

# **Metodologia problematizadora na promoção à saúde: fichas e círculo de cultura**

Andre Alexey Polidoro<sup>1</sup>, Marco Aurélio Da Ros<sup>2</sup>, Jacqueline Aedinet Pruner Polidoro<sup>3</sup>

## **Resumo**

A educação em saúde é uma das ações que devem acontecer no âmbito da atenção básica e da unidade de saúde, embora se observe que esta prática vem sendo confundida com a prática tradicional de transmissão vertical de conhecimentos. No entanto, a educação em saúde possui seus alicerces na educação popular, que proporciona ferramentas através do diálogo e da construção ativa do conhecimento a partir da realidade dos sujeitos. Assim, pretendemos avaliar, neste artigo, a importância das fichas de cultura, ferramentas da educação popular, na execução do círculo de cultura realizado em uma unidade de saúde com a finalidade de promover saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação participante, realizado em uma unidade de saúde em Santa Catarina. O estudo contou com 20 sujeitos participantes. Os resultados demonstraram, na prática, a associação das fichas de cultura com a teoria proposta ao estabelecer, junto com outras ferramentas, dialogicidade, conhecimento do sujeito e seu universo vocabular; ponto de partida nas condições de existência das massas oprimidas. Portanto, reflete-se sobre a prática educativa problematizadora na atenção básica para promoção de saúde em uma comunidade.

## **Palavras-chave**

Educação Popular. Círculo de Cultura. Fichas de Cultura. Promoção à saúde.

**1.** Mestrando em Saúde e Gestão do Trabalho na Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina; médico da Estratégia de Saúde da Família em Itapema, Santa Catarina. E-mail: andre\_alexey@hotmail.com.

**2.** Pós-doutor em Educação Médica pela Università di Bologna, Itália; professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí e no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária Regional de Chapecó, Santa Catarina. E-mail: ros@univali.br.

**3.** Pós-graduanda (Especialização) em Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família na Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina. E-mail: jackipruner@gmail.com.

# **Problem-posing methodology in health promotion: themed flash cards and culture circles**

Andre Alexey Polidoro\*, Marco Aurélio Da Ros\*\*, Jacqueline Aedinet Pruner Polidoro\*\*\*

## **Abstract**

Health education is one of the actions that should happen in the context of Primary Care and healthcare units, although it has been confused with the traditional practice of vertical transmission of knowledge. Health education has its foundations in popular education, which provides tools by means of dialogue and active construction of knowledge from the perspective of the subjects. Thus, this article intends to evaluate the importance of themed flash cards, popular education tools, in the implementation of culture circles carried out in a healthcare facility in order to promote health. It is a qualitative study, a participant type of action research, performed in a healthcare facility in Santa Catarina. The study consisted of 20 subjects. The results showed, in practice, the association of themed flash cards with the theory proposed to establish, along with other tools, dialogics, knowledge on the subject and their vocabulary; the starting point for the existence of the oppressed masses. Therefore, it invites a reflection on the practice of problem-posing education in primary care to promote health in the community.

## **Keywords**

Popular Education. Culture Circles. Themed Flash Cards. Health Promotion.

\* MSc student in Health Management, University of Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brazil; Family Health Strategy GP in Itapema, Santa Catarina, Brazil. E-mail: andre\_alexey@hotmail.com.

\*\* Postdoctorate in Medical Education, Università di Bologna, Italy; professor for the Masters Program in Health Management, University of Vale do Itajaí, and for the Postgraduation Program in Health Sciences, Universidade Comunitária Regional de Chapecó, Santa Catarina, Brazil. E-mail: ros@univali.br.

\*\*\* Student on the Specialization Course on Multiprofessional Residency, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brazil. E-mail: jackipruner@gmail.com.

## Introdução

A atenção básica constitui-se como o conjunto de ações que atua em âmbito individual e coletivo para “promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde” (BRASIL, 2012, p. 19). Esta forma de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com todos esses serviços acontecendo próximos da moradia das pessoas, de maneira descentralizada, é uma das características marcantes da atenção à saúde no Brasil e ratifica a importância das unidades de saúde na dinâmica desse sistema (BRASIL, 2012).

