



Gilmara Régia Simões da Silva

A contação de histórias como estratégia de comunicação frente aos determinantes sociais da saúde na atenção primária

Eusébio

2021

Gilmara Régia Simões da Silva

A contação de histórias como estratégia de comunicação frente aos Determinantes Sociais da Saúde na Atenção Primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Idalice Silva Barbosa.

Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias.

Eusébio

2021

Título do trabalho em inglês: Storytelling as a communication strategy facing the Social Determinants of Health in Primary Care.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586c Silva, Gilmara Régia Simões da.
A contação de histórias como estratégia de comunicação frente aos Determinantes Sociais da Saúde na Atenção Primária / Gilmara Régia Simões da Silva. -- 2021.
122 f. : il. color. ; tab.

Orientador: Luiz Odorico Monteiro de Andrade.
Coorientadora: Maria Idalice Silva Barbosa.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2021.

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Comunicação em Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Contação de história. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Gilmara Régia Simões da Silva

A contação de histórias como estratégia de comunicação frente aos Determinantes Sociais da Saúde na Atenção Primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 15 de Julho de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará-UECE

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda
Universidade Estadual do Ceará-UECE

Profa. Dra Maria Idalice Silva Barbosa
Fundação Oswaldo Cruz - CE
Coorientadora

Prof. Dr Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Fundação Oswaldo Cruz - CE
Orientador

Eusébio
2021

À memória de minha avó, exímia contadora de histórias,
À minha família,
Aos meus amigos pacientes,
E a todos os profissionais de saúde

AGRADECIMENTOS

Gratidão, gratidão, e mais uma vez gratidão...

A Deus que me criou e me proporciona a cada dia tudo que eu preciso.

Aos meus familiares, pai, mãe, irmão.

Ao meu esposo, generoso, compreensivo e dedicado.

Aos meus filhos, Josué, Calebe e Sofia, que fazem bagunça de montão.

Aos meus irmãos na fé, que me cobrem em oração.

Aos meus orientadores e professores, lapidadores de alguém em formação.

Aos meus amigos pacientes que conversam e dividem comigo suas vidas e histórias.

E a todos os profissionais de saúde que compartilham suas vidas e seus saberes todos os dias em seus ambientes de trabalho.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender a contação de história como metodologia de abordagem sobre os Determinantes Sociais em Saúde para a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e comunidade. Nesse contexto, buscou-se observar como a arte de contar histórias pode facilitar o processo de comunicação no contexto da Estratégia da Saúde da Família frente aos Determinantes Sociais da Saúde. A contação de histórias como estratégia de comunicação tem a capacidade de aproximação entre o público e os profissionais da saúde, criando um ambiente no qual as pessoas são estimuladas a utilizar o raciocínio, a imaginação e os sentimentos, para aprofundar sua compreensão sobre a relação entre saúde e seus Determinantes Sociais. O método proposto tem inspiração na Sociopoética que reconhece, por princípio, o corpo como fonte de saber e legitima saberes oriundos da vivência e das práticas. A partir do uso de dispositivos, a Sociopoética reconhece e legitima os sujeitos da pesquisa como corresponsáveis pela produção do conhecimento, propondo a formação de um grupo pesquisador. A contação de história foi aqui o dispositivo adotado no trabalho de campo, e se apresenta como fonte empírica geradora de conhecimentos, e o grupo pesquisador como o centro vivo da produção do conhecimento em que a arte e a imaginação se somaram à racionalidade cognitiva, dando vida e pertinência aos saberes produzidos. Foram realizadas quatro Círculos de Cultura Sociopoéticos com o grupo pesquisador, constituído por 11 participantes, e destes Círculos de Cultura Sociopoéticos resultaram uma poesia, categorizações temáticas sobre os DSS, um desenho e duas histórias produzidas pelo grupo. E a socialização dos produtos resultantes destes encontros se deu por meio da exposição do desenho produzido pelo grupo na Capela do bairro Rosário na cidade de Barbalha, bem como a divulgação da poesia por meio da transmissão na rádio local do município e na missa da Capela do mesmo bairro. Tais produções evidenciam a contribuição da contação de histórias para a melhoria da comunicação entre a população os profissionais da ESF como ferramenta para fortalecer a Promoção da Saúde frente aos Determinantes Sociais da Saúde em localidades vulneráveis, fortalecendo a possibilidade de outras aplicações na área da saúde.

Palavras-chave: Contação de história. Determinantes Sociais da Saúde. Comunicação em saúde Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims to understand storytelling as a methodology to approach Social Determinants in Health to improve communication between health professionals and the community. In this context, we sought to observe how the art of storytelling can facilitate the communication process in the context of the Family Health Strategy facing the Social Determinants of Health. Storytelling as a communication strategy has the ability to bring the public closer together, and health professionals, creating an environment in which people are encouraged to use their reasoning, imagination and feelings to deepen their understanding of the relationship between health and its Social Determinants. The proposed method is inspired by Sociopoetics, which recognizes, in principle, the body as a source of knowledge and legitimizes knowledge arising from experience and practices. Through the use of devices, sociopoetics recognizes and legitimizes the research subjects as co-responsible for the production of knowledge, proposing the formation of a research group. Here, storytelling will be the device adopted in the fieldwork, and it presents itself as an empirical source of knowledge, and the research group as the living center of the production of knowledge in which art and imagination were added to cognitive rationality, giving life and relevance to the knowledge produced. Four Sociopoetic Culture Circles were held with the research group, consisting of 11 participants, and these Sociopoetic Culture Circles resulted in poetry, thematic categorizations about the DSS, a drawing and two stories produced by the group. And the socialization of the products resulting from these meetings took place through the exhibition of the drawing produced by the group in the Chapel of the Rosário neighborhood in the city of Barbalha, as well as the dissemination of poetry through the transmission on the local radio of the municipality and in the mass in the church. Such productions show the contribution of storytelling to improve communication between the population and the FHS professionals as a tool to strengthen Health Promotion against the Social Determinants of Health in vulnerable locations, strengthening the possibility of other applications in the health area.

Keywords: Storytelling. Social Determinants of Health. Communication. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo de Diderichsen e Hallqvist – 1998 Adaptado por Diderichsen e colaboradores em 2001.....	21
Figura 2 -	Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).....	22
Figura 3 -	Modelo proposto por Solar e Irwin (2010).....	22
Figura 4 -	Modelo de Dahlgren adaptado por Ribeiro (2015)	23
Figura 5 -	Mapa Conceitual de Determinantes Sociais da Saúde.....	28
Figura 6 -	Modelo monológico.	34
Figura 7 -	Modelo dialógico.....	34
Figura 8 -	Mapa Conceitual do desenho deste estudo.....	56
Figura 9-	Laços e entrelaços do processo saúde e doença.....	81

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 -	Segundo encontro do grupo pesquisador, Barbalha-CE, novembro de 2020.	62
Fotografia 2	Terceiro encontro do grupo pesquisador, Barbalha-CE, novembro de 2020.....	66
Fotografia 3	Quarto encontro do grupo pesquisador, Barbalha-CE, novembro de 2020.....	70

LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1 -	Fatores que favorecem ou dificultam o processo da comunicação na saúde	34
Quadro 1 -	Perfil do grupo pesquisador.	53
Quadro 2 -	Fases da pesquisa	54
Quadro 3 -	Categorias dos fatores que influenciam na saúde e doença.....	65
Quadro 4 -	Categorização feita pela autora a partir da primeira oficina a respeito dos determinantes da saúde	65
Quadro 5 -	Categorização feita pela autora a partir da primeira oficina a respeito dos determinantes da doença	66
Quadro 6 -	Categorização dos Determinantes Sociais da Saúde	72
Quadro 7 -	Categorização dos Determinantes Sociais da Doença.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença causada pelo Coronavírus em 2019
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 COMO TUDO COMEÇOU	13
2 TUDO TEM UM POR QUÊ	19
2.1 PROSEANDO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	19
2.2 MODELOS ESQUEMATIZADOS SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	20
2.3 ENTENDENDO OS DSS DE ACORDO COM O MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD	23
2.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
2.5 A COMUNICAÇÃO NAS PRÁTICAS EM SAÚDE	33
2.6 OS PERCALÇOS DA COMUNICAÇÃO NA ESF	38
3 OBJETIVOS	43
3.1 GERAL.....	43
3.2 ESPECÍFICOS	43
4 METODOLOGIA	44
4.1 SOCIOPOÉTICA COMO CAMINHO DE INSPIRAÇÃO.....	44
4.1.1 Histórico da Sociopoética – seus fundamentos.	44
4.1.2 Princípios.	45
4.1.3 Grupo pesquisador.	46
4.1.4 Dispositivos.	47
4.1.5 Como se dá a produção de conhecimento	49
4.1.6. Círculos de Cultura Sociopoéticos: origem histórica e conceituação	50
4.2 APRESENTAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO TRILHADO.....	51
4.2.1 A formação do grupo pesquisador.	52
4.2.2 Perfil do grupo pesquisador.	53
4.3 FASES DA PESQUISA.	54
4.4 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	57
4.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS.	57
5 DETALHAMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA SOCIOPOÉTICOS	58
5.1 PRIMEIRO ENCONTRO	58
5.2 SEGUNDO ENCONTRO	62
5.3 TERCEIRO ENCONTRO.....	66
5.4 QUARTO ENCONTRO.....	70

6 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS	74
6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	74
6.2 PERCEPÇÕES DA AUTORA.....	75
7 DISCUSSÃO	78
8 METANÁLISE	79
9 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
APÊNDICE B - Roteiros dos Círculos de Cultura Sociopoéticos	96
APÊNDICE C - Caracterização do Primeiro Círculo de Cultura Sociopoético	116
APÊNDICE D - Caracterização do Segundo Círculo de Cultura Sociopoético	118
APÊNDICE E - Caracterização do Terceiro Círculo de Cultura Sociopoético	119
APÊNDICE F - Caracterização do Quarto Círculo de Cultura Sociopoético	120
ANEXO A - A história: A menina do vestido azul	121
ANEXO B - A fábula: O rato e a ratoeira	122

1 COMO TUDO COMEÇOU

Sou médica da Estratégia Saúde da Família-ESF e trabalho em uma comunidade de muita vulnerabilidade social e alto índice de violência. A demanda é sempre alta, o analfabetismo é estarrecedor e, por muitas vezes, me deparei com confusões na Unidade de Saúde, confusões estas, muitas vezes, motivadas pela ansiedade de receber o atendimento médico.

Como equipe, nos reunimos diversas vezes para estudar o que poderíamos fazer para melhorar a convivência na Unidade. Todos da equipe se encontravam estressados, angustiados, inseguros e temerosos. Cada dia era uma batalha emocional, e, por muitas vezes, nos questionávamos o que poderíamos fazer para promover mudança de comportamento nas pessoas daquele bairro. Realizamos diversas vezes as palestras de educação em saúde na sala de espera no corredor da Unidade, mas nenhuma mudança observável aconteceu.

Foi então que, lendo o livro “O Mestre dos Mestres: Jesus, o maior educador da história”, do autor Augusto Cury (2012), pude perceber como este educador promovia mudança de comportamentos. Ele não ensinava conceitos, antes produzia consciência, autoavaliação, autocrítica, autoanálise; ele fazia com que as pessoas pensassem, questionassem, se autoavaliassem. Como educador exímio, não dava respostas, ele deixava perguntas, ele utilizava situações da vida cotidiana das pessoas para extrair lições profundas e impactantes, além de deixar as pessoas sedentas de conhecimento de tal modo que voltavam para ouvi-lo.

Depois que li esse livro, senti-me inspirada. É isso que desejo que aconteça onde trabalho! Quero envolver as pessoas de tal modo que elas se sintam à vontade para falar, expressar suas emoções, compartilhar suas experiências e suas percepções. É esta comunicação participativa, esse vínculo com a comunidade, esta troca de saberes e estímulo ao pensamento a respeito de nossas atitudes que desejo fomentar em meio à comunidade, e em nosso processo de trabalho no ambiente da ESF.

