cronograma” (P1).

Depois disto feito, esta programação é apresentada para os demais profissionais da equipe, que conforme avaliação e entendimento de todos, pode sofrer alguma alteração em relação a sua proposta.

Entende-se que o planejamento é realizado de forma flexível, não rígido, horizontalmente dentro das equipes ESF. Observa-se ainda que as prioridades são determinadas de acordo com as necessidades da comunidade, conforme o entendimento e a percepção do profissional de saúde, por isto ele é constantemente reestruturado.

“A coordenação senta, discute e faz os cronogramas para o início do ano. Agora as coisas podem mudar de acordo com os agravos de cada PSF. Por exemplo, no meu tem mais hipertensão, tem mais dengue. Então vou focar mais. Mas tem a programação do ano que a gente tem que seguir” (O2).

“[...] então a gente tem um cronograma anual. Então, a gente tem também as áreas de risco pra ta trabalhando também, mas a definição é sempre em grupo” (O1).

“[...] e também o enfermeiro nos dá a liberdade, por exemplo, se for uma área de risco: o tema desse mês pode ser dengue, mas minha área não tem dengue. Tem outro tipo de risco: adolescência na

gravidez, ou outro problema. Então eu vou trabalhar individual. Isso si vai ser individual na minha área” (O1).

Então, se evidencia que cada equipe em seu determinado território possui a prática de planejar as atividades educacionais. Realizam a elaboração e a forma de organização das mesmas, onde todos os participantes expressam suas idéias e opiniões, decidem e delegam democraticamente a atribuição de cada profissional, isto estimula e gera o comprometimento profissional.

Ressalta-se que todo processo mencionado é realizado exclusivamente por cada equipe da ESF, não havendo envolvimento de outros setores da saúde ou representatividade da comunidade.

“[...] e tem que chegar lá fora e planejar os objetivos, quais são os objetivos do projeto?! As metas, a metodologia, público alvo, então cada atividade que a gente vai fazer vai pedir alguma coisa, vai solicitar e a gente tem que fazer isso “ (O2).

[...] gente monta as coisas do planejamento que vai ser baseado no que foi feito no ano anterior, e no que ficou deficiente. Eu trabalhei mais com pré-natal, eu tenho gestantes menores de 20 anos, então eu vou planejar as minhas ações com minha equipe. Só que a gente planeja com a coordenação para que saia uma coisa assim, uma programação! Mas eu vou sentar com minha equipe, com cada agente de saúde pra cuidar a realidade diferente, [...] eu vou planejar de acordo com os meus indicadores, com o que ficou deficiente no ano passado” (O2).

Destaca-se ainda nessa subcategoria que as equipes buscam conhecer as características sócio-culturais do público alvo, o que já é muito positivo, pois as leva em direção a eles. Fazendo essa análise percebe-se que as equipes, mesmo que não percebam claramente o que fazem, estão caminhando suas práticas para o que Foucault afirma ser a indissolúvel tríade do conhecimento, do poder e do prazer (FOUCAULT, 1980).

”[...] vamos ver uma linguagem mais simplificada e que chame a atenção desses idosos. Aí todo mundo foi dando sua idéia, como é a

tradição daqui, como é a cultura daqui, trabalhamos em cima da cultura dessas pessoas idosas, como elas vivenciam, como vivenciaram no tempo delas. Então nós vamos pegar aquela tradição mais antiga, e dentro desse teatro a gente trabalhou o preventivo, a importância dos valores do idoso, a importância de tá cuidando do idoso, da saúde, do preventivo, a importância da família, dentro deste teatro” (O1).

“[...] cada um deu sua idéia! “vamos fazer isso, vamos fazer aquilo” daí outro fala “isso aí não vai dar certo porque essa linguagem não vai funcionar pra essa população”, então tem que ser de acordo com o linguajar de cada população” (O1).

Toda essa preocupação reflete que o efeito de respeitar a linguagem própria de cada população é um ponto favorável para que a comunicação atinja o alvo. A luta pedagógica por um discurso popular no sentido de: próximo, coerente com a realidade, cheia de significados é o que mais se espera.

Como dizem Moreira e Silva (1999):

Testar as formas pelas quais produzimos significados e representamos a nós mesmos, nossas relações com os outros e com o ambiente em que vivemos. Assim procedendo, fazemos uma avaliação do que nos tornamos e do que não mais desejamos ser. Também nos capacitamos a reconhecer as possibilidades ainda não concretizadas e a lutar por elas.

E engajado nesse pensar, contempla-se também um momento de preparação técnica dos profissionais que irão executar as atividades educativas na área da saúde.

“Tivemos uma capacitação sobre aquecimento global, fizemos vários trabalhos pra tá bem interagido pra poder passar pra comunidade” (P4).

“Também tinha cada mês a gente recebia uma capacitação pra poder tá trabalhado estes temas” (P8).

CATEGORIA II – EXECUÇÃO

A categoria Execução é subdividida pelas subcategorias:

- Operacionalização das tarefas, que relata o envolvimento dos atores que participaram da execução das atividades educacionais; e
- Metodologias aplicadas, que faz uma abordagem das estratégias utilizadas tanto para divulgação quanto para a execução propriamente dita, dos trabalhos dando ênfase para a forma de comunicação com o público alvo.

Na subcategoria Operacionalização, em ambos os projetos educacionais (periódicos ou contínuos e permanentes), na execução das atividades de forma geral, seja na divulgação, na mobilização da comunidade ou na realização da metodologia escolhida, de alguma forma aconteceu a participação e envolvimento da maioria dos profissionais da ESF (enfermeiros, dentistas, médicos, agentes de saúde, supervisora das equipes da ESF, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório odontológico e até mesmo do secretário de saúde).

“Quem executou foram as equipes de saúde da família. Os profissionais de cada equipe: agente de saúde, enfermeiro, médico, dentista [...]” (O2).

Também é notório o envolvimento de outros setores como: a secretaria de obras, educação, agricultura, assistência social, pastoral da criança, líder comunitário, médicos do hospital Santa Rita, DETRAN, polícia militar. Contribuindo com doações de materiais, cedendo espaço físico, prestando serviços ou até mesmo atuando na divulgação ou execução dos trabalhos educacionais.

“A participação geral que a gente tem na maioria dos projetos é da secretaria de educação: eles trazem os alunos, os professores participam a Obras, sempre estão disponíveis para ajudar, o DETRAN, Polícia Militar, Funerária” (V1).

Ressalta-se ainda o envolvimento ativo do comércio, igreja, rádio e em alguns momentos membros da comunidade.

“A gente já teve participação da comunidade pra desfilar, crianças, idosos. A gente fez no dia da mulher um desfile com todo glamour para as pessoas que nunca vivenciaram um desfile de moda. No desfile foram muitas crianças, parentes visinhos, a gente construiu todas as fazes da vida da mulher, desde a infância, passando pela puberdade, vida adulta. Teve uma parte muito emocionante, a gente arrumou uma paciente diabética que tinha que fazer hemodiálise e ela desfilou, foi uma grande emoção” (V1).

“Teve uma vez que o comércio produziu camisas, e todas as lojas do comércio trabalhou com a camisa” (V1).

“Na verdade a nossa comunidade é muito participativa, sempre que a gente precisa de alguma coisa geralmente é alguma coisa que esta precisando de última hora, daí eles estão prontos pra ajudar” (O10).

Nessa etapa do processo as atividades educacionais possuem um caráter interdisciplinar e intersetorial, com destaque para a importância do envolvimento da comunidade. Observa-se que esse é um dos pontos chave para o sucesso das atividades educacionais.

Na subcategoria metodologias aplicadas há relatos sobre os vários meios de divulgação dos trabalhos educativos: rádio local, igrejas, líderes comunitários, panfletos, cartazes, veículos com alto falante, placas, convites pessoais em domicílios, na rua e no comércio.

“Primeiro o convite partiu dos agentes de saúde que fazem visitas nas casas, fizemos panfletos, e também desenvolvemos divulgação no rádio. Muitos dos nossos eventos também são divulgados na rádio. O rádio nos proporciona muito a comunicação com o público e o agente de saúde já tem esse cuidado de estar nas casas convidando. A comunicação com agente de saúde da família é mais calmo e mais produtivo” (O10).

“Na campanha da sífilis, todo mundo foi de casa em casa quando passava um paciente meu eu gritava: ‘hei seu João, vem fazer um exame de sífilis!’ A gente vai no supermercado, convida as pessoas

tem a abordagem da gente com as pessoas no comércio, na rua! Nem precisa muito de panfleto[...]" (V11).

"De forma geral temos as visitas domiciliares, as igrejas, o líder da comunidade, o presidente da associação do bairro, rádios, alto falante". (V14)

Ainda com a finalidade de mobilizar a população, exploraram a curiosidade do público, na montagem de alguns dos trabalhos educacionais expostos em eventos na cidade, escolas, praças, unidades de saúde. O cenário era montado com tudo vedado, para ninguém ver o que estava acontecendo, aguçando desta forma a curiosidade da população.

"Pra atrair o público logo no primeiro momento, foi feito na pracinha, então era totalmente fechado. Então despertava curiosidade! Eles eram atraídos pela curiosidade de ver o que tava acontecendo [...]" (V14).

Utilizaram estrategicamente para mobilizar e prender a atenção do público alvo atividades como teatro, gincanas, exposições palestras interativas, dinâmicas de grupo, baile, fotos chocantes, placas, mensagens na rádio, café da manhã, desfile, distribuição de brindes, oferta de refeição, cortejo, muito barulho, luzes e musicas e outras atrações. Características da educação progressista no que tange as metodologias ativas.

"[...] a gente usou muita criatividade, eles transformaram uma porta em uma boca, a porta de entrada era como se fosse uma boca, e eles trabalharam em círculo com várias dinâmicas" (V1).

"Teve teatro, teve palestras, brincadeiras com fantoches, tudo ao mesmo tempo [...]" (V3).

"[...] Onde a gente arrumou um carro, enfeitou ele todo com latas, para chamar bem a atenção da comunidade [...]" (V11).

"Foi feito um teatro para a gestante no ultimo trimestre que já estava se encaminhando para o parto.." (V14)

“Nós tivemos um projeto contra o tabagismo, onde todos os agentes se vestiram de preto com rosto pintado de branco, pegamos um caixão e fomos andando pela rua. E tinha plaquinhas falando disso: câncer de boca, mal hálito, tudo o que o cigarro fazia” (V10).

“Fomos para a feira, e todo mundo tirava o chapéu e fazia o sinal da cruz!” (V14).

[...] Itaguaçu não tem sinal de trânsito, então uma semana antes a gente colocou simbólico, umas bolinhas como se fosse o sinal nas esquinas. E começou a surgir um boato pela cidade que estavam demarcando onde ia ter sinal de trânsito! Na véspera do dia da AIDS, a gente colocou onde estavam os sinais: “pare! Siga! Preserve-se!” e uma camisinha, então as pessoas entenderam que não ia ser sinal de trânsito. E a gente panfletou a cidade e saiu na rua com um apito parando charrete, carros, as pessoas achavam que a gente ia trabalhar trânsito e colocavam o cinto!” (V1).

“Teve também uma campanha de dengue onde a gente teve dois mosquitos que saiam correndo na rua fazendo bagunça.” (V1).

[...] A gente tinha uma maquete da vagina, como colher o preventivo. A gente fez um espelho grande, a escovinha a gente pegou uma escova grande e eles acharam aquilo tudo muito engraçado.” (O1).

O uso da linguagem adequada é um dos fatores mais difíceis na etapa de execução dos projetos educacionais, principalmente pelos profissionais de saúde. Porém destaca-se na pesquisa a diversidade dos canais de comunicação, seja visual ou auditiva, sempre houve preocupação com o linguajar bem popular, preservando o aspecto sócio-cultural.

”É na linguagem do povo mesmo, se começar a usar termos muito técnicos eles não vão entender [...]” (V10).

“Se você falar “hipertenso” tem pessoas que não sabem, se falar “você tem pressão alta?” daí eles falam “eu tenho sim” (V11).

“Eu tive uma experiência na tenda cigana que o cara não parava de olhar para mim. Ele olhava muito para minha boca, e eu fiquei olhando até que percebi que ele era mudo. Quero dizer eu tenho que falar a língua deles mesmo pra ele poder entender” (V9).

“O objetivo de nossos trabalhos foi romper com a tradição das palestras. Uma palestra não atraía o interesse nem a gente conseguia passar informação” (V1).

“Uma forma de falar também é com carinho [...]” (V11).

“Nessa linguagem a gente consegue muito mais, a gente tem uma mistura tanto da linguagem simples, do falar que é fundamental, misturada a uma coisa visual. A gente trabalha muito a expressão corporal, e às vezes é muito barulhento, às vezes é mudo como no projeto do caixão” (V1).

“[...] Falando na linguagem deles, com o visual para chamar atenção” (V10).

CATEGORIA III – AVALIAÇÃO E MUDANÇAS NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Os grupos são unânimes em afirmarem que obtiveram resultados das atividades educacionais desenvolvidas, e que estes resultados provocaram mudanças pessoais e profissionais.

“[...] você começa a pensar diferente, porque você começa assim no início: “eu quero mudar aquela pessoa”. Mas com a vivência você vê que não tem esse direito, porque a pessoa tem seus hábitos e tem sua cultura, você pode mudar sim, respeitando dentro do limite [...]” (O1).

“Acho que a cada dia a gente acaba aprendendo um pouquinho. A gente acha que fez um curso, pegou um panfleto e leu, mas na verdade o dia a dia da gente é que faz com que a gente cresça mais. Porque tudo que você pega é novo! Tudo que você ta fazendo ta enriquecendo mais [...]” (V14).

“[...] Quando a gente começou a trabalhar, a internação no hospital vivia lotada. Pessoas enfartando, derrame, vacinação atrasada, a gente tinha que tá indo na casa. E hoje já tá bem mais controlado, isso graças a um trabalho não só dos agentes, mas dos auxiliares, da enfermeira e da equipe em geral. Então houve uma mudança e uma melhora. E espero que a cada ano que passe melhore mais” (P8).

“Você vai hoje mesmo no hospital e o número de internações diminuiu muito” (P4).

Percebe-se que os profissionais sentem-se valorizados e reconhecidos pela comunidade. Expressam a necessidade de se qualificarem cada vez mais para melhor atender as necessidades da comunidade e ressaltam o quanto é gratificante desenvolver atividades educacionais.

“Então você se sente realizado quando consegue, como no caso do tabagismo, a longo prazo haver mudança de hábito nas pessoas. Que algumas pessoas pararam de fumar por isso. Uma pessoa que não fazia preventivo é uma conquista quando ela vai lá pra fazer o preventivo. A gente se sente recompensado” (V6).

“Isso tudo vai desenvolvendo na gente coisa que a gente não tem, o curso pra mim foi muito útil, me passou mais segurança [...]” (V6).

“Consolidando a fala de cada um aqui, o processo real é de valorização profissional. A satisfação que a gente sente quando conclui este tipo de trabalho, sempre sente a vontade de festejar, comemorar. É só quem sente que pode saber o que foi” (V1).

Ao chegar ao final desta exposição e análise, o leitor pode perceber que foi levado através de uma realidade ambivalente. Planejamento, execução e os resultados na prática profissional revelam a presença de origens educacionais baseadas no tradicionalismo que inibe a inserção social no processo de idealização das políticas que a eles mesmos se dirigem. Por outro lado, ações-expressões pautadas na inovação progressista que leva ao envolvimento, mesmo que muitas

vezes apenas festivo, onde o sujeito interage e produz significado a partir da experiência vivida.

A seguir nas considerações finais todo esse pensar e fazer serão articulados para que a pesquisa, além de reveladora de posturas, represente uma bússola que aponta para uma direção: um norte, que esta nau pode tomar, para que não se perca no mar da história, mas que descubra novas terras e finque sua bandeira, baluarte da saúde que esperamos para toda a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde.

Entre as estratégias que podem ser levadas em conta a Saúde da Família elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, em conformidade com os princípios do SUS, tendo como base as necessidades e prioridades da comunidade cadastrada. Esta logística propicia um momento ímpar para o desenvolvimento da produção social da saúde, por meio de

troca de informações e experiências entre as equipes da ESF e a comunidade, através da educação em saúde.

Muito se fala sobre as políticas públicas atuais no que tange a saúde. O que está no papel é em grande parte distante do que se processa realmente no campo de atuação. O que favorece ou dificulta esta aproximação, talvez seja a pergunta a ser feita por aqueles que escrevem as propostas que envolvem um programa político-social.

Um ponto que precisa ser pensado é que para que haja mudança de um paradigma, é necessário que um novo seja instituído. Mas, para que este se consolide é necessário informação, debate, troca de experiências, treinamento de agentes formadores e avaliação periódica que lhe dê respaldo.

Ao conhecer o processo de planejamento das práticas educacionais desenvolvidas em grupo pela ESF de Itaguaçu, no período de 2006 a 2007, identifiquei que apesar da implantação do atual modelo de saúde, estas ainda possuem como referência a lógica hegemônica anterior de serviços meramente subordinados aos interesses de legitimação do poder político. Esta constatação foi evidenciada, por exemplo, através dos assuntos que foram abordados nas atividades educacionais, que “por mera coincidência” coincidem com os prioritários programas e campanhas contempladas nas políticas do Ministério da Saúde.

É oportuno explicitar que essa política verticalizada, contrapõe às políticas do processo de municipalização, de descentralização e de rupturas desses programas em direção a integralidade do cuidado, a vigilância à saúde e a participação popular. No entanto, como entender os serviços de saúde como espaços instituintes de cidadania, se os processos hegemônicos ainda enraizados, também, nas políticas públicas de saúde, excluem os próprios sujeitos agentes das práticas da possibilidade de reconstrução do seu trabalho?

As bases educacionais que atendem ao discurso da política de saúde atual são as que favorecem a plena compreensão da ação pública que vem através de e para o sujeito social, identificado como cidadão. E cidadania é um conceito que se estrutura não apenas por uma descrição filosófica de seu sentido. É principalmente fruto de uma experiência de relação, traduzida como uma real ação, que o sujeito vem a ter com o seu entorno.

Esta política de saúde comentada deve ser correspondida por uma política educacional que com ela faça eco, isto é, que repita em suas bases os propósitos de

autonomia e respeito à história e cultura do sujeito a quem se direciona. Uma educação que não separa o sujeito de seu contexto como não poderíamos separar um órgão de seu sistema no corpo, sem o risco de prejudicar seu funcionamento ou até mesmo causar a falência do seu existir.

Assim, ao observar um educador que assume as funções de vigiar e aconselhar, organizando assuntos e estratégias de maneira unidirecional, com temas prontos, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela, sendo o único responsável e condutor do processo educativo fica explícito a utilização de metodologias de concepção pedagógica tradicional.

Estas, não porque estejam na contramão da história, posto que possuem seu lugar, mas neste atual momento não correspondem ao caminhar do pensamento mundial e nacional sobre a educação que pode fazer com que o ser humano se aproprie mais do conhecimento e dele faça uso consciente. O mesmo pensar ecoa também nos meios onde o assunto é saúde.

Durante a pesquisa, com base no referencial citado, tive a direção do olhar voltada para avaliar se o trabalho realizado em Itaguaçu aconteceu de maneira que o usuário se sentisse co-participante de sua elaboração e execução. Isso revelaria um processo de ensino-aprendizagem, no qual o profissional de saúde repassa seu saber técnico, contextualizado pelo diagnóstico prévio e conseqüente envolvimento, de prioridade e respeito à cultura popular, expressão de cidadania e responsabilidade social.

De modo geral, as equipes desenvolvem as atividades educacionais voltadas para prevenção da Saúde. Os profissionais da ESF, agem sobre o usuário sem ouvir sua opinião. Em conseqüência, os programas perdem eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades definidas pela epidemiologia ou pela lógica política ou administrativa.

A solução do impasse: fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não sobre elas. Para isto é fundamental incrementar a capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos, melhorando sua capacidade de reconhecer uma situação sanitária, identificando os determinantes ampliando as possibilidades de se promover saúde.

As práticas de saúde vão muito além de intervenções curativas, devendo ser direcionadas não só para atender, mas para prevenir a doença e promover a saúde. Ações são estendidas “para” e “junto” com a comunidade, assumindo o desafio de

promover a reorganização da prática assistencial, com uma visão de que a saúde é um conceito construído socialmente, em que a morbidade e a mortalidade dos grupos populacionais estão relacionadas às condições biológicas, econômicas, sociais e culturais.

