

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A RODA DE DISCUSSÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA.

Claudio Alex de Souza Sipriano¹

Resumo: O presente artigo trata-se do relato de experiência da prática profissional de educação em saúde baseada da pedagogia Freireana, desenvolvida por um profissional de enfermagem durante o período de 1 ano e 6 meses no cenário da Atenção Básica em Saúde do Nordeste Brasileiro. A caminhada descrita traz a experiência da utilização da roda de discussão, nas reuniões de equipe, encontros com a comunidade e gestores locais. Consideramos que a roda de discussão pautada em Freire estimula o vínculo dos profissionais com a comunidade, e serve como ferramenta importante do processo de trabalho na saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Roda de Discussão, Estratégia Saúde da Família.

HEALTH EDUCATION: THE WHEEL OF DISCUSSION IN THE CONTEXT OF PRIMARY CARE.

Abstract: This article comes from the report of the experience of the professional practice of health education based pedagogy Paulo Freire, developed by a professional nursing during the period of 1 year and 6 months in the setting of primary health care in northeast Brazil. The walk described brings the experience of using the wheel discussion at staff meetings, meetings with the community and local managers. We consider wheel discussion guided by Freire

¹Mestre em Educação pela Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Rua: Travessa Progresso, nº 29, Bairro: Mineira Velha, Cidade: Criciúma Santa Catarina, CEP: 88806-280. E-mail:claudiocriciuma@yahoo.com.br

encourages the bond of the workers and the community, and serves as an important tool in the process of work on health.

Keywords: Health education, Wheel talk, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O texto trata-se de um relato de experiência profissional sobre a Educação em Saúde² realizado numa perspectiva analítica, a partir da prática profissional de 1 ano e 6 meses atuando como Enfermeiro Facilitador de Educação Permanente em Saúde, junto a uma Estratégia da Saúde da Família – ESF, localizada em um município no Nordeste Brasileiro.

O que fomentou a discussão que produziu esta experiência foi minha participação, no ano de 2005, no Curso à Distância de Facilitador de Educação Permanente em Saúde, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública e Ministério da Saúde – MS, a proposta do curso era formar facilitadores de educação em saúde visando à transformação da realidade local em que se atua.

Paralelamente, no mesmo ano participei do Projeto de Extensão Universitária da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, intitulado: “Acolhendo e Humanizando a Aten-

² Entendida como a ação de profissionais da saúde junto à população, visando possibilitar conhecimentos sobre promoção da saúde e enfrentamento da doença.

ção Básica em Saúde”, onde o pesquisador/aluno atuava diretamente com os sujeitos usuários, ouvindo suas queixas e necessidades ao adentrarem no serviço de saúde. Ficou evidente, nesse estudo, que muitas vezes os sujeitos iam até o serviço de saúde para buscar informação de seus direitos e funcionamento dos serviços, mas nem sempre eram acolhidos pelos profissionais.

A partir do ano de 2007, como profissional, percebi no dia a dia do trabalho com a equipe, e na busca de um relacionamento dialógico nos encontros com a população e no exercício de ouvi-los, a possibilidade de criação de vínculo e a troca de saberes.

O que chamou a atenção foi o fato da pouca participação popular e a falta de informação dos direitos à saúde das pessoas que procuravam a ESF, sendo esse o nó crítico que motivou a reflexão da problemática da referida experiência.

O direito à informação é um passo para a concretização da democracia que, inúmeras vezes está em segundo plano nos encontros interpessoais, nas diversas áreas do setor saúde. A Política Nacional de Comunicação e Informação na Saúde, resultado da XII Conferência Nacional de Saúde – CNS (2003), dentre outros requisitos, coloca que esta serve para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando num Sistema

Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento e o controle social, visando produzir melhorias para a população e garantir o direito a informação. (BRASIL, 2003).

No que tange à realidade do sistema, nem sempre é assim que ocorre, geralmente, nos encontros com os usuários nos diversos setores da saúde, são repassadas todas as informações até “encher a cabeça” do sujeito, como se fosse uma caixa registradora, essa prática, além de inviabilizar o processo de participação popular dialógica e articulada com os demais atores da saúde como profissional de saúde, gestores, caracteriza-se como educação bancária (FREIRE, 2005).