Não quero palestrar algum assunto que estudei e decorei conceitos que de nada modifica a vida de quem ouviu. Quero deixar marcas onde passei, boas marcas, de esperança, de mudanças positivas, de autonomia, de capacidade de agir e promover resolutividade.

Desejo ver o pessoal da comunidade não dependendo de ajuda de custo do governo apenas, como se eles não pudessem ser gestores das suas vidas. Desejo ver meus pacientes estudando, fazendo suas escolhas de maneira consciente. Desejo vê-los como coparticipantes do tratamento, e não apenas usuários passivos que pegam as medicações mensalmente na Unidade.

Desejo observar uma comunidade disposta a promover saúde coletiva, um povo que não pensa só em si, mas no contexto da comunidade, em como melhorar o bem-estar e a saúde de todos. Anseio em ver pessoas dispostas a abandonar o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, bem como ver pessoas tratando os outros com delicadeza e gentileza.

Então cheguei à conclusão de que a metodologia ativa é a melhor estratégia para fazer isso acontecer, uma vez que esta forma de ensino estimula os indivíduos a participarem do processo de forma mais direta. E por esta razão tenho realizado na Unidade de Saúde a contação de histórias, com vistas a fomentar a participação da comunidade na construção de um aprendizado mútuo e significativo.

Tudo acontece de uma maneira muito simples. Antes de iniciarmos o atendimento no consultório, eu chamo a atenção dos pacientes que estão aguardando atendimento nos corredores da Unidade, e, em seguida, me apresento e conto uma história.

As histórias, em sua maioria, são fábulas. E em seguida, lanço a pergunta: “*O que podemos aprender com essa história ou fábula?*”. E então deixo as pessoas à vontade para falarem, algumas vezes repetindo o que eles responderam como que fazendo uma afirmação.

Após alguns anos de aplicação desta metodologia tenho observado que os conflitos da comunidade em relação ao atendimento médico assistencialista reduziram, a atendente relata que o número de pessoas a destratando reduziu consideravelmente, a convivência dentro da Unidade de Saúde está mais harmoniosa, e os relatos dos próprios pacientes nos motivam a fazer mais.

Certa vez contamos a história de “*Pedro e o Lobo*”, que trata do perigo e das consequências da prática da mentira, de modo que, quando começamos o atendimento no consultório, dois pacientes nos procuraram e disseram: “Doutora, eu preciso lhe confessar uma coisa, eu continuo fumando e bebendo, me ajude, eu quero parar de fumar e beber.” Outra vez após contarmos a história dos “*sapinhos*” um paciente nos procurou e disse: “Preciso dizer pra vocês que tem algo em meu corpo que me incomoda e que nunca falei para ninguém, mas após ouvir esta história de hoje tomei coragem para falar.”

E em outro momento após contarmos a história e iniciarmos o atendimento um paciente nos procurou e disse: “Doutora, gostei muito do que vocês fizeram ali e isso me fez até lembrar de uma história que meu pai nos contava [...]” e esta história que o paciente nos contou foi posteriormente utilizada em nosso momento de contação de história.

Outros pacientes já relataram: “Doutora, essa história que a senhora conta aqui, quando eu chego em casa eu conto todas aos meus netos, eu presto bastante atenção para não esquecer nada”.

Até as crianças participam, todos podem opinar, todos podem dar sua sugestão e compartilhar o que entenderam da história.

E nesse processo de *Contação de histórias* tenho envolvido também os estudantes de Medicina que visitam a nossa Unidade. E nosso desafio é contar a história sem ler, afinal, não se trata de uma leitura, mas de uma contação de histórias, inclusive com mudança do tom da voz quando necessário.

A escolha da história é livre, obedecendo apenas o critério de que a história deve trazer uma aplicação referente à saúde e/ou nosso papel como promotores da paz e mobilizadores sociais.

Assim, já contamos as seguintes histórias:

1. Uma comida bem temperada
2. O cão e o pedaço de carne
3. A Fábula do Porco-espinho
4. O boi que renderia carne para toda a vida
5. O leão e o ratinho
6. O que é preciso para ser feliz?
7. Os hormônios da felicidade
8. Família: uma utopia?
9. A lebre e a tartaruga
10. A assembleia na carpintaria
11. A história do rato e a ratoeira
12. Pedro e o lobo
13. A assembleia dos ratos
14. Américo Pisca-Pisca: a história do reformador da natureza
15. A beleza
16. A vida da borboleta
17. A raposa e a cegonha
18. A corrida dos sapinhos
19. A raposa e o lenhador
20. A queixa do pavão
21. A lei da sementeira
22. Os dois burrinhos
23. Os dois viajantes e o urso
24. Um camelo e dois viajantes no deserto

25. O sabiá na gaiola
26. Qual o tamanho?
27. A coruja e a águia
28. A cigarra e a formiga
29. O vestido azul
30. O menino e os pregos
31. O poder da língua
32. Os sapinhos
33. A metáfora da flor de lótus

Todas estas histórias ou fábulas já nos trouxeram diversos aprendizados. Elas instigam a nossa percepção de participação na construção dos relacionamentos e tratamentos, nos ajudam no processo de colocar-se no lugar do outro, a falar a verdade, a controlar as emoções, a reclamar menos e agradecer mais, a promover a paz; a melhorar a autoestima e a percepção de que somos corresponsáveis quanto ao que acontece em nosso bairro e ao nosso redor. As histórias suscitam a formação de sujeitos mobilizadores de mudanças, mudança de comportamento esta, que começa em nós, a compreender sobre os fatores que influenciam no processo de saúde e doença e outros diversos aspectos de nossa responsabilidade e papel de autocuidado.

E foi vivenciando o cotidiano da Estratégia de Saúde da Família em localidades com alta vulnerabilidade social que percebi que para intervir em Determinantes Sociais da Saúde como a cultura e a violência não adianta fazer palestras, ou utilizar-se de metodologias em que o profissional de saúde fala e os pacientes ouvem e obedecem. Na realidade, pouco do que se expõe em rodas de conversa ou palestras, realmente, geram alguma mudança de atitude e comportamento.

Por muitas vezes vivenciei na ESF confusões por falta de fichas, pacientes com hipertensão arterial descontrolada por conta de tratamento incorreto, diabetes descontrolada por alimentação inadequada, usuários em procura de atendimento por ferimentos advindos de agressão, consultas motivadas por efeitos colaterais do uso de drogas ilícitas, e muita agressão verbal entre os próprios pacientes.

Viver esse contexto me deixava angustiada, e foi na intenção de modificar que decidi procurar outra metodologia para conversar com a população sobre esses assuntos. A contação de histórias e fábulas antes dos atendimentos tem me surpreendido a cada dia por proporcionar

a melhoria da comunicação e fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade.

A contação de histórias surgiu, então, como uma prática que faz uso de uma linguagem lúdica na busca de melhorar a comunicação com as pessoas sobre o cotidiano do serviço na ESF, sobretudo, referente a alguns dos determinantes sociais, uma vez que a contação de história se propõe a dialogar sobre algum assunto de uma maneira simples, instigando a curiosidade, a imaginação e difundindo conhecimento para mais pessoas de diferentes idades e escolaridades.

Contar as histórias no meu cotidiano me fez entender, na prática, o que dizem os autores quando afirmam que as histórias funcionam como ferramenta de aproximação, proporcionando um ambiente imersivo, interativo, imaginativo e multissensorial, no qual as pessoas são estimuladas a utilizar o raciocínio e os sentimentos, contribuindo para o conhecimento da sua própria vida e responsabilidades referentes às suas ações (SCALFI; CORRÊA, 2014).

Minha experiência me faz comungar com as ideias dos autores quando afirmam que a dimensão do lúdico presente nas histórias auxilia no entendimento em relação às pessoas, ao ambiente e a situação que ela está vivendo, auxilia a lidar com situações dolorosas e sofrimentos, além de promover, a humanização no contexto da saúde (GOMES; SANTOS; BARBOSA, 2014).

Além disso, o próprio conceito de saúde versa sobre a ampla necessidade de se conhecer o contexto social dos indivíduos quando se almeja promover saúde, principalmente, quando se trata do contexto de saúde no âmbito da ESF. E como diz Ribeiro (2015) conhecer os fatores que influenciam no processo saúde-doença de uma comunidade é um valioso instrumento de enfrentamento de problemas pelos humanos na construção da civilização, uma vez que os determinantes sociais são as condições em que vivem as pessoas e que podem influenciar em sua saúde.

Desta maneira, apesar do número atual de estudos sobre esse tema, verificamos que ainda há poucos estudos sobre os Determinantes Sociais da Saúde em regiões periféricas de grandes cidades. E nenhum estudo foi encontrado associando a contação de história como estratégia de melhoria da comunicação entre população e profissionais da saúde a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde.

Diante disso, surgiu o desejo de compreender de que forma o processo de contação de histórias no ambiente da ESF é capaz de contribuir na comunicação a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde em localidades de vulnerabilidade social.

Inicialmente, quando pensei em realizar uma pesquisa a respeito dos Determinantes Sociais de Saúde e formas de comunicação significativa no ambiente da Estratégia Saúde da Família, eu procurava um método de pesquisa que se aliasse a uma mobilização social, de modo que eu pudesse estar de maneira ativa e engajada nesse processo de pesquisa, mas sem intervir, ou mesmo, interferir na expressão livre das pessoas envolvidas na pesquisa, queria sim, situar-me na posição de aprendiz e coparticipante com estes sujeitos da pesquisa.

Assim, precisava de um método que fosse produtor de conhecimento não em um grupo-objeto, mas sim, um grupo-sujeito. E este método como caminho descobri na Sociopoética, que me inspirou a propor e construir caminhos, descobrindo novas alamedas durante o desenrolar desta pesquisa.

E quando se pensa na história da saúde e de sua prática profissional, é salutar que a imaginação e a utilização do lúdico seja parte essencial do processo terapêutico e social da construção dos conceitos de saúde e doença, e até mesmo, dos processos de tratamento empregados pelos profissionais da área. E esta utilização permite a esses profissionais estabelecer uma relação mais íntima com o paciente, a expressão dos sentimentos deles, bem como auxilia na percepção de suas crenças e engajamento em seu próprio tratamento.

E se considerarmos que a habilidade de comunicação é uma necessidade básica para ação de um profissional, teremos então, que cada momento dessa comunicação entre profissional e cliente, por exemplo, é um convite, um desafio, uma criação, e uma inovação cheia de aventuras.

Desse modo, podemos considerar que a comunicação criativa é um instrumento de transformação na prática do cuidado médico, bem como da compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde por parte dos usuários da Estratégia Saúde da Família. E a contação de história surge como ferramenta de melhoria de comunicação que venho utilizando no cotidiano da UBS, instigando à comunidade a pensar sobre os Determinantes Sociais da Saúde, bem como, em seus comportamentos.

Assim sendo, esse estudo também evidencia o valor da comunicação criativa como estratégia importante na facilitação desta compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde pela sociedade, promovendo aberturas entre a arte e a ciência no contexto comunitário da Estratégia Saúde da Família.

2 TUDO TEM UM PORQUÊ

2.1 PROSEANDO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Conforme Andrade (2006) o entendimento de que saúde envolve muito mais que a ausência de doença teve início na Reforma Médica Alemã de Virchow, na Medicina Social de Jules Guérin, nos registros de Engels a respeito das condições de vida da classe operária e, posteriormente, nas análises de Sigerist, entre outros autores.

Estes importantes ícones da história entendiam que os determinantes da saúde e doença estavam intimamente atrelados ao emaranhado de fenômenos sociais e econômicos. Desse modo, esses complexos fatores associados não agiriam somente no processo pré-patológico da enfermidade, mas influenciariam de forma contundente em todo o decurso do processo saúde-doença, além de ser peremptória no acometimento dessemelhante das doenças (ANDRADE, 2006; PELLEGRINI FILHO, 2011).