Com o objetivo de estabelecer uma comunicação mais eficiente com os moradores do município de Itaguaçu, os profissionais da saúde da Secretaria Municipal lançam mão de várias estratégias comunicacionais para desenvolver as suas ações educativas. Nas experiências desenvolvidas pelos grupos da Estratégia de Saúde da Família, percebe-se a articulação nos planos tanto teóricos como práticos a preocupação com a diversidade e a complexidade cultural que atravessa a realidade daquele município a partir das demandas dos distintos públicos:

- Para falar sobre a saúde das crianças e com o público infantil, foram utilizadas atividades dinâmicas como o teatro de fantoche, exibição de filmes e atividades interativas, com ambientes decorados para chamar a atenção;
- Para dialogar com os adolescentes e jovens, foram desenvolvidas atividades em ambientes que conseguissem despertar a atenção deste público como a Tenda Cigana e a Fórmula I da Saúde que foi realizada no ambiente de uma festa do município, a “Festa Itaguaçuense das Culturas”;
- Para refletir sobre a saúde da mulher, realizou-se um desfile onde a comunicação corporal foi valorizada;
- Para contemplar a saúde do idoso, foi realizado um “Festival de Saúde e Lazer” com grupos de teatro e tocadores de forró.

Além dessas, muitas outras intervenções foram desempenhadas. Na mobilização social para a realização dessas atividades a Secretaria de Saúde utiliza vários recursos de comunicação, a rádio, a comunicação corpo a corpo efetivada pelos Agentes de Saúde da Família, folders e cartazes.

Para contemplar os interesses e especificidade de cada público e cada assunto os profissionais são versáteis na utilização das estratégias comunicacionais. Porém, com base no conceito de comunicação popular, se pode afirmar que embora enriquecedoras, as atividades desenvolvidas pelos grupos de Estratégia de Saúde da Família do município de Itaguaçu não lograram o alcance da dimensão da

comunicação comunitária. Com base nos relatos apresentados o processo ainda permanece sobre a estrutura da política conservadora sob os auspícios de quem cuida e de quem administra, são as equipes que organizam e oferecem as atividades à comunidade.

Assim, tendo desenvolvido a análise das práticas de educação em grupo realizadas pelas equipes ESF de Itaguaçu, apontando suas peculiaridades, seus pontos fortes e fracos, vejo-me também inclinada a apontar alguns indicativos que possam contribuir para o debate e o aprimoramento de todo processo lá instituído.

- Quanto à necessidade crescente de compreensão das propostas definidas nos mais diversos documentos que hoje orientam a saúde em nosso país é fundamental que se invista tempo na formação permanente dos profissionais que atuam no campo. Formação esta que envolva não só preceitos teóricos, mas também ampliem horizontes de articulação, como por exemplo: as nuances da interação dentro das equipes multidisciplinares, como é o caso do ESF, através de conhecimentos dinâmicos que venham a implementar as ações de seus membros em direção a si próprios e à comunidade.
- Quanto à interação entre o que preconizam as políticas de saúde e educação, destaco a importância de se aproximar o discurso pedagógico do discurso da saúde. Os profissionais envolvidos nas equipes ESF, precisam ser informados sobre o modo de se fazer educação progressiva, que prioriza o saber e fazer popular; precisam ser instruídos quanto as etapas de realização de projetos, com ênfase na participação da comunidade em algumas delas principalmente na concepção do que deva ser trabalhado, e nos processos avaliativos que o balizam ao final de sua execução.
- Quanto aos registros de cada passo dado das práticas educativas este é um ponto a ser igualmente trabalhado com as equipes, ou seja, orientá-los através de capacitações e treinamentos para que aprendam como registrar seus projetos, como escrever sobre suas etapas e como registrar seus resultados. Oferecer oportunidade de aprendizado sobre como manipular os dados para que o material, produto da realização de cada ação, possa favorecer a compreensão da importância do que foi realizado e sirva de forma clara para a validação do mesmo ou oriente no caminho de sua reformulação.

Para concluir considero de importância crucial destacar a beleza do trabalho realizado em Itaguaçu. De modo fácil, a criatividade se faz presente tornando os trabalhos atrativos e faz com que os profissionais utilizem todo seu potencial criativo, levando os usuários a comparecerem aos eventos, quer como aprendizes ou colaboradores de sua execução.

A criatividade independe do processo pelo qual a idéia foi concebida e não se pode tirar o mérito das ações em Itaguaçu. Ressalto que esse é o ponto que mais despertou meu interesse para desenvolver essa pesquisa. Também esta foi uma forma de valorizar tudo que este município tem feito de surpreendente para alcançar a população e como tem êxito no desempenho das ações.

Por esta análise é que pondero que este ponto forte das equipes, pode ser uma alavanca para impulsionar a interação, a troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores, garantindo a motivação, a capacidade de reflexão, o aumento da auto-estima de todos, bem como o fortalecimento das frentes de trabalho das equipes ESF.

Partindo do princípio filosófico que norteia a educação progressista, nada está acabado, tudo está em constante mudança, sendo influenciado pelo meio físico e social no qual se instala o ser. Esta pesquisa também, aqui não se encerra, ela apenas suscita a importância de se analisar e avaliar a condução das ações em educação e saúde, para atestar ou não sua coerência.

Que ela, então, seja um marco para estimular o aperfeiçoamento de um trabalho, que em muito já é gratificante, como o visto no Município de Itaguaçu, no Estado do Espírito Santo. E quiçá possa ainda despertar em outros a busca por novas pesquisas na área, como possibilidade de ser real no futuro o que tanto se pensa, fala e escreve: a participação do indivíduo, integrado ao coletivo, como agente de suas próprias mudanças em relação a sua concepção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade.** Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003.
2. ALVES. S. V. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** In: Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev, 2005.
3. ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
4. ARAÚJO, I. S. **The symbolic market: a communication model for public policies.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.165-77, set.2003-fev, 2004.
5. ARROYO, Miguel. **Paulo Freire e o projeto popular para o Brasil,** pp: 268-278, In: Paulo Freire: Vida e Obra, 2ª. Edição. São Paulo: Expressão Popular, 2002.
6. _____. **Educação Popular em Saúde.** TEMA. Publicação da FIOCRUZ. Rio de Janeiro: RADIS, n. 21, p.4, nov/dez de 2001.
7. BELTRÁN, Luis Ramiro. **Adeus a Aristóteles: Comunicação horizontal.** In. Comunicação & Sociedade, São Bernardo do Campo, IMS, ano III, N°6, SET.1981.
8. BRASIL. Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social – PESMS/FUNASA, 2003.
9. BUSS, M. P. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva - n. 05, vol. 01, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
10. CAMPINAM, José Carlos. **Janelas Abertas para Informação e Comunicação Social em Saúde.** In. Informação e Comunicação Social em Saúde. OPAS/OMS.Série desenvolvimento de serviços de saúde N°15. Brasília, DF, 1996.
11. CANDEIAS, N. M. **Conceitos de educação e de promoção da saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Rev saúde pública 1997; 31(2): 209-13.
12. CARVALHO, G. **Gasto com saúde no Brasil em 2006.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 2007.

13. CECCIM, R. B. **Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos**. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004: 259 – 78.
14. CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis. Revista de Saúde Coletiva, v. 14, p. 41-66, 2004.
15. CERVO A. L e BERVIAN P. A **Metodologia Científica**. 5ª edição. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
16. CHAGAS, Luciana; SECLLEN, Juan. **Informe sobre a reunião de trabalho “Discussão sobre o marco referencial e conceitual de Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil”**. Organização Panamericana de Saúde – Projeto de Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/serviço/arquivo/sala_5309.pdf>. Acesso em: 03 março 2008.
17. CRUZ NETO, O; MOREIRA MR; SUCENA, LFM. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, Brasil, 4 a 8 de novembro de 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002>. Acesso em 23 de março de 2009.
18. CZERESNIA D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53
19. DALBELLO-ARAÚJO, M. **Comunidade Ampliada de Pesquisa**. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Org.). Psicologia social: temas em debate. Vitória: GM Editora; ABRAPSO-ES, 2007.
20. DAVINI, M. C. **Prácticas Laborales en los Servicios de Salud: las Condiciones del Aprendizaje. in Educacion Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organización Panamericana de la Salud. EUA. 1994.

21. DA ROS, M.A. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). *Saúde em debate na Educação Física*. Blumenau: Nova Letra, 2006.
22. EPSTEIN, Isaac. **Comunicação e saúde**. In: *Comunicação & Sociedade*. São Bernardo do Campo: UMESP, nº35, 2001. p.159-186.
23. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 44. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005b.
24. _____. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
25. _____. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971, p. 39 - 75.
26. FREITAS, C. M. **A Vigilância da Saúde para a promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 141-159.
27. FOUCAULT, Michel. **A História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
28. GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21. n. 2, mar./abr, 2005.
29. GUILAM, MCR. **O discurso do risco na prática do aconselhamento genético pré-natal**. Rio de Janeiro, 2003. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] Instituto de Medicina Social, UERJ.
30. L'ABBATE, S. **Comunicação e educação: Uma prática de saúde**. In: **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público** (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 267-292, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
31. MELLO, D. A. **Reflexões sobre a promoção da saúde no contexto do Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p1149, 2000.
32. MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2004.
33. MOREIRA, Antonio Flavio e SILVA, Tomaz Tadeu (orgs). **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1999.
34. MOTTA FCP & Freitas ME 2000. **Vida psíquica e organização**. Editora FGV, Rio de Janeiro.

35. NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** Cad. Pesq. Adm., São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.
36. NUNES, T. C. M. **Educação Continuada: Uma proposta para a Área de Epidemiologia no SUS.** Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS/Brasília. Março/Abril. 1993.
37. NUNES, E. **Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos.** In: Aula Inaugural proferida no Curso de Pós-Graduação de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 7 de março de 1997, com adaptações. Lua Nova, 1998.
38. PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. **Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Pública.** Cadernos de Saúde Pública, RJ. Julho/Setembro, 1992.
39. PEREIRA, W. N. **A Educação Continuada e Permanente como estratégia de formação e desenvolvimento do profissional Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.** Dissertação de Mestrado em Saúde da Família do Programa de Pós Graduação. Em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.
40. PEREIRA, Fernando. **O ministério adverte: O "Bráulio" e o fiasco da comunicação na área da saúde.** In: LOPES, Boanerges e NASCIMENTO, Josias (Org). Saúde & Imprensa: O público que se dane. Rio de Janeiro: Mauad,1996.
41. RICAS, Janete. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais.** Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. 1994.
42. RIBEIRO, E. L. de O & MOTTA, J .I. J., **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Dissertação de Mestrado em Educação e Saúde do NUTES/UFRJ, mimeo, s/d. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
43. RONCOLLETA, A. F. T. et al. **Princípios da medicina de família.** São Paulo: Sombramfa, 2003.

44. SÁ, Adísia (org) **Fundamentos científicos da comunicação**. Petrópolis: Vozes,1973.
45. SANTOS, G. F. **Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002**. In: NEGRI, B. e VIANA, A. L. D. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: SOBRAVIME; CEALG, 2002, p. 391-410.
46. SILVA, Maria Julia Paes da; PEREIRA, Luciane Licino; BENKO, Maria Antonieta. **A Educação Continuada - Estratégia para o desenvolvimento do Pessoal de Enfermagem**. São Paulo. Editora Marques Saraiva: EDUSP,1989.
47. SOUZA EM, Grundy E. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública**. Cad Saúde Pública 2004; 20(5): 1354-1360.
48. SOUZA, Herbert José. **Informação pela informação não basta**. In: LOPES, Boanerges e NASCIMENTO, Josias (Org.). Saúde & Imprensa: O público que se dane. Rio de Janeiro: Mauad,1996.
49. VALLA Victor V, **Educação e Favela**, Vozes, 1986.
50. VIANA, A L. Reforma em Saúde no Brasil. **Análise da Formulação e Implementação do Programa,de Saúde da Família: a experiência de Cotia**. In: VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). Reforma em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 161).
51. VASCONCELOS, E, M. **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias**. Cad. Saúde Pública vol.14 suppl.2 Rio de Janeiro 1998.
52. _____. **Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde**. Interface — Comunic., Saúde, Educ., v.5, n.8, p.121-6, 2001.
53. VEIGA, L. & GONDIM, S.M.G. (2001). **A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político**. Opinião Pública. 2(1), 1-15
54. YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamentos e Métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre. Bookman, 2005. p. 19-47.

FONTES DOCUMENTAIS

1. BRASIL, 1998. Ministério as Saúde. Secretaria de Estado da Saúde/ES – **Projeto Vigisus**, 1998.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
3. _____. Ministério da Saúde. Brasília: Disponível em: 1998 <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: março de 2008.
4. _____. Ministério da Saúde. NOB – SUS 1996: Portaria GM/MS nº. 198, de 2004 – institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS – SUS. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: junho 2007
5. _____. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 – Portaria MS/GM nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar . 2ª ed. rev. atual. Brasília: MS: 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos.
6. _____. Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Direito do Referido Pacto**. Brasília: MS, 2006.
7. _____. Portaria MS/GM nº. 699, de 30 de Março de 2006. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília: MS, 2006.
8. _____. **Instituto para o desenvolvimento da saúde: manual de enfermagem**. Brasília, DF, 2001.
9. _____. Cad. Saúde Pública vol.15 suppl. 2. Rio de Janeiro 1999.
10. _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal: 1988.

11. _____. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90**, de 17 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.
12. _____. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142/90**, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990. Seção1.
13. _____. **XI Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
14. _____. **XII Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
15. _____. **XIII Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
16. _____. **I Conferencia nacional de Recursos Humanos Política de Recursos Humanos á Reforma Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
17. OMS. **Carta de Ottawa**, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986. Disponível em: www.saude.gov.br/programas/promoçãoalma.htm> Acesso em: 27 jun. 2001.

APÊNDICE A - ROTEIRO

1 - Como foi definido e quem definiu que tipo de assunto ou tema seria trabalhado nas atividades educacionais desenvolvidas em grupo nas equipes da Estratégia da Saúde da Família no período de 2006 a 2007?

2 - Quais foram os assuntos ou temas trabalhados nas atividades educacionais desenvolvidas em grupo nas equipes Estratégia da Saúde da Família no período de 2006 a 2007?

3 - Como foi o processo de trabalho no planejamento das atividades de educacionais desenvolvidas em grupo pelas equipes da estratégia da saúde da família no período de 2006 a 2007? Expliquem etapa por etapa.

4 - Quem participou do planejamento do processo de trabalho? Houve participação de outros setores e órgãos públicos ou da comunidade?

5 - Quem executou as atividades educacionais planejadas desenvolvidas em grupo nas equipes da ESF no período de 2006 a 2007? Tiveram outras contribuições? Comentem.

6 - As atividades de Educacionais em Saúde desenvolvidas no período de 2006 a 2007 foram voltadas para qual público alvo? Por quê?

7 - De que forma foi realizada a comunicação com o público? Expliquem.

8 - Por que escolheram este tipo de comunicação?

9 - Vocês acham que as práticas educacionais realizadas por vocês tiveram algum resultado? Exemplifiquem?

10 - Este resultado provocou alguma mudança em você ou nas suas atividades no dia-dia? Por quê?

APÊNDICE B - ETAPAS UTILIZADAS PARA A COLETA DE DADOS

Procedimentos técnicos	Operacionalização dos procedimentos
1. Idas de Aculturação e ambientação ao campo	Realização de visita ao local.
2. Seleção dos sujeitos e convite para participação do pré-teste	Após o contato com a coordenação do PSF no nível central da SMS, foi feito encontros com a coordenadora da equipe ESF e secretário de saúde.
3. Realização do grupo focal preliminar e rearranjos das questões	Elaboração do questionário piloto, com os ajustes necessários.
4. Marcação do trabalho de campo, aplicação do questionário aos grupos focais.	Agendamento prévio da pesquisa junto aos profissionais da ESF.
5. Uso de recinto reservado.	Seleção de ambiente reservado para realização da entrevista.
6. Estabelecimento da aproximação	Descrição dos objetivos da pesquisa e o porquê da escolha do entrevistado.
7. Explicação do termo de Consentimento	Leitura do Termo de Livre Consentimento.
8. Coleta dos dados de identificação pessoal.	Iniciada a pesquisa com perguntas diretas, de modo sucinto; anotação por escrito e uso do gravador e filmadora.
9. Colocação paulatina das questões do roteiro.	Gravação, para posterior transcrição.
10. Disponibilidade do entrevistador pós-entrevista.	Demonstrei prontidão para respostas a eventuais perguntas do entrevistado.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO

Universidade Estácio de Sá

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Prefeitura Municipal de Itaguaçu – ES

Secretaria Municipal de Saúde

A/C: José Carlos

Assunto: solicitação de permissão para realização de pesquisa junto a Secretaria Municipal de Itaguaçu – ES.

Prezada Secretário,

Sou aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro. O meu projeto de dissertação (enviado em anexo), intitulado **“PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARA POPULAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CASO ITAGUAÇU-ES”** que tem por como objetivo geral, “analisar as concepções pedagógicas e modelos de saúde aplicadas nas atividades educacionais desenvolvidas em grupos pelas equipes ESF do município de Itaguaçu-ES” e, como objetivos específicos: “1) analisar o processo dos trabalhos educacionais desenvolvidos em grupo nas equipes da ESF do município de Itaguaçu/ES durante o período de 2006 até 2007; 2) Analisar se o processo de trabalho educacional desenvolvido pelas equipes da ESF do município de Itaguaçu/ES tem como base o que preconiza a Educação Popular em Saúde; 3) Avaliar se as atividades educacionais desenvolvidas em grupos pelas ESF do município de Itaguaçu provocou alguma mudança nas práticas dos profissionais envolvidos”. A orientadora é Profª Drª Zeilma da Cunha, professora da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro. Tendo em vista as ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Itaguaçu - ES venho solicitar a permissão para realizar meu estudo junto a estas equipes, pois, trata-se de tema relevante para a proposta Estratégia Saúde da Família que vêm sendo desenvolvida. Peço-lhe a gentileza que de os encaminhamentos necessários à resposta a esta solicitação, a fim de que, em caso afirmativo, possa dar continuidade ao estudo. Aguardando seu deferimento, desde já agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Itaguaçu, de outubro de 2008.

Diane Alencar Moreira

(27) 3038 7070 – 9909 7999 e-mail ndr Diane@oi.com.br com.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estácio de Sá

Mestrado Profissional em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: **PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARA POPULAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CASO ITAGUAÇU-ES.**

Responsável: Diane Alencar Moreira

Eu, _____, concordo em participar de um Grupo Focal, como parte integrante da realização do trabalho de dissertação intitulado “**A Educação Popular na Estratégia Saúde da Família: transformando as práticas em Saúde Caso Itaguaçu/Es**”, que tem por como objetivo geral, “descrever o processo de planejamento educacional desenvolvidos em grupo nas equipes da ESF do município de Itaguaçu/ES durante o período de 2006 até 2007” e, como objetivos específicos: “1) Identificar os processos de trabalho no planejamento educacional desenvolvidos em grupos nas equipes da ESF do município de Itaguaçu – ES; 2) Comparar as atividades educativas desenvolvidas em grupos no processo de planejamento das equipes da ESF do município de Itaguaçu/ES com as práticas educacionais encontradas na Educação Popular em Saúde; 3) Observar se as atividades educacionais desenvolvidas em grupos pelas ESF do município de Itaguaçu provocou alguma mudança nas práticas dos profissionais envolvidos”. Será responsável por sua condução, a aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro, Diane Alencar Moreira, que terá, como orientador, a Profª Drª Zeilma da Cunha, professora da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro. Afirmando ainda, ter sido informado (a) pela autora e por sua orientadora da garantia de sigilo

absoluto, no trabalho final, quanto ao meu nome e de que poderei desistir a qualquer momento se assim o desejar. Por fim, afirmo estar ciente de que os resultados do trabalho serão tornados públicos e que terei acesso aos mesmos quando desejar e/ou para utilizá-los em minha prática profissional.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com a pesquisadora pelos telefones: (27) 3038 7070 – 9909 7999 e-mail ndradiane@oi.com.br com.

Itaguaçu, _____ de outubro de 2008.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO C - QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

Relação total de profissionais da ESF no período de 2006 à 2007.

- 36 ACS (22) (12) (02 não trabalham)
- 10 Auxiliares de enfermagem (03) (07)
- 04 Auxiliares de consultório odontológico (02) (02)
- 04 Dentista (03) (01)
- 04 Enfermeiro (02) (01) (01 licença maternidade)
- 04 Médico (04 não trabalham mais)
- Totalizando 62 profissionais, sendo que participaram da pesquisa 32 profissionais (correspondendo à 51,61% desses 22 ACS, 03 auxiliares de enfermagem, 02 auxiliares de consultório odontológico, 02 enfermeira e 03 dentista); 23 não compareceram a pesquisa(correspondendo à 37,09% desses 12 ACS, 07 auxiliares de enfermagem, 02 auxiliares de consultório odontológico, 01 enfermeira,e 01 dentista) ; 01 profissional estava de licença maternidade (correspondendo à 1,61%, enfermeira) e 04 profissionais não trabalham mais no município(correspondendo à 6,45% todos médicos).