É claro que são vários os entraves encontrados pelos profissionais no processo de trabalho, como: o trabalho não realizado em equipe, o atendimento do sujeito fragmentado e centrado no saber médico, além de problemas de infraestrutura e assuntos que tangem aos direitos trabalhistas, principalmente os baixos salários e a falta de um plano de cargos e salários factível. Embora estas sejam peças no contexto do trabalho em saúde, não podem servir de justificativa para a falta de “mão-dupla” nos encontros com os sujeitos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Acredito que se na rede básica de cuidado todos os atores estivessem “tocando a mesma melodia”, seríamos capazes de dar uma reviravolta no atual quadro de saúde. Temos que fazer diferente, pensar coletivamente, não podemos ficar de braços paralisados e mãos longes umas das outras, e sim, caminharmos juntos, de mãos dadas, agregando outros setores **além do serviço de saúde.**

Dentro desta lógica intersetorial de compreender as concepções de saúde, no ano de 2004 foi criado o Departamento de Gestão da Educação e Saúde – DEGES, instituindo a Portaria nº 198 GM/MS que regulamenta a Educação Permanente em Saúde – EPS. Uma das premissas da EPS são as Rodas de Discussão em Saúde, considerando o quadrilátero: órgão formador (discente e docente), gestores, trabalhadores e usuários, na qual a base de todo o processo pedagógico se fundamenta na relação dialógica.

Talvez seja este um desenho possível de pensar educação em saúde, para se chegar o mais próximo do ideal para fazer saúde com democracia e descentralizá-la do saber somente técnico, dando voz e vez para outros atores, e estabelecer uma relação de diálogo.

Como escopo da discussão, sustendo-me na atual proposta de Educação Permanente em Saúde, que tem como foco

a Educação em Saúde, citada por diversos atores no processo de cuidar e fazer saúde. Acerca dessa temática, o Ministério da Saúde, quando trata da Educação Permanente na Saúde, coloca que durante o processo educativo deve-se basear na aprendizagem significativa que, diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos, na aprendizagem significa acumulamos e renovamos experiências. (BRASIL, 2005).

Neste contexto, o objeto do presente relato é demonstrar como se processou a aplicação na prática, no dia a dia do trabalho, a Metodologia da Roda de Discussão em Educação Permanente em Saúde realizada por este enfermeiro, e como esse processo educativo tem contribuído para fomentar a participação e a inclusão dos sujeitos-usuários como atores do processo de trabalho em saúde. Neste sentido o estudo está organizado em dois tópicos, no primeiro apresentamos a fundamentação teórica, o segundo elucidamos o relato de experiência e considerações finais.

FUNDAMENTANDO A CAMINHADA: PENSANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pensar a saúde como algo libertador, acrescido de que somos capazes de fazer diferente, pensar diferente, é um grande desafio para projetar o atual modelo de educação em saúde

de forma a ser mais humanizado e democrático. É preciso pensar educação em saúde em outra lógica. Perna (2000, p. 102) menciona que o “termo educação tem origem no latim, *exducere*, conduzir para fora, pretendendo indicar o sentido de provocar para que aconteça uma mudança de dentro para fora”. Podemos pensar este sentido de educação juntamente à compreensão que Paulo Freire (2010, p. 52) tem do processo educativo, quando afirma que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua construção”.

Freire (2010) acredita que cada ser humano deva participar na elaboração de seu processo educativo. A proposta freireana implica em uma metodologia diferenciada e motivadora, em que as conquistas das ânsias populares são resultados de transformações radicais na sua individualidade, mas individualidades tecidas na coletividade. Não é apenas um método de alfabetização, ou um norte para pesquisa, mas uma forma de evidenciar os conflitos, pois considera o processo educativo implicado um processo de politização. Isso só é possível indo além do método e incorporando-o como Sistema de Educação. Maciel (1983 *apud* WOSNY, 1994, p. 12) diz que:

Quando operamos o Sistema Paulo Freire de Educação, estamos lidando com a categoria social de comunicação. [...] A catego-

ria fundamental dentro de que está mergulhado o Sistema Paulo Freire de Educação é a categoria sociológica e antropológica de comunicação.