Virchow observou que nas populações menos favorecidas o que acontecia era um maior adoecimento e maior sofrimento que as demais pessoas da classe média e empresários, de modo que, a proposta para se combater as doenças na Alemanha durante o século XIX, o que posteriormente foi defendido por Sigerist e reafirmado por Marmot, era necessário fazer reformas sociais profundas e maior atuação do papel do Estado no âmbito social com vistas a melhoria da qualidade de vida da sociedade em geral (CARVALHO; BUSS, 2014).

Desde então, há um movimento mundial para investigar os determinantes da saúde. E segundo Marmot e colaboradores (2013), as ações precisam abranger todas as camadas da sociedade, bem como, todos os povos, pois existem diferenças marcantes entre grau de ensino, escolaridade e renda que afetam diretamente os indicadores das populações.

Nesse aspecto de contexto mundial, em 1986 aconteceu no Canadá a *I Conferência Mundial de Promoção de Saúde*, e neste ambiente da Conferência, acordou-se que as condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade (ANDRADE, 2006).

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, inspirada no lema “*Saúde para todos no ano 2000*”, retoma o tema dos determinantes sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). E nesse mesmo processo histórico, autores brasileiros alicerçam também as bases discursivas da Reforma Sanitária Brasileira que em seguida orientaram a concepção do Sistema Único de Saúde (ANDRADE, 2006).

Nesse ínterim, a Constituição Brasileira no artigo 196 declara que “a saúde é um 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”, estabelecendo as diretrizes norteadoras das ações de saúde no Brasil” (BRASIL, 1988, BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Desse modo, pode-se perceber que questionar o que determina a saúde de uma população é uma indagação que vem sendo feita há muitos anos, de modo que essa também é uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) a respeito dos determinantes da saúde. E assim, a OMS define que os Determinantes Sociais da Saúde estão relacionados com as condições de vida que as pessoas vivem e trabalham, considerando os fatores sociais econômicos, psicológicos, étnico-raciais, comportamentais, culturais, bem como, a moradia, renda, alimentação, emprego e escolaridade (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Com o desejo de intervir e compreender esses fatores foi criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS, em 2005, e no ano de 2008 publica seu informe final a respeito de alguns importantes determinantes, como: exclusão social, mulher e equidade de gênero, desenvolvimento infantil precoce, condições de emprego, globalização, urbanização, sociedade civil, sistemas de saúde, condições de Saúde Pública prioritárias, ação intersetorial, ação nos países, medidas e evidências (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Enquanto isso, no Brasil, com vistas a entender os Determinantes Sociais da Saúde e suas implicações no sistema de saúde brasileiro foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006). E este interesse em compreender os DSS se dá pelo fato de que tal entendimento permite que sejam desenvolvidas políticas que reduzam estas iniquidades sociais e proporcionam melhores condições de trabalho, lazer, mobilidade, segurança e educação, além da promoção de saúde e da qualidade de vida da população no enfoque da promoção da Saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

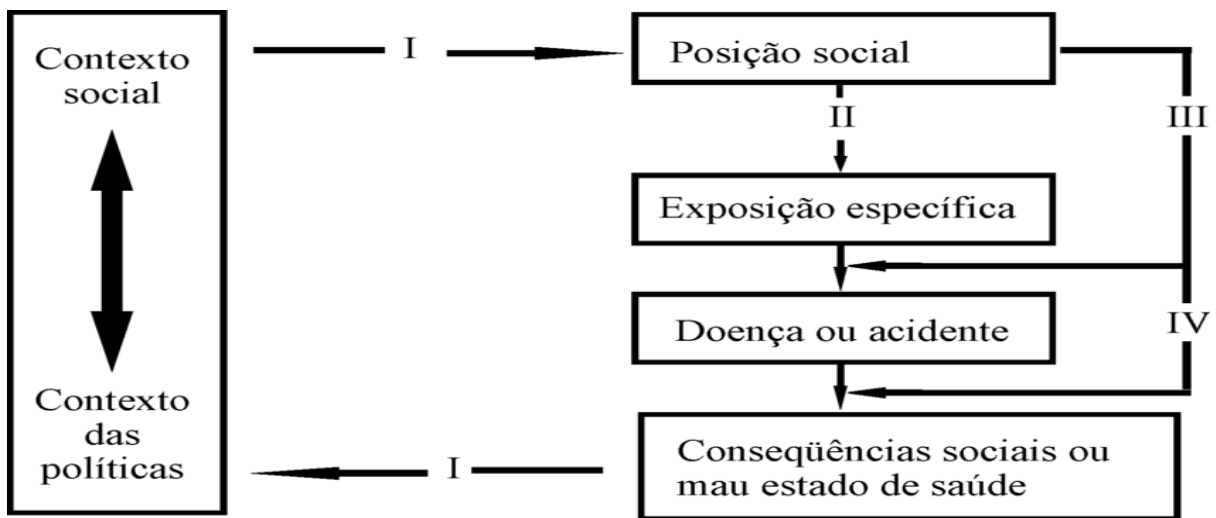
2.2 MODELOS ESQUEMATIZADOS SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Diversos são os modelos que procuram esquematizar a ligação das relações entre os fatores que influenciam na saúde (BUSS, PELLIGRINI FILHO, 2007). Alguns desses são: Dahlgren e Whitehead, Solar e Irwin, Diderichsen e Hallqvist e o de Dahlgren e Whitehead adaptado por Ribeiro, conforme expostos nas Figura 1, Figura 2, Figura 3 e Figura 4.

O modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) (FIGURA 1) enfatiza a desigualdade social gerada pelo contexto econômico/cultural e ambiental, que impõe aos indivíduos disposições sociais distintas, que por sua vez, provocam influências distintas sobre a saúde dos indivíduos e populações. Funciona

mais ou menos assim: cada pessoa remete a uma determinada posição social que resulta de diversos mecanismos sociais, como a educação e oportunidades de trabalho, e esta posição social lhe confere maior ou menor risco de se expor a situações que causam danos à saúde, maior ou menor vulnerabilidade à ocorrência de doença, e maior ou menor chances de ter consequências econômicas ou físicas, caso contraia alguma a doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1 - Modelo de Diderichsen e Hallqvist – 1998 Adaptado por Diderichsen e colaboradores em 2001



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007.

Em 1991, Dahlgren e Whitehead propuseram um modelo esquematizado em camadas, onde as condições de vida mostram-se determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social. E as camadas estão dispostas hierarquicamente desde as características individuais, até as que incluem os macrodeterminantes do processo saúde-doença (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

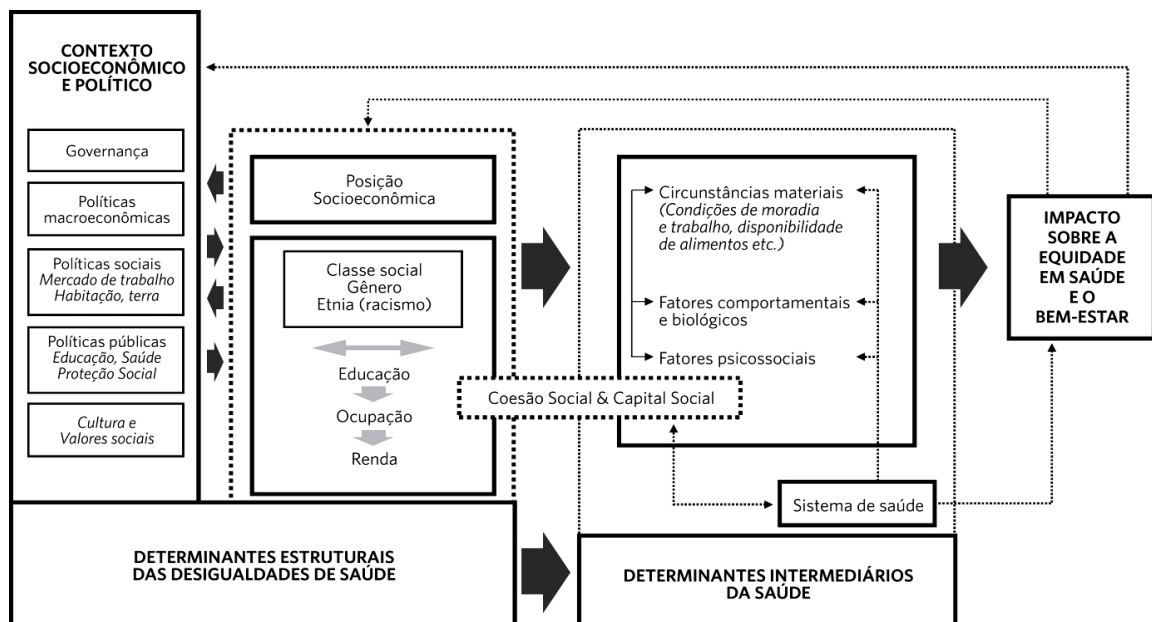
Figura 2 - Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007.

Em 2010, Solar e Irwin propuseram um novo modelo conceitual dos DSS, e que foi adotado pela OMS, e em 2011 também foram utilizados na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Neste modelo, Solar e Irwin, propõem de maneira mais clara e objetiva as causas estruturais das desigualdades sociais que geram as iniquidades sociais, dando ênfase à prioridade causal, aos fatores estruturais que geram as iniquidades em saúde e a modulação das condições de vida. Além disso, o esquema gráfico de Solar e Irwin pela utilização das setas permite uma melhor aproximação para compreensão das relações e conexões entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Figura 3 - Modelo proposto por Solar e Irwin (2010).



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007.

Já em 2015, após realizar uma pesquisa no Grande Bom Jardim em Fortaleza-CE, Ribeiro observou que a partir do modelo de Dahlgren e Whitehead algumas divisões não eram tão influentes na saúde daquela população, tais como o item *Produção agrícola e de alimentos*, propondo, portanto, sua retirada, e sugeriu o acréscimo dos itens *Assistência social*, *Mobilidade urbana*, *Energia elétrica*, e *Segurança*, além da troca do item *água e esgoto* por *água e saneamento básico* (RIBEIRO, 2015).

Figura 4 - Modelo de Dahlgren e Whitehead adaptado por Ribeiro (2015).



Fonte: RIBEIRO, 2015.

Todos estes modelos objetivam explicar as relações existentes entre fatores específicos e o impacto destes sobre a saúde e a doença dos indivíduos e populações. Dentre os modelos apresentados anteriormente, abordaremos com maior ênfase o modelo de Dahlgren e Whitehead por sua facilidade de visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em divisões, uma vez que este modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, chamadas de macrodeterminantes.

2.3 ENTENDENDO OS DSS DE ACORDO COM O MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD

De alguma maneira a relação entre pobreza e saúde já se conhece há muito tempo, e ao longo do século XIX e do século XX houve uma grande discussão sobre o fato de que o conceito de saúde não está exclusivamente voltado a uma questão biológica, e sabe-se que nem sempre grandes avanços tecnológicos e diagnósticos por imagens de última geração impactam significativamente na saúde de uma população. Desse modo, os DSS são os fatores sociais,

econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nos problemas de saúde e seus fatores de risco na população de um modo geral (PELLEGRINI FILHO, 2011; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os estudos vêm apontando que saúde é um resultado de uma produção social, da forma como vivem os grupos, como se organizam na sociedade, como estão disponíveis os recursos, como é feita a distribuição de renda, como acontece o acesso à água, como se apresenta a rede de esgoto, como são as habitações, o transporte, a educação, o acesso aos serviços de saúde, e como isso se distribui na sociedade de forma dessemelhante (CARVALHO, 2012).

Segundo Pellegrini Filho (2006) iniquidade social é diferente de desigualdade social. Um exemplo disso é que se espera que os idosos apresentem mais comorbidades que a população jovem, a essa diferença de perfil de saúde/doença esperada chamamos de desigualdade, enquanto que as iniquidades sociais são aquelas diferenças injustas e evitáveis na situação de saúde dos indivíduos e dos grupos, e que necessitam de políticas públicas.

O que o poder público pode fazer para reduzir as iniquidades entre a população de forma a melhorar a saúde? Isso só pode ser feito a partir do entendimento dos determinantes sociais. É o que procura compreender o modelo de Dahlgren e Whitehead.