Relação dos profissionais da equipe da ESF de Sobreiro, município de Itaguaçu, no período de 2006 à 2007.

- 09 ACS
- 02 Auxiliares de enfermagem
- 01 Auxiliares de consultório odontológico
- 01 Dentista
- 01 Enfermeiro
- 01 Médico
- Totalizando 15 profissionais, sendo que participaram da pesquisa 07 profissionais (05 ACS, 01 enfermeira e 01 dentista), 07 não compareceram a pesquisa(04 ACS, 02 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar odontológico) e 01 profissional (médico) não trabalha mais na ESF.

Categoria profissional	Período de trabalho	Data nascimento
ACS	Desde 01/2006	01/05/87 - 22
ACS	Desde 05/2000	18/08/67 - 42
ACS	Desde 05/2006	02/05/78 - 31
ACS	Desde 2005	13/01/77 - 32

ACS	Desde 02/2005	12/02/68 - 41
ACS	Desde 2005	01/04/70 - 39
ACS	Desde 02/2005	07/10/79 - 32
ACS	Desde 2000	26/03/81 - 28
ACS	Desde 2000	09/02/70 - 39
Auxiliar de enfermagem	Desde 05/00	
Auxiliar de enfermagem	Desde 2000	20/05/71 - 38
Aux. Cons. odontológico	Desde 2005	14/04/75 - 34
Cirurgião dentista	Desde 2005	05/02/80 - 27
Enfermeira	Desde 2007	20/08/85 - 24
Médico		

Relação dos profissionais da equipe da ESF de Itaçu, município de Itaguaçu, no período de 2006 á 2007.

- 09 ACS
- 03 Auxiliares de enfermagem
- 01 Auxiliares de consultório odontológico
- 01 Dentista
- 01 Enfermeiro
- 01 Médico
- Totalizando 16 profissionais, sendo que participaram da pesquisa 04 profissionais (03 ACS e 01 auxiliar de enfermagem), 09 não compareceram a pesquisa(05 ACS, 02 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar odontológico e 01 dentista), 01 profissional de licença maternidade (enfermeira) e 02profissionais (01 médico e 01 ACS) não trabalham mais na ESF.

Categoria profissional	Período de trabalho	Data nascimento
ACS	Desde 2006	21/02/85 - 24
ACS	desde 2000	02/02/1979 - 30
ACS	Desde 2000	06/06/76 – 33
ACS	Desde 2004	23/02/71 – 38
ACS	Desde 2006	04/12/68 - 41
ACS	Desde 2001	15/08/70 - 39
ACS	Desde 2006	28/07/81 - 28
ACS	Desde 2001	17/12/75 - 34
ACS	Desde 15/07/2005	20/01/74 - 35
Auxiliar de enfermagem	Desde 2006	15/08/70 - 39
Auxiliar de enfermagem	antes de 00	12/05/63 - 46
Auxiliar de enfermagem	Desde 2001	29/06/82 - 27
Aux. Cons. Odontológico	Desde 2005	11/11/69 - 40
Médica		
Enfermeira	Desde 16/02/05	20/09/78 - 31

Cirurgião dentista	Desde 2005	03/06/78 - 31
--------------------	------------	---------------

Relação dos profissionais da equipe da ESF de Itambé, município de Itaguaçu, no período de 2006 á 2007.

- 10 ACS
- 03 Auxiliares de enfermagem
- 01 Auxiliar de consultório odontológico
- 01 Dentista
- 01 Enfermeiro
- Totalizando 16 profissionais, sendo que participaram da pesquisa 09 profissionais (06 ACS, 01 dentista e 02 auxiliar de enfermagem), 06 não compareceram a pesquisa(02 ACS, 01 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de consultório odontológico, 01 enfermeiro e 01 dentista), e 02 profissionais (01 médico e 01 ACS) não trabalham mais na ESF.

Categoria profissional	Período de trabalho	Data nascimento
ACS	Desde 2005	19/03/78 - 31
ACS	Desde 2004	14/06/75 - 34
ACS	Desde 2003	12/12/69 - 40
ACS	Desde 2000	05/05/78 - 31
ACS	Desde 2006	28/09/86 - 23
ACS	Desde 2001	13/05/71 - 38
ACS	Desde 2005	11/05/69 - 40
ACS	Desde 00-07	
ACS	Desde 2006	03/07/67 - 42
ACS	Desde 2000	10/07/75 - 34
Auxiliar de enfermagem	Desde antes de 2000	30/08/72 - 37
Aux.Cons. odontologico	Desde Antes de 2000	SEM DATA
Auxiliar de enfermagem	Desde antes de 2000	17/01/54 - 55
Auxiliar de enfermagem	Desde Antes de 2000	SEM DATA
Enfermeira	Desde 2004	21/04/78 - 31
Cirurgião dentista	Desde 2005	29/07/79 - 30

Relação dos profissionais da equipe da ESF de Centro, município de Itaguaçu, no período de 2006 á 2007.

- 09 ACS
- 02 Auxiliares de enfermagem
- 01 Auxiliares de consultório odontológico
- 01 Dentista
- 01 Enfermeiro
- 01 Médico
- Totalizando 15 profissionais, sendo que participaram da pesquisa 12 profissionais (09 ACS, 01 dentista , 01 enfermeira e 01 auxiliar de consultório odontológico), 02 não compareceram a pesquisa(02 auxiliares de enfermagem), e 01 profissional (01 médico) não trabalha mais na ESF.

Categoria profissional	Período de trabalho	Data nascimento
ACS	Desde 2004	25/12/80 – 27
ACS	Desde 2000	27/04/58 – 51
ACS	Desde 2000	13/07/75 – 34
ACS	Desde 2007	02/12/62 – 47
ACS	Desde 2006	03/06/85 – 24
ACS	Desde 2000	17/04/70 – 39

ACS	Desde 2001	09/08/81 - 28
ACS	Desde 2000	
Auxiliar de Enfermagem	Desde 2001	16/06/61
Aux. Cons. Odontológico	Desde 2005	30/06/76 – 33
ACS	De 2000 a 2007	
Cirurgiã dentista	Desde 2002	05/07/76 – 33
Médico		
Auxiliar de enfermagem	Desde 2005	19/05/62 – 47
Enfermeira	Desde 2003	16/09/76 – 33

ANEXO D - CONSOLIDADO DOS GRUPOS FOCAIS

GRUPO FOCAL Nº 1 – IDENTIFICADO COMO VERÃO

Moderador	1 – Janeiro- 1	2 – Fevereiro- 1	3- Março- 1
4- Abril -1	5- Maio- 1	6- Junho- 1	7- Julho- 1
8 – Agosto- 1	9- Setembro- 1	10- Outubro- 1	11- Novembro- 1
12- Dezembro- 1	13- Natália- 1	14 – Frederico- 1	

- **Moderador:** Vamos a primeira pergunta: **Como foi definido e quem definiu que tipo de assunto ou tema seria trabalhado nas atividades educacionais desenvolvidas em grupo nas equipes da Estratégia da Saúde da Família no período de 2006 a 2007?**

- **Outubro 1:** como? Os trabalhos que nós fizemos nas casas ou trabalhos em grupos que nós fizemos?

Moderador: os trabalhos em grupo!

- **Outubro 1:** tudo foi em conjunto, eu creio que foi em conjunto. A gente sentava, aí a coordenadora ou o secretário falavam: “olha, a gente precisa trabalhar sobre este tema”, aí nós fazíamos o trabalho, cada um ia dando idéia até que saía um.

- **Novembro 1 :** cada um dava idéias. Aí a gente juntava tudo, daí é de onde saía o trabalho. A gente se reúne, cada um dá sua idéia e sai o trabalho da equipe.

- **Janeiro 1:** na verdade é assim: tem-se dois tipos de trabalho em grupo: um trabalho que é contínuo, permanente, e cada equipe faz independente nas escolas, na comunidade, que é uma coisa mais centralizada. É um processo que eles fazem com a comunidade deles.

E é assim, a gente tem um processo periódico que a gente reúne e faz um processo maior, como a tenda cigana, o labirinto, este ano agora a tenda da saúde, ou seja, que já se tornou meio que uma tradição. E a gente pensa normalmente num tema, a gente debate estas possibilidades a partir dos dados epidemiológicos que a gente tem de dados do SIAB, a gente percebe, por exemplo, quando a

gente começou a trabalhar “a viagem pelo mundo das drogas”, a gente viu o alto índice de usuários de drogas que a gente tava tendo, Então vamos trabalhar alguma coisa neste tema?

E a construção não dá nem pra dizer quem é o mentor, quem é a cabeça do projeto. Acaba cada um, é lógico que a gente não consegue a gente já tentou uma vez, lembra? Juntar os 37 agentes e tentar, eram muitas idéias, então não consegui chegar num consenso. A gente gastou, gastou, gastou e a idéia não surgiu. Então o que a gente fez? A gente criou tipo uma comissão, a gente chama umas 10 pessoas, que sentam, formulam a idéia inicial e depois sim, começam a ter a interação com todos os demais que se juntam ao projeto. Sempre tem no início a comissão que junta e começa a ter a idéia inicial e depois vem a participação que começa a ser maior. Alguns efetivamente têm mais participação, até porque é o perfil, cada um tem aquela característica de ter mais facilidade de falar em público, outros de fazer brincadeiras, outros tem uma característica mais retraída, mas acabam ajudando as pessoas na organização.

- **Moderador: e quem definiu o tema?** : No caso de 2006 a 2007 vocês trabalharam quais temas?

- **Outubro 1** : foi a “fórmula 1”, o “labirinto”

- **Moderador:** e vocês trabalharam o que no “labirinto”?

- **Novembro 1** : Drogas, bebida alcoólica, acidente automobilístico, tudo.

- **Janeiro 1:** Dentro do labirinto, o principal foram “escolhas”. As escolhas que os jovens e principalmente adolescentes podem fazer na vida e onde isto pode conduzir as possibilidades. Então foi um tema que a gente conseguiu trabalhar inúmeros temas, até que um dos trajetos era de quem percorre tudo sem fazer nada! Não chega a lugar nenhum, porque ele não fez nada de errado mas também não construiu nada! Então a gente tem mil possibilidades de trabalho: alcoolismo, tabagismo, a própria realização pessoal, drogas.

- **Moderador:** Como que isso acontece? Vocês sentam se reúnem só a equipe da ESF que se reúne, como que isso acontece? Ou tem outras pessoas de fora que participam desta decisão?

- **Outubro:** São só os agentes mesmo, na elaboração. E pra fazer a gente necessita de Obras, a gente precisa de todo mundo.

- **Moderador:** vou fazer a próxima pergunta. **Quais foram os assuntos ou temas trabalhados nas atividades educacionais desenvolvidas em grupo no período de 2006 a 2007?**

- **Novembro 1** : o labirinto.

- **Moderador:** mas qual foi o assunto?

- **Novembro 1** : alcoolismo, drogas, gravidez na adolescência, prostituição, tabagismo.

- **Janeiro 1:** Eu tenho uma pergunta: o seu mestrado está baseado nestes projetos ou é todo o outro trabalho que acontece de educação? Porque tem esta parte, mas eles trabalham outros projetos também.

- **Moderador:** todos os trabalhos em grupo.

- **Março 1:** tem o trabalho de gestante, idoso, diabético.

- **Outubro 1** : hipertenso, adolescente.

- **Março 1:** existe o trabalho que enfermeiros, médicos e odontólogos junto com as agentes trabalham de 3 em 3 meses com as gestantes, fora as outras oficinas, em 2006 teve um trabalho muito grande com a saúde bucal, foi a semana do excepcional, e não me lembro a outra.

Neste período, todos os dentistas se uniram e trabalhamos com as crianças de nosso município, pegávamos nas escolas fazendo teatro, palestras, aconselhamento, distribuição de escovas, creme dental, falando sobre os bons hábitos da higiene e também os bons hábitos da alimentação para prevenir os problemas bucais. Isso durante uma semana em 2006, só não me lembro o nome da oficina que foi e teve também o trabalho dos odontólogos junto as pessoas excepcionais, que também a gente pegou 3 dias seqüenciais trabalhando as pessoas com problemas mentais.

- **Janeiro1:** Este projeto que ele falou foi legal porque a gente usou muita criatividade, eles transformaram uma porta em uma boca, a porta de entrada era como se fosse uma boca, e eles trabalharam em círculo com várias dinâmicas.

- **Março 1** : Teve teatro, teve palestras, brincadeiras com fantoches, tudo ao mesmo tempo, enquanto um dentista fazia um trabalho o outro procurava fazer ou trabalho ao mesmo tempo, as crianças iam rodando pelos vários pontos de aprendizado falava sobre alimentação, sobre hábitos, bem dinâmico durante uma semana, porque como são muitas crianças, muitos colégios, a prefeitura disponibilizou um ônibus que buscava as crianças e trazia, então a gente trabalhou com mais de 500 crianças naquele período, se não me engano foram 800 crianças.

- **Janeiro 1** : Quando um projeto como a tenda cigana, a gente chama todas as escolas, as equipes vão em todas as comunidades levando o projeto. Em projetos maiores como este a gente faz uma parceria com a Educação e eles disponibilizam transporte e eles trazem as crianças.

- **Março 1** : Porque são muitos alunos, então num projeto grande fica uma semana e todos os dias chegavam alunos, foram 803 crianças.

- **Moderador:** Mais algum projeto ou tema que vocês gostariam de estar falando?
 - **Novembro 1:** Eu lembrei de um também, que até a gente fazia uma campanha sobre a dengue, no ano passado também fizemos. Onde a gente arrumou um carro, enfeitou ele todo com latas, para chamar bem a atenção da comunidade e também passamos nas casas falando que a gente ia ta buscando o lixo, que quem tivesse lata parada no quintal que colocasse no lixo que a gente ia ta recolhendo. Eu acho que foi bem bonito, porque nós corremos Itaguaçu todo e recolhemos bastante lixo naquele dia. Então eu acho que foi um projeto que valeu a pena para chamar a atenção da população, porque agora ta na época de chuva, foi muito legal este projeto.
 - **Janeiro 1:** Duas pessoas estavam vestidas de mosquitos e eu dirigi o carro e nós fizemos muita algazarra pela rua. Eu dirigi o carro com as pessoas e mais dois caminhões de lixo, a gente passava, fazendo bagunça e convidava para colocar o lixo pra fora, e os dois carros de lixo vinham atrás recolhendo... então trabalhamos tanto a conscientização como a ação de limpeza, destas áreas.
 - **Novembro 1 :** Quando passava no bairro onde trabalha, pegava o microfone e chamava a dana da casa, “dona Maria, põe o lixo pra fora, que o carro ta passando pra pegar...” quando cada um passava no seu território, a gente chamava o pessoal pra colocar o lixo pra fora e eles vinham e colocavam, foi um projeto muito legal!
 - **Moderador:** Alguém quer falar de mais algum tema que foi trabalhado? Não? Então vamos a terceira pergunta: **Como foi o processo de trabalho no planejamento das atividades de educacionais desenvolvidas em grupo pelas equipes da estratégia da saúde da família no período de 2006 a 2007? Expliquem etapa por etapa.**
- Como vocês trabalharam, desde o início, como aconteceu a etapa de planejamento?
- **Novembro 1:** A gente se reúne todo mundo, cada um pensa o que vai fazer, depois junta a idéia de todo mundo e daí sai o projeto.
 - **Outubro 1:** Daí tem uma equipe que faz isso, uma outra equipe que ajuda na construção, uma outra equipe trabalha e executa a ação, pra também não cansar muito.
 - **Moderador:** A equipe do planejamento, como é que trabalha isto? Como que constrói isso?
 - **Outubro 1:** A equipe do planejamento ajuda a fazer, ajuda a passar pros amigos como que é o trabalho depois pra ver como ficou, a coordenadora e o secretário as vezes ficam até 11h da noite fazendo os projetos, porque a gente decide assim, 2, 3 dias logo em cima.
 - **Moderador:** Alguém pode explicar exemplificar? Ou exemplificar o processo de planejamento.
 - **Novembro 1 :** Não sei se está certa a resposta que vou te dar por exemplo: quando a gente vai montar a tenda cigana que a gente vai montar em outro lugar, a gente vai lá em cima, o secretário pede pra gente montar a tenda todinha. Você tem que montar ela todinha e se tiver do jeito que ele quer, aí pode desmontar a tenda, guardar e ir viajar senão, se faltar alguns detalhes a gente tem que comprar e só sai depois que tiver tudo direitinho pra poder dar certo.
 - **Moderador:** Antes de montar a tenda cigana, como que vocês trabalharam pra chegar a montar a tenda cigana, como foi este processo?
 - **Maió 1:** Quem pode contar são as meninas que participaram, porque eu nunca participei.
 - **Janeiro 1 :** Como que aconteceu a tenda cigana: o prefeito pediu dois dias antes que ele queria um teatro, algum evento aí eu disse que nós não temos tema, liguei para algumas pessoas que tinha contato, pois a pressão era grande, tínhamos um dia e meio pra fazer as coisas! Nós temos uma gama de parceiros.
 - **Moderador:** Quem seriam estes parceiros?
 - **Janeiro 1:** A equipe participa muito, não seria possível se não fosse assim, porque é muito trabalhoso. Então você vê que as pessoas estão sempre bem dispostas a vir! Tem pequenos atritos, que fazem parte mesmo do processo da vida e a gente sempre sentou e fez a idéia! Todos os projetos que a gente fez era gente demais ao mesmo tempo, então eu não sei como surgiu a idéia da tenda.
 - **Outubro 1:** A idéia era fazer uma tenda de palhaço no início! - Mas com um monte de palhaços lá embaixo? Daí alguém veio e falou: “De cigana!” – “eu já tenho até a fantasia pronta!”
- Daí nós começamos a tentar fazer o que seria a tenda cigana, mas até então a gente não sabia de nada como ia ser, daí nós pensamos em moedas e ler mão, daí pesquisamos na internet o baralho. Só que se você sentar comigo e com ela, cada um vai falar de um jeito! Eu olho pra uma carta lá e invento o que falar na hora! Só que esta aqui (aponta para novembro 1) é um pouquinho mais medrosa! Ela tirava pra gente, pra ver se estávamos fazendo bem entre agente, pra na hora que viesse uma carta pra criança saber como ia trabalhar.
- Aí a gente decidiu como ia trabalhar ali, e depois pra saber como funcionava mesmo só na hora! A gente via que a fila não acabava, então era porque tava dando certo.
- **Janeiro1:** Aí o projeto, o primeiro, foi muito pequeno! A gente não teve tempo de divulgar, foi um dos projetos que teve uma participação menor. E para nossa surpresa, foi um dos projetos que mais

se destacou! A gente ia participar da “Mostra Lática” e tinha que falar de palestrante e levar um de nossos trabalhos. A gente nunca tinha inscrito um de nossos trabalhos, e eu inscrevi o trabalho e aí ele começou a andar a gente teve que aderir muitos outros profissionais nesta tenda.

Agora, esta tenda teve um lance estratégico! Esta tenda percorreu todas as escolas do interior, Laranjal, Palmeiras todas as escolas e como que foi? Todas as pessoas que ainda não tinham participado tinham que ser capacitados. E a gente não tinha pra isso, então as meninas que já tinham participado iam junto com a equipe de lá (interior) e aí a maioria dos agentes comunitários acabaram tendo algum contato, trabalhando, teve praticamente um rodízio e todo mundo praticamente foi um dia! A gente optou que fosse desta forma, e não que fossem trabalhar os 12 dias pra dar oportunidade a todos.

- **Novembro1:** Na verdade dava um pouco de medo na gente! Quando falavam “a tenda vai”, não agüento mais falar: vamos mudar as pessoas! “Mas eu não sei falar!” – eu falava: você vira a carta, se inspira que a coisa vem!

- **Moderador:** Vocês falavam o que?

- **Novembro1:** Depende da carta que você tirava! Tinham dois baralhos: um do bem e outro baralho do mau. E tinha um pote de ouro que tinha moedas com as mesmas figuras do baralho. Só que a gente não falava que um baralho era do bem e outro do mau, a gente pedia pra escolher! Se ele tirasse uma carta que tinha um coração, aí dependendo da pessoa você dizia: “nossa, esta carta diz que você está gostando de alguma menininha, você ta meio que apaixonado, essas coisas de criança de escola”. Às vezes tirava um cigarro, e falava: “olha, aqui ta mostrando um cigarro, você sabe que cigarro não faz bem pra saúde” e assim ia mostrando! Tinha gente com diploma na mão, daí falava: “você tem que estudar muito pra quando chegar lá na frente você conseguir ser o que quer ser!” “Aí as idéias iam chegando”.