Dentro dessa perspectiva, desenvolvi uma prática educativa baseada no referencial pedagógico de Paulo Freire, por entender que a saúde e a educação caminham juntas. A proposta foi encaminhada no sentido de estabelecer um processo de comunicação congruente do enfermeiro e demais integrantes da equipe da Estratégia Saúde da Família com a população.

Acredito que a proposta de educação dialógica e problematizadora de Paulo Freire podem contribuir no sentido de despertar na população as ideias de luta pelo direito à saúde, pois faz do educando sujeito do pensar, em que o educador-educando (profissional de saúde) e educando-educador (população) relacionam-se intrinsecamente.

A educação, segundo Paulo Freire (2010, p. 81),

[...] tem como objetivo promover a ampliação da visão de mundo e isso só acontece quando essa relação é mediatizada pelo diálogo. Não no monólogo daquele que, achando-se saber mais, deposita o conhecimento, como algo quantificável, mensurável naquele que pensa saber menos ou nada saber. A atitude dialógica é, antes de tudo, uma atitude de amor, humildade e fé

nos homens, no seu poder de fazer e de refazer, de criar e de recriar.

Nessa relação íntima de diálogo com o educando ambos se educam, não só o educador, estabelecendo entre nós (eu como profissional, profissionais da equipe e a população) uma relação igualitária, sem esquecer suas diferenças.

Segundo Freire (2002, p. 78):

[...] a educação como prática de liberdade não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos, não é o ato de depositar informes ou fatos nos educandos; não é a “perpetuação dos valores de uma cultura dada”; não é o esforço de adaptação do educando ao seu meio. Para nós, a educação como prática de liberdade é, sobretudo e antes de tudo, uma situação verdadeiramente gnosiológica. [...] Educador-educando e educando-educador, no processo educativo libertador, são ambos sujeitos cognoscentes diante de objetos cognoscíveis, que se mediatizam.

O que Freire (2002) esclarece é que o processo educativo deve acontecer a partir dos saberes adquiridos nas próprias experiências das pessoas que se educam. Estes saberes, então, serão o substrato para os indivíduos construírem outros saberes, mais elaborados, rumo ao que chama de consciência

epistemológica, sempre mediados pelo diálogo. A consciência ingênua seria aquela elaboração primeira sobre um objeto, ao nível de como ele aparece. A consciência epistemológica seria a elaborada para além do objeto, inserindo-o em suas múltiplas determinações, situando-o e fazendo o sujeito situar-se no mundo.

O educador-educando seria o mediador para que os educando-educadores possam construir esta consciência, a que o educador-educando já atingiu em relação aos objetos foco de ensino-aprendizagem. Veja-se que, na educação freireana, some a polaridade professor – agora tido com educador-educando – e aluno – agora tido como educador-educando – justamente porque na relação dialógica as intervenções do “aluno” ajudam ao professor reelaborar o que sabia do objeto a ser conhecido e, desta forma, a reelaborar sua práxis.

Então, ambos ensinam e aprendem, mas cada um o faz segundo o seu lugar específico na relação educativa. Por isto, para Freire, há diferenças entre professores e alunos, mas estas diferenças não precisam ser vistas como desigualdades, ou seja, não devem estabelecer hierarquia entre os dois sujeitos. O diálogo seria esta problematização do mundo, o pronunciamento do mundo, elaborado entre os homens em relação, rumo à

consciência epistemológica, condição para a conscientização e para a libertação da condição opressora.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: E O DIÁLOGO? DA PIRÂMIDE PARA O CÍRCULO.

O atual Sistema de Saúde é resultado de um processo histórico de lutas e discussões sobre saúde. Nos anos de 70 e 80, do século XX, ocorreu um movimento chamado “movimento sanitário”, liderado por representantes de diversos segmentos sociais como: profissionais de saúde (enfermeiros, médicos etc.), donas de casas, grupos religiosos, sindicalistas, dentre outros. Esses cidadãos estavam cansados de viver em situações sociais vulneráveis e sem acesso de todos à saúde, pois a saúde era somente para quem tinha melhor poder aquisitivo, por assim dizer. Visando melhores condições de atendimento e um sistema que atendesse ao coletivo, a ideia norteadora era que o governo e a sociedade criassem mecanismos que garantissem saúde para todos.