O Modelo de Dahlgren e Whitehead apresenta os determinantes sociais dispostos em diferentes divisões, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada ou divisão mais distal onde se situam os chamados macrodeterminantes (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Apesar da facilidade da visualização gráfica e sua distribuição em camadas no esquema de Dahlgren e Whitehead não se pretende explicar com detalhes as mediações e relações entre seus diversos níveis e agenda das iniquidades (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os indivíduos estão na base do modelo com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente influenciam sobre seu potencial e suas condições de saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na camada imediatamente externa a camada dos indivíduos aparece o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os Determinantes Sociais da Saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Já o comportamento, muitas vezes entendido apenas como responsabilidade individual, na verdade, depende de opções feitas pelo livre-arbítrio das pessoas e a exemplo da dieta da atividade física ou do hábito de fumar, não são escolhas exclusivamente individuais, mas estão fortemente condicionadas por determinantes sociais como informações, propaganda,

a pressão dos pares de amigos de conhecidos possibilidade de acesso a alimentos saudáveis, espaço de lazer e atividades físicas entre outros (BUSS, 2018).

Já a camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, ou seja, as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. Países ou grupos com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda como fator inicial, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, que são fundamentais para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). E quanto a isto, estudos mostram que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas aquelas que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS, 2018)

No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso ao ambiente de serviços essenciais, como saúde, educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm riscos diferenciados, criados por piores condições habitacionais, exposições a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho, e acesso menor aos serviços sociais em saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Os processos de desregulamentação do trabalho e desproteção ao trabalhador que deles decorrem são determinantes que se localizam nesse nível e que estamos vivendo intensamente nesse momento no país (BUSS, 2018).

A crise Habitacional, incluindo o saneamento básico, água, esgoto e lixo, em condições de oferta extremamente desiguais no país, são determinantes importantes das desigualdades em saúde que também estamos encontrando nesse momento na nossa sociedade (BUSS, 2018).

Finalmente, no último nível, no nível mais externo, estão situados os macrodeterminantes sociais da saúde, que estão relacionados às condições econômicas, políticas, culturais e ambientais mais amplas da sociedade, e que possuem grande influência sobre as demais camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Um exemplo recente disso ocorreu no Brasil, onde um processo de ajuste fiscal que gerou níveis sem precedentes de desemprego e reduziu o orçamento para programas sociais essenciais como o Bolsa família e Saúde da Família, já demonstra seus efeitos deletérios, como a tendência de aumento da mortalidade infantil nos últimos dois anos (BUSS, 2018).

Assim sendo, todas as sociedades que melhoraram seus indicadores de saúde o fizeram por melhorar além dos seus Sistemas de Saúde, com acesso universal, equidade e qualidade, também melhoraram os determinantes da saúde (BUSS, 2018).

E como afirma Pellegrini Filho (2011) para atuar nos DSS são necessários três pilares:

- **A Intersetorialidade.** Não tem como a ver saúde integral sem o trabalho conjunto de diversos setores como educação, infraestrutura, emprego e economia. É necessário que nesse aspecto o governo tenha como eixo norteador das políticas públicas o combate às iniquidades, e para isso é necessário envolver diversas estruturas e setores de maneira articulada.
- **A participação social.** As pessoas precisam participar da política, mudar seus comportamentos, exercer seus direitos, estar informadas das políticas públicas e exercer seu papel fiscalizatório e mobilizador.
- **A informação.** Neste aspecto os agentes comunitários de saúde e os sistemas de informação são fundamentais para que o setor da saúde e os demais setores tenham as informações necessárias sobre o que as pessoas estão vivendo e o que as comunidades estão necessitando.

Desse modo, pode-se concluir que cuidar da saúde é obrigação dos indivíduos, porém, na vertente dos Determinantes Sociais da Saúde também é obrigação do Estado, conforme reza a Constituição Federal do Brasil, através de políticas sociais, econômicas e ambientais que favoreceram o alcance potencial da situação de saúde de cada indivíduo e de toda população e diminuam as iniquidades no país (BUSS, 2018). A saúde é, portanto, um produto social.

Falar de saúde nos remete a inúmeras problemáticas, iniquidades sociais, processos históricos, e diversos outros fatores que influenciam nessa construção do que se entende por saúde e de que modo ela acontece nas diversas populações. No Brasil, por exemplo, a saúde é regida por diversas leis que buscam tratar essas iniquidades sociais, porém o que vivenciamos ainda está muito longe do que sonhamos.

2.4. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com vistas a superar o modelo de atenção biomédico, centrado na doença, no hospital e na multiespecialidade médica, o Brasil passou por diversos momentos históricos no seu processo de construção de modelo de atenção à saúde, de modo que a partir da Conferência de Alma Ata, Reforma Sanitária e diversas lutas sociais, foi implementado no Brasil uma nova organização do sistema de saúde, tornando a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do sistema de saúde e porta de entrada preferencial, tendo na Saúde da Família a sua estratégia prioritária (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

O atual modelo de atenção à saúde no Brasil tem como sua estratégia principal de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica a Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui um conceito ampliado de saúde, levando em conta os fatores sociais, políticos, ambientais, culturais e econômicos do processo de adoecimento, além de ter um foco importante na promoção da saúde e prevenção das doenças. A Estratégia almeja ofertar um serviço de saúde o mais próximo da moradia do usuário, tendo a territorialização, a estratificação, o vínculo, a continuidade e integralidade do cuidado como ferramentas e princípios desse modelo (GALVÃO, 2012).

Outro aspecto importante da ESF na rede de cuidados diz respeito ao destaque dado ao contexto familiar. Afinal, esse contexto participa do surgimento e manutenção do sofrimento do indivíduo em particular e da sua família (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Nesse contexto, a compreensão do adoecimento vai além das causas biológicas ou orgânicas e inclui a relação do sujeito com o ambiente a partir de sua singularidade, e dentro de uma perspectiva integral. (CAVALCANTE *et al.*, 2011). Neste sentido, a promoção da saúde é compreendida como o eixo da Estratégia Saúde da Família, pois o vínculo entre o usuário e a equipe, bem como as atividades como acolhimento, caminhadas, e empreendimentos culturais e educativos podem fazer da ESF um verdadeiro programa de saúde integral (SILVA *et al.*, 2014).

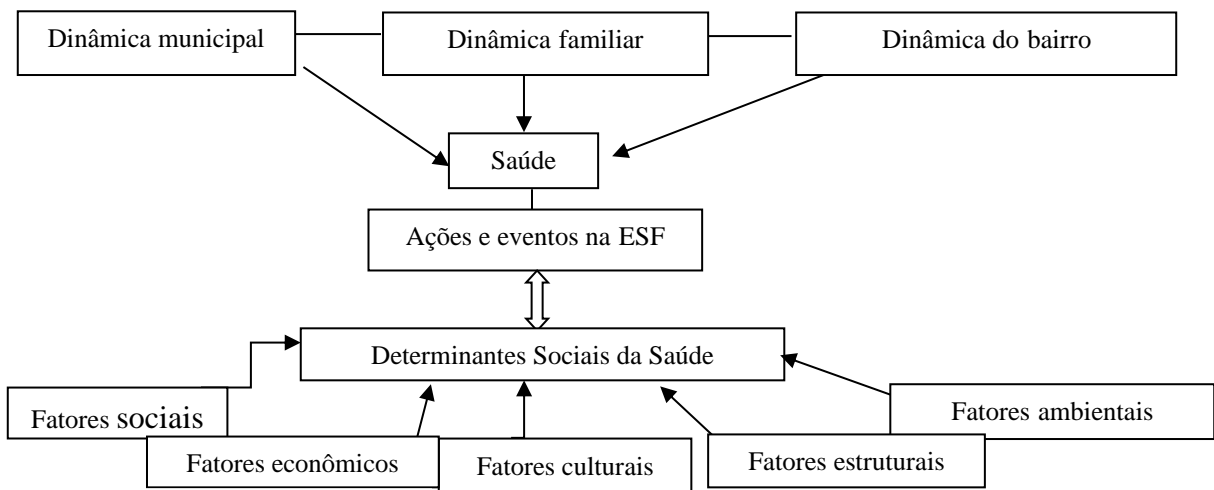
Tendo em vista que a ESF tem a família como núcleo básico de abordagem e como características de atuação a democratização do conhecimento, a promoção da saúde; a intervenção sobre os fatores de risco; a possibilidade de visita domiciliar, o atendimento humanizado; o estímulo à participação comunitária e o estabelecimento de parcerias, o alvo é que a ESF encaminhe para serviços secundários apenas os casos que realmente precisem de uma avaliação mais especializada (SILVA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014).

Estes fatores, por sua vez, se apresentam na sociedade de maneira individualizada em cada espaço, reproduzindo nas comunidades o que chamamos de iniquidades sociais, que por

sua vez se refletem na saúde e demais áreas fazendo com que cada população apresente, por exemplo, indicadores mais baixos ou mais elevados que outras, como explicitado na Figura 5 (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Assim, podemos compreender deste modelo de atenção à saúde que tem como principal estratégia de organização dos serviços de saúde a ESF que, a saúde é produto das relações que existem entre razões sociais, culturais, econômicas, estruturais e ambientais, que interferem e influenciam nas demandas do ambiente da ESF, e que também influenciam na dinâmica organizacional dos municípios, famílias e comunidades, conforme exposto no Mapa Conceitual abaixo.

Figura 5 - Mapa conceitual de Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: A própria autora.

E na construção desse modelo de atenção à saúde, há uma constante luta para que a ESF seja estruturada de maneira a facilitar o alcance dos atributos da APS- Atenção Primária à Saúde (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural), o que vai na contramão dos princípios do modelo biomédico- hospitalocêntrico, multiespecializado, com o foco na doença e no curativismo, em que o médico é o centro das ações, uma vez que este modelo de atenção à saúde mostrou-se insuficiente para suprir as lacunas e necessidades referentes às divergências sociais e iniquidades sociais muito presentes em nosso multicêntrico Brasil (ANDRADE *et al*, 2015).

E a respeito desta compreensão sobre a construção histórica em busca de um modelo adequado ao nosso pluralismo social brasileiro, apresento abaixo uma outra linguagem, lúdica e poética, lançando mão de uma analogia com a canção popular Terezinha de Jesus.

Terezinha de Jesus- Cantigas Populares

Fonte: Analogia da própria autora

Terezinha de Jesus [SISTEMA DE SAÚDE]

De uma queda, foi ao chão [CRISES NO SISTEMA DE SAÚDE]

Acudiram três cavalheiros [MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE]

Todos os três, chapéu na mão [ASPECTOS TECNOLÓGICOS
E ASSISTENCIAIS]

O primeiro foi seu pai [Modelo biomédico]

O segundo, seu irmão [Modelo sanitarista]

O terceiro foi aquele [Medicina comunitária- ESF]

Que a Tereza deu a mão

**Modelo
Biomédico**



**Modelo
sanitarista**



**Sistema de
Saúde**

**Medicina comunitária-
ESF**

Fonte: Autor Desconhecido, 2020.

A Estratégia Saúde da Família, desta feita, fundamentada na Medicina comunitária volta o foco das ações para as pessoas inseridas em seu contexto de vida, de modo que o território não é visto apenas como uma demarcação do espaço geográfico, mas como uma análise de características que englobam a vivência em um determinado espaço, seus costumes, sua dinâmica de interação, suas atividades econômicas, os hábitos de vida e culturas desse grupo, bem como a dinâmica do município, as características estruturais do bairro e a estrutura familiar da comunidade envolvida (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Assim, a Estratégia Saúde da Família com o cuidado centrado na pessoa e não na doença em si, na participação popular, na constituição de equipes multiprofissionais, e na busca da integração de outros setores está bem mais próxima de conseguir auxiliar na resolução das

iniquidades sociais conforme retrata Dowbor (2008) e exposto na Figura 5 e na analogia feita com a canção popular Terezinha de Jesus.