- **Outubro 1:** A gente ia muito pela idade: se fosse criança, não adiantava falar de drogas porque não ia entender! Agente falava de alimentação, estudos, obedecer pai e mãe, quando a gente trabalhou na UFES, teve mãe que agradeceu!

- **Janeiro1:** O labirinto foi bastante trabalho em equipe! Foi idéia do secretário: “vamos construir um labirinto onde as pessoas vão se perder e tentar sair”. Daí a gente sentou e começou a discutir a idéia de trabalho, e como a gente vai construir este labirinto. Então quando chegou dois ou três dias antes de montar, a gente usou o FITALE, que é uma festa de cultura que tem uma participação ativa das escolas, então fomos lançar o projeto naquela data. A gente sempre usa uma festa assim para lançar! Começou a chover e abortamos a idéia, guardamos tudo e quando chega na festa estiou! O secretário disse que “quero e pronto!” a gente praticamente virou a noite e acabou lançando o projeto com dia de atraso por causa da chuva, mas o pessoal veio e deu muito trabalho!

- **Moderador:** Retornando na pergunta de planejamento das ações, dos projetos, de que forma foi planejada, alguém quer falar mais alguma coisa?

- **Março 1:** Eu queria falar só que todo mundo senta junto, secretário, coordenador, enfermeiro, traçam as metas por escrito. Ali também já é feito um planejamento de quem vai executar cada tarefa, quem vai ficar responsável pela decoração, pelo trabalho pesado, quem vão ser os artistas, daí traça uma meta, é passado para o coordenador. A partir daí nos reunimos e começamos a trabalhar no desenrolar da tarefa.

- **Moderador:** você pode me exemplificar?

- **Março 1:** Um projeto que eu gosto muito é o projeto da gestante. Com 15 dias de antecedência a gente define quem vai ser o dentista a estar fazendo a palestra, o enfermeiro e o médico. Naquele primeiro trimestre geralmente é o dentista. Daí a 3 meses vai ser outro dentista, isso tudo se decide na reunião posterior. E no último trimestre da gestação vai ser um terceiro dentista. Então no primeiro trimestre fica decidido que o dentista vai ser fulano, o enfermeiro o cicrano e o médico beltrano. Daí vamos bolar uma maneira de estimular as gestantes virem até nós. Vamos oferecer um café, um almoço? E depois fazer as palestras? Vamos distribuir algum presente, algum agrado? Isso tudo é lançado no papel. Depois de 2 semanas a equipe se junta para bolar estratégias para ta chamando a população. Daí cria-se as estratégias do café, almoço e assim vamos decidir o cenário a usar, se vai ser com data show, cartaz, só palestra boca a boca, se vai ter vídeo, tudo no papel. Cada um gera relatório com horário de cada um na sua atuação.

- **Maió 1 :** Aí quem fica responsável por convidar a gestante? O agente comunitário de saúde! A questão que ir atrás de quem não compareceu, na minha área é a fulana. Ela vai querer saber o por que: se foi o agente que não convidou, porque não quis. Os agentes são responsáveis por estarem convidando.

- **Março 1 :** de modo geral são projetos escritos, com tarefas delimitadas para cada pessoa, cada integrante da equipe.

- **Novembro 1:** teve um encontro de gestantes que fizemos, onde no terceiro trimestre, foi feito um teatro, onde margarida tava grávida e nós fizemos como se fosse um parto. Para elas verem como que é um parto normal.

- **Frederico 1 :** foi feito um teatro para a gestante no ultimo trimestre que já estava se encaminhando para o parto. Então falava como iam ser todos os passos que ela ia sentindo quando ia se aproximando a hora do parto, para elas saberem a hora correta de ta indo até o hospital. Então depois de todas informações passadas pelo médico, nós fizemos um teatro onde eu tentava mostrar as fazes: a perda do tampão mucoso, as cólicas aumentando, as contrações, até o horário de ir até o hospital. Então tinha uma boneca na minha barriga, eles iam tirando, eu ia gritando, “não grita, faz força! Não grita porque demora mais o parto” a gente ia tentando passar numa comédia para as de primeira viagem terem uma noção de como tem que ser.

- **Abril 1 :** Tinha o agente comunitário, tinha o enfermeiro, a mãe, a sogra, a mãe escandalosa, o médico, a vizinha.

- **Junho 1:** Dava orientações de como amamentar de forma correta.

- **Moderador:** vou fazer a outra pergunta: **Quem participou do planejamento do processo de trabalho? Houve participação de outros setores e órgãos públicos ou da comunidade?**

- **janeiro 1:** A gente já teve participação da comunidade pra desfilar, crianças, idosos... a gente fez no dia da mulher um desfile com todo glamour para as pessoas que nunca vivenciaram um desfile de moda. No desfile foram muitas crianças, parentes visinhos, a gente construiu todas as fazes da vida da mulher, desde a infância, passando pela puberdade, vida adulta.

Teve uma parte muito emocionante, a gente arrumou uma paciente diabética que tinha que fazer hemodiálise e ela desfilou, foi uma grande emoção.

- **Outubro 1:** Foi lindo!

- **Novembro 1 :** Foi uma noite de glamour!

- **Moderador:** Mais algum outro projeto que vocês lembram? Poderiam fala quem participou do planejamento?

- **Novembro 1 :** Uma vez por ano a gente faz o mutirão de preventivo. Aí a gente penso o que poderia fazer pra ta chamando a atenção das mulheres! Daí pensamos em fazer um teatro e resolvemos fazer lá no cinema. “vamos mostrar pra elas como se faz um preventivo!” todo mundo tem medo! Daí fizemos uma vagina enorme, um espátula, tudo que precisa para fazer o preventivo. Daí montamos o teatro, com uma visita do agente de saúde numa casa perguntando se já tinha feito o preventivo. - Daí ela nunca tinha feito e foi fazer! Daí lá, no caso fui eu, deitei e montou a vagina, a fulana foi vestida de doutora e foi explicando ela ficava virada pra platéia e mostrando passo a passo como era realizada o preventivo. Depois o doutor fulano deu uma palestra mostrando como era o câncer de mama, e trouxe figuras de como é feito eu achei que neste dia funcionou muito bem e chamou muito a atenção das mulheres.

- **Moderador:** Houve participação de outros setores?

- **Novembro 1 :** Não, só os médicos de fora que vieram mesmo do Hospital Santa Rita. Uma vez por ano a gente faz este mutirão. Este ano foi dividido nos bairros.

- **Março 1 :** Teve a campanha do câncer bucal que foi feito no sítio esperança. Campanha contra o tabagismo, fumo, cigarro, daí reuniu enfermeiros, médicos para dar palestras.

- **Janeiro 1 :** Em 2006 teve a campanha de combate ao câncer a gente montou um monte de stands: saúde bucal na rodoviária, câncer de próstata na igreja, câncer de pele na feira, câncer de mama, de estômago. As pessoas falavam que a gente invadiu a cidade com stands! Foi um estratégia bem legal porque a gente dividiu em equipes para divulgar cada um, e gerou até uma competição saudável!

- **Moderador:** houve alguma participação de algum órgão público? Ou da comunidade neste processo?

- **Janeiro 1:** A participação geral que a gente tem na maioria dos projetos é da secretaria de educação: eles trazem os alunos, os professores participam a Obras, sempre estão disponíveis para ajudar, o DETRAN, Polícia Militar, Funerária.

- **Outubro 1 :** Nós tivemos um projeto contra o tabagismo, onde todos os agentes se vestiram de preto com rosto pintado de branco, pegamos um caixão e fomos andando pela rua. E tinha plaquinhas falando disso: câncer de boca, mal hálito, tudo o que o cigarro fazia.

- **Novembro1:** Daí contamos com o apoio da funerária, porque sem o caixão não tinha (o projeto).

- **Frederico 1 :** Fomos para a feira, e todo mundo tirava o chapéu e fazia o sinal da cruz!

- **Janeiro1:** Teve uma vez que o comércio produziu camisas, e todas as loja do comércio trabalhou com a camisa.

- **Novembro1:** Qual foi o projeto que andava com o apito parando o transito?

- **Janeiro1:** Foi o da AIDS. Itaguaçu não tem sinal de trânsito, então uma semana antes a gente colocou simbólico, umas bolinhas como se fosse o sinal nas esquinas. E começou a surgir um boato pela cidade que estavam demarcando onde ia ter sinal de trânsito! Na véspera do dia da AIDS, a gente colocou onde estavam os sinais: “pare! Siga! Preserve-se!” e uma camisinha, então as pessoas entenderam que não ia ser sinal de trânsito. E a gente panfletou a cidade e saiu na rua com um apito parando charrete, carros, as pessoas achavam que a gente ia trabalhar trânsito e colocavam o cinto!

- **Junho1:** Teve também o dia do combate a diabete, que a gente colheu muito teste.

- **Janeiro1:** Teve também uma campanha de dengue onde a gente teve dois mosquitos que saíam correndo na rua fazendo bagunça. E os meninos da vigilância ambiental iam com uma rede e derrubavam as coisas, as pessoas e uma semana antes, espalhamos cartazes de “procura-se o mosquito” e nesse dia fizemos um verdadeiro combate. E aí os agentes iam explicando como funciona.

- **Março 1:** Acho interessante que na cidade grande não existe este tipo de ação,

- **Novembro 1 :** Nós fizemos uma passeata, acho que foi no dia da mulher, onde contamos com o carro de som. A gente ia falando umas mensagens e quando chegou na frente da feira, a enfermeira lia uma mensagem sobre a mulher tinha uma mensagem com um bombom. E todo lugar que a gente passava tinha uma mensagem.

- **Janeiro1:** A Ação Social ajuda com o almoço no dia do idoso.

- **Novembro 1:** Teve um carnaval fora de época para os idosos. Tinha máscara, veio um coral de Vitória.

- **Fevereiro 1:** Teve um dia que nos reunimos pra fazer a campanha de dengue. Foi num sábado e saímos pela cidade inteira com o caminhão do lixo, recolhendo lixo.

- **Novembro1:** Amarramos lata de tinta, o carro perdeu as latas todas!

Moderador: vamos para a próxima pergunta então: **As atividades educacionais em saúde foram voltadas para qual público alvo? E por quê?**

- **Outubro 1:** Na verdade foi tudo, porque a gente trabalhou adulto, idoso, criança, adolescente, mulher, gestante todas idades.

- **Março 1:** saúde da criança, da mulher, deficientes.

- **Janeiro 1:** Na verdade existe um planejamento anual, em que a gente se reúne e aí sim! A gente faz um cronograma para que priorize todos os grupos, onde a gente não deixa nenhum segmento pra trás. Um dos mais difíceis foi a saúde do homem, até pela adesão mesmo.

- **Junho 1:** E os homens cobram isso! A gente vai fazer a visita e eles falam “tem tudo pra mulher, e pra nós homens?” daí foi feito um atendimento num horário especial para eles, e agora tá havendo procura.

- **Fevereiro 1:** No stand de câncer de próstata quase não teve visita. E quando um saía de lá e falava lá fora “eles estão falando disso e daquilo, é muito interessante”. Daí eles foram entrando com muita vergonha, mas foram entrando com mais interesse. Eles acham que falou de próstata é cutucar uma ferida. Depois nossa enfermeira começou a trabalhar a saúde do homem e hoje eles procuram mais, tem mais interesse. Quando vai ter palestra, como vão ficar sabendo.

- **Novembro 1:** tem homem que só faz se for exame de sangue, que acha que vai deixar de se homem se fizer o exame de toque. Tem maridos que não deixam a mulher fazer o preventivo se for com homem, só se for com mulher.

Moderador: qual público e por quê?

- **Novembro 1:** Toda a população: a mãe, o pai, que levavam o filho pra ir ver o projeto e acabavam por se interessar e também conhecer o projeto.

- **Junho 1:** Teve um projeto que estava acontecendo muito acidente de moto no município, então foi um projeto para conscientizar os jovens. Tinha tipo uns carrinhos lá, e tinha “pare”, “perigo à frente”, porque no município aconteceram muitos acidentes.

- **Julho 1:** Teve lugar que passava e tinha um acidente com um boneco todo machucado, e gente socorrendo carro batido, amassado.

- **Junho 1 :** Tinha os barzinhos, e se a pessoa bebesse ela não ia pegar na direção.

- **Março 1 :** Ela quer saber o porque de cada projeto. Porque as crianças com educação odontológica? É pra ela prevenir futuramente problemas mais sérios.

- **Abril 1:** Porque nosso trabalho em si é prevenção.

- **Março 1:** Mesmo porque a gente já faz os projetos nas áreas preventivas por causa da própria estratégia. Por causa da atuação direta naquilo que preconiza a estratégia, as sete áreas da estratégia.

- **Novembro1:** Tem gente que não usa cinto de segurança, então tem que conscientizar as pessoas que tem que usar o cinto, o jovem anda envolvido com bebidas e drogas, então a gente queria mostrar pra ele que isso não combina.

- **Frederico 1:** E o que acontecia neste projeto: além de conscientizar da importância de não beber, e não usar drogas, muita vez também eles dirigem distraídos, dispersos daí tinha a parte lá com o semáforo, a faixa de pedestres, e eles vinham e muitas vezes eles ultrapassavam o sinal vermelho. Muitos passavam brincando porque achavam que era só diversão. Então eu falava que “você tem que prestar atenção quando for motorista, tem que ficar atento” Não só bebidas e drogas, mas também ficar atento.

- **Janeiro1:** A gente trabalhava com perda de pontos na carteira, então no final ele sabia se saía com pontos na carteira ou não.

_ **Moderador:** Podemos passar para a próxima pergunta?

- **Janeiro 1:** Eu só queria falar uma coisa: a gente tem uma preocupação em trabalhar com todos os públicos e trabalhar de uma forma geral dentro do município. a cada 3 meses a gente senta e definimos quais os temas para cada grupo. Pra ter uniformidade, se não fizer isso o psf de Sobrero faz um tema, com uma forma de trabalho, um outro faz diferente então dentro do município a gente tem um padrão para que a assistência seja um pouco mais cada um fica responsável por uma área até o material didático é trabalhado no município inteiro.

- **Moderador:** a próxima pergunta então: - **De que forma foi realizada a comunicação com o público? Expliquem**

- **Outubro 1:** Nos nossos trabalhos não precisa divulgar não. Todo mundo espera que a gente faça alguma coisa. Foi muito visual, tínhamos uma sirene que tocava tão alto muitas luzes.

- **Fevereiro 1:** As pessoas que estão passando ao redor ficam curiosas! Normalmente quando a gente monta, fecha tudo por fora primeiro pra ninguém ver o que ta acontecendo.

- **Outubro 1:** A gente usa muitos cartazes, fotos chocantes, faixas, luzes, panfletos.

- **Novembro1:** Na campanha da sífilis, todo mundo foi de casa em casa quando passava um paciente meu eu gritava: “hei seu João, vem fazer um exame de sífilis!” a gente vai no supermercado, convida as pessoas tem a abordagem da gente com as pessoas no comércio, na rua! Nem precisa muito de panfleto, só de chegar junto com a gente eles vem para fazer e conhecer. E às vezes eles até fazem o exame porque a gente ta presente.

- **Frederico 1:** De forma geral temos as visitas domiciliares, as igrejas, o líder da comunidade, o presidente da associação do bairro, rádios, auto falantes.

- **Outubro 10:** Gincanas nos colégios, mensagem no rádio.

- **Moderador:** Mas antes de serem sucesso na cidade?

- **Abril 1:** A gente batia na porta pra convidar.

- **Moderador:** repete a pergunta

- **Outubro 10:** de casa em casa convidando as pessoas.

- **Moderador:** no dia do projeto, qual tipo de comunicação que era usada? Como foi esse tipo de comunicação?

- **Outubro 10:** Na campanha de vacina da rubéola, tinha muitas pessoas que não tinham participado. Daí colocamos uma placa enorme: “rubéola!” daí as pessoas passavam e perguntavam o que estava acontecendo. Daí a gente explicava que era a campanha de vacina da rubéola, a curiosidade que a gente tava usando pra chamar mesmo.

- **Moderador:** no caso da tenda cigana que tipo de comunicação que foi usada?

- **Outubro 10:** só de a gente montar já tem curiosidade, e lá dentro mesmo é falando, explicando a comunicação mesmo nossa lá dentro é falando.

- **Frederico 1:** pra atrair o público logo no primeiro momento, foi feito na pracinha, então era totalmente fechado. Então despertava curiosidade! Eles eram atraídos pela curiosidade de ver o que tava acontecendo ali depois foi que nas escolas abrimos os convites.

- **Moderador:** Mas aí em todos os projetos, que relacionamento vocês tinham com a população, como que é a comunicação de vocês? Como que acontece?

- **Outubro 10:** É na linguagem do povo mesmo, se começar a usar termos muito técnicos eles não vão entender, no entanto que depois eu pergunto “vocês me entenderam?” porque se eles não entenderam eles vão falar “eu não entendi nada”, aí vou falar de novo!

- **Julho 1:** Tem que falar a língua deles mesmo!

- **Novembro 1:** Se você falar “hipertenso” tem pessoas que não sabem, se falar “você tem pressão alta?” daí eles falam “eu tenho sim”.

- **Setembro 1:** Eu tive uma experiência na tenda cigana que o cara não parava de olhar para mim. Ele olhava muito para minha boca, e eu fiquei olhado até que percebi que ele era mudo. Quero dizer eu tenho que fala a língua deles mesmo pra ele poder entender.

- **Novembro 1:** Uma forma de falar também é com carinho se for tratando eles de um jeito diferente eles ficam com raiva, porque eles tem confiança na gente, porque cada um conhece o seu paciente!

- **Janeiro 1:** O objetivo de nossos trabalhos foi romper com a tradição das palestras. Uma palestra não atraia o interesse nem a gente conseguia passar informação.
- **Abril 1:** Palestra é motivo de sono! Em casa nenhuma eu falei que vai ter palestra, falei que vai ter um bate papo porque senão não vai mesmo!
- **Janeiro 1:** Nessa linguagem a gente consegue muito mais, a gente tem uma mistura tanto da linguagem simples, do falar que é fundamental, misturada a uma coisa visual. A gente trabalha muito a expressão corporal, e às vezes é muito barulhento, as vezes é mudo como no projeto do caixão.
- **Janeiro 1:** A tenda cigana tinha esta capacidade de prender a atenção, através de uma brincadeira. Teve uma pessoa que participou, e o fotógrafo entrou, fotografou, saiu e ela disse que não percebeu. Ela não viu em uma tenda fechada! Ele tava tão concentrada quem não percebeu.
- **Moderador:** Estes tipos de comunicação que vocês escolheram vocês sabem explicar o motivo? Porque que escolheram este tipo de comunicação?
- **Outubro 1 :** Acho que é pra chamar atenção mesmo e fixar, porque é mais fácil falar! Se você colocar cartaz vai ter que explicar do mesmo jeito! E muitas vezes falando você explica melhor! Falando na linguagem deles, com o visual para chamar atenção.
- **Janeiro 1:** Eu não senti mais fácil, eu penso que é o que mais dá certo. Mas acho que é mais difícil! É tão mais fácil ir numa sala de aula e falar, e outra é superar a vergonha, a timidez. Ninguém aqui teve aula de teatro, aula de música.
- **Moderador:** Próxima pergunta: **Vocês acham que as práticas educacionais realizadas por vocês tiveram algum resultado? Exemplifiquem. Este resultado provocou alguma mudança em vocês ou em suas atividades do dia a dia? Por quê?**
- **Março 1:** Eu acho que um trabalho que você faz e se aprofunda no conhecimento, que as vezes não domina muito, te traz benefícios. Se sente melhor na hora de conversar e até mais confiança para fazer uma palestra no dia a dia com outros pacientes. Benefício pra pessoa, com certeza sempre trás, com uma forma boa de transmitir conhecimento, a pessoa ter boa vontade, ela absorve aquilo sim. Já tive reflexo disso no tratamento de outras crianças, no aconselhamento simples de tomar um medicamento ela fala: “se tivesse feito isso com o primeiro filho, não estaria passando tanto aperto agora com ele”. Então você vê no dia a dia as pessoas te agradecendo pelas informações. E pessoalmente é um aprendizado, você se sente mais valorizado até pessoalmente por estar aprendendo coisas novas.
- **Fevereiro 1:** Acho que a cada dia a gente acaba aprendendo um pouquinho. A gente acha que fez um curso, pegou um panfleto e leu, mas na verdade o dia a dia da gente é que faz com que a gente cresça mais. Porque tudo que você pega é novo! Tudo que você ta fazendo ta enriquecendo mais.
- **Moderador:** vocês acham que as praticas educacionais utilizadas por vocês tiveram algum resultado? Exemplifique.
- **Dezembro 1:** Uma fase que achei muito interessante, foi que a gente trabalhou aquecimento global. Na comunidade onde trabalho, a gente montou uma palestra que não só explicava tudo o que tava acontecendo, mas colocar metas para eles, para eles estarem participando e ajudando na comunidade. Aí eu lembro que na época a gente fez uma parceria com a secretaria de obras, e foi iniciado que todo mês ia ter a passagem do caminhão do lixo. Na primeira vez, segunda e terceira foi um sucesso! Nunca vi tanto lixo junto, então você sente realização. Sente que seu trabalho foi valorizado. Sente que fez uma palestra legal e eles acreditaram que o caminhão ia ta passando por ali. E até hoje eles estão recolhendo o lixo quando você passa uma informação que eles depois estão atuando junto a você, você se sente muito realizado! É muito gratificante.
- **Junho 1 :** É bom demais! No meu dia a dia de agente de saúde, temos os temas para trabalhar. E como professor, antes de ir na casa dos outros, você vai em casa estudar para ir na casa e passar. Então você se sente realizado quando consegue, como no caso do tabagismo, a longo prazo haver mudança de hábito nas pessoas. Que algumas pessoas pararam de fumar por isso. Uma pessoa que não fazia preventivo é uma conquista quando ela vai lá pra fazer o preventivo. A gente se sente recompensado.
- **Dezembro 1:** Eles participam com muita força, então se souber como chegar até eles é muito gratificante, é uma conquista!
- **Novembro1:** o povo de minha área é tudo rico, eles fazem tudo por particular. Mas tem que tentar, aí fui na farmácia e convidei, convidei a noite quando fui pra palestra e cheguei aqui não vieram todos que convidei, mas uns 10 tinham vindo! Eu fiquei impressionada, eu não acreditei que consegui fazer isso! Daí no final eu dei um abraço em cada um! “que bom que o senhor veio, gostou da palestra? – gostei, quando tiver outra me convida de novo!”
- **Novembro1:** tem um paciente que quando ia no médico eu pedi pra me mostrar a receita, porque tem medicamento que tem na nossa farmácia e eles vão lá na farmácia (particular) e compram. Daí gastam um dinheiro que podia guardar pra outra coisa. Daí eu disse “assim que o senhor chegar me

mostra". Então ele chegou com a receita, e a maioria dos remédios dele tinha na farmácia. E eu falei "o senhor vai lá no posto pegar". E agora toda vez que ele vai no médico, ele não compra remédio sem antes me mostrar a receita. Ele vai lá em casa me mostrar! Tem dia que você tá desanimado mas pensa na pessoa que tem confiança em mim, só de ele ir na minha casa perguntar se pode tomar aquele medicamento... a minha mãe me chama de Doutora! Quem me dera se fosse doutora! As vezes só de chegar na casa dele ele conta os problemas pra gente. Ele não conta pra família mas desabafa com a gente. Eles tem a gente como amigo. Eu acho isso muito importante porque eles me valorizam muito. Eu gosto muito!