Em 1988, foi determinado na Constituição Federal, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. “Nasce” então, em 1990, o Sistema Único de Saúde, após aprovação no Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 e a

da Lei nº 8.142, que garante a participação popular no Sistema de Saúde.

Vivenciamos atualmente no SUS o modelo de educação em saúde curativista ou medicocêntrico, onde o ouvir o sujeito e resgatar seu conhecimento é raro, ficando o direito às informações negadas inúmeras vezes, resultado do modelo cartesiano de se fazer saúde.

Pouco é feito pelos profissionais de saúde para criar mecanismos dialógicos com a comunidade, visando estabelecer um processo de troca de saber, são realizadas somente atividades programadas de acordo com as patologias prevalentes (os ditos Grupos Operativos Terapêuticos – GOTS) evento que ocorre principalmente nas Estratégias da Saúde da Família.

Faria (1999), em um texto intitulado “O diálogo entre intersubjetividades na saúde”, expõe a importância do processo comunicacional no processo de trabalho na saúde e na enfermagem. Coloca que o processo comunicacional proporciona no momento circunscrito da ação terapêutica, seja ela individual ou coletiva, a possibilidade de atender às necessidades dos sujeitos, pois tal encontro é permeado pela ação dialógica.

Talvez seja a falta do diálogo o grande nó crítico no atual modelo de educação em saúde, o que faz com que o profissional privilegie os dados biológicos dos sujeitos nos encon-

tros do espaço circunscritos na Unidade de Saúde, esquadri-
nhando o sujeito em partes biológicas, detendo toda a atenção
na parte que dói, esquecendo-se do sujeito como um todo, o
ser pensante, crítico, possuidor de cultura, religião, dentre ou-
tros.

Falando do diálogo, Fiori (2005, p. 5) enfoca que:

[...] o diálogo é então, esse encontro dos
homens, medializados pelo mundo. E, con-
seqüentemente, a cada ser humano impõe-
se o desafio do aprender a dizer a sua pala-
vra, como exigência fundamental de sua
humanização. É a partir dessa pronúncia
singular que nós nos tornamos sujeitos his-
tóricos capazes de construir intersubjetiva-
mente uma sociedade em comunhão de ob-
jetivos e vivências.

Criou-se o encurtamento do diálogo dos sujeitos usuá-
rios com os profissionais de saúde e entre profissionais x profis-
sionais. O corre-corre dos profissionais para atender o mais
rápido possível determinado número de pessoas faz com que
haja uma demanda reprimida e desordenada de encaminha-
mentos a especialistas e a fragmentação do processo de saúde
e de educação em saúde, privilegiando a parte corporal, não o
sujeito visto com um todo.

Para discorrer a respeito da educação em saúde, acredito ser necessário revisitar o modelo vigente de atenção à saúde, este colocado em forma de pirâmide que tem como foco o modelo medicocêntrico baseado na especialização profissional e na fragmentação do sujeito.

Cecílio (1997, p. 475), enfoca que

A pirâmide só faz sentido, no senso comum, quando vemos sua base mais larga voltada para baixo e a mais estreita para cima. A sua imagem contrária, apresentada de forma invertida, dá ideia de instabilidade e transmite a sensação de que algo está errado. Assim, associar o modelo assistencial à figura da pirâmide nos coloca em uma armadilha dos sentidos, que fatalmente nos faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema e número crescente de atendimentos que podem dar a impressão de que a população está sendo atendida em suas necessidades, mas, de fato, não está. O tratamento feito, na maioria das vezes, é apenas paliativo, do tipo queixa-conduta ou, para cada sintoma, um medicamento, de modo que o problema de fundo de quem está buscando o atendimento não é enfrentado.

A respeito da atenção, Cecílio (1997, p. 471) coloca que:

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios.

É claro que não podemos pensar que é somente a rede básica que vai dar conta de atender todas as necessidades da saúde, mas necessita-se ter um sistema resolutivo em todas as instâncias da saúde.

Cecílio (1997) defende, então, o círculo, pois pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz.

RESULTADO DA CAMINHADA: RODA DE DISCUSSÃO E CONTRIBUIÇÃO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE LIBERTADORA.