Além disso, falar sobre iniquidades sociais e como equacioná-las é uma tarefa difícil e exige empenho multiprofissional e intersetorial. É o que afirmam Andrade e colaboradores (2015) em um estudo de caso realizado em quatro países da América Latina. Os autores declaram que para solucionar as lacunas decorrentes das iniquidades sociais é preciso universalizar a cobertura de saúde, conhecer e desenvolver ações referentes aos Determinantes Sociais da Saúde, sendo a intersetorialidade e a participação social, fundamentais nesse processo, o que corroboram Carvalho e Buss (2014).

Assim sendo, pode-se perceber que a Estratégia de Saúde da Família além de ser onde os problemas desembocam, de lá também podem surgir as soluções a partir da compreensão da territorialização e das iniquidades sociais, do planejamento estratégico, da participação popular, da multiprofissionalidade das equipes, do engajamento dos líderes da comunidade, e da intersetorialidade. Como exemplo disso, podemos citar a Terapia Comunitária, a formação dos grupos operativos nas UBS- Unidades Básicas de Saúde, as rodas de conversa com os usuários da comunidade, os momentos de educação em saúde, a construção de hortas comunitárias, entre outros.

A Estratégia Saúde da Família, portanto, tem um grande potencial para ser um organismo vivo, pulsante, dinâmico e muito capaz de ser um dispositivo de mudanças na saúde e nas diversas áreas das políticas sociais (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

No entanto, na prática, a Estratégia Saúde da Família possui grandes entraves para a efetivação do atendimento integral e resolutivo, e o processo inadequado do trabalho quando se diz respeito à intersetorialidade.

Assim, para capacitar os profissionais da Atenção Básica a realizar práticas mais integrais e para garantir maior resolutividade neste nível de atenção foi criado o que se chama de Apoio Matricial, que é uma ferramenta que promove a corresponsabilização do cuidado com a equipe de Saúde da Família e visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência de modo compartilhado (COSTA *et al.*, 2015; GALVÃO, 2012; OLIVEIRA, 2011).

De acordo com Mazzarino e Kruehl (2013) tem-se a Atenção Básica como referência para organizar o cuidado em rede, por sua longitudinalidade, territorialidade, integralidade e atenção interdisciplinar, além da possibilidade de realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Porém, é imprescindível repensar e reformular o modo como se faz a clínica na Atenção Básica, para a construção de uma Clínica Ampliada e Compartilhada, como

também, é necessário que as equipes da Atenção Básica contem com o apoio matricial, a intersetorialidade e a participação social dos membros da comunidade.

Não obstante, há uma lacuna entre o ideal e o que é real. De forma que as ações e a resolutividade de muitas equipes da ESF ainda são insipientes quando se trata de promoção da saúde.

Considero a comunicação entre comunidade e equipe de saúde, por exemplo, como um fator primordial, que não recebe tanta ênfase em termos de se desenvolver estratégias capazes de contribuir para gerar um melhor funcionamento e resolutividade da ESF.

Desta feita, faz-se necessária a capacitação adequada dos profissionais da ESF, no tocante a questões referentes à comunicação, processos de trabalho, territorialização, estabelecimento de parcerias e fluxogramas, construção de uma rede de apoio, e uma boa comunicação entre os setores com sistema de referência e contrarreferência para que haja uma resolutividade satisfatória para o usuário e um bom desenvolvimento das ações de saúde (SILVA *et al.*, 2012).

E para finalizar, apresento uma concepção de saúde que, utilizando uma linguagem poética, inspirada nos cordelistas cearenses, traduz alguns aspectos importantes sobre saúde que vivencio em meu contexto. E este cordel, por sua vez foi escrito exclusivamente para este trabalho.

Saúde é um produto social

Autora: Gilmara Régia Simões da Silva

Falar de saúde, um produto social

Me causa inquietação

Pois não me parece normal

Que com tanta legislação

A saúde ainda esteja

Tão longe do ideal

Ou mesmo da adequação.

Com uma demanda tão alta

Difícil se torna a acessibilidade

A escuta qualificada

E a integralidade

*Ordenação da rede nem se fala
Pois na APS isso de fato
Foge à realidade*

*A longitudinalidade
Nos permite acompanhar
Pelas diversas idades
E fases da vida cuidar
Da puericultura ao pré-natal
Da infância à melhor idade
Tecendo o vínculo familiar*

*É preciso ferramentas
Para o diagnóstico encontrar
Seja a clínica ampliada
A escuta qualificada
Ou a ação interdisciplinar
Visando o desenvolvimento
De um projeto terapêutico singular*

*Caro colega participe
Quero agora lhes falar
De um tal de acolhimento
Que a nós deve ajudar
Não é fácil de fazer
Mas a todos da equipe
Nós podemos encaixar*

*Na entrada da unidade
A pergunta principal é
Em que posso lhe ajudar?
Essa é a oportunidade
De acolher o seu José
De um modo singular
Em sua necessidade*

*Sendo assim eu concluo
Esse pequeno repente
Deixando claro, contudo,
Que estou muito contente
Em fazer parte de um grupo
Que ama o SUS e dá tudo
Pra torná-lo excelente.*

2.5 A COMUNICAÇÃO NAS PRÁTICAS EM SAÚDE

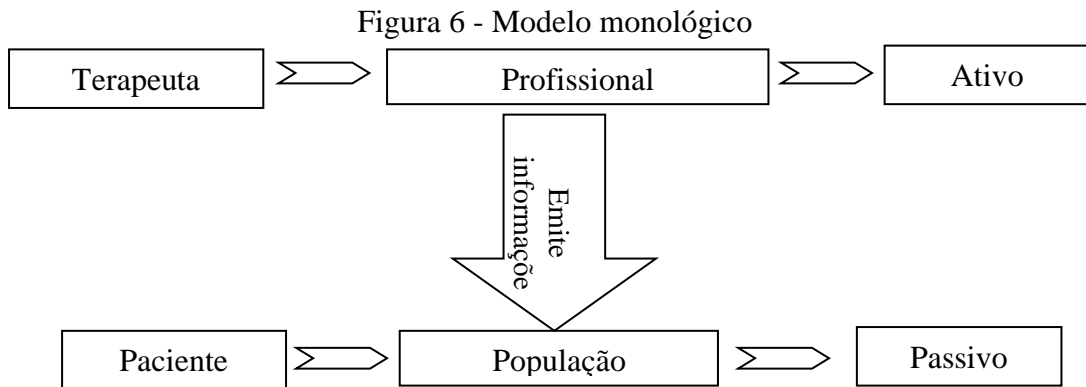
A comunicação pode ser entendida como o conjunto de expressões verbais ou não verbais que manifestam vontades, sentimentos e/ou reações dos indivíduos nos mais diversos contextos (GIANFREDI *et al*, 2018).

No contexto da saúde, a boa comunicação ou comunicação efetiva é indispensável na prática dos trabalhadores, pois auxilia no diagnóstico correto, na instituição do tratamento adequado, no menor tempo de internamento, e até mesmo na diminuição do número de hospitalizações, consultas e retornos ao médico (GIANFREDI *et al*, 2018; CHICHIREZ; PURCĂREA, 2018)

Segundo Coriolano-Marinus e colaboradores (2014), em uma revisão integrativa composta por 29 artigos científicos sobre a comunicação nas práticas em saúde, diversos são os modelos comunicativos, conversaremos aqui sobre dois deles, o monológico e o dialógico.

Nesta revisão integrativa, foram apresentadas quatro áreas temáticas: Temática 1 - A comunicação no estabelecimento de relações entre trabalhadores de saúde e usuários, Temática 2 - (Des)comunicação: barreiras ao ato comunicativo, Temática 3 - Comunicação e a formação do trabalhador de saúde, e Temática 4 - Modelos comunicativos em saúde: a busca pelo modelo dialógico.

Assim, conforme Coriolano-Marinus e colaboradores (2014) o modelo monológico é verticalizado e acredita que o repasse das informações corretas e científicas sé capaz de transformar os comportamentos, e o ouvinte é vazio de conhecimento, enquanto que o emissor é detentor do conhecimento. É, portanto, um modelo unidirecional e hierarquizado, conforme mostra a Figura 6.



Fonte: A própria autora.

Já o modelo dialógico propõe que haja uma reflexão e articulação dos saberes, uma vez que o indivíduo é um ser inteligente, capaz de criar e recriar, livre, autônomo, responsável, crítico, transformador e capaz de compreender seu papel. Este modelo, por sua vez, é horizontalizado e integrativo, conforme mostra a Figura 7.



Fonte: A própria autora.

Sabe-se, no entanto, que diversos são os fatores que potencializam e dificultam o processo comunicativo entre o cuidador e o ser cuidado, conforme observa-se na Tabela 1.

E a partir da revisão integrativa dos autores Coriolano-Marinus e colaboradores (2014) sintetizei na tabela abaixo os fatores que segundo eles, dificultam ou favorecem a comunicação.

Tabela 1 - Fatores que favorecem ou dificultam o processo da comunicação na saúde

Favorecem a comunicação em saúde	Dificultam a comunicação em saúde
Técnicas como a clarificação e comparação	Modelos que reforçam as relações de poder
Relação empática	Postura de não ouvir
Diálogo	Mensagens contraditórias de forma não verbal
A valorização dos saberes	Supremacia do saber médico
Horizontalidade	Verticalidade
Abertura a perguntas	Mudar de assunto abruptamente
Compartilhamento das opiniões	Induzir respostas

Favorecem a comunicação em saúde	Dificultam a comunicação em saúde
Ajuda mútua entre os usuários	Comunicar-se unidirecionalmente
Interação entre as gerações	Julgar o comportamento
Negociação entre as partes	Falar somente o que o receptor deseja
Mensagem clara	Utilizar palavras difíceis
Escuta acolhedora	Tempo reduzido da consulta e alta demanda dos serviços, o que compromete o tempo e a qualidade
Empoderamento dos usuários	Expressão de falso apoio
Considerar o indivíduo na sua subjetividade	Dar lições de moral
Observar a realidade sociocultural do indivíduo	Fazer ameaças ou sugestões que não podem ser cumpridas
Valorizar a autonomia das pessoas no projeto terapêutico	Impor ordens ou comportamentos
Respeitar os valores culturais do outro	Negação da percepção do outro
Mutualidade	Postura autoritária e coercitiva
Interação	Distância entre o discurso e a necessidade do usuário
Troca de informações e experiências	Falta de habilidade de comunicação dos profissionais de saúde
O protagonismo dos usuários	Ambiente desfavorável pelos ruídos, falta de privacidade, e estrutura não propícia aos encontros comunitários
Abordagem humanizada, com construção de vínculo e compartilhamento dos saberes	Abordagem de cunho meramente preventivo e comportamental
Verbos: trocar ideias, dividir, dialogar, conversar, discutir	Verbos: educar, transmitir, explicar, passar informações, ensinar

Fonte: A própria autora (baseado em Coriolano-Marinus *et al*, 2014).

A relação e o diálogo entre profissionais de saúde e usuários deve ser clara, honesta, empática, acolhedora, e estes momentos não devem se restringir a momentos formais, pois são uma excelente estratégia para que a equipe conheça a comunidade e seus problemas mais comuns, o que pode auxiliar no planejamento de intervenções e ações diagnósticas.

Deve-se considerar também que quando alguém fala, ele envolve o fato, o que a pessoa é, onde ela se encontra, e com quem ela está falando. Além disso, é preciso observar aquilo que não foi dito, mas foi demonstrado nos gestos, nas vestimentas, no olhar, no toque, na distância ou na proximidade, no choro, ou na expressão corporal, pois este conjunto de expressões manifestam emoções, desejos e reações que precisam ser ponderados.

No entanto, a habilidade de se comunicar de forma adequada ao público não é inata, de modo que esta habilidade deve ser praticada e ensinada propositadamente nos cursos de graduação na área da saúde.