- **Abril 1:** Nossa equipe faz trabalho de formiguinha. As vezes uma formiguinha faz a equipe se levantar! Duvido aqui de quem nunca deu um "xilique"! a maioria aqui já tomou anti-depressivo ou toma, mas é um serviço muito bom, gratificante. Mas toma muito da gente, suga muito. As vezes a gente cai, a outra vem e levanta. A população fala "a doutora fulana"! meu sonho é ser uma doutora, mas enquanto eu não sou uma doutora, eu sou uma agente comunitária. Eu gosto de dar informação e com isso a gente só cresce. Então tem dias que as formiguinhas, uma quer morder a outra, mas nós somos uma equipe muito boa e a gente fica muito grata com a população porque eles tratam a gente com muito carinho.

- **Moderador:** repete a pergunta

- **Janeiro 1:** Consolidando a fala de cada um aqui, o processo real é de valorização profissional. A satisfação que a gente sente quando conclui este tipo de trabalho, sempre sente a vontade de festejar, comemorar. É só quem sente que pode saber o que foi.

- **Junho 1 :** Você tem que inventar, ver o que tem de material e ver o que sua população necessita. Porque você não vai chegar lá e falar num linguajar que eles não entendem, tem que passar pra eles o que dá pra passar pra eles!

- **Janeiro 1:** É um trabalho que muda nossa prática. A gente teve uma carga horária que a gente deu certificado que dava pra fazer uma universidade, porque vocês tiveram muitos anos de capacitação. Este ano que a gente deu um tempo os processos de educação permanente por processos integrados a gente tem um pouco de urgência e emergência, ou seja, a gente mudou um pouco o processo, e mais no enfoque de trabalhar integralidade, intersetorialidade em vez de capacitar agentes em educação permanente ou seja, continua num processo diferente de validação, mas tem uma compensação muito grande, acho que a base disso aí e acho que foi um dos maiores ganhos. Além dessa mobilização social, que foi o que a fulana falou da superação, acho que foi essa a palavra. A fulana acho que tem assim uma timidez, até quando vai apresentar um trabalho na sala de aula e a gente incumbiu ela de falar pra comunidade dela e quando ela terminou, ela ligou! ela tava tão feliz com aquilo, porque ela se superou!

- **Junho 1:** Isso tudo vai desenvolvendo na gente coisa que a gente não tem, o curso pra mim foi muito útil, me passou mais segurança pra gente tá levando pras casas.

- **Outubro 1:** você falou sobre resultados. Muitas coisas a gente vai ver o resultado ainda, porque a gente trabalha com muita criança, então com o acidente de trânsito a gente vai esperar eles crescerem! Mas eu consigo ver, que pros meus pacientes que passaram durante os trabalhos que a gente fez, que eles levam isso com eles, não quer dizer que o garoto não vai usar drogas, eu não sei, mas eu tento passar isso pra eles isso na educação permanente falando o que faz bem e o que não faz pra eles como todo ano tem as grandes festas, agora no final do ano vem a AIDS, e eu sempre tento passar pra eles. E pra mim eles passam que eles tão levando isso adiante. A gente faz um trabalho em conjunto, saímos com médicos, entramos num diálogo de combate, e é onde você tenta levar isso, senão o resultado na verdade eu vou ver a longo prazo.

- **Moderador:** e quando vocês fazem, por exemplo, a campanha de preventivo, câncer, todas estas atividades que vocês falaram aqui durante nosso bate-papo, vocês tiveram algum resultado disso? Você deu um exemplo de criança, mas vocês disseram que trabalham um público-alvo geral. Vocês tiveram algum retorno nestes trabalhos, vocês já conseguiram enxergar algum resultado destes trabalhos? Quando vocês trabalharam na saúde do homem, teve algum resultado? Todos estes trabalhos que vocês desenvolveram, em algum deles vocês tiveram resultado? Podem exemplificar isso? E depois que vocês começaram a desenvolver estes trabalhos educativos, vocês como profissionais da saúde tiveram alguma mudança nas suas atividades? Como foi esse resultado que vocês obtiveram?

- **Outubro 1:** Quando eu entrei para trabalhar, logo no primeiro ano eu fui trabalhar sobre preventivo. Aí tinha uma senhora na minha área que nunca tinha feito um preventivo na vida, ela já era senhora. Ela falava "ah, eu não tenho ninguém, sou viúva, nunca mais tive homem" e eu falei "não é porque a senhora é sozinha, não tem homem que a senhora não vai fazer o preventivo. Todo ano a senhora precisa fazer" e expliquei pra ela. Daí consegui dobrar ela pra ela vir fazer o preventivo. Quando ela veio fazer o preventivo, chegou o resultado e nós ficamos sabendo que ela tava com um problema

muito sério. Aí eu fui lá com o enfermeiro e nós conversamos com ela, ela foi pra Vitória, fez o tratamento e hoje quando eu volto na casa dela eu pergunto “a senhora fez o preventivo esse ano?” Ela fala assim: “fiz, depois que você me falou, depois que aconteceu isso comigo, todo ano eu faço. Eu não deixo de fazer, porque foi muito importante para mim. Se você não tivesse falado, insistido comigo, eu não sei nem seu ia estar viva até hoje”!

Então eu acho que foi muito legal eu ter ouvido isso dela, aí as vezes, eu uso até o caso dela pra tá falando para outras mulheres. Eu tenho uma menina nova na minha área, ela tem cinco filhos! E ela nunca fez um preventivo. Todo mês eu chego na casa dela e bato na mesma tecla: “vamos fazer o preventivo! – ah, não vou fazer não quando for fulano eu faço”. Daí fulano já fez, eu tentei falar de novo mas ela faz! Então acho que tem que ser que nem as meninas falaram: um trabalho de formiguinha. Ir trabalhando, mas por outro lado, eu tive um reconhecimento dela. E se eu não tivesse o agente de saúde pra tá indo na casa dela alertando sobre isso? Ela ia tá hoje não sei como, se ia tá viva ou se não ia tá e ela pode descobrir a doença e tratar. E hoje ela me agradece! Ela fala que se não fosse eu, ela não tinha descoberto isso. Mas porque? Não adianta eu chegar lá hoje e falar, e daí vou embora o mês que vem eu chego e toco em outro assunto e não falo nisso você tem que continuar insistindo até a pessoa falar: “nossa, você é tão enjoada que eu vou fazer”!

- **Junho 1:** a mulher às vezes não quer colher o preventivo por vergonha. Muitas vezes é o caso onde o marido tá junto também. Tem que fazer um trabalho de conscientização com o marido. Porque tem muitas mulheres que querem fazer, e o marido não deixa.

- **Novembro 1:** ou ele quer tá presente na sala, e a gente fala que não tem problema outros perguntam: “é mulher ou homem que vai fazer?” aí você fala que é mulher!

Moderador: Mais alguém?

- **janeiro 1:** Eu lembro de um mutirão que era totalmente feminino o publico na sala de espera e tinha um senhor de idade, e a gente achou estranho. Ele disse assim “vim trazer minha mulher, porque eu ouvi na rádio, muita gente falando, e ela não queria vir! Então eu vim trazer ela”. Então você consegue atingir uma senhora de idade que nunca tinha feito e o marido tava ali incentivando ela a fazer. E são essas que você consegue num campanha, na educação popular em saúde que não conseguiria só com a porta do serviço aberta.

- **Outubro1:** É muito gratificante também fazer um trabalho de muita prevenção. Aí geralmente a gente tem planejamento familiar, onde a mulher se planeja como quer ser seu futuro. Aí quando você acompanha aqueles nove meses, e você tem uma criança saudável: tudo é muito gratificante! Pra gente cada coisinha que acontece, faz trabalhar com mais vontade.

- **Novembro1:** tem caso que as pessoas têm dificuldade de tá marcando dentista, lá na rodoviária. Aí na nossa equipe foi feito assim agora: cada agente de saúde tem direito a cinco vagas. Cada dia da semana uma tem. Então, quando eu comecei a falar, ninguém tava procurando muito, daí no começo insisti e voltei. Agora não tô dando conta mais, de tanto que eles tão procurando! Então não sei se eles tinham preguiça de ir lá na rodoviária marcar a ficha então você chegando em casa, falando, oferecendo um serviço pra ele, falando que eu estou agendando, pra eles ficou mais fácil!

- **Março 1:** o resultado é melhor pela facilidade, pelo acesso e eles se sentem melhor e começaram a procurar muito.

- **Novembro1:** é serviço que a gente oferece, e eu vejo retorno! Eu não tô dando conta de agendar meus dentistas.

- **Junho 1:** E também tem a questão de trabalhar o que necessita. A coordenadora fez uma pesquisa no setor Sobreiro, e ela foi em cada área de cada agente de saúde. Lá ela observou que a saúde do homem tava sendo pouco trabalhada. Aí em cima disso que a gente viu a necessidade de trabalhar mais a saúde do homem.

- **Novembro1:** O problema da saúde do homem que a gente não trabalhava muito é porque, no caso é em função do PSA, porque nós já pensamos em fazer uma campanha voltada só pro dia do homem. Igual quando nos fizemos o mutirão do preventivo, a gente pensou: “como que vamos fazer um dia só? E o dia do homem?” mas aí.

- **Janeiro 1:** (interrompe e continua): a gente tem muita dificuldade de acessar a atenção secundária e terciária. Se a gente abre uma campanha pra atenção terciária, é tranquilo. Mas aí eu não vou ter acesso a biópsias, eu vou descobrir um monte de coisas e fazer o que com elas?

Infelizmente agente ainda bate às vezes com um processo de organização do serviço porque você sabe que se esperar o resultado demora mais três meses é até triste falar isso mas é verdade! Então às vezes a gente tem que ter toda um retaguarda a partir de quando você mobiliza uma sociedade. Porque se você mobilizar, tem que dar resposta!

Fim da entrevista do grupo focal 1 !

GRUPO FOCAL Nº 2- IDENTIFICADO COMO OUTONO

Moderador	1 – Janeiro- 2	2 – Fevereiro- 2	3- Março- 2
4- Abril -2	5- Maio- 2	6- Junho- 2	7- Julho- 2
8 – Agosto- 2	9- Setembro- 2	10- Outubro- 2	11- Novembro- 2
12- Dezembro- 2			

- **Moderador:** Faz a primeira pergunta: **Como foi definido e quem definiu que tipo de assunto ou tema seria trabalhado nas atividades educacionais desenvolvidas em grupo nas equipes da Estratégia da Saúde da Família no período de 2006 a 2007?**

- **Fevereiro 2:** sempre as atividades do grupo são as coordenadoras das equipes sentam, discutem, e depois os temas mais importantes estão levando para população, então a gente senta, discute, planeja e junta pra ta passando pra equipe. Mas na ação mesmo, todas as coordenadoras de cada equipe estão envolvidas.

- **Outubro 2:** Na verdade quando começou o projeto da tenda cigana, tinha sempre um concurso leiteiro aqui, então tinha um índice muito grande de gravidez na adolescência. Então nós nos reunimos e veio o convite do prefeito pra participar da festa, do FITAC, então nós incluímos o tema de “drogas” que até hoje é um fator que ainda perdura mas a gente tenta correr atrás. E depois foi de acordo, com os acidentes, o número de carro e moto, e a gente vê o que ta acontecendo no município! A gente senta, discute o tema e depois vamos pra um novo projeto.

- **Junho 2:** Esta pergunta está relacionada com o tema que a gente vai trabalhar o ano todo ou é a questão dos eventos que tem?

- **Moderador:** é todo o trabalho de educação em saúde que você desenvolveram no período de 2006 a 2007. Você sempre tem um tema não é? Ou Tem um projeto que vocês trabalham mesmo quando vocês têm um grupo de trabalho, e você tem também o trabalho que desenvolve em grupo na equipe, no dia a dia de vocês, então quando vocês vão trabalhar este tipo de educação, como que se define o tema? Exemplo: Vou trabalhar gravidez na adolescência como que define isso? E quem que define?

- **Junho 2:** É porque nós temos uma folha que todo mês é preparado, por exemplo: um mês tuberculose, hanseníase é este tipo de trabalho, todo mês a gente tem o ano todo! Mas quando foge do padrão, por exemplo: igual esta época da chuva mesmo, a gente tem que dar prioridade pra dengue. Já deixa de fora um pouco da rotina.

- **Moderador:** Mas quem define este tema?

- **Junho 2:** Esse nós recebemos das enfermeiras.

- **Fevereiro 2:** A coordenação senta, discute e faz os cronogramas para o inicio do ano. Agora as coisas podem mudar de acordo com os agravos de cada PSF. Por exemplo, no meu tem mais hipertensão, tem mais dengue. Então vou enfocar mais. Mas tem a programação do ano que a gente tem que seguir.

- **Outubro 2:** Eu tenho um projeto individual, porque nós pesamos crianças até sete anos. Então esse tema pra mim é livre, eu que escolho. Enquanto as crianças estão lá pesando, sempre procuro fazer uma festinha, uma balinha, alguma coisa exatamente pra ter a criança comigo. Essa última vez agora, foi segunda feira, eu trabalhei saúde bucal de novo! Porque muitas mães estavam falando que as crianças estavam preguiçosas, não estavam fazendo a escovação, daí eu aproveito esta pesagem e fui com as crianças conversando. E embora eu estivesse distribuindo balinha ou balão, isso não justifica que eu estava trabalhando dentição. Mas era sim uma forma de atrair, pra poder falar exatamente aquilo que a bala poderia ta ocasionando a dentição da criança. E sempre que possível eu distribuo escovas, eu costumo distribuir escovas dentárias.

- **Janeiro 2:** É pelos temas, então a gente tem um cronograma anual. Então a gente tem também as áreas de risco pra ta trabalhando também, mas a definição é sempre em grupo. A gente tem um tema, o grupo senta junto, discute com os agentes comunitários de cada equipe com o enfermeiro, ou quem vai supervisionar aquele grupo e lá é relatado, por exemplo: cada um deu sua idéia! “vamos fazer isso, vamos fazer aquilo” daí outro fala “isso aí não vai dar certo porque essa linguagem não vai funcionar pra essa população”, então tem que ser de acordo com o linguajar de cada população.

E também o enfermeiro nos dá a liberdade, por exemplo, se for uma área de risco: o tema desse mês pode ser dengue, mas minha área não tem dengue. Tem outro tipo de risco: adolescência na gravidez, ou outro problema. Então eu vou trabalhar individual. Isso si vai ser individual na minha área. E aí a gente tem os panfletos, só que no meu caso, eu não distribuo panfletos. Eu tenho o meu panfleto, alguns casos eu estudo na internet, pra mim ficar informada sobre a doença, sobre o que ta acontecendo pra mim ta passando isso pra família, individualmente pra cada família. É a nossa área de prevenção também.

Então não é uma coisa definida certa não, e os trabalhos, por exemplo, igual à gente fez o teatro do idoso, aquela coisa que foi assim, que repercutiu muito também, porque lá dentro a gente fez comédia, e dentro de comédia nós colocamos o quê? Colocamos a ausência da família perante esses idosos. O abandono da família perante esses idosos. Então ao mesmo tempo em que foi muito engraçado pra eles no início, no final eles choraram muito, se emocionaram muito porque, muitos ali estavam sentindo na pele o que a gente tava representando ali na peça: a ausência dos filhos perante eles. Então a gente trabalha em cima destes temas e o enfermeiro sempre dá liberdade pra gente ta trabalhando o tema que a gente quiser.

- **Junho 2:** E tem também os treinamentos também que, esse ano no final não estava tendo, e aí no final todo mundo falou a mesma língua: nós temos o treinamento, e todo mundo vai trabalhar aquele tema todo mês. Tem esse trabalho também, como o secretário, que é o treinamento.

- **outubro 2:** Seria interessante que a Agosto 2 falasse também do trabalho que a gente fez no clube de saúde bucal que foi nesse período de 2006 a 2007 que foi no clube o dia inteiro, enfeitamos o clube todo, tá lembrada?!

- **Agosto 2:** to lembrada sim, só não to lembrando se era nesse período.

- **outubro 2:** Era nesse período de 2006 a 2007.

- **Agosto 2:** Na verdade eu vou acabar falando o que todo mundo falou, tem aquele relatório básico do ano, com os temas básicos do ano. De acordo com cada equipe, outros temas são colocados nesse meio aí. E foi feito no clube, foi realizado em relação a saúde bucal a gente montou um teatro representando a criança com dor, porque chupava muita bala, aquela coisa toda corriqueira mesmo pelas crianças porque a gente pegou as crianças de 7 até 10, 11 anos, aquela coisa que acontece mesmo, montamos um teatrinho e fizemos fantoches também. Aí colocamos mesas de doces, tipo assim: uma mesa de alimentação saudável e uma mesa só com doces, guloseimas que as crianças gostam. E realmente a mesa que mais chamava atenção era a mesa com os doces, com as balas, era o que as crianças queriam mesmo! Então a gente ficou ali o dia inteiro falando, conversando com as crianças, o que realmente era bom pra elas, então foi muito divertido mesmo. Então foi mais um tema que surgiu durante o ano, e esses temas as vezes, em relação a saúde bucal, nem está inserido nesta programação do ano, mas aí de acordo com a necessidade, a gente vai colocando uma coisa maior. É claro que tem as palestras, as coisas que acontece porque tem que acontecer mesmo, mas essa programação foi uma programação maior. Teve uma divulgação de peso, a gente divulgou em todas as escolas, foi muito produtivo.

- **Janeiro 2:** E também, como ela falou, foi muito engraçado, porque aqueles primeiros fantoches a secretaria de saúde tinha comprado. E aí veio um 'script' em cima daquele fantoche. Uma história trabalhada saúde bucal. Aí a primeira turma que a gente pegou, a gente viu que não ficou legal! "Vamos mudar esse negócio porque tem que chamar atenção" então começamos canalizar aquele negócio todo, fazer um drama, então chamou mais atenção ainda!