A unidade de saúde, frequentemente considerada apenas em sua função de “porta de entrada” do SUS, também é responsável por desempenhar diariamente as ações acima citadas, de acordo com sua capacidade de gerir seu território, com adequada adscrição do mesmo, e de desenvolver estratégias para a garantia de acesso, longitudinalidade, vínculo, entre outros, nas quais a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é também uma estratégia fundamental (BRASIL, 2012). Nessa multiplicidade de ações, observamos que o encontro das mesmas dificilmente acontece de maneira simétrica. Não há dúvidas de que, historicamente e de forma generalizada, a ação curativa ocupa a maior parte do trabalho de qualquer unidade de saúde, absorvendo a maioria da força de trabalho presente e dos recursos materiais investidos (VASCONCELOS, 2006). Essa lógica curativista, proveniente do modelo biomédico hegemônico, é reforçada pela pressão da demanda e pelas iniquidades presentes na proporção número de habitantes por equipe, frequentemente acima do sugerido pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Longe de ser a única causa, Oliveira e Wendhausen (2014) observaram que também a prática, persistente por décadas, de um

modelo centrado nas doenças possui, nos próprios pacientes, um perpetuador desse tipo de ação de saúde, sendo que outras ações correm o risco de não serem valorizadas ou entendidas, como provável resultado da intensa medicalização a que todos fomos submetidos.

Além da prática curativa, verifica-se também um empenho em práticas preventivistas, presentes tanto em ações locais quanto em programas em âmbito nacional, como prevenção de cáries, atuação em fatores de risco cardiovasculares e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo. A prática preventiva encontrou nas atividades em grupo um campo importante para a “transmissão dos conhecimentos” a um maior número de pessoas (FREITAS; BARREIROS; DOHMS, 2006).

Entretanto, a promoção de saúde, uma das ações citadas na Constituição Federal e previstas para acontecer também na atenção básica, não é, com frequência, praticada na unidade de saúde. Apesar de não ser o objetivo deste artigo, o debate em torno da própria definição de promoção à saúde prejudica a sua prática, já que diferentes concepções levam a práticas diferentes (BUSS, 2000). Também é fato que, em alguns locais, a prevenção de doenças é confundida com promoção de saúde, causando uma dissociação entre discurso e prática (FERREIRA NETO; KIND, 2011). A diferença entre prevenção de doenças e promoção de saúde torna-se nítida ao entendermos que as duas entidades são provenientes de formas diferentes de pensar o processo saúde-doença, sendo que a prevenção é centrada na doença e a promoção é focada na saúde (CZERESNIA, 2008). Segundo este autor, para realizar promoção de saúde é necessária outra concepção de mundo.

Sendo a promoção de saúde um conceito amplo, utilizaremos neste artigo a concepção de Fleury-Teixeira et al. (2008), para o qual a

autonomia é a categoria central e o critério definidor da atuação em promoção à saúde. E, ao transitarmos da lógica preventivista para a lógica da promoção de saúde, percebemos que esse aspecto ganha importância máxima. Portanto, não mais na transmissão de conhecimentos, mas em uma prática construtivista e dialógica, como aquelas presentes nas propostas do principal referencial teórico da educação popular, Paulo Freire, para quem essa relação dialógica se torna mais democrática e crítica quanto mais ligada às condições de existência (FREIRE, 1967).

Refletindo sobre a realização da promoção da saúde na unidade de saúde, vê-se que a mesma possui seus alicerces lançados na educação popular. Gomes e Merhy (2011), já analisaram que a realização da educação popular em saúde rompe com palestras (com repasse de informações), permitindo o diálogo entre trabalhadores e usuários, o que será discutido posteriormente. Porém, por outro lado, as ações educativas vêm sendo largamente realizadas de maneira tradicional, ou seja, pautadas em transmissão de informações, centradas na doença, com o profissional da saúde sendo o detentor do conhecimento (JUNQUEIRA; SANTOS, 2013).