Apontar nas entrelinhas a importância do diálogo nos encontros entre os diversos atores da saúde e a necessidade de repensarmos o atual modelo de educação em saúde que vivenciamos foi a grande problemática que me motivou como enfermeiro e profissional da saúde, a buscar em outras fontes de informação além das propriamente ditas referências da saúde,

informações que não fossem as tradicionais que são voltadas para a dimensão orgânica e reducionista do corpo, que quase nada fomentam o diálogo e a participação popular. Foi na proposta da educação libertadora e na metodologia problematizadora de Paulo Freire elucidada em sua Obra Pedagogia do Oprimido que encontrei um novo olhar no cuidar e compartilhar saberes, com a equipe de trabalho e com a população.

O conhecimento da metodologia problematizadora de Freire, vinculado à experiência de ser Facilitador de Educação Permanente em Saúde, adotando o princípio da Roda de Discussão, como método de condução dos encontros com a população, contribuíram para encarar a realidade do atual modelo de saúde de uma forma mais humana e acolhedora.

A utilização da Roda de Discussão em Educação Permanente aconteceu de forma processual. Na medida em que conhecia a realidade social, cultural, política e o sistema de saúde local, pude avaliar a melhor forma de condução do trabalho com a metodologia de rodas dentro do processo de trabalho em saúde. A acolhida que recebi do gestor de saúde, dos profissionais e, principalmente da população, foram positivas e determinantes, para adotar o princípio da roda de discussão dentro do processo de trabalho na Estratégia da Saúde da Família – ESF.

Como coordenador da ESF, tinha a tarefa de conduzir as reuniões de equipe, o que possibilitou ainda mais fomentar a proposta da roda de discussão. No entanto, parti da ideia de entender o que os profissionais da ESF do bairro Katiara, onde eu prestava serviço, sabiam da roda de discussão de educação permanente em saúde.

Adotei como método, para melhor compreensão e conhecimento dos sujeitos profissionais, a realização de reunião de equipe todas as quartas-feiras do mês, sendo que participavam das reuniões: nove agentes comunitários de saúde – ACS, três técnicas de enfermagem, um médico (destaco que esse profissional nem sempre estava presente nas reuniões devido outras atividades), uma odontóloga (essa também nem sempre estava, pois morava em outro município, além de ter a carga horária diferenciada na unidade de saúde).

No decorrer da caminhada percebi, através da observação e de uma enquete que realizei com os profissionais da equipe (em que questionava: o que sabiam de educação em saúde? E o que é roda de discussão?) que a grande maioria dos profissionais nunca ouviu falar do termo, mas entendia que era algo que envolvia as pessoas dentro de um círculo.

Em nossa primeira reunião levei um texto, que tratava da Educação em Saúde na ótica de Paulo Freire e a Roda de

Discussão, em que a discussão apontava para um caminho de resolução de problemas coletivos em saúde, através do planejamento dentro da roda de educação permanente. Participaram desse encontro: nove agentes comunitários de saúde, duas técnicas em enfermagem e uma odontóloga. Esse encontro foi o “pulo do gato” para iniciar a aplicação da roda de discussão. Neste encontro, por sugestão dos profissionais, foi solicitado que mudássemos o nome, reunião de equipe, para roda de discussão. Fiquei muito empolgado com essa iniciativa, pois aferiu outro valor filosófico aos encontros nas quartas-feiras, e essa é a proposta da educação libertadora, os sujeitos se tornarem ativos, capazes de modificar sua realidade.

Quando apresentei a proposta de na roda de educação em saúde agregar o chamado quadrilátero em saúde (gestor, profissionais, instituições de ensino, população), houve uma aceitação ainda maior, pois os agentes comunitários de saúde demonstraram-se muito desmotivados e indignados com a maneira com a qual o gestor municipal os tratava, eis a fala de um agente: *“Como vamos fazer para a gestora vir até aqui, ela nem sai da sala dela, quando vamos lá é difícil falar com ela, está sempre ocupada”* (ACS X).