Deve-se estar atento à comunicação verbal e não verbal, e resolver as barreiras da comunicação no sentido de facilitar o fortalecimento das relações entre os usuários e os profissionais de saúde. Dado sua importância e grande influência este é um tema que deve ser incluído no currículo de graduação da saúde, e cursos permanentes devem ser ofertados aos profissionais de saúde a respeito de habilidades comunicacionais.

Os autores ressaltam a importância de os profissionais de saúde disporem de ferramentas com tecnologias, conhecimentos, habilidades e técnicas sobre estratégias de educação em saúde e habilidades de comunicação, para tornar esse processo participativo e dialógico, podendo utilizar, por exemplo, as rodas de conversação e o trabalho em redes multiprofissionais, com vistas à integralidade da atenção à saúde (PITTA; RIVERA, 2006).

Nesta perspectiva, considerando a relevância do tema da comunicação na saúde, sintetizo por meio da linguagem popular do cordel os aspectos que estão implicados numa boa comunicação.

Cordel sobre a comunicação

Autora: Gilmara Régia Simões da Silva

*Falar sobre comunicação
É um negócio importante
Afim há muito tempo já dizia
Um famoso da televisão
Quem não se comunica, se trumbica
E na saúde de modo semelhante
Este assunto é de primazia
E sobre isso vamos adiante...
A comunicação ajuda
Na recuperação mais ligeira
Promove humanização do atendimento
A confiança da família é certa
Não é uma relação de poder
Mas uma conversa verdadeira
Que valoriza os saberes do outro
Adquiridos em sua vida inteira*

*A conversa entre profissional e usuário
Deve ter empatia e sensibilidade*

*Isso facilita a relação terapêutica Promove bem estar e reciprocidade
 Fazendo um intercâmbio de saberes
 E uma negociação das responsabilidades
 Não esquecendo da importância
 De falar com simplicidade*

*O diálogo segundo Paulo Freire
 É a maneira mais apropriada
 De se conversar sobre saúde
 De maneira mais humanizada
 Levando em conta o que o outro viveu
 E a expressão corporal utilizada
 Pois a comunicação não verbal
 Também deve ser valorizada*

*Cultura, ambiente e contexto familiar
 Influenciam o emissor e o receptor
 E na construção das relações
 Isso deve ser um conhecido fator
 Pois na perspectiva do compartilhamento
 Não há do conhecimento um detentor
 E o protagonismo dos usuários
 É da educação em saúde um importante vetor*

*Entre o cuidador e o ser cuidado
 A comunicação é um processo convergente
 Auxilia no tratamento correto
 Ajuda na satisfação do paciente
 Diminui o número de consultas
 A recuperação é mais rápida e eficiente
 Diminuem as hospitalizações
 Oh negócio produtor!*

*Diante de tudo isso,
 Não podemos esquecer
 Se o diálogo é tão importante
 Por que não acontecer?
 Sem preconceitos, linguagem clara
 Saber ouvir e também acolher
 São ações que na nossa prática
 Nós precisamos fortalecer*

*Encerro agora muito feliz
 Sabendo que somos transformadores*

*Ninguém está sozinho no mundo, mas
Em relação com outros interlocutores
E a habilidade de comunicar-se, nem sempre inata
Pode ser aprimorada
Se o cuidador e o ser cuidado
Trouxerem o mesmo alvo
De uma relação dialogada.*

2.6 OS PERCALÇOS DA COMUNICAÇÃO NA ESF

Sabe-se que, quando o usuário procura a UBS ele almeja que sua necessidade imediata referente à sua saúde seja atendida. E, na maioria das vezes, para que isso aconteça é preciso ir bem mais além de uma boa anamnese e exames físicos. É preciso conhecer o contexto social, a família do usuário, sua história de vida, seus hábitos, sua cultura, suas crenças... É preciso avaliá-lo de maneira integral e longitudinal. E a essa abordagem, conforme identifica Torres, chama-se de método centrado na pessoa. (TORRES *et al.*, 2017).

No entanto, fazer isso na ESF não é uma tarefa fácil. A demanda de pacientes é sempre alta, geralmente, entre 15 e 20 pacientes por turno, o tempo para ouvir o usuário e conversar sobre suas necessidades é curto. Durante a graduação de Medicina somos treinados com o “*método centrado na doença*”, onde se procuram sintomas, exames confirmatórios, faz-se diagnóstico, prescreve-se o tratamento e a doença é curada ou controlada, tendo-se exames para avaliar o prognóstico.

Mas quando se chega na prática, a realidade é outra. O usuário, que chamamos de paciente, não sabe explicar o que sente, relata sintomas abstratos, não é objetivo na sua descrição, o exame físico nada revela, os familiares não os acompanham nas consultas, o tempo para ouvi-los é limitado, e muitas vezes não temos uma consulta humanizada (SOUZA, 2012).

Precisamos entender a linguagem das pessoas, o que elas realmente querem dizer, o que elas deixaram de dizer, por que deixaram de dizer, qual o seu contexto de vida, qual sua rede de apoio, sua história, seus valores. Caso isto não aconteça, seremos sempre superficiais e insipientes em nossas ações de saúde (TORRES *et al.*, 2017).

Comunicar-se, fazer-se entendido e entender o outro, por sua vez, também não é uma tarefa fácil no contexto da ESF, principalmente, tendo em vista que até pouco tempo atrás se praticava a ideia que “o médico fala e todos obedecem”, ou ainda que “o profissional de saúde sabe tudo e o paciente não sabe de nada ou quase nada” (TORRES *et al.*, 2017).

Nesse sentido, para que a comunicação entre equipe de saúde e usuários seja adequada é preciso levar em consideração que todos nós sabemos alguma coisa e precisamos aprender

outras. Desse modo, somos eternos aprendizes e pensadores capazes de promover aprendizado mútuo. Mas para que esse processo de comunicação aconteça de maneira reflexiva e não impositiva, é necessária a utilização de estratégias e abordagens específicas com o uso da linguagem adequada a cada situação e grupo, de modo a sensibilizar os diferentes atores sociais (TEIXEIRA, 1997).

Conforme aponta Oliveira (2009) somente através de uma comunicação simples e de mão dupla é que é possível desenvolver o empoderamento do indivíduo fortalecendo-o a experimentar mudanças em seu autocuidado, visto que como afirma Santos e Silva (2003) a comunicação eficiente provoca mudanças de comportamento e o desenvolvimento de atitudes positivas.

E para melhorar este processo comunicativo, podemos utilizar algumas estratégias, como: fóruns, palestras, grupos operativos, Círculos de Cultura, oficinas, workshops, rodas de conversa, sala de espera, folders, informativos, momentos em rádio, carro de som, cartazes, entre outros (ARAÚJO; ROCHA, 2007). E isto deve fazer parte da rotina da ESF, o que melhora o vínculo entre equipe e comunidade, potencializa as ações da equipe, facilita os processos de trabalho e leva ao reconhecimento do trabalho por parte da população atendida (SOUZA, 2012).

Como reflete Moreira (1999), enquanto seres humanos, somos eternos aprendizes, estamos em processo de aprendizado contínuo, e algumas perguntas são muito importantes sobre este aspecto que são: O que eu aprendi? Com quem eu aprendi? E por que eu aprendi?

Aquilo que aprendemos é fruto de ações ou emoções que nos afetam, nos envolvem, criando em nós significados. E isto também é educação em saúde e promoção da saúde, quando nos aproximamos do outro geramos abertura para o outro falar, desabafar, tirar suas dúvidas, conhecer sua história, seus valores, seus conceitos, seus saberes (GAUTHIER; SANTOS, 1996).

E para que essa comunicação efetiva aconteça na Estratégia Saúde da Família, é preciso fortalecer as equipes, estabelecer vínculo com a comunidade, ser receptivo, dar boas-vindas aos usuários, deixar claro para a comunidade que o SUS está em contínua construção, lembrar dos avanços desse processo, valorizar a ESF, parabenizar as equipes que tem desempenhado um bom trabalho e fortalecer a própria estratégia e o relacionamento entre a equipe e usuários (REIS, 2016).

Quando a gente conversa, quando a gente escuta o outro, quando a gente se dispõe a ouvir o outro e conhecer a história do outro, a gente também desabrocha, a gente se refaz, a gente se reconstrói, a gente ressignifica algumas situações da nossa vivência e a nossa prática (GAUTHIER, 1998). E é durante estes momentos de construção coletiva, de ouvir o outro, de

aproximação, que se desperta a comunidade para o seu papel no autocuidado, que se resgata a autonomia do usuário e traz o usuário também para perto dos profissionais da equipe de saúde, distribuindo as responsabilidades (LONGHI; CRACO; PALHA, 2013).

No entanto, esse diálogo entre a equipe e população pode ter alguns entraves, tais como: a formação com modelo biomédico dos profissionais de saúde, a dificuldade de comunicação de alguns profissionais em iniciar um diálogo coletivo, a falta de compreensão da população de que momentos coletivos e de promoção da saúde são tão importantes quanto os atendimentos individuais, a falta de apoio da gestão municipal, a falta de visão de algumas equipes quanto à importância da promoção da saúde, a alta demanda de usuários requerendo consultas clínicas, dificuldade referentes à estrutura física e recursos humanos (PERUZZO *et al.*, 2018).

Em contrapartida, para que a comunicação aconteça, é preciso fomentar na ESF o hábito de ouvir a comunidade, de fortalecer o vínculo e a aproximação entre equipe e comunidade; falar não apenas da doença, mas falar de si mesmo, e isto pode ser feito de maneira coletiva ou individual (SANTOS; PARO, 2018).

Como facilidades nesse processo de promoção da saúde, de vínculo e comunicação com a comunidade, temos que: a equipe multiprofissional é um potencial para as atividades coletivas, profissionais dispostos a ressignificar seus conceitos de educação e metodologias ativas, profissionais sensibilizados e que acreditam na ESF, uma estrutura física adequada, o apoio da gestão, e a defesa da comunidade em valorizar a sua equipe de saúde como propagador de informações (LONGHI; CRACO; PALHA, 2013).

De acordo com a teoria da aprendizagem significativa todo ser humano tem um conhecimento a respeito das coisas e esse conhecimento que o usuário já tem precisa ser conhecido pelos profissionais da ESF e a partir deste conhecimento faremos uma construção de saberes (MOREIRA, 1999).

Não é adequado que passemos informações como se fôssemos detentores do conhecimento e da verdade, muito mais eficaz para a aprendizagem é estimular as pessoas a pensarem, fazendo-se, portanto, perguntas abertas. Os significados apreendidos não estão na repetição de informações, mas na compreensão e apreensão de significados de modo que a comunicação em saúde se dá pela troca de saberes e não pelo pela passagem de conhecimentos (FREIRE, 2013; PERUZZO *et al.*, 2018).

E as estratégias de abordagem dessa comunicação são importantes e são muito variadas. No entanto, a comunicação para promoção da saúde na ESF deve ser um processo curioso, instigante, inovador, estimulante e dialogador. É como se fosse uma construção de

argolas, em que o conhecimento prévio do usuário se soma e se agrega ao conhecimento da equipe de saúde e ao conhecimento do grupo, formando uma construção de conexões e um mosaico de saberes compartilhados (SANTOS; PARO, 2018).

De nada adianta passar um bom tempo explicando sobre determinado assunto a alguém e ela não agregar aquilo à sua vida, isso tornaria o processo comunicativo ineficaz. É preciso afetar as pessoas, envolvê-las no processo da aprendizagem (FREIRE, 2013), de modo que, transferir conhecimento não é uma boa estratégia, o ideal é criar possibilidades de aprendizado significativo, por meio da mudança de paradigmas, deixando a perspectiva biologista para a perspectiva dialógica (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Se construirmos as práticas da ESF com ênfase nos atendimentos individuais estaremos apenas “apagando fogo”. Nesse contexto, o paciente vem apenas para uma consulta falar a respeito de um sintoma, quando na verdade o problema é muito maior do que o sintoma referido e nesse momento perde-se a oportunidade da promoção da saúde (LONGHI, 2009).