O Círculo de Cultura, metodologia usada por Freire e descrita por Brandão (1991), abrange a necessidade da dialogicidade e de se tomar as condições de existência como ponto de partida de um processo educativo. Nas suas experiências iniciais, essa condição de existência era “lida” em desenhos para, depois desse momento, permitir a construção do conhecimento. A estes desenhos dava-se o nome de “fichas de cultura”.

Pretendemos, assim, avaliar neste artigo a importância das fichas de cultura, ferramentas da educação popular, na execução do Círculo de Cultura realizado em uma unidade de saúde com a finalidade de promover saúde.

## **Metodologia**

Este artigo expõe uma parte da metodologia da pesquisa de mestrado em Saúde da Universidade do Vale do Itajaí intitulada “Roda de chimarrão como instrumento promotor de saúde na realização da atenção básica: um artefato cultural, ético e político”. O estudo constituiu-se em uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação participante, realizada a fim de promover saúde na comunidade local, tendo sido submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí e aprovado em agosto de 2015.

O estudo foi realizado na periferia de uma cidade litorânea do estado de Santa Catarina, em uma unidade de saúde com uma única equipe de ESF para cerca de 6.000 moradores, a grande parte residindo em áreas irregulares. Um dos pesquisadores é trabalhador de saúde nesta unidade.

A metodologia seguiu os passos do que Brandão (1991) denomina “método Paulo Freire” (apesar de este último repudiar a nomenclatura “método”) para a realização do Círculo de Cultura. Em primeiro lugar, em um momento anterior ao do Círculo de Cultura propriamente dito, foi pesquisado o universo vocabular dos moradores da comunidade, no chamado “momento comum de descoberta”, que aconteceu nas festas, ruas e reuniões da comunidade. Por não se tratar do ensino gramatical, a escolha das palavras deu-se apenas pela densidade pragmática do sentido.

A investigação dos “temas geradores” ou da temática significativa do povo, tendo como objetivo fundamental a captação dos seus temas básicos, só a partir de cujo conhecimento é possível a organização do conteúdo programático para qualquer ação com ele, se instaura como ponto de partida do processo de ação, como síntese cultural. (FREIRE, 1987, p. 105).

Também Roio (2007), ao aprofundar a categoria gramsciana de subalternidade e emancipação desta classe, observa a necessidade de conhecer a cultura popular para entender os elementos de rebeldia e a reação dos subalternos à dominação. Assim, o próximo passo foi a codificação dos vocábulos/das palavras em desenhos.

A codificação foi feita por uma desenhista<sup>4</sup> do bairro, adolescente, conhecedora dos costumes e do modo de vida local. Em um momento inicial, foi proposto o desenho de todas as palavras geradoras e do uso delas nas 10 reuniões que se seguiriam. Porém, durante o percurso da pesquisa, percebemos a necessidade de desenhar o que os participantes das reuniões falavam e traziam da realidade local, sendo então desenhado um tema referente à discussão anterior. A partir da síntese gráfica, ou seja, da descrição verbal feita pelo pesquisador do novo tema gerador, a desenhista realizava a nova codificação.

Nas reuniões, os sujeitos participantes decodificavam o desenho e davam início a novas discussões mediadas pelo “animador” do círculo. O desenho e a realidade inserida nele eram problematizados pelo animador para construção do conhecimento. O círculo foi um grupo aberto, denominado “Roda de chimarrão”, que iniciou suas atividades no início da pesquisa e que deu continuidade à ação mesmo após o estudo finalizado. A discussão sobre o chimarrão, como objeto de análise, poderá ser objeto de um novo artigo, já que o chimarrão foi o elemento que atraiu as pessoas para reunião, cujos critérios de agrupamento não eram as patologias ou faixa etária.