Após a fala, sugeri que fizéssemos um planejamento estratégico das necessidades logísticas que a ESF estava preci-

sando e convidássemos a Secretária Municipal de Saúde para participar da Roda de Discussão. Ainda nesse encontro foi realizada a pactuação com os ACS e Técnicos em Enfermagem, para que refletissem sobre seu ambiente de trabalho, dando sugestões para melhoria, fazendo anotações para serem discutidas na próxima roda de discussão.

A roda de discussão seguinte teve como objetivo realizar a problematização da logística da ESF e discutirmos a forma de chamarmos a gestora para sentar em roda para apresentarmos a proposta de planejamento. Nesse momento, foram divididas tarefas e responsáveis para realizá-las. Foi feito um quadro esquemático dos problemas em um papel, com a dimensão de 6 metros quadrados sobre a lógica do MAPP (um método rápido e prático de planejamento, que envolve quinze passos), que apontava os problemas levantados das mais variadas ordens pelos profissionais, sendo esse o instrumento didático a ser apresentado para a gestora. Fiquei encarregado de fazer um convite digitado, para ser entregue pelos ACSs à gestora, sendo este convite com entrega formal a maneira escolhida para nos aproximarmos da gestora. Finalizamos esse dia com a reflexão da música do cantor baiano Raul Seixas, intitulada “Metamorfose Ambulante”.

A escolha dessa música fundamenta-se por focar em sua letra que estamos em mudança permanente, que não somos seres inertes ao mundo, mas somos sujeitos do mundo, e que a partir da leitura do mundo, somos capazes de transformar nossas práticas do cotidiano. A música suscitou nos membros da equipe, o despertar crítico de termos nossas opiniões dentro de um determinado grupo e que somos atores cognoscentes dentro do processo de trabalho, não mera metamorfose ambulante. Na fala da técnica de enfermagem X, isso se evidencia: *“entender que sou atora dentro da roda, e que posso contribuir para a mudança, é o que me motiva vir trabalhar todos os dias na ESF, saber que sou importante para a comunidade do bairro”*.

Em outro encontro, o ponto de pauta da roda de discussão foi: como foi a entrega do convite para a gestora de saúde, e a estratégia de envolver a comunidade no processo da roda de discussão como prática de educação em saúde. A entrega do convite aconteceu pelos agentes de saúde que foram na sala da Gestora de Saúde e formalizaram a entrega, e falaram do que se tratava e explicaram superficialmente os princípios da roda de discussão. A gestora agendou uma data, 15 dias após a entrega do convite, para ir até a ESF participar da discussão e ver a proposta. Quanto à participação popular no proces-

so da roda de discussão, foi sugerida por um ACS que procurássemos o líder do conselho local de saúde, sendo que ele próprio era um conselheiro, representante dos profissionais de saúde. Ficou pactuado que eu e o ACS iríamos procurar os conselheiros locais de saúde para expormos a proposta.

Conseguimos agendar uma reunião com os representantes do conselho local de saúde na ESF, após o término das atividades de trabalho. Na reunião estavam presentes o presidente do conselho, a secretária, o tesoureiro, e dois representantes dos profissionais de saúde, o ACS e o médico da unidade. A reunião durou cerca de 1 hora e 20 minutos. Iniciou com uma apresentação rápida, em seguida com minha fala, sobre a importância da reunião com os líderes locais, quando explanei sobre a proposta da roda de discussão e passei a palavra para o presidente do conselho local de saúde. Ele relatou que a proposta é muito boa, e sugeriu que reuniões como essas fossem realizadas com mais frequência, e questionou como iríamos fazer acontecer às rodas de discussões com a comunidade.

O médico da unidade, na condição de conselheiro, tomou a palavra, e sugeriu que fizéssemos um grupo de discussão em saúde com cada grupo de portadores de agravos de saúde. A ideia dada pelo médico foi muito questionada pelos presentes, até que o ACS tomou a palavra e sugeriu que déssemos um

nome para esse grupo, que não dividíssemos os sujeitos por patologias. Tomei a palavra e sugeri o seguinte nome: “Grupo de saúde e discussão do SUS”, todos aprovaram o nome. A próxima etapa foi ver a forma de como iríamos realizar isso no dia a dia do trabalho. O presidente sugeriu que os profissionais da ESF organizassem o grupo e organizassem um cronograma de tarefas com datas, e o conselho de saúde ficaria responsável de divulgar para a comunidade.