Assim, precisamos investir em atendimentos ou configurações de práticas coletivas de promoção da saúde fazendo sempre momentos que promovam a abertura ao diálogo e à imaginação, fazendo sempre perguntas abertas, promovendo momentos como palestras, oficinas, rodas de conversa, fóruns e grupos (REIS, 2016).

Segundo Paulo Freire (1987) quando se educa também se é educado, trata-se de uma via de mão dupla, e ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os ‘argumentos de autoridade’ já não valem” (FREIRE, 1987, p. 68).

O diálogo da troca de saberes é sempre mais eficaz, e neste processo precisamos valorizar o conceito que o outro tem, o aprendizado ao longo da vida que o outro traz, a história de vida que o outro tem. É imprescindível ouvir o outro para ajudá-lo a construir as âncoras do seu conhecimento e fazer com que ele tenha uma aprendizagem significativa (FREIRE, 2013).

Além disso, outra estratégia que é primordial na promoção da saúde nos momentos em que se usa o grupo como prática coletiva é a realização da avaliação final do grupo, que pode ser feita com perguntas abertas, tais como: Como foi este encontro do grupo para você? O que foi que marcou você no encontro de hoje? É nesse momento avaliativo em que os relatos acontecem, há trocas de aprendizados significativos e isso faz parte do processo de comunicação em ambientes da Estratégia de Saúde da Família (BEZERRA *et al.*, 2014).

Algumas angústias que cercam os profissionais que realizam essas atividades coletivas para a promoção da saúde devem-se ao fato de que como elas demandam muito tempo, acaba que estas atividades diminuem a sua demanda de atendimento individual, o que gera muita reclamação por parte da população pela diminuição dos atendimentos clínicos, e ainda o

falatório de alguns que acreditam que o profissional que faz isto, é porque não quer trabalhar (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Todavia, promover saúde e envolver a comunidade trará retorno para a própria população e para a equipe, pois os participantes das ações coletivas serão mobilizadores da comunidade, defensores da equipe, tratarão suas comorbidades por entenderem o seu papel de autocuidado, bem como os indicadores de saúde tenderão a mostrar mudanças positivas no perfil de saúde da população (LONGHI, 2009).

Valorizar o conhecimento do outro aumenta sua autoestima, o diálogo faz a comunidade se sentir cuidada, capacitada e valorizada. E o resultado disso é que o profissional da ESF ressignifica suas ações, sente-se realizado profissionalmente, mais resolutivo, e mudanças acontecem na comunidade. Lembrando que essas atividades de educação em saúde geram resultados a longo prazo, porém estes resultados são mais firmes, duradouros e exponenciais (LONGHI; CRACO; PALHA, 2013).

Assim sendo, este presente estudo visa a compreender de que modo o uso da contação de histórias pode ser uma estratégia eficaz na comunicação com a comunidade a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde que se refletem no contexto da saúde vivenciado no ambiente da Estratégia Saúde da Família (Figura 5 e Figura 8).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a contação de história como mediadora na melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e comunidade na abordagem sobre os Determinantes Sociais da Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender a percepção das pessoas sobre os Determinantes Sociais da Saúde em seu território;
- Descrever o papel da contação de história como mediadora para compreensão sobre os DSS por parte da população;
- Explicitar a necessidade de ferramentas para melhoria da comunicação que favoreçam a compreensão da população sobre os DSS do território em que vivem;

4 METODOLOGIA

A natureza do objeto deste estudo nos aponta para uma investigação qualitativa por buscarmos compreender o que as pessoas entendem em seu território a respeito dos DSS, valorizando o conhecimento do outro, utilizando o afeto na construção dos significados, e promovendo o respeito aos saberes do outro.

A pesquisa qualitativa responde a questões subjetivas, atentando à realidade não quantificável nas ciências sociais, cogitando com significados, crenças, valores e atitudes, buscando compreender um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos apenas a variáveis quantificáveis (MINAYO, 2013). Entretanto, a pesquisa qualitativa disponibiliza uma grande variedade de referenciais metodológicos, dentre as quais, a abordagem Sociopoética, cujos princípios e ferramentas que utiliza se adequa e atendem, em partes, a produzir respostas aos objetivos do presente estudo.

Os princípios de investigação da Sociopoética foi o referencial que nos inspirou para construir o caminho metodológico que percorremos para responder o nosso objeto de investigação. Como recurso metodológico utilizamos os Círculos de Cultura Sociopoéticos e a metanálise para trazer luz ao problema desta referida pesquisa.

O estudo foi feito respeitando todos os parâmetros éticos exigidos pelo comitê de ética, tendo sido realizado com consentimento livre e esclarecido de 11 participantes usuários do SUS, sendo 10 residentes da cidade de Barbalha e uma de Juazeiro do Norte, além da pesquisadora facilitadora da presente pesquisa, que trabalha na cidade de Barbalha, mas reside em Juazeiro do Norte-CE.

4.1 SOCIOPOÉTICA COMO CAMINHO DE INSPIRAÇÃO

4.1.1 Histórico da sociopoética: seus fundamentos

Criada pelo filósofo e pedagogo Jacques Gauthier a partir de suas vivências experienciadas no movimento de luta dos Kanak, povo indígena da Nova Caledônia, em busca de sua independência contra o colonialismo francês, a Sociopoética consiste em um método de construção coletiva do conhecimento. Seu referencial teórico tem sólida fundamentação em campos teóricos que formam uma rica construção que inspira este modelo de pesquisa. Segue abaixo uma síntese do quadro de referências que, segundo Gauthier (1998) inspiraram a construção teórico metodológica da Sociopoética:

- a) **Pedagogia do Oprimido** herda o coração da Sociopoética na proposição do Grupo Pesquisador. Referência: Paulo Freire;
- b) **Análise Institucional** uso do dispositivo como espaço de expressão. Referências: Renè Lourau e Georges Lapassade;
- c) **Escuta Sensível** das falas e silêncios que ritmam os processos de criação em cada ser. Por esses ritmos pertencem integralmente ao processo de produção do conhecimento. Referência: Renè Barbier;
- d) **Pedagogia Simbólica e os Quatro elementos:** Água (emoção); Terra (Sensações); Fogo (Intuição); Ar (Pensamento). Referência: Carlos Byington.

Podemos ainda dizer sobre a Sociopoética que ela é um método de pesquisa e aprendizagem coletiva e não somente uma metodologia, considerando-se que um método é um caminho que se faz ao caminhar e não um conjunto de prescrições e algoritmos, e visa produzir novas conceituações e problematizações acerca dos temas que enfoca.

Conforme Silveira e colaboradores (2008) a Sociopoética valoriza os saberes científico, filosófico, artístico, intuitivo, entre outros, respeitando as suas diferenças, e nesse contexto, o grupo pesquisador é o centro vivo do método, onde os sujeitos da pesquisa são copesquisadores, pois participam com seus saberes da produção acerca de um tema.

Pode-se afirmar que a Sociopoética é um tipo de pesquisa que auxilia na invenção, construção de conceitos, filosofias, pedagogias e metodologias sensíveis, como um catalisador e formador de pessoas que acreditam que os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 1987, p. 68), tendo sido criada para se contrapor aos modelos da ação educativa formal, e acontece mediante realização de oficinas - encontros coletivos - com alguns fundamentos norteadores (SOARES, 2019).

4.1.2 Princípios

Para a Sociopoética alguns princípios são essenciais (SILVEIRA *et al*, 2008) e são, portanto, os fundamentos norteadores dela:

- O corpo como fonte de conhecimento
- Dar voz às culturas silenciadas, dominadas e de resistência
- Sujeitos pesquisadores como corresponsáveis pelos conhecimentos
- Criatividade de tipo artístico no aprender, no conhecer e no pesquisar

- Sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos no processo de construção dos saberes

Como Gauthier (1999) afirma, o corpo pensa, de modo que, não podemos separar a Imaginação, da Intuição, da Emoção, das Sensações, da Audição, do Tato, do Gosto, da Visão, do Paladar e das Expressões. E é por isso que a Sociopoética utiliza dos cinco sentidos, e lança mão de alguns recursos tais como o teatro, o manuseio da argila, linguagens mitológicas, sons, artes plásticas, dentre outras técnicas.

A Sociopoética entende que o corpo produz conhecimento e é fonte de conhecimento. Muito do que pensamos ou sabemos estar preso na *não expressividade* do nosso corpo. E quando realizamos técnicas de relaxamento, de movimentação, de expressão corporal, de teatro, uso de máscaras, ou outras técnicas utilizando o corpo, esses conhecimentos pensamentos e expressões emergem então.

E outro ponto-chave da Sociopoética diz respeito à participação e o favorecimento de culturas de resistência, principalmente das culturas dominadas.

E para este método algumas etapas precisam ser seguidas (SILVEIRA *et al.*, 2008):

- 1) Negociação do tema gerador e a produção de dados que ocorre por meio de oficinas;
- 2) Análise dos dados pelos facilitadores; o facilitador é responsável por sistematizar as informações geradas pelo grupo pesquisador e expô-las ao grupo;
- 3) A contra-análise - os facilitadores da pesquisa elaboram suas análises -sistematizadas e confrontam esses achados com as visões dos co-pesquisadores; a socialização da pesquisa, cuja forma de realização é decidida junto com os copesquisadores.

4.1.3 Grupo pesquisador

Nesse método o grupo participante deixa de ser objeto da pesquisa e passa a ser sujeito da pesquisa, de modo que todos os participantes do grupo pesquisador são corresponsáveis pela pesquisa. Todos têm igual responsabilidade e direito de fala e de participação na produção do conhecimento, porém, igualdade não significa que não haverá diferença entre os participantes. E esse grupo pesquisador propicia uma mistura bem heterogênea de saberes.

O grupo pesquisador favorece essa análise coletiva. De forma que o conhecimento é construído pelo grupo, que analisa e contra-analisa o que foi produzido. Esse método é, portanto, uma busca sistemática prazerosa e coletiva de fazer ciência. O conhecimento é produzido coletivamente. De modo que o pesquisador acadêmico e/ou o facilitador da pesquisa

pode ser, ao mesmo tempo, mediador, bem como, participante da pesquisa junto com os demais membros do grupo. O papel do facilitador deve mediar a construção do conhecimento pelo grupo, ao mesmo tempo que participa ativamente desta produção do conhecimento com suas opiniões e ideias.

Na Sociopoética todos os saberes são iguais em direitos, tanto os facilitadores, quanto os componentes do grupo pesquisador participam em pé de igualdade no processo de construção do conhecimento, o que não significa que não haverá diferenças de opiniões.

Tal método permite ao grupo de pesquisadores criar conhecimento por meio ou com ajuda de dispositivos que facilitam a expressão e o compartilhar do conhecimento que o grupo já traz em sua história e em seu corpo a partir de suas emoções, percepções, cultura, e histórias de vida, dispositivos estes que serão mais bem descritos a seguir.

4.1.4 Dispositivos

A Sociopoética tem como fundamento produzir conhecimento por meio do grupo pesquisador com a ajuda de um dispositivo escolhido, que serve como instigador para produção deste conhecimento através da reflexão e análise conjunta de todos que compõem o grupo.

Assim, a Sociopoética tem como conceito de dispositivo qualquer estrutura que possibilite que o que era escondido na vida ordinária se torne explícito, ideia que está no centro da própria possibilidade de analisar, criticar e autocriticar (SILVEIRA *et al.*, 2008). Sendo, por isso, artifícios que promovem a capacidade de criar coisas novas, diferentes e singulares

Neste método as técnicas ou dispositivos utilizados fazem emergir aquilo que não é dito somente com as palavras, fazendo emergir, por exemplo, símbolos, emoções, e expressões corporais de significados muito importantes na construção do conhecimento.

E na realização deste caminho a ser trilhado, pode-se recorrer a recursos artísticos como dispositivos de produção de dados. Assim, codifica-se o contexto dos sujeitos por meio das técnicas artísticas enquanto a descodificação ocorre através da análise dos dados produzidos – escritas de narrativas, fotos, filmagens... - que servem para auxiliar na abstração do mundo cotidiano e na construção dos *confetos*, que consistem na formação de conceitos pelas sensações-ações provocadas, conceitos que surgiram agregados aos afetos e sensações evocadas pelo corpo (MARQUES; GENTINI, 2009).