Foram realizadas dez reuniões semanais, com duração de 100 a 120 minutos cada, sendo

que 20 participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e não se enquadravam nos critérios de exclusão: idade menor que 18 anos ou não pertencer ao território da unidade de saúde local. As reuniões foram registradas em áudio. Após cada reunião, a conversa era transcrita, juntamente com dados do diário de campo. Nele, os nomes dos sujeitos participantes foram substituídos pela palavra “suj” e o número de ordem das falas.

## **Resultados e Discussão**

Durante a pesquisa do universo vocabular, foram agrupadas 9 palavras com importante sentido pragmático no bairro em questão: “incomodação”; trabalho; lixo; saúde; renda; paciência; reciclagem; chimarrão; nervos. Destas palavras, apenas as três primeiras foram usadas nas reuniões. Após o uso destas três palavras, mais seis expressões foram codificadas baseadas sempre na reunião anterior: “a gente tem que se unir”; realidade; política; democracia; compaixão; roda de chimarrão.

As fichas de cultura originadas dos temas geradores procuraram manter o padrão de desenho das fichas de cultura usadas por Freire (BRANDÃO, 1991), com desenhos simples, à mão livre, monocromáticos, associados à realidade local.

A desenhista recebeu do pesquisador as orientações da primeira palavra, “incomodação”, e retratou na ficha situações presentes no cotidiano da comunidade, como: uso de drogas, desespero, tristeza, crianças envolvidas em acidentes. Em resumo, ela conseguiu sintetizar em um desenho as más condições de vida e de moradia da maior parte da população moradora do bairro estudado (Figura 1).

**4.** Essa desenhista foi descoberta por acaso, em um almoço de domingo na casa de um dos moradores do bairro, quando vários adolescentes falavam do que gostavam e a mesma disse que gostava de desenhar. Ela entrou em contato com desenhos usados por Freire, presentes em diversas mídias e entendeu o significado das etapas de codificação e decodificação.

Figura 1 – Ficha de cultura da primeira reunião: “incomodação”.



Fonte: Ana Julia Araújo (2015).

No momento em que o grupo de participantes observou o desenho, uma das primeiras expressões foi a fala da suj4:

A casinha velha aí! Deus me perdoe, até parece a minha casa ali, né? [...] uma casinha velha assim, coberta assim, até parece! A criançada na frente!

Suj14 completa a fala:

Quem tem parente que bebe é muita incomodação. Eu tenho meu marido que bebe.

O desenho, tão próximo das condições de existência dos participantes, aproxima-os

como leitores da realidade, proporcionando a observação de sua própria vivência, o que desencadeia um momento de reflexão sobre a prática. A reflexão, sem dúvida, é a fase inicial de um processo dialético que retorna para a ação do homem no mundo, como resumido por Fiori (1987, p. 6):

estas palavras, oriundas do próprio universo vocabular do alfabetizando, uma vez transfiguradas pela crítica, a ele retornam em ação transformadora do mundo.

A consciência crítica, como chamada por Freire (1987), é a fase inicial e obrigatória para permitir a transformação do mundo. Para o educador, assim como para Marx, além de compreender o mundo, é necessário transformá-lo (SEMERARO, 2014).

A força dos argumentos de Freire não habita na mera identificação da pessoa com aquela ideia semelhante, mas sim com a identificação com o mundo real. Assim como na obra de Freire – marcada pelo reconhecimento de uma relação dialética entre oprimido e opressor e pela busca de uma pedagogia forjada com o oprimido – na pesquisa realizada, a densidade das palavras deu-se em relação a sua possibilidade de discutir a opressão real vivida, ou seja, uma pedagogia que faz da opressão o objeto de reflexão dos oprimidos (FREIRE, 1987). Para o mesmo autor, que trabalhava ativamente na alfabetização de adultos, o oprimido deve aprender a desvelar o seu mundo, antes mesmo de aprender a ler (FREIRE, 2002).