Em outro momento, em reunião com os profissionais da ESF, foi apresentada a proposta do presidente do conselho local de saúde e o nome do grupo. Todos estavam de acordo com o nome e passou-se à discussão do cronograma de atividades e como iria acontecer a chamada da população para sua participação. Os agentes comunitários de saúde ficaram responsáveis por comunicarem os moradores de suas microáreas. Fiquei encarregado de conduzir os encontros, e nossa primeira reunião com a comunidade teve como tema: “Os direitos e deveres dos usuários no SUS”, que aconteceu após a reunião com a gestora municipal de saúde, descrita a seguir.

Chegada a hora, realizamos a reunião com a gestora de saúde a convite da equipe e como já enfocado, o convite foi entregue pelos ACSs; a gestora pode comparecer 15 dias após a data de entrega: nessa roda de discussão convidei a diretora de

atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do município para participar também e o conselheiro local de saúde, todos compareceram. Iniciamos com uma dinâmica conhecida como a “do cordão”, que tem como ideia geral envolver as pessoas dentro de uma rede de responsabilidades, pois ao fim da dinâmica o rolo de cordão forma uma teia ininterrupta.

Após a dinâmica a gestora tomou a fala, parabenizou a equipe pela iniciativa, e relatou nunca haver participado de uma reunião em ESF em que estivesse reunido o representante do conselho local; enfocou que era a presidente do conselho municipal de saúde e que essa experiência havia servido de exemplo para ser levado para o conselho municipal de saúde. Foi apresentado o planejamento realizado pela equipe e, em seguida, discutidos no coletivo. A gestora demonstrou-se muito interessada na proposta da equipe, de reestruturar a logística da unidade e de criar as rodas de discussão.

Na oportunidade, falei da roda de discussão, e do encontro que planejamos com a comunidade e convidamos a gestora para participar, que aceitou o convite, e relatou que dali para frente estaria dentro da roda de discussão junto com todos; convidou-me para ir até sua sala em outro momento para falar-lhe da proposta da roda de discussão. Entreguei-lhe, na

oportunidade, material que falava de educação permanente e das rodas de discussão.

O grande dia, o encontro com a população: a expectativa era grande, pois não tínhamos noção do número de pessoas que iria vir. Mas chegou a hora, tudo estava organizado, no local, os bancos organizados em forma de roda, e uma mesa preparada pelos agentes de saúde, com várias frutas para serem degustadas no final da reunião por todos, ideia esta da gestora municipal. Foram chegando os primeiros participantes, recepcionados no portão da ESF, gente simples, com olhar desconfiado, mas com uma alegria que nunca vi igual. Quando olhei para os bancos, já estavam quase lotados, cerca de 45 pessoas, mas não parava mais de chegar gente, teve gente que ficou até em pé. Segundo o levantamento dos ACSs, compareceram entre gestora e sua equipe e população, cerca de 170 pessoas.

Iniciei a condução da roda de discussão, falando quem eu era, o motivo pelo qual estávamos reunidos, em seguida, pedi para cada um falar os seus nomes, e assim se fez. Quando iniciei a fala, e coloquei que o assunto era sobre os direitos e os deveres dos usuários do SUS, um senhor de idade morador do bairro, comentou: *“senhor, essa reunião é das boas, a gente até pode dizer o nome e a chefe da saúde está aqui no meio de*

nós”. Nem tive palavras, pois esse era justamente o foco do encontro, trabalhar a subjetividade dos sujeitos, no sentido de eles se sentirem atores do processo, não meros espectadores. E nesse clima a reunião fluiu, à medida que eu ia colocando os assuntos, os questionamentos iam surgindo.

Ao final desta roda de discussão, fizemos um cronograma de atividades educativas a serem desenvolvidas no tempo de nove meses com a comunidade. As atividades envolviam: teatros nas escolas do bairro, rodas de discussão em campos de futebol, rodas de discussão na ESF, rodas de discussão com gestantes, rodas de discussão com homens acima de 40 anos, rodas de discussão com adolescentes dentre outras. Ressalto que os temas das rodas não eram levantados somente pelos profissionais, criamos na ESF um caderno de sugestões da comunidade de temas e locais para serem realizadas as atividades.