Tudo o que a gente monta desta vez fizemos desse jeito "vamos mudar isso no próximo grupo, porque faltou alguma coisa", então as idéias vão surgindo na hora. Por exemplo, a gente tem um teatro e vamos fazer esse teatro amanhã! Hoje mesmo agente tem: "ah, não tem recurso", se vira um arruma peruca, outro arruma roupa, outro arruma roupa de palhaço então a gente vai procurando, até a sociedade pra arrumar alguma coisa, roupa de quadrilha, roupa de futebol, então a gente não tem as roupas de teatro, são coisas que a gente monta durante o teatro.

Todo o vestuário, a gente vai arrumando de acordo e assim vão surgindo as idéias e a gente vai montando esse teatro, até se formar uma coisa que agrada ao público.

- **Outubro 2:** Aproveitando o que ela ta falando aí, na verdade a gente faz a primeira vez, aí a gente vai aproveitando as habilidades de cada um. De repente a gente acha que o certinho vai dar certo, e a gente percebe que o certinho não vai dar certo, então tem uma que é mais alegre, mais expansiva e, então ela já entra pra produzir um outro efeito e geralmente é o que acontece. A gente vai aproveitando a habilidade de cada uma. Às vezes a gente acha ridículo o comportamento na hora do teatro e é aquela quem agrada a criançada! O público que agente esta atendendo. Então é isso que a gente faz, aproveita as habilidades! Enquanto isso todo mundo entra e vai trabalhando.

- **Moderador:** Mais alguém quer falar sobre definição? Como foi definido e quem definiu o tipo de tema ou assunto que ia ser trabalhado?

- **Outubro 2:** Na verdade a equipe e os componentes dela.

Segunda pergunta: **Quais foram os assuntos ou temas trabalhados nas atividades educacionais desenvolvidas em grupo nas equipes Estratégia da Saúde da Família no período de 2006 a 2007?**

- **Fevereiro 2:** Os temas foram saúde da mulher, saúde da criança, saúde do trabalhador, saúde do homem, saúde do idoso, hipertensão, diabetes, saúde bucal, e trabalha também com hanseníase e

tuberculose. Dengue também especificamente esses grupos mesmo, que a gente trabalha mensalmente.

Em 2006 trabalhava de 3 em 3 meses, agora estamos fazendo mensalmente.

- **Outubro 2:** Em 2006 não foi tão bem a dengue, começou mesmo 2007, 2008.

- **Moderador:** alguém lembra de algum outro tema ou assunto?

- **Outubro 2:** Verminose, trabalhamos muito verminose.

- **Janeiro 2:** Saúde da criança e esses trabalhos a gente faz nas escolas também!

- **Outubro 2:** temos um trabalho muito cansativo e grandioso, que é a vacinação do idoso, em 2006.

Nós tivemos que trabalhar muito em cima.

- **Fevereiro:** É tudo muito territorializado! É a equipe que faz no seu território tudo, praticamente. Vigilância, vacinação, tudo é a equipe que assume.

- **Outubro 2:** Eu lembro que foi um trabalho cansativo pra nós, cansativo no sentido que a gente teve que ta falando pras pessoas que elas não iam morrer se tomassem a vacina. Porque tava naquele período que as pessoas falavam que Fernando Henrique tava dando vacina pra matar, a vacina de gripe então nos tivemos que fazer um trabalho no pé de ouvido, explicando, mostrando, então isso foi depois nós fizemos um evento muito grande da vacinação, pra ver se eles se motivassem e acabassem com aquela idéia. Graças a deus nosso índice melhorou, de vacinação.

- **Fevereiro 2:** Em cada campanha a gente faz um evento grande também. A gente mobiliza um circo. Todo mundo vai vestido de palhaço, futebol, quadrilha.

- **Outubro 2:** Em 2006 nós começamos a fazer mais.

- **Fevereiro 2:** Cada campanha dependendo do tema a gente faz a fantasia o Zé gotinha, o circo.

- **Moderador:** Tem mais algum tema ou assunto que não foi dito ainda?

- **Março 3:** Planejamento familiar e saúde da mulher e que foi também o homem.

- **Abril 2:** Também na saúde bucal foi feito o trabalho de câncer de boca, sobre cigarro, tabagismo.

- **Junho 2:** A dengue é o que mais se tem trabalhado.

- **Mai 2:** nesse período a gente trabalhou também sobre as drogas.

- **Fevereiro 2:** Na saúde do adolescente.

- **Junho 2:** Droga, alcoolismo, tabagismo, DST, gravidez na adolescência, acidente de transito.

- **Janeiro 2:** o acidente de transito, aqui em Itaguaçu, teve e tem um índice muito grande, mais acidente de moto. Porque a moto se tornou uma coisa muito acessível pra todo mundo, e a gente tem muitos menores de idade que pegam, usam e a maioria sofre acidente. Então a gente fez esse trabalho de acidente de transito. E nesse trabalho a gente usou carriola, usou barzinho, uma parte com um carro com uma pessoa sofrida de acidente e sobre as leis de transito. Então ali deu pra gente concluir muita coisa, que até os adultos, eles não têm um não entendem muito o transito sobre as siglas, as barreiras, as placa. Mesmo estudando o transito eles não entendem.

As crianças, como elas já estudam transito na escola, quando vêem a carriola e o pai e tudo, elas falam "pai, não pode ultrapassar" porque tem a faixa ali. A gente advertia com uma punição, colocava um 'X' aonde que ultrapassou o que aconteceu, então quando eles saíam, no final, na saída tinha uma pessoa que falava qual era a nota como que ela foi, se foi péssimo no transito, se foi muito bom e a participação da população foi muito grande, repercutiu muito. Foi uma das coisas que eu achei muito legal mesmo.

- **Junho 2:** Um tema foi intoxicação por agrotóxico também, picada de animais peçonhentos, verminose também, xistose.

- **Moderador:** Mais alguém? Podemos passar pra próxima pergunta? Próxima pergunta então: Como foi o processo de trabalho no planejamento das atividades de educacionais desenvolvidas em grupo pelas equipes da estratégia da saúde da família no período de 2006 a 2007? Expliquem etapa por etapa.

- **Janeiro 2:** O planejamento, a gente pode falar daquele teatro que a gente fez no dia dos idosos. Foi uma coisa de última hora, a gente até pensou que não ia dar certo, aí sentamos o grupo todo, discutimos o que vamos fazer.

- **Moderador:** O grupo todo é quem?

- **Janeiro 2:** O grupo sempre é a gente não obriga ninguém a participar! É convidado as pessoas que querem participar, quem tem mais espontaneidade pra poder ta participando, não é todos agentes comunitários ou todas pessoas que são obrigadas a participar desse grupo não! São voluntários dentro dessa equipe, ou dessas equipes, que se prontificam a ta ajudando nesse projeto. Todo início é difícil, porque você ta com o tema ali, mas não sabe o que você vai fazer. Aí a gente senta, planeja uma fala o outro fala e no final a gente chega por etapas.

- **Moderador:** Dá pra exemplificar? Exemplifica através de um projeto, um tema?

- **Janeiro 2:** No caso de saúde do idoso, a coordenadora queria fazer diferente naquela época, ela queria uma coisa mais técnica. Um teatro mais técnico uma linguagem que a gente achou que eles

não iriam entender. Que os idosos não iriam entender aquela linguagem técnica. Então a coordenadora falou: vamos ver uma linguagem mais simplificada e que chame a atenção desses idosos. Aí todo mundo foi dando sua idéia, como é a tradição daqui, como é a cultura daqui, trabalhamos em cima da cultura dessas pessoas idosas, como elas vivenciam, como vivenciam no tempo delas. Então nós vamos pegar aquela tradição mais antiga, e dentro desse teatro a gente trabalhou o preventivo, a importância dos valores do idoso, a importância de ta cuidando do idoso, da saúde, do preventivo, a importância da família, dentro deste teatro. Como que é essa família tradicional, mesmo ela sendo tradicional, como que ela vive ali. Então eles se refletem como se estivessem vivenciando o passado deles.

Por exemplo, um parto que não era aceito por médicos fazerem era tudo por parteira, porque tinha aquela preservação do corpo, aquela privacidade deles também! A gente trabalhou em cima disso também.

A gente tinha uma maquete da vagina, como colher o preventivo. A gente fez um espelho grande, a escovinha a gente pegou uma escova grande e eles acharam aquilo tudo muito engraçado. Então incentivou eles, porque muitos não aceitam que as mulheres façam o preventivo devido a invasão da privacidade do corpo dessa mulher, então tudo isso a gente trabalhou dentro deste teatro.

- **Outubro 2:** na verdade aqui ela mostrou dois projetos. O primeiro que ela falou do idoso, foi o que nós fizemos no ginásio do Nacional, que começou com uma idosa e uma criança no jardim.

- **Moderador:** eu quero que vocês foquem na pergunta. A pergunta é o processo de trabalho, o planejamento do processo de trabalho. Então como que vocês fizeram isso? Como que foi esse planejamento?

- **Julho 2:** igual você falou pra ela “quem é esse grupo?” eu entendi que esse grupo quem que participa? Porque você sabe sempre quem tem mais perfil pra aquilo ali, então sempre é o mesmo grupinho porque tem muito agente de saúde que é da roça, então tem mais dificuldade em ta vindo pra cá devido ao ônibus e essas coisas assim pra ta ajudando. Então o que acontece, sempre estão as mesmas ali dando idéias e tudo, e passando a hora de trabalhar, as outras são convocadas também e elas também participam. Então elas ajudam também, de uma outra forma.

No planejamento sempre são as mesmas que estão ali e depois passam pra outras. As vezes é montado o projeto e algumas não ficam nem sabendo. Então o certo seria convocar todas e falar “vai acontecer isso e isso” e quem quer participar vai ajudar.

- **Moderador:** E esse grupinho é da onde?

- **junho 2:** Do centro, por isso! Porque o pessoal da roça pra vir tem mais dificuldade, então é sempre o centro que tá focado naquilo ali. Só que elas ajudam depois trabalhando nas escalas também!

- **Fevereiro 2:** Isso aí nos projetos grandes, porque tem projeto que é por equipe e cada equipe faz o seu! Na ESF todos agente participam na sua área de atuação. O grupinho que ela fala são nos eventos grandes, que são as pessoas que mais se destacam porque tem mais facilidade de ir na frente, fazer teatro.

- **Moderador:** Mas na área do planejamento?

- **Fevereiro 2:** Eu entendi assim, no ano anterior, como que foi feito pela avaliação do pacto, dos agravos, das doenças então tudo isso que a gente vê do ano anterior, a gente vê, faz um levantamento por equipe e daí a gente faz o planejamento passo a passo. O que precisa? O que eu vi nos indicadores? A gente tem a avaliação de indicadores pra ta passando, que a gente faz de três em três meses. “- ah, meu indicador ta ruim com pessoas que tiveram AVC” então temos que trabalhar mais pacientes hipertensos, diabéticos. “- ah, meu indicado ta ruim com gestantes com pré-natal com menos de sete consultas” então eu vou planejar as ações baseado nisso que ta deficiente no meu trabalho do ano anterior. Então é assim que é montado aquele processo!

Eu entendi desse jeito, não sei se é isso mesmo que você quer, e a gente monta as coisas do planejamento que vai ser baseado no que foi feito no ano anterior, e no que ficou deficiente. Eu trabalhei mais com pré-natal, eu tenho gestantes menores de 20 anos, então eu vou planejar as minhas ações com minha equipe. Só que a gente planeja com a coordenação para que saia uma coisa assim, uma programação! Mas eu vou sentar com minha equipe, com cada agente de saúde pra cuidar a realidade diferente, na minha realidade aqui do centro, eu não tenho muita gestante menor de 20 anos, mas na área lá eles tem mais, então eu vou sentar com minha realidade e eu vou ver quais os planejamentos que eu vou planejar de acordo com os meus indicadores, com o que ficou deficiente no ano passado.

- **outubro 2:** Mesmo com todo esse planejamento, isso não impede nosso agente de saúde de ver nova situação que a gente não vai trabalhar também outro tema na nossa área. Na mesma área as micro áreas são diferentes. Então o que tem na micro área da minha colega ali, de repente não é a mesma que eu tenho na minha área. E isso não impede que eu vá trabalhar outro tema na minha micro área.

- **Fevereiro 2:** Mas a gente tem que fazer uma programação. Uma programação que as vezes não é 100% porque tem coisas que são mais essenciais, mas tem que ter uma programação pra gente se norteiar no trabalho, senão fica aquela coisa, o que agente vai trabalhar no mês que vem? Não sei.

- **Moderador:** Vocês podem tentar exemplificar um caso? Então no período de 2006 a 2007 fizeram um planejamento, e aí definiram um tema. Naquele tema que vocês desenvolveram o projeto educacional, como é que vocês trabalharam? Como é que vocês fizeram o planejamento? Alguém pode tentar exemplificar isso? Uma coisa que já foi trabalhada e vocês fizeram planejamento no trabalho educacional em grupo!

- **Fevereiro 2:** Na minha equipe a gente identificou que temos muitas pessoas com hipertensão/diabetes. A minha área de centro, é a que tem maior área de trombose, então o que a gente identificou as pessoas, que o peso tava acima do normal, eles não fazem atividade física, então o que a gente planejou? A gente começou a fazer grupos de caminhadas. Alongamento, exercícios, uma coisa planejada daquilo que a gente identificou um tempo atrás.

- **Moderador:** nesse período de 2006 a 2007 vocês tem mais alguma coisa pra exemplificar? Vocês desenvolveram vários trabalhos de educação no período de 2006 a 2007, pegando um trabalho, como foi feito o planejamento do trabalho educacional?

- **Outubro 2:** Nós fizemos um trabalho de atenção ao idoso em 2006-2007 na questão da alimentação. Para mostrar pra ele a vantagem da alimentação e do exercício físico. Ficou muito tempo pra executar, pra conseguir o material, depois cadastrou as pessoas pra fazer esse.

12: Acho que ela quer saber como é que a gente vai fazer. Como é que a gente vai conseguir isso? No caso da campanha da saúde bucal que nós fizemos foi detectado que nós precisaríamos trabalhar este tema devido a situação que tava nas escolas. Tanto eu como fulano acompanhou, cicrana, doutor Zé. chegamos nós e: "gente, temos que fazer isso" quem passou essa informação pra eles foi a coordenadora. Daí sentamos nós todos e pensamos o que poderia ser de útil pra gente pode ta fazendo isso. Então surgiram várias idéias: uma dessas foi o teatro e foi o fantoche.

Mas como seria isso? Nós delegamos funções pra cada profissional: "- você e você vão ser responsáveis pelos fantoches, você vai ser responsável por dar a palestra de escovação, você vai ser o responsável pela mesa" e o teatro? Tinha um grupo de teatro, daí nós convidamos elas e perguntamos o que a gente pode fazer! Bolar um teatro pra gente ta passando essa idéia pras crianças e qual o publico alvo? Eu queria atingir os alunos do interior, então vamos começar com a escola Tieres Cardoso que é de primeira a quarta série de manha e a tarde.tudo bem, daí foi decidido o público e o local. Daí foi decidido que iria fazer no clube. Ornamentação: o que vamos fazer?

Primeiramente pensamos em colocar uma boca, várias propostas, daí no final nós colocamos. Tem uma secretária que é muito criativa, desenha bem, então nos colocamos ela pra bolar alguma coisa relacionada a isso. Então ela colocou tipo uma máscara no formato de dente que seria distribuído para cada criança, e nós pegamos as turmas por etapas. Fez um bocão na entrada.

- **Agosto 2:** A gente fez isso levando em conta o dia do cirurgião dentista. O que a gente poderia fazer pra chamar mais a atenção. Porque a gente tem o costume de sempre ta nas escolas, cada dentista está na sua área fazendo as palestras dentro da escola. Mas o que a gente poderia fazer no dia do cirurgião dentista pra poder ta chamando um pouco mais de atenção? Foi daí que sentando junto ao secretario de saúde, a gente pediu se tinha a liberdade de ta fazendo essa programação e depois apresentar pra ele. Então foi ai que surgiu essa idéia de fazer alguma coisa maior , onde poderia levar um número maior de crianças e aí surgiu o teatro, surgiu o fantoche, e aí a gente realizou a programação do dia, tudo levando em conta o dia do cirurgião dentista. Até pra envolver um pouco mais o dentista, porque o dentista acaba sempre ficando meio que afastado da equipe. A gente queria fazer uma programação que envolvesse os agentes de saúde, que a gente também se sentisse parte da equipe também.

- **fevereiro 2:** Eu entendi o que ela quis dizer, mas o secretário de saúde participa muito das decisões, do que é pra ser feito. E por exemplo, no grupo de gestante, cada equipe faz um grupo de gestantes e tem que chegar lá fora e planejar os objetivos, quais são os objetivos do projeto?! As metas, a metodologia, público alvo então cada atividade que a gente vai fazer vai pedir alguma coisa, vai solicitar e a gente tem que fazer isso.

- **Moderador:** a próxima pergunta: **Quem participou do planejamento do processo de trabalho? Houve participação de outros setores e órgãos públicos ou da comunidade?** Vocês falaram do processo de trabalho do planejamento, agora é quem participou desse planejamento?

Quem participou do planejamento do processo de trabalho? E eu quero saber também se houve participação nesse planejamento de outros setores e órgãos públicos ou da comunidade. Em algum momento outros setores participam do planejamento?

- **Fevereiro 2:** Eles não participam, só quando a gente pede. Tem vezes que a gente precisa da Educação. A gente envia um ofício solicitando a participação. A presença da Ação Social, então a gente pede participação.
- **Moderador:** Mas participação no planejamento?
- **Fevereiro 2:** Na execução. O planejamento mesmo é a Saúde que faz, através do secretário de saúde, coordenação e equipes.
- **Moderador:** Mais alguém quer falar? Não? Então a próxima: quem executou as atividades educacionais planejadas e desenvolvidas em grupo nas equipes de ESF? Quem executou as atividades educacionais planejadas no período de 2006 a 2007 e também se tiveram outras contribuições, comentem.
- **Fevereiro 2:** Quem executou foram as equipes de saúde da família. Os profissionais de cada equipe: agente de saúde, enfermeiro, médico, dentista e também quando a gente solicita a participação de outra secretaria, eles também ajudam e participam da execução também.
- **Moderador:** Quais secretarias?
- **Fevereiro 2:** Educação, ação social.
- **Outubro 2:** Obras.
- **Junho 2:** Na de obras também tem os meninos que se precisar de montar as barracas eles estão a disposição, o SAE também que disponibiliza o carro, por exemplo, pra fazer até a divulgação das campanhas que tá sempre ajudando também.
- **Outubro 2:** O pessoal da equipe da dengue.
- **janeiro 2:** E a gente tem também na execução, a gente tem a parte dos voluntários por exemplo, a gente vai fazer esse grupo de caminhadas.
- **janeiro 2:** O primeiro grupo de caminhadas que a gente fez.
- **Moderador:** No período de 2006 a 2007?
- **janeiro 2:** Mas eles fazem sim, como distribuição de balas o comércio dá. Contribuição de fruta, quando não é o comércio, a população dá. Então eles também participam, a comunidade e o comércio em geral também participa sim.
- **Moderador:** Fazendo doações? Ou tem outro tipo de participação?
- **janeiro 2:** Só as doações!
- **Moderador:** (aponta pro 12) você falou de um outro setor também que participa?
- 14:** A vigilância epidemiológica, o pessoal da dengue.
- **Moderador:** Mais alguém participa executando?
- **outubro 2:** O pessoal da secretaria ajuda, o secretário também põe a mão na massa, o pessoal da executiva participa pra caramba!
- **Moderador:** tem mais algum setor público que participa, seja até de outra esfera de governo? Estadual, federal que tenha participação na execução? A comunidade participa da execução?
- **Junho 2:** Na comunidade, quando nós fizemos a campanha da dengue pra tá recolhendo o lixo e fazendo o trabalho, voluntário mesmo só teve umas duas pra tá ajudando e recolhendo lixo com a gente. Acho que foram duas pessoas que andaram com a gente o tempo todo.
- **janeiro 2:** A gente convida eles pra tá participando mas a gente vê que a sociedade espera muito dos órgãos públicos, pelo menos eu nas minhas visitas cobro muito isso deles: se vocês querem isso vocês tem que fazer isso também.
- **Moderador:** Mas vocês tem participação de outros setores que contribuem? Uma coisa é executar, outra coisa é contribuir.
- 12:** Eu não sei se pode entrar, mas na época que eu trabalhava em Palmeira tinha a campanha dermatológica lá. Era um mesão com todo mundo, com voluntários. Eles convidavam o pessoal da dermatologia lá de Vitória, faziam pequenas cirurgias, a gente participava e falava sobre o câncer, sobre saúde, aí entra saúde do trabalhador, que entrava a respeito de uso de protetor, numa população basicamente de lavradores. Então a gente tinha essa campanha dermatológica, todo ano acho que tem ainda.
- **janeiro 2:** Essas ações do programa dermatológico elas são movidas pela Igreja Luterana do Brasil. É um programa antigo, devido as culturas alemãs que o próprio Dr. Carlos Kley foi o autor do projeto de tá trazendo estes estudantes e nós colaboramos com o projeto deles.
- **Moderador:** A pergunta é só sobre projetos educacionais que vocês desenvolveram. Em todos os processos que vocês desenvolveram de 2006 a 2007 vocês tiveram na parte de execução, vocês tiveram outras contribuições? Sem ser só da equipe? Nada durante o processo todo? Vocês não tiveram nenhuma contribuição da comunidade, de outros órgãos, nada?
- **janeiro 2:** Que eu me lembre não.
- **Outubro 2:** Esse colaborador que você tá falando é alguma empresa, alguma coisa desse nível?
- **Moderador:** Qualquer coisa.