É importante perceber que as palavras escolhidas pelo pesquisador como temas geradores, após a convivência com a comunidade, tinham importante valor individual, ou relacionado à saúde, como paciência, nervos, renda, reciclagem. Porém, no caminhar das discussões, os novos termos geradores foram tendo um valor coletivo muito mais importante, decorrendo uma

transformação nos rumos da discussão, de processo saúde-doença para uma discussão da sociedade. A discussão da sociedade, na nossa leitura, não é apenas uma consequência ocasional ou um fato aleatório, mas se insere na concepção, também freireana, de educação como um ato político (CECCIM, 2007).

Vários autores fazem uma aproximação entre Paulo Freire e o filósofo italiano Antonio Gramsci. Para este, é necessário partir da realidade das massas para construir uma concepção de mundo própria e uma práxis político-pedagógica em condições de torná-las autônomas e dirigentes da sociedade (GRAMSCI apud SEMERARO, 2014). Ambos os autores entendem a necessidade de conhecer profundamente o mundo, sem a imposição da ideologia dominante, para Gramsci (VIVERO-ARRIAGADA, 2014), sem a conscientização dos dominantes sobre os dominados, para Freire (MESQUIDA, 2011). Tanto Freire quanto Gramsci são, portanto, críticos da educação tradicional, com sua metodologia tradicional (bancária) sem a problematização da realidade.

Freire, educador brasileiro, cuja metodologia foi usada e aplicada largamente neste artigo, apresentou-nos um método dialógico, construtivista, problematizador, como prática libertadora (FREIRE, 1987). Essa relação de aprendizado acontece de maneira horizontal entre educador-educando e educando-educador, visando à inserção crítica na realidade a fim de fugir das abstrações. Para ele, “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 39), sendo ambos – homens e mundo – sujeitos cognoscentes. Opõe-se, de maneira ferrenha, ao modelo tradicional, bancário, que reproduz a dominação e possibilita a domesticação.

Desta forma, os desenhos e as fichas de cultura mostraram-se ferramentas importantes no reconhecimento de mundo dos oprimidos por eles mesmos para que, além de se

identificarem, possam progredir na possibilidade de transformação daquilo sobre o que se refletiu.

Faz-se necessário registrar algumas falas da interpretação dos desenhos, momento crucial no estudo para o desenvolvimento das reflexões e discussões. Exemplificamos com o desenho no qual foi discutido o tema da compaixão (figura 2).

Figura 2 – Ficha de cultura da oitava reunião: “compaixão”.



Fonte: Ana Julia Araújo (2015).

Suj24: Tão entregando presentinho igual época de política, a senhora vai ver ano que vem, comé que vai ser, ou a senhora já sabe.

Suj10: [...] em cima do carro, aqui ele já se mandou, já deixou poeira.

Suj25: Agora, próxima eleição vai ter presente à vontade.

Suj9: [...] aqui, tudo criança é aqui, o político que veio dar presente. Aqui tem um pulacorda.

Ressalto que o suj9, demonstrou nesta fala, assim como outros participantes no decorrer da conversa, que o local onde a distribuição de presentes foi feita era o seu bairro, ao reconhecermos a palavra destacada “veio”, pois o mesmo entendeu a imagem como algo que faz parte da realidade local. Essa decodificação coincide com a realidade do bairro em questão, marcado pelo assistencialismo e compra de votos.

Além da discussão sobre o método dialógico e o encontro com a realidade, necessitamos ainda pontuar e destacar a relação desta prática com a educação popular em saúde. Essa forma de educação possui importância progressiva no cenário brasileiro a partir da década de 1970, já com as ideias de Paulo Freire e o acolhimento de ideias transformadoras por alas da Igreja Católica, formando as Comunidades Eclesiais de Base e outros movimentos similares. Esses grupos, na década de 1980, criam um terreno propício para a Oitava Conferência Nacional de Saúde e para as reformas políticas e constitucionais, sendo sua prática disseminada a partir da década de 1990, incentivado pelo próprio Ministério da Saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Historicamente, a educação em saúde era apenas um modo de convencer as pessoas a mudarem seus hábitos (recomendações médicas que evitassem doenças). Já a educação popular em saúde busca ajudar a população a conhecer as causas das doenças e a organizar-se para superação das mesmas (VASCONCELOS, 1997). Este autor, observando a possibilidade de diálogo entre equipe e saberes locais, valorizando o saber popular, verifica o aumento da análise crítica por parte dos coletivos e a participação popular.