Essa proposta foi válida, pois dentro da lógica de Freire (2005) estávamos criando um espaço de diálogo e de respeito de opiniões, pois para dar opiniões os sujeitos tem que refletir sobre a realidade onde se está inserido. O que chamou atenção foi a iniciativa de uma adolescente ter me procurado na ESF e se disponibilizado para tomar conta do caderno de sugestões da comunidade, gostei da ideia e oportuneizei esse processo. Por

motivos de estudo, ela permaneceu por três semanas na ESF, e o caderno de sugestão da comunidade ficou aos cuidados da técnica em enfermagem da ESF. O processo de sugestão da comunidade no primeiro mês foi considerado razoável, e aumentou conforme íamos desenvolvendo as atividades propostas.

No período de um ano e seis meses em que prestei serviço na ESF, percebi que a comunidade deixou a timidez de lado e começou a cobrar seus direitos de saúde, através de questionamentos, sobre fluxos de encaminhamentos, como funcionavam os programas do SUS, qual o papel dos profissionais, apontamentos feitos principalmente nas rodas de discussão, mas que estavam presentes no dia a dia de trabalho. Em um determinado momento na ESF, uma senhora que participava assiduamente das rodas de discussão procurou-me para solucionar um agravo de saúde de seu esposo que era acamado e não estava recebendo visita domiciliar do médico do ESF, e questionou: *“olha pelo que pude aprender nas reuniões do posto [nas rodas], a visita domiciliar é função do médico fazer, e nosso direito receber, vim aqui cobrar o meu direito de moradora do bairro e de cidadã, como fica agora?”* Penso que a reivindicação feita por essa senhora dá pista que algo foi despertado na comunidade através das rodas de discussão, talvez a possibi-

lidade de ler o mundo de outra forma e sentindo-se incluído como ator capaz de modificá-lo. Essa foi basicamente a caminhada para a aplicação da roda de discussão nesta unidade de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Acredito que essa prática em si não foi suficiente para a conscientização de todos os sujeitos do bairro, mas os sujeitos que entraram na roda demonstravam mais consciência de seus direitos e de seus papéis como cidadãos. A roda, além de servir de espaço de diálogo com a comunidade, contribuiu para integração dos profissionais.

Ficou evidente nos encontros com os profissionais e a população sua satisfação em serem ouvidos e colocados como atores dentro do processo, segundo a lógica de Freire. (FREIRE, 2005).

Destaco que a postura do profissional que conduz a roda precisa ser a mais verdadeira possível, e que os encontros com a comunidade requerem muita paciência e dedicação, no entanto, devemos dar importância para todos os sujeitos e é fundamental incluir o respeito por suas opiniões dentro das práticas de educação em saúde. Penso que a roda de discussão

estimula o vínculo dos profissionais com a comunidade, e serve como ferramenta importante do processo de trabalho na saúde, sendo que o diálogo nela estabelecido tem “mão-dupla” e todos são atores. Finalizo esse texto com o dizer de Freire (2002): “Ninguém educa ninguém, os homens se educam em comunhão”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 out. 2012.

BRASIL. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 jun. 2010.

BRASIL. *Lei nº 8.142*, de 28 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 e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 19 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A Política Nacional de Comunicação e Informação na Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198 GM/MS*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2012.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022>. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>. Acesso em: 19 out. 2012.

FARIA, Eliana Marília. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.) *O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa Livros 1999. p. 121-150.

FIORI, Ernani Maria. Aprender a dizer a sua palavra. In: FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 48 reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. p. 07-22.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*. 41. reimpressão. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 48. reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

PERNA, Paulo de Oliveira. *O controle social na ponta do SUS: o caso de Pontal do Sul – Município de Pontal do Paraná – PR*. 2000. 128 f Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde, Modalidade Interinstitucional: Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, 2000. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/Dissertacao_Paulo%20Perna.pdf>. Acesso em: 19 out. 2012.

SANTOS, Henriette dos. *et al. O processo de trabalho em saúde – Unidade de Aprendizagem: Trabalho e relações na produção do cuidado em Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

WOSNY, Antonio de Miranda. *Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde*. 1994. 149 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 1994.