- **Outubro 2:** É mais a comunidade mesmo.
- **Abril 2:** As vezes pro espaço físico é cedido pela escola.
- 12:** Esse aí já é da comunidade.
- **junho 2:** A igreja ajudou com o espaço físico.
- **Maió 2:** E o rádio?
- **Outubro 2:** Na verdade a nossa comunidade é muito participativa, sempre que a gente precisa de alguma coisa geralmente é alguma coisa que esta precisando de última hora, daí eles estão prontos pra ajudar.
- **Moderador:** É porque eu queria que vocês detalhassem. Quando falam “comunidade”, a gente analisa, por exemplo, na rádio, comércio...
- **Agosto 2:** Os vereadores ajudaram.
- **Outubro 2:** Quando e onde?
- **junho 2:** Ajudaram sim! Se por exemplo vamos fazer alguma coisa e perguntamos “você pode ajudar nisso?” e eles “sim!” e aí eles vão e ajudam sim. Como eu já fui pras ruas pedir alguma coisa e eles ajudaram sim.
- **Janeiro 2:** Mas entra como doação, não entra como.
- **Moderador:** Mas já contribuíram? Eu quero saber se vocês têm essa relação, se eles contribuem ou já contribuíram com os projetos de vocês.
- **junho 2:** Já contribuiu sim, mas não tem aquela obrigação de contribuir, se a gente chegar eles não negam não.

- **Moderador:** mais algum comentário? A próxima pergunta então: **As atividades de Educacionais em Saúde desenvolvidas no período de 2006 a 2007 foram voltadas para qual público alvo? Por quê?**

- **Outubro 2:** Como já havia comentado logo no início, na verdade nós reunimos, recebemos o convite da prefeitura pro FITAC, e “o que nós vamos falar?” e “o que nós vamos fazer?” Nós tínhamos um público muito grande de adolescentes grávidas, e na minha área a droga é “floreada”. Então todo mundo falou: “vamos fazer sobre isso?” e “o que nós vamos fazer pra trabalhar com esses adolescentes?” foi então que veio a idéia da tenda cigana que a gente ia falar diretamente com cada indivíduo. Conscientizar individualmente e falar do valor dele principalmente, e trabalhamos muito a auto estima do adolescente porque o adolescente ta numa fase muito assim, questão familiar também convinha, então foram dando também uma brecha e falamos sobre família exatamente pra fazer um conteúdo maior. E foi bom, falamos diretamente com cada adolescente, olho no olho. Pra ele sentir a verdade que a gente tava falando e que não era uma colocação assim pra fazer fita pro público ver não.

No entanto que foi uma procura muito grande, nós trabalhamos mais de 15 dias, depois estendemos pelas escolas afora, e também pelo município e até outros estados também. Porque foi um trabalho que até os grandes acadêmicos acharam interessante, porque a gente falava com eles olhando nos olhos deles e falando igual a gente falava com adolescente, a gente não mudava a linguagem. O teor era exatamente aquilo que a gente queria passar.

- **Moderador:** Mais alguém quer falar alguma coisa? Acho interessante falar o público alvo de vocês, qual o motivo que vocês escolhem o público alvo pro trabalho. Ela falou do adolescente que foi um público alvo e justificou.

- **Junho 2:** Na minha área foi a dengue.

- **Moderador:** Você trabalhou o tema dengue e o público alvo foi qual?

- **Junho 2:** No geral foi a população, nas casas.

- **Janeiro 2:** E a gente trabalhou muito saúde do idoso, devido também a carência muitos são depressivos, nós temos também uma geriatra que faz o acompanhamento, então eles são muito carentes, sozinhos então a gente trabalha também em cima desse público alvo que são os idosos.

- **Moderador:** Quando vocês trabalharam o “Labirinto”, qual foi o público alvo?

- **Fevereiro 2:** Adolescente também!

- **Moderador:** Qual o motivo? Porque?

- **Fevereiro 2:** A questão das drogas, sexo desprotegido.

- **Outubro 2:** DSTs enfim.

- **Janeiro 2:** A “Fórmula 1” que o público alvo foi toda a população. Tanto as crianças, como os adultos, todos se envolveram na atividade.

- **Moderador:** Quando vocês trabalharam saúde bucal, qual foi o público alvo?

- **Agosto 2:** De 7 a 10, 14 anos. Até porque o linguajar que a gente usou pra crianças de 12 anos pra cima era muito infantil.

- **Moderador:** E porque que vocês escolheram esse público?

- **Agosto 2:** A gente escolheu porque a gente ia fazer em um dia só a intenção era fazer um dia só, a princípio. Então se fosse pra pegar todas as crianças desde lá da creche, eram muitas crianças, porque tem 3 escolas aqui, então como ia ter um dia só, a gente delimitou que ia ser essa faixa de idade. Até porque é uma faixa que geralmente as crianças estão trocando de dente, então a prevenção precisa ser mais feita nessa faixa de idade.

- **Moderador:** Mais alguém pra fazer alguma colocação dentro dessa pergunta?

- **Abril 2:** Teve o acidente de trânsito, onde teve a conscientização do pessoal que não usa o capacete. Eles usavam muito o capadete no braço aí teve várias vítimas fatais.

- **Moderador:** Vamos fazer a próxima pergunta pra vocês: **De que forma foi realizada a comunicação com o público? Expliquem. E porque que escolheram esse tipo de comunicação?** Qual foi a estratégia de comunicação, que tipo de comunicação foi utilizado, como vocês se comunicaram com o público? Exemplifiquem essa comunicação e porque fizeram dessa forma?

- **Fevereiro 2:** Sem termos técnicos. Porque eles não entenderiam os termos técnicos se a gente trabalhasse com esse público alvo. Eles iam ficar meio que boiando, então a gente escolheu pela linguagem do dia a dia, então a gente escolheu a linguagem mais simples possível pra que esse público alvo entendesse qual era nosso objetivo naquele momento. Não adiantaria a gente usar termos técnicos, se eles não entenderiam o que a gente estaria passando pra eles.

- **Outubro 2:** Eu não entendi bem. Essa comunicação seria como eles saberiam desse projeto? Ou é dentro do projeto como seria feita essa comunicação? É isso?

- **Moderador:** As duas formas, onde eles ficaram sabendo, como que foi feito e dentro do próprio projeto como que vocês se comunicaram, qual estratégia que vocês usaram e porque que vocês utilizaram essa estratégia?

- **Outubro 2:** Primeiro o convite partiu dos agentes de saúde que fazem visitas nas casas, fizemos panfletos, e também desenvolvemos no rádio. Muitos dos nossos eventos também são divulgados no rádio. O rádio nos proporciona muito a comunicação com o público e o agente de saúde já tem esse cuidado de estar nas casas convidando. A comunicação o agente de saúde da família é mais calmo e mais produtor.

- **Junho 2:** A divulgação que nós fizemos também a gente coloca uma caixa de som no carro e sai rodando.

- **Abril 2:** Teve também a campanha do agasalho.

- **Junho 2:** Esquecemos de falar daquela primeira campanha em 2006.

- **Janeiro 2:** A gente sobe num carro, pode até ser numa tobata, a gente sobe com uma caixa de som e a gente sai gritando, divulgando, alertando.

- **Abril 2:** Mas é avisado antes que tal hora via passar o carro de som lá pra recolher. Então as pessoas já preparam e daí quando passa com o carro de som já vai recolhendo.

- **Junho 2:** Teve não só a campanha do agasalho como teve também a campanha do alimento. Pegamos o carro do SAE que disponibilizou pra gente, um microfone e fomos nos bairros.

- **Moderador:** E a comunicação da comunidade, a comunicação de vocês no momento da execução do projeto?

- **Fevereiro 2:** A gente tinha grupos, palestras, teatros, exposições.

- **Moderador:** Mas aí quando você fala assim palestras, teatros, como se dá a comunicação?

- **Fevereiro 2:** É palestra dialogada, sempre com eles perguntando, esclarecendo dúvidas na hora, atendimento depois disso individual, pra poder reforçar as afirmações também. No grupo as vezes fica com vergonha de falar ou de perguntar, então depois tem o atendimento individual também.

- **Outubro 2:** Com a interação com o público também.

- **janeiro 2:** Quando é igual "direito do trabalhador", a gente convida um advogado pra tá explicando a esse público alvo também os direitos deles.

- **Moderador:** Mas como é essa comunicação?

- **janeiro 2:** A gente convida a comunidade, comunica que vai ter uma palestra.

- **Moderador:** E no dia da palestra como que isso funciona?

- **Outubro 2:** Geralmente o enfermeiro é quem vai dar o trabalho. E eles alertam a gente: "olha, se eu esquecer alguma coisa, por favor, alerta pra gente não esquecer nada!" então já começou um trabalho de integração aí, entre os dois profissionais, o enfermeiro e o agente de saúde.

Com o público chegando, a gente consegue determinar qual tipo de comunicação que a gente vai dar. A gente vai falar exatamente aquilo que ele vai entender. Não vamos usar termos técnicos nenhum, e se aparecer alguém que tenha algum conhecimento a gente tenta misturar as coisas pra nenhum ficar percebendo que a coisa é muito simples e nem que é muito subjetiva. A gente tenta interagir exatamente no linguajar do povo.

- **Fevereiro 2:** A gente olha muito a participação deles junto do grupo, faz muitas dinâmicas de grupo também pra não ficar muito cansativo, não ficar só sentado escutando a gente falar tem muita interação com a população.

- **Agosto 2:** No meu caso, a gente entrou em contato com os diretores das escolas pra ver se o dia que nos estávamos querendo fazer a exposição, se estava disponível pra escola participar. E daí os diretores avisaram cada professor que se colocaram a disposição pra ta levando os alunos para aquele dia naquele local que foi marcado na escola. No nosso caso, a gente trabalhou com fantoche, com teatro, e também com palestras, a gente passou alguns vídeos também e durante a palestra, durante o fantoche, o teatro, a gente sempre procurou se direcionar as crianças fazendo elas participarem daquilo que a gente tava falando através de perguntas, ou de repente a gente fazia alguma coisa de forma errada, pra eles falarem se aquilo tava certo, qual o modo certo sempre procurando interagir, pra observar se elas estavam entendendo realmente o que a gente queria passar pra elas.

- **Moderador:** Mais alguém? Vamos passar pra próxima: **Vocês acham que as práticas educacionais realizadas por vocês tiveram algum resultado? Exemplifiquem?**

- **Novembro 2:** teve uma diferença muito grande, eu vejo que desde que a gente começou até agora, as crianças cuidam mais dos dentes. De primeiro extraíam muitos dentes, agora não eles estão tendo mais cuidado. Por isso precisa ter mais palestras, estar orientando.

- **Agosto 2:** Vou falar mais em relação a esse projeto porque acaba também envolvendo todas as ações que a gente faz. Eu me lembro de uma mãe que chegou pra mim e falou assim: “depois daquela palestra, minha filha começou a escovar melhor os dentes”. Eu acho que a diferença de antigamente pra hoje, é que hoje você tem a informação. A gente entrega os kits com escovas, com pasta, com fio dental, quem conhece fio dental? Todo mundo conhece o fio dental que geralmente é uma coisa que as pessoas não gostam de usar. Eu vi resultado, claro que ainda tem muita coisa pra melhorar, mas realmente a gente não vê tanto as pessoas procurando o dentista tanto pra fazer extração. A gente vê as pessoas procurando o dentista pra fazer tratamento, pra recuperar o que antigamente se extraía. Então eu, com os projetos que a gente faz, tenho visto resultado sim.

- **Junho 2:** Eu acho que toda palestra ou projeto, sempre tem algumas pessoas que modificam os hábitos. Porque no projeto do ano passado uma pessoa chegou pra mim e falou assim: “depois que eu ouvi aquilo que sua enfermeira falou, lá em casa eu não compro aquele monte de bala, acabou!” Daqui a pouco o menino vai ficar com raiva da gente, mudou o hábito de alimentação dela.

- **Outubro 2:** Também da dengue no meu bairro tinha 2.75 de detrito, lixo e hoje ta 0.25, então eu acho que foi uma belíssima resposta do trabalho que nós fizemos. Eu posso contar nos dedos as casa que precisam de um apoio maior.

Na questão das drogas, eu acho que a gente tem um concorrente muito grande, que são os traficantes. Então pra gente trabalhar é meio complicado. Na questão da adolescência e DSTs, o índice que não usa camisinha, 2% seria muito... e eles procuram, se envolvem, eles querem, eles procuram o dia do planejamento... isso pra mim foi uma grande vitória. Na questão do idoso, na época da antiga vacinação era 60%, estourando 65%. Esse ano foi 90%! Então eu acho que aí também foi uma conquista. Eu acho que nosso trabalho de equipe ta funcionando.

- **Janeiro 2:** No meu caso, os hábitos higiênicos. Eu acho que é um processo longo, você não muda de um dia pro outro, é um processo demorado porque hábitos e cultura você tem que respeitar, e ontem eu estava discutindo isso com meu marido porque cada casa é uma família, então cada família eu tenho que fazer um trabalho diferenciado.

- **Moderador:** Você teve resultado?

- **Janeiro 2:** Eu tive resultados. Nos hábitos higiênicos tanto como no caso da medicação. Na medicação porque entra a religião. Porque na religião tem aquela história que Jesus cura, que não precisa tomar remédio, que nada acontece então você vai batendo na mesma tecla. Hábitos higiênicos também, é uma coisa muito demorada pra mudar. Você consegue, mas se for pegar muito pesado de uma vez, não vai conseguir nada. São coisas que se vai debatendo devagar, vai ensinando, vai exemplificando até por você mesmo suas falhas pra essa pessoa. Pra que ela entenda que ela ta errada mas que você tem os seus erros também e que você corrigiu o seus erros. E ela também está corrigindo os erros dela nunca num tom superior a ela, sempre tentar colocar você como inferior a ela, daí com você se inferiorizando, ela se sente incentivada você trabalha com a auto estima deles.

- **Moderador:** Alguém quer mais falar sobre os resultados? Esses resultados que vocês falaram que obtiveram, provocou alguma mudança em vocês ou nas suas atividades do dia a dia?

- **Agosto 2:** Com certeza, estimula a gente a estar trabalhando. A gente sempre espera que a gente tenha um resultado melhor, mas sempre tem alguma coisa que a gente acha que não vai dar. Como

se, eu não vou nunca, por exemplo, fazer ninguém melhorar a higiene bucal. Mas daí quando aparecem esses resultados, a gente vê que é possível. É uma coisa a longo prazo mas que é possível melhorar a higiene bucal das pessoas, as pessoas se conscientizarem de ir ao dentista.

- **Junho 2:** Eu também fiquei muito satisfeita de saber que crianças que chupavam chupeta, que eu trabalho muito em cima e falei muito, daí chegar no outro mês de fazer a visita eles falarem “tia, não chupo mais chupeta”. Então aquilo é muito satisfatório pra gente, não só a questão de crianças, mas também conseguir coisas pro adulto também, porque tem pessoas que tinham que comer sozinha, aí eu ia lá e explicava, agora falam “eu to comendo sozinha”. O que eu fiz pra agradar a criança: peguei e dei uma lembrancinha pra ela e ela ficou toda satisfeita!

- **Moderador:** Mas dentro destes projetos que vocês desenvolveram, com os resultados que vocês tiveram, dentro destes projetos de 2006 a 2007, o resultado provocou alguma mudança em vocês? E nas práticas de vocês do dia a dia? Dá um exemplo.

- **Janeiro 2:** Um exemplo que eu vou dar com o dia a dia que você vivencia com essa família, você começa a pensar diferente, porque você começa assim no início: “eu quero mudar aquela pessoa”. Mas com a vivência você vê que não tem esse direito, porque a pessoa tem seus hábitos e tem sua cultura, você pode mudar sim, respeitando dentro do limite. E a dificuldade que eu encontro hoje, devido o Ministério da Saúde hoje trabalhar muito em cima de metas, a gente tá tendo muito que trabalhar a quantidade e a qualidade está deixando a desejar. Hoje eu tenho essa dificuldade, que a quantidade está atrapalhando a minha qualidade no meu trabalho.

- **Outubro 2:** Eu só sei um negócio. Quanto mais eu meloro na minha comunidade eu sinto que eu preciso de mais capacitação, que eu preciso saber mais, produzir mais pra eles acompanharem o meu ritmo. Porque se eu parar, o serviço vai tudo pro lixo.

- **Novembro:** Eu vi uma grande diferença também que na saúde bucal, as vezes o dentista faz palestra, junto com o agente de saúde faz palestras sobre câncer, prótese... os idosos tinham uma idéia que se tirassem o dente e colocassem prótese, nunca mais precisava ir ao dentista. E com essas palestras, eu vi que vários idosos começaram a procurar o dentista, mesmo não tendo dente. Pra examinar a boca, a língua, tudo então eu sinto um retorno grande dessa parte também. Isso foi muito gratificante.

- **Moderador:** Mais alguém gostaria de expor mais alguma coisa? Então vamos encerrar !

Agradecimentos

GRUPO FOCAL Nº 3 - IDENTIFICADO COMO PRIMAVERA

Moderador	1 – Janeiro- 3	2 – Fevereiro- 3	3- Março- 3
4- Abril - 3	5- Maio- 3	6- Junho- 3	7- Julho- 3
8 – Agosto- 3	9- Setembro- 3	10- Outubro- 3	

- **Moderador:** vamos a primeira pergunta:

Como foi definido e quem definiu que tipo de assunto ou tema que seria trabalhado nas atividades educacionais desenvolvidas em grupos nas equipes da ESF no período de 2006 a 2007? Repete

- **Fevereiro 3:** você quer saber o assunto que a gente, que nós trabalhamos nas famílias?

- **Moderador:** Não, eu quero saber como foi definido esse assunto que vocês trabalharam e quem definiu.

- **Abril 3 :** eu acho que deve ter sido a coordenadora com os enfermeiros, pros enfermeiros passarem pra gente.

- **Fevereiro 3:** de acordo com as necessidades da comunidade, porque a gente não vai trabalhar um problema que não é de nossa comunidade. Então primeiro tem reuniões e é perguntado a nós, e depois eles elaboram qual que vai ser o tema.

- **Agosto 3:** só que a gente tem que lembrar que 2006 e 2007 pelo menos os agentes de saúde, os auxiliares eu não sei a gente tinha um treinamento lá em Itaguaçu, que vamos supor, marcava um treinamento pro próximo mês, igual com a tuberculose. Então a gente ia trabalhar aquele tema o município inteiro, agora naquele tempo, mas isso era a coordenadora, o secretário e os enfermeiros que davam o treinamento pra gente antes.

- **Abril 3:** todo mundo tava envolvido, de todos PSFs.

- **Moderador:** então vou repetir a pergunta de novo e quem quiser falar fica a vontade: como foi definido e quem definiu que tipo de assunto ou tema que seria trabalhado nas atividades educacionais desenvolvidas em grupos nas equipes da ESF no período de 2006 a 2007? Quem definiu e como foi definido isso?