Portanto, neste trabalho entendemos o questionamento de Oliveira et al. (2014, p. 1394), ao observar várias ações educativas:

nas ações educativas promovidas, a formulação das perguntas e as manifestações dos usuários

eram pouco estimuladas, o que nos leva a interrogar: os trabalhadores reconhecem os usuários como sujeitos capazes de reflexão e ação?

Nesta pesquisa, o objetivo foi exatamente permitir a reflexão, a crítica, a palavra, a ideia, e sua metodologia planejada para tornar isso possível. Por isso sua fundamentação em um método lúdico e que partisse da realidade das pessoas a fim de facilitar a discussão ao tomar como ponto de partida o saber das classes populares. Para Vasconcelos (2001), tomar o saber das classes populares como ponto de partida do processo pedagógico é fundamental: com importância do debate horizontal, respeito à cultura popular e questionamentos a essa cultura. Infelizmente, uma revisão de literatura mostra que a maior parte das práticas de educação em saúde ainda acontece no modelo tradicional, hegemônico, correspondendo à uma atuação centrada na doença, não no indivíduo (JUNQUEIRA; SANTOS, 2013), até mesmo com dissociações teórico-práticas, como confirmado por Ferreira Neto e Kind (2001). A prática demonstrada neste artigo experimenta uma concepção pautada na educação popular, que contraria o modelo tradicional hegemônico.

A última questão a ser levantada está na importância de conhecer o ser humano e contar com ele (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Para este autor, estes são postulados básicos da educação para a participação comunitária. Essa concepção demonstra a importância da etapa inicial do “método Paulo Freire” (BRANDÃO, 1991), de descoberta do vocabulário, do encontro com as pessoas da comunidade, da aproximação com as culturas e as crenças daquele local: momento de encontro entre “agentes de educação e as gentes da comunidade” (BRANDÃO, 1991, p. 14).

A Figura 3 mostra, de maneira bem realista, uma parte do bairro. Nesse caso, o conhecimento pode ser atribuído à desenhista local. O tema lixo, descoberto nas conversas anteriores à roda

de chimarrão ao se conhecer a comunidade, esteve presente diversas vezes sempre quando as conversas caminhavam para as condições de vida ou para as condições do bairro. A ficha de

cultura usada mostrou carrinhos de reciclagem, acumuladores de lixo, casas pobres e esgoto a céu aberto de forma muito mais nítida para aqueles que estão imersos nessa realidade.

Figura 3 – Ficha de cultura da terceira reunião: “lixo”



Fonte: Ana Julia Araújo (2015).

Por fim, na última reunião da pesquisa, foi feita a reflexão sobre a própria roda de chimarrão. Esse processo de análise e avaliação dos resultados do próprio grupo, de forma também dialógica com seus múltiplos sujeitos, permite que o processo tenha continuidade e seja sempre ajustado às novas necessidades. Neste momento, o profissional da saúde que atua como um educador popular está ciente da sua função de “educador-educando” (BRANDÃO, 1991, p. 10) e deve permitir, nessa relação com outros sujeitos, agora educando-educadores, a desconstrução de sua prática tradicional. Além disso, o profissional da saúde precisa “exercer

autonomia diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado” (ALBERTI et al., 2014, p. 81).

Portanto, os aspectos citados nos fazem refletir sobre uma prática geradora de autonomia, uma característica comum tanto da promoção à saúde quanto da educação popular. Essa prática, como demonstrada na pesquisa, pode acontecer em uma unidade de saúde, e exige o estabelecimento de um objetivo, de planejamento e de metodologia para ser alcançada. Utilizar os desenhos, etapa importante do “método Paulo Freire” (BRANDÃO, 1991), mostrou-se um instrumento efetivo para identificação das pessoas com a

realidade individual e coletiva, permitindo o desencadear das demais etapas do processo. Para Paulo Freire, assim como para os pesquisadores deste artigo, este método não é uma regra, pela possibilidade de inovação e construção e reconstrução do próprio método, tendo em vista o processo metodológico e o objetivo em questão. É necessário observar, ainda, que essa metodologia não garante com exatidão mudança de comportamentos, visto que isso infere atitudes (compreendidas como fatores que predispõem ações autônomas em condições de liberdade) (SANTOS et al., 2006). Assim sendo, trata-se também de uma prática em que os objetivos não são, definitivamente, a mudança desses comportamentos.

### **Considerações finais**

Esse artigo relaciona alguns conceitos fundamentais com uma prática exitosa realizada em uma unidade de saúde. Ele não tem a pretensão de esgotar um tema, mas de mostrar ferramentas e metodologias cujas aplicações foram bem sucedidas em um local determinado dentro de um espaço de tempo, sendo permeado e condicionado por aspectos próprios que não

reprodutíveis com exatidão no mesmo lugar.

Cada experiência é, e a retratada teve como chamariz a roda de chimarrão, objeto da cultura local. Apesar disso, não deixa de ser uma demonstração do uso de ferramentas da educação popular – até mesmo as mais simples como desenhos em cartolina – na realização da educação popular e da promoção a saúde em um ambiente geralmente hostil a práticas que buscam a autonomia e a capacidade reflexiva. Também é útil para incentivar práticas semelhantes na atenção básica, refletindo sobre possibilidades mostradas nessa experiência, que necessitarão de ajustes conforme qualquer processo de teoria, prática, avaliação, nova prática etc.

Ressalta-se, no entanto, que é necessário deixar claro, na discussão de grupo, a importância de se ir além da questão individual para uma relação (e um entendimento) de coletividade e sociedade. A experiência reforça, ainda, aspectos do coletivo e da participação popular, da relação de opressão e subalternidade e atende às expectativas daqueles que compreendem que a mudança da sociedade passa por uma reforma moral e intelectual, que talvez tenha seu início no chão de uma fábrica, à sombra de uma árvore ou em uma roda “qualquer”.

### **Referências**

ALBERTI, G. F. et al. Educação popular trabalhada em oficinas de saúde: a sexualidade durante o adolescer. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2014.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad.**

**Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, mar. 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CECCIM, R. B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 32-45.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 43-57.

FERREIRA NETO, J.; KIND, L. **Práticas grupais em saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FIORI, E. M. Aprender a dizer a sua palavra. In: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p. 2115-2122, 2008.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987.

FREITAS, F.; BARREIROS, J.; DOHMS, M. Trabalho com grupos em atenção primária. In: CUTOLO, L. R. A. (Org.); D'ACAMPORA, G. A. J. (Coord). **Manual de terapêutica: assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006, p. 107-117.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo da literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

JUNQUEIRA, M. A. B.; SANTOS, F. C. S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 66-80, 2013.

MESQUIDA, P. Paulo Freire e Antonio Gramsci ou a filosofia da práxis na ação pedagógica. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 43, p. 32-41, 2011.

OLIVEIRA, L. C. et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais de atenção primária. **Interface: comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p.1389-1400, dez. 2014.

OLIVEIRA, S. R.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.129-147, jan./abr. 2014.

ROIO, M. del. Gramsci e a emancipação do subalterno. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, n. 29, p. 63-78, nov. 2007.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SEMERARO, G. Filosofia da práxis e as práticas político-pedagógicas populares. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 28, n. 55, p. 131-148, jul./dez. 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

\_\_\_\_\_. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

VIVERO-ARRIAGADA, L. A. Una lectura gramsciana del pensamiento de Paulo Freire. **Cinta moebio**, Santiago, v. 51, p. 127-136, dic. 2014.

Submetido em 20 de janeiro de 2016.

Aprovado em 15 de março de 2016.