- **Abril 3:** acho que foi o que eu falei, a coordenadora, os enfermeiros eles definiam e nessas reuniões mensais passavam pra gente. Capacitava e se a gente fosse fazer alguma ação, alguma palestra na comunidade, alguma atividade na comunidade, passava pra gente. Através dos enfermeiros e da coordenadora.
- **Moderador:** mais alguém quer falar alguma coisa? Vou passar pra próxima pergunta então: **Quais foram os assuntos ou temas trabalhados nas atividades educacionais desenvolvidas em grupo na ESF no período de 2006 a 2007? Agora eu quero saber quais foram os assuntos ou temas que vocês trabalharam em grupo na ESF no período de 2006 a 2007.**
- **Agosto 3:** todo mês a gente trabalha um tema. Vamos supor que esse mês a gente vá trabalhar o combate à tuberculose.
- **Moderador:** em 2006 e 2007 vocês trabalharam o que?
- **Agosto 3:** também tinha cada mês a gente recebia uma capacitação pra poder tá trabalhando esse tema.
- **Moderador:** mas qual era o tema?
- **Agosto 3:** tuberculose, um mês hanseníase, um mês diabetes, um mês hipertensão.
- **Outubro 3:** aquecimento global.
- **Moderador:** no período de 2006 e 2007?
- **Outubro 3:** em 2007
- **Abril 3:** tivemos uma capacitação sobre aquecimento global, fizemos vários trabalhos pra tá bem interagido pra poder passar pra comunidade.
- **Outubro 3:** o aquecimento global acho que foi o mais trabalhado, foi onde a gente fez gincanas nas escolas, arrecadou lixo pra ser destinado a reciclagem. Foi o período em 2007 mais trabalhado, foi o do aquecimento global. Aí também teve pesquisa sobre a evolução do sistema único da saúde, o SUS, entrevistas com as famílias pra ver o que melhorou de anos pra cá.
- **Agosto 3:** a gente teve uma capacitação dos agentes de saúde, então na primeira etapa o Estado capacitou. Então a gente tava muito trabalhando aquecimento global, até no Brasil inteiro em 2007.
- **Moderador:** mais algum tema que vocês lembrem?
- **Fevereiro 2:** câncer, dengue, tudo isso. Todo mês tem um assunto específico.
- **Agosto 3:** tabaco, alcoolismo.
- **Janeiro 3:** qual foi o tema trabalhado no FITAC ano passado?
- **Abril 3:** foi o "labirinto".
- **Outubro 3:** acidente de trânsito foi trabalhado.
- **Abril 3:** foi sobre o abuso de álcool e drogas, e sobre acidente de trânsito, onde a gente fez o labirinto.
- **Moderador:** Mais algum tema aí?!
- **Setembro 3:** câncer de pele. Todo ano a gente trabalha sobre isso, que vem um médico de Vitória. Então a gente trabalha sobre isso.
- **Agosto 3:** eu acho que o que envolve a saúde da população a gente tá informando.
- **Setembro 3:** teve o câncer de mama também.
- **Maio 3:** outro tema importante também foi a alimentação saudável.
- **Agosto 3:** gravidez na adolescência, porque tem muita adolescente que corre esse risco. Então a gente tem que tá conscientizando sobre esse assunto. Temos também aborto, gravidez, saúde da adolescente, tudo que você pensar sobre saúde a gente trabalha aqui.
- **Abril 3:** é tipo assim: na época da vacina da criança, a gente mais focaliza sobre aquilo ali. Sobre a vacinação da criança, incentivamos os pais, explicamos os motivos. Na época da vacina do idoso, a mesma coisa. Houve aqui de modo geral até um problema, pra se conscientizar os idosos a se vacinar. Tem muitas pessoas que por outras religiões, não querem tomar e a gente tem muita dificuldade sobre isso. E daí tem que tá trabalhando muito em cima disso. Aí tem mês, igual final de ano agora, nessa época de chuva a gente já tá começando a falar sobre a dengue... e cada mês, cada época a gente tem aquele assunto específico pra falar pra comunidade. Igual eu falei sobre a vacina do idoso, vacina da criança, do câncer de pele, igual ela falou, tem a época que os médicos dermatologistas vem na igreja que tem aqui em cima, e a gente tá envolvendo a comunidade toda, aonde eles atendem, fazem pequenas cirurgias, consultas.
- **Agosto 3:** sobre também agrotóxicos, a gente trabalha também. A gente que pega a parte da roça, você chega e pega uma pessoa trabalhando, e isso envolve no total os auxiliares com sintomas de intoxicação que chegam no posto. A gente é orientado até sobre isso, porque o abuso do agrotóxico.
- **Moderador:** alguém quiser falar mais alguma coisa.
- **Junho 3:** sobre alimentação também, sobre higiene.
- **Fevereiro 3:** sobre alimentação também, sobre higiene, eu acho que é uma coisa que a gente nunca deixa de falar numa casa, numa visita. Todo mês a gente acaba falando sobre a higiene e a

alimentação. Não tem como não falar, principalmente com os hipertensos e diabéticos, que são os maiores problemas.

- **Outubro 3:** o que mais a gente fala é hipertensão. Porque todo mês a gente tem que ta retornando, diabético sobre alimentação correta, no caso de hipertenso e diabético, ao menos na minha área, eu acho mais demorado. Todo mês você tem que ta reforçando, acho que saúde da criança, hipertensão e diabetes são as mais trabalhadas, e gestantes também.

- **Moderador:** ok, a próxima pergunta então.

Como foi o processo de trabalho no planejamento das atividades educacionais desenvolvido em grupo nas equipes de ESF no período de 2006 a 2007? Explique etapa por etapa. Como que vocês planejaram, quando fizeram educação em saúde em grupo? Como que foi feito o planejamento? Etapa por etapa.

- **Julho 3:** acho que é pelo enfermeiro. O enfermeiro vem, reúne os agentes de saúde com os auxiliares e vai escolher aquele tema que vai falar. Daí se for fazer em Palmeiras, vamos chamar a comunidade de Palmeiras pra poder ta convidando e falando alguma coisa. Vamos supor que vai falar sobre alimentação, aí eles convidam a comunidade de Palmeiras pra poder vir aqui ta participando dessas reuniões.

- **janeiro 3:** a primeira etapa é montar o cronograma.

- **Julho 3:** é a enfermeira que reúne com a gente pra ta montando esse cronograma.

- **Abril 3:** é igual ela falou. Faz a reunião com a enfermeira e com a gente. o que a gente vai fazer, sobre o que a gente vai falar, e depois são divididas as tarefas e quem vai fazer o que e cada agente vai convidar sua comunidade pra trazer até esse local pra ser feito esse método. Igual por exemplo, no dia 12 passado teve o dia do diabético. Reuniu toda a equipe, a gente sentou, discutiu o que a gente ia fazer daí à gente reúne e cada um convida seu diabético de sua comunidade pra trazer até esse local, onde a gente faz, o doutor dá palestra, a enfermeira, a fisioterapeuta, e depois a gente senta, vai comer frutas pra mostrar pra eles tudo sobre o que o diabético pode comer.

- **Setembro 3:** daí faz um teste antes com eles em jejum e depois de eles comerem alguma coisa também faz o teste de novo.

- **Moderador:** mais alguma coisa? Vou passar pra próxima pergunta então.

Quem participou do planejamento do processo de trabalho? Houve participação de outros setores e órgãos públicos da comunidade?

- **Agosto 3:** aborda todos componentes.

- **Abril 3:** mas já teve participação de outros órgãos sim. Assistente social, vem alguém de Vitória capacitado sobre hanseníase pra passar pra gente.

- **Moderador:** Eles participaram do planejamento. Não é na execução, no planejamento das atividades educacionais, quem é participou?

- **Abril 3:** A equipe é o médico, secretário, coordenador, médico, enfermeiro, auxiliar e os agentes.

- **Fevereiro:** mas geralmente secretário e coordenador não participam de nosso planejamento não, vai só auxiliar, agente de saúde e enfermeiro e médico.

- **Agosto 3:** e o dentista também o fisioterapeuta agora que a gente tem, mas em 2006 e 2007 a gente não tinha.

- **Moderador:** e quando vocês sentam pra planejar, tem mais alguém de fora que senta com vocês?

- **Março 3:** não, só a equipe mesmo.

- **Moderador: próxima pergunta: Quem executou as atividades educacionais planejadas desenvolvidas em grupo nas equipes da ESF no período de 2006 a 2007? Tiveram outras contribuições? Comentem.**

- **Agosto 3:** quando é necessário, tem as outras secretarias que entram: educação, assistência social, o palestrante de fora que pode ta convidando pra dar uma palestra pra comunidade.

- **Outubro 3:** eu acho que no "aquecimento global" a gente teve participação da escola, e lá em Itaguaçu também contaram com a participação da escola também.

- **Moderador:** tem mais alguém que participa sem ser esses que vocês falaram? Tem mais alguém que é importante na participação, no desenvolvimento?

- **Outubro 3:** a igreja. Nesse mesmo evento do "aquecimento global" a gente contou com colaboração do pessoal da Igreja Luterana. Eles cederam o local, divulgou na igreja.

- **Maió 3:** outra equipe que eu acho importante pra gente é a Vigilância Epidemiológica. Por exemplo, na época da esquistossomose, eles trabalham unidos com a gente no planejamento.

- **Moderador:** no planejamento?

- **Maió 3:** é, eles também sentam com a gente pra poder debater o assunto. E na execução também.

- **Agosto 3:** foi até feito um trabalho em 2007 que foi o exame da população que sofria esquistossomose, que a gente passou distribuindo as provas e eles passaram recolhendo. O resultado veio pra gente e essas pessoas que deram no caso a verminose, foi chamado no posto pra ser passado, então teve uma parceria em que a gente trabalhou mas eles também tiveram com a gente.

- **Moderador:** alguém lembra mais de alguma participação?

- **Abril 3:** a gente pode contar com secretaria de saúde, secretaria de agricultura.

- **janeiro 3:** representantes da comunidade.

- **Julho 3:** esse representante da saúde sempre ta participando junto com a gente.

- **Moderador:** que representante de saúde seria esse?

- **Julho 3:** é um representante dentro de nossa comunidade.

- **Junho 3:** É o líder comunitário, representando a saúde dentro da comunidade. Eles sempre tem um líder e as vezes quando a gente se reúne, convida e eles estão presentes. E participam dando idéias.

- **Moderador:** E na execução eles também participam?

- **Junho 3:** não, é mais assim na opinião, e as pastorais de saúde também.

- **Moderador:** Vou fazer a próxima pergunta então. As atividades educacionais na saúde desenvolvidas no período de 2006 a 2007 foram voltadas para qual público alvo? E por quê?

- **Agosto 3:** aquecimento global foi mais nas escolas com as crianças. Porque quando você educa uma criança desde pequena, ele vai crescer um adulto sábio e ele vai saber o que ta errado e o que ta certo. Mas conforme o tema abordado.

- **Abril 3:** eu acho que o público alvo é a comunidade em geral, desde a criança até o idoso. Criança sobre o tema da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem trabalhador, e idoso. O público alvo é a comunidade geral. Onde a época a gente trabalha sobre aquele público alvo. A época das crianças, da saúde do homem.

- **Moderador:** alguém pode dar um exemplo de um tema que foi trabalhado e qual foi o motivo? Porque foi trabalhado, qual o público alvo? Qual foi o motivo que foi trabalhado?

- **Abril 3:** saúde do adolescente. O "labirinto da vida" foi mais voltado pro público jovem, adolescente. Então foi mostrado sobre alcoolismo e drogas. Saúde da mulher também, quando teve a campanha de preventivo, o mutirão do preventivo, a vacinação.

- **outubro 3:** porque perguntou de 2006 e 2007, são dois anos, então nesses dois anos trabalhamos vários alvos. No período da vacina o alvo é aqueles público, se é vacinação contra paralisia, o alvo são as crianças. Depende, porque tem várias etapas durante esses dois anos. Igual o do aquecimento global, o público maior foi às crianças. A gente preferiu trabalhar o tema nas escolas por causa disso. Você tem uma facilidade maior de trabalhar esse tipo de coisa com crianças. Eles aceitam melhor e fazem uma festa com aquilo e acaba aprendendo e se divertindo. Aprendem de uma maneira gostosa. Então a gente preferiu trabalhar com as crianças. Com o adulto é bem mais difícil, eu até tentei na igreja, mas não deu certo. Esse trabalho foi feito em agosto de 2007. Já 2006 a 2007 teve vários diferentes, o labirinto que ele falou, que foi o público alvo eram os jovens. Depois a gente trabalhou na FITAC os acidentes de transito, que aí então é um público mais adulto, adolescentes e quem ta envolvido na direção, então é vários trabalhos num período muito grande pra você dizer se foi trabalhado isso ou só aquilo.

- **Janeiro 3:** em 2006 a gente trabalhou a tenda cigana na escola, não sei se foi trabalhada aqui mas foi com os adolescentes sobre o uso de drogas e gravidez na adolescência. O futuro dos jovens a gente trabalhou.

Moderador: próxima pergunta. De que forma foi realizada a comunicação com o público? Expliquem. Por que escolheram este tipo de comunicação?

- **Janeiro 3:** as visitas que a gente faz em todos eles, pelo menos uma vez por mês a gente vai em cada casa.

- **Outubro 3:** eu acho que ta mais relacionado com esses trabalhos da tenda cigana, o labirinto, que é uma comunicação diferente. No labirinto tinha bar mostrando tipos de bebida aí então às pessoas iam passando e vendo como que aquilo aconteceu então à gente fala pouco e mostra muito. Porque vendo eles tem mais noção do que representa aquilo.

- **Fevereiro 3:** o jovem se envolve cada vez mais cedo com drogas, bebidas, vê meninos de 12, 13 anos já estão bebendo, já estão em festas a noite tomando cerveja com o amigo.

- **Moderador:** como que era a comunicação nesses trabalhos? Como que vocês se relacionavam com a população?

- **Junho 3:** a gente tentava passar pra eles o que ia acontecer, através das visitas do agente comunitário nas visitas domiciliares porque é mais prático porque eles estão em todas as casas o

mês todo. Daí eles montam um programa, por exemplo, tal dia vai ter um evento ou alguma coisa assim pra convidar o povo pra tá assistindo, então o aviso, a comunicação é através do agente comunitário que incentiva. Vai ter o dia que vai ser assim, e isso é feito quase 100% pelos agentes comunitários. Porque eles estão nas casas todos os meses.

- **Moderador:** você falou como vocês convidam. E no dia do evento, como é essa comunicação? Como que vocês se relacionam com o público?

- **Agosto 3:** igual no evento do acidente automobilístico, quando a pessoa chega, é passado as informações. Aí manda tá entrando que é verdade quando ele chega no final é que vem as orientações, você pega panfletos, explica o porque daquilo ali que é uma conscientização, então são orientações que são dadas no dia. Numa palestra no caso, é um palestrante que passa no data show, explica.

- **Fevereiro 3:** o palestrante geralmente é o médico e enfermeiro.

- **Abril 3:** a nossa comunicação com eles é até liberal, porque é bem liberal, a gente tem liberdade nas casas. O pessoal tem confiança na gente, a gente pode falar abertamente com eles.

- **Moderador:** mais alguém quer falar sobre esse tipo de comunicação?

- **Setembro 3:** na minha área também é muito solicitada a igreja e a escola, porque quando eu passo na casa e não encontro todas as pessoas em casa, eu sempre aviso nas igrejas na escola.

- **Moderador: vamos pra próxima: Vocês acham que as práticas educacionais realizadas por vocês tiveram algum resultado? Exemplifiquem.**

- **Agosto 3:** eu vou falar sobre hipertensão. A gente orienta que o hipertenso tem três mandamentos: alimentação correta, medicação e exercício físico. E a gente vai olhando aquela pessoa ali, vamos supor o ano inteiro. O resultado pra gente é quando a gente vê que a pessoa não tá com colesterol, que a gente orienta sobre alimentação. Se a pessoa tá controlada, tá tomando a medicação e tá fazendo exercício, uma caminhada, um alongamento que seja. Então isso é um resultado.

A vacinação: enquanto a gente não tem uma criança na época de campanha, ou seja fora de campanha, ou vacina atrasada, a gente bate sempre na mesma tecla: vai atrás pra poder tá vacinando pra poder tá com as vacinas todas corretas. Então isso pra gente é um sacrifício, mas ao mesmo tempo é muito bom a gente sentir que a gente tá fazendo aquelas coisas naquelas famílias. O trabalho da gente tá sendo valorizado. E a partir da vez que você passa e a vacina tá em dia, a criança tá bem, não dá baixo peso, isso é um trabalho desenvolvido por nós. Seja na visita, seja no posto de saúde, qualquer orientação passada é um bem.

- **setembro 3:** e quando marca também no dia certo da vacina todo mundo vai. A gente vai nas casas, leva as vacinas em casa.

- **junho 3:** no caso dos hipertensos dá pra ter idéia que eles tão fazendo tudo correto por causa da medicação que eles pegam na unidade. Porque tem o cartão de controle de hipertensão, onde a gente anota não só a pressão, como a entrega de medicamento. E sempre eles incentivam e a gente confere. Na hora que voltarem pra pegar o medicamento a gente olha e tá quase sempre certinho, eles retornam tal dia e chega lá tá certinho mesmo. A não ser aqueles que dificilmente não tenha tomado, pode acontecer alguém que queira tomar mas se tomar um pouquinho a mais a gente pergunta porque já acabou seu remédio, então a gente tá sempre cobrando e a gente fica atento quando eles passam.

- **Moderador:** vou repetir a pergunta para gente direcionar mais para pergunta: vocês acham que as práticas educacionais realizadas por vocês tiveram algum resultado? Exemplifique.

- **Abril 3:** você vai hoje mesmo no hospital e número de internações diminuiu muito.

- **Agosto 3:** o hospital nosso tá quase em decadência, porque? Falta de internação! Hoje em dia é raro internar uma criança por desidratação, uma pneumonia. Porque a gente já trabalha, já tem o PSF, já sabe onde que o médico tá, encontrou uma criança desidratada e você já carrega o soro na bolsa pra não deixar acabar. Então a internação diminuiu.

- **Janeiro 3:** passa até 15 sem internação, principalmente criança e também hipertensão. Nosso hospital vivia lotado por pessoas que chegavam lá com a pressão muito alta!

- **Abril 3:** a partir do momento que você entra numa casa, você é bem recebido, você tá explicando e eles tão prestando atenção, que você marca uma palestra e chega no local tá cheio. Depois você marca outra e vêm todas as pessoas, isso é prazeroso pra gente.

Moderador: próxima pergunta: **Este resultado provocou alguma mudança em você ou nas suas atividades no dia-dia? Por quê?**

- **Agosto 3:** quanto mais a gente trabalha, mais a gente aprende, ou seja, o que a gente recebe o nosso cérebro sempre guarda. Cada ano que passa a gente tá mais capacitado a como lidar com cada situação. Porque a gente encontra vários tipos de situação em cada casa. Quando a gente começou a trabalhar, a internação no hospital vivia lotada. Pessoas enfartando, derrame, vacinação

atrasada, a gente tinha que ta indo na casa. E hoje já ta bem mais controlado, isso graças a um trabalho não só dos agentes, mas dos auxiliares, da enfermeira e da equipe em geral. Então houve uma mudança e uma melhora. E espero que a cada ano que passe melhore mais.

3 janeiro: a maioria aqui trabalha a mais de 5, 6 anos então a gente começou trabalhando com um trabalho bem pequeno, divulgando, eu tenho 5 pessoas que um vez por ano falando sobre o tabagismo, conseguiram para de fumar. Então é uma felicidade muito grande, quando você conseguiu por suas palavras, não precisar de medicamento nem nada, sob suas orientações alguém parar de fumar. Pra mim foi muito gratificante.

- **Abril 3:** mudou sim, porque a gente começou a gente era PACS e agora a gente já é ESF, e a tendência é melhorar cada vez mais. É a gente melhorar cada vez mais pra gente dar o melhor da gente pra comunidade. Se mudou, mudou pra melhor e eu respondo aqui em nome de todos nós!

- **Moderador:** mas as atividades educacionais que vocês fizeram durante 2006 a 2007 trouxeram mudanças ?

- **Abril 3:** muitas.

- **Moderador:** Quais mudanças?

- **Agosto 3:** em 2006 se a gente trabalhasse saúde do idoso, dariam 10 pessoas. Agora esse salão fica lotado. Quase nem cabem as pessoas. Então isso é uma mudança, conscientização.

- **Abril 3:** a gente tem que ensinar a comunidade a se cuidar, se prevenir... e a gente ta conseguindo isso, graças a deus.

- **Outubro 3:** No início do trabalho, era mais difícil as pessoas entenderem o que a gente tava querendo nas visitas, qual era o trabalho, Hoje em dia, já ta numa situação que pra eles decidirem se vai trocar de médico, se vai trocar de medicação, eles vão na casa da gente perguntar, se você não foi na cãs, eles vem atrás perguntar. Se ta sentindo coisa se liga pro médico, eles vêm atrás par saber a opinião da gente. Então a gente se tornou importante pra aquelas famílias que a gente visita. Porque eu mesma tenho essa sensação na minha área, porque são vários pessoas que vão na minha casa me perguntar se deve ir pro médico, ou vários assuntos. Todos os assuntos que abrangem a saúde ou os problemas da família eles perguntam minha opinião. O que eu acho sobre tomar remédio, a gente se torna referência pra eles.

Final da entrevista.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)