Podemos citar como exemplos de dispositivos utilizados em pesquisas sociopoéticas a utilização da argila, o teatro, a música, mímicas, pinturas, cordéis, danças, contação e criação de histórias.

E inspirados na função e uso de dispositivos pela Sociopoética, é que propomos nesta pesquisa a contação de história. A utilização da contação de história terá uma importância fundamental para analisarmos até que ponto elas facilitam a comunicação resultando em uma melhor compreensão do tema dos DSS na medida em que terá a função de ser instigadora para o grupo não apenas expressar o que compreende, mas também, produzir ideias que o grupo ainda não articulou sobre o tema.

Por fim, é importante esclarecer o porquê este estudo é inspirado na Sociopoética e não se caracteriza como um estudo sociopoético. No percurso sociopoético, geralmente, o tema é de escolha do grupo pesquisador, e os dispositivos utilizados são propostos de acordo com sua pertinência ao tema proposto.

Em nosso estudo o tema abordado já foi de antemão proposto ao grupo pesquisador, formado a partir de convites feitos pela pesquisadora para alguns moradores da comunidade que toparam participar do estudo. Contudo, o percurso sociopoético se mostra pertinente em seus princípios e conceitos, uma vez que nosso tema de investigação centrado na comunicação se direciona para perceber de que forma a contação de histórias contribui para melhorar no sentido de gerar compreensão do tema em questão. Como a natureza e a função dos dispositivos em Sociopoética é instigar a compreensão e a elaboração de ideias sobre um determinado tema a partir de recursos que recorrem a imaginação e a sensibilidade, a contação de história é utilizada a partir deste campo conceitual sociopoético.

Em função disso, propomos utilizar o Círculo de Cultura Sociopoético que segue com os fundamentos dos princípios da Sociopoética e se adequa como recurso metodológico capaz de responder à questão de investigação desta pesquisa.

Assim a formação do grupo pesquisador nos moldes da proposição Sociopoética e a utilização da contação de história como um dispositivo capaz de fomentar a compreensão e elaboração de ideias por parte do grupo sobre o tema dos DSS, foram recursos fundamentais para então empreendermos uma metanálise sobre o material produzido com objetivo de apreendermos até que ponto a contação de história realmente se mostra um recurso que favorece a melhoria da comunicação e a compreensão do grupo comunitário sobre o tema aqui referido.

Em síntese, para alcançar os objetivos propostos para esta pesquisa, percorremos o seguinte caminho metodológico:

- 1) Realização dos Círculos de Cultura Sociopoético visando a compreensão e produção de conhecimento pelo grupo pesquisador
- 2) Realização de uma metanálise pela autora no sentido de perceber com mais clareza a contação de história como elemento que contribui para melhoria da comunicação no sentido

de favorecer uma melhor compreensão do tema por parte do grupo, e assim responder aos objetivos da presente pesquisa.

4.1.5 Como se dá a produção de conhecimento

Na convivência do grupo, enquanto pesquisadores de um saber construído coletivamente, cada um tem a sua contribuição própria na produção do conhecimento. Neste convívio haverá uma escuta sensível em que os participantes não julgam, não medem, nem comparam suas opiniões ou poderes uns com os outros. O que se tem é que cada um assume um vazio criador e libertador diante das diferenças do grupo, deixando-se cada um expor a sua opinião para que o conhecimento seja produzido coletivamente, por meio de uma postura de sensibilidade, respeito, carinho, atenção e distanciamento crítico, o que não significa que não haverá ética pelo contrário, esta é imprescindível neste método.

A pesquisa Sociopoética adota um corpo de procedimentos e instrumentos diferenciados da pesquisa qualitativa convencional, dentre as diferenças dos modelos tradicionais de pesquisa qualitativa, temos que na Sociopoética a produção de dados não é mais centrada apenas na fala dos sujeitos da pesquisa ou em extrair das falas dos mesmos o pensamento de base, como se faz nas entrevistas. Neste método, procura-se priorizar a racionalidade e a compreensão do pensamento do grupo na sua heterogeneidade e não a realização de análises individualizadas.

E no compartilhamento destes saberes pelo grupo pesquisador a partir da utilização de dispositivos, é que emergem os confetos, que são conceitos formados a partir dos afetos gerados e percebidos não apenas pelo pensamento, mas também pelo corpo de cada um do grupo pesquisador, na medida em que considera as sensações, emoções e sentimentos presentes nas falas dos sujeitos.

E estes confetos produzidos pelo grupo pesquisador serão expressos de uma maneira singular, pois é o grupo pesquisador quem decide qual será a forma de socialização dos confetos para a sociedade. Seja essa socialização em seu sentido político, ético ou espiritual. Em Sociopoética, esta socialização pode, por exemplo, assumir a forma de uma obra de arte em argila, uma obra artística, um poema, um desenho, uma música, um livro, uma carta, um cordel, um teatro, ou qualquer outro objeto que tenha sido produzido pelo grupo pesquisador e expresse sua compreensão sobre o tema.

4.1.6 Círculos de Cultura Sociopoéticos: origem histórica e conceituação

Sobre os Círculos de Cultura Sociopoéticos tem-se que sua origem se dá pela dialogicidade e confluência entre os princípios da Pedagogia do Oprimido com o Círculos de

Cultura de Paulo Freire e a utilização do corpo como fonte de conhecimento e da arte como mediadora na produção de conhecimento, propostos por Jacques Gauthier.

Segundo Soares (2019) do círculo de cultura freireano extraiu-se o propósito de aproximar públicos heterogêneos, oriundos de meios sociais diferentes; o desejo de construir relações mais pautadas na horizontalidade e no diálogo, bem como a valorização dos saberes dos grupos populares. E da Sociopoética extraiu-se a produção de conhecimento proveniente do imaginário do público-alvo. Assim, ao investir na linguagem criativa, este método explora a miscelânea da emoção, razão e intuição, fazendo germinar um conhecimento mais mestiço, menos convencional.

Conforme reitera Soares (2019) a contribuição da Sociopoética para a proposta freireana do círculo de cultura está em proporcionar aos participantes do círculo de cultura variadas possibilidades de produção de conhecimento, uma vez que oferece linguagens que proporcionam a imaginação, intuição, emoção e razão, favorecendo, assim, a criação de conhecimentos novos. Intuição e emoção eram justamente os aspectos que não se utilizava muito nos círculos de cultura que utiliza a palavra geradora como fonte de produção de conhecimento. A intuição imaginação e emoção é justamente a contribuição da Sociopoética que integra tais elementos ao círculo de cultura.

A extensão investigativa do Círculo de Cultura Sociopoético tem um enfoque maior em vivenciar o momento da produção de conhecimentos do que produzir como sendo a sua finalidade, apesar de que isto não impede que novos conceitos possam surgir das experiências vivenciadas em grupo. As vivências em grupo propiciam a construção coletiva do conhecimento entre saberes acadêmicos e não-acadêmicos, entre profissionais da saúde e populares, com vistas a aproximar a Comunidade e pesquisador.

Os Círculos de Cultura Sociopoéticos duram uma média de três horas. É sempre recomendável que se faça um diário de campo com reflexões sentimentos ou acontecimentos referentes a esses Círculos de Cultura Sociopoéticos e que estas anotações sejam analisadas também pelo grupo, com o objetivo de que sejam feitas análises coletivas dessas implicações registradas.

É importante também que os encontros se iniciem sempre com um relaxamento, pois o relaxamento promove o sentir o corpo como promotor de sensações e percepções do mundo. O relaxamento é essencial nesse processo de promover esta sensação de acolhimento dos membros e sensibilização das emoções e sensações para a compreensão do tema, bem como para o envolvimento do grupo com a estimulação do seu imaginário.

Em seguida, por meio de algum dispositivo, os participantes do grupo pesquisador interagem e expressam suas percepções a respeito do tema por meio de uma linguagem associada aos afetos e sensações percebidas corporalmente. As vezes o grupo pode ficar meio acanhado, e nesse momento é preciso que haja um incentivo para o imaginário dos membros do grupo pesquisador para que eles se tornem mais questionadores, conscientes e participativos. Afinal se trata de um grupo sujeito, coprodutor do conhecimento.

Tanto o grupo pesquisador da Sociopoética como o grupo do Círculo de Cultura Sociopoético são produtores de conhecimento. A diferença é que na Sociopoética o grupo deve decidir o que deve ser objeto de produção de conhecimento, porém no círculo de cultura o objeto adquire maior abertura e pode nascer a partir da leitura do contexto e levado ao grupo em forma de questão ou tema sobre o qual o grupo debaterá.

O Círculo de Cultura Sociopoético se apresenta aqui como importante recurso do percurso metodológico desta pesquisa na medida em que o tema dos DSS se faz presente no contexto social da comunidade e se torna um assunto de interesse das pessoas. Contudo, o despertar deste interesse de refletir sobre o tema depende de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade, de maneira que temos um cenário potencializador para investigação do nosso objeto de estudo centrado em aspectos que contribuem para melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde da ESF e a comunidade.

Foi a partir desta linha de pensamento que construímos a proposta de refletir sobre esse tema com a comunidade tendo a contação de história como elemento que poderá facilitar a comunicação. Por ser um recurso que já utilizo no meu trabalho na unidade de saúde a contação de história se apresenta como um recurso que recorre à imaginação, à intuição e às emoções como fontes produtoras de conhecimento pelo grupo sobre o tema em questão, fundamentado nos princípios da Sociopoética.

4.2 APRESENTAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO TRILHADO

Este estudo se deu na cidade de Barbalha/Ceará, durante os meses de novembro e dezembro de 2020, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte em 28/10/2020, sob o Parecer Consubstanciado favorável à realização da pesquisa.

Para responder aos objetivos desta pesquisa utilizamos o Círculo de Cultura Sociopoético, artifício híbrido criado na interface entre o círculo de cultura freireano e a Sociopoética.

Selecionamos duas histórias para utilizarmos como elemento chave nos Círculos de Cultura Sociopoéticos como fator de melhoria da comunicação entre os participantes sobre o tema dos Determinantes Sociais da Saúde. Em seguida, realizamos a metanálise visando a compreender em que aspectos a contação de história facilita a comunicação a respeito do tema respondendo, então, a nossa questão de investigação neste estudo.

4.2.1 A formação do grupo pesquisador

Em função do contexto de pandemia que atravessa o País, o nosso grupo pesquisador foi delimitado a um número de participantes entre 6 a 11 pessoas. E por motivos de ambientação, decidimos realizar os Círculos de Cultura Sociopoéticos fora do ambiente da Estratégia Saúde da Família, para que durante nossos encontros não fôssemos interrompidos por questões de atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Inicialmente, convidamos 10 pessoas da comunidade e outra de Juazeiro do Norte. Como critério de seleção para o convite, seguimos a percepção da autora durante as consultas na Unidade Básica de Saúde, bem como, a indicação das Agentes Comunitárias de Saúde da ESF do Rosário- Barbalha/Ceará.

Uma vez que os membros do grupo são corresponsáveis pela produção do conhecimento e da investigação do tema que foi acordado pelo grupo, o critério de inclusão na pesquisa diz respeito, fundamentalmente, a possibilidade de que essas pessoas convidadas a participar possam contribuir com esta produção do conhecimento sobre determinado assunto. E o maior desafio é justamente este, que essas pessoas convidadas desejem participar, serem co-pesquisadores e tenham um compromisso efetivo de participar de todas as fases e etapas da produção.

O ambiente onde se deram os encontros foi a Capela da Mãe Rainha no Alto do Bairro Rosário em Barbalha, espaço que foi cedido pelos próprios membros da comunidade local. E apresentamos a seguir o perfil do grupo convidado.

4.2.2 Perfil do grupo pesquisador

De acordo com o perfil apresentado abaixo (Quadro 1), a maioria dos participantes estão na faixa etária entre 40 e 60 anos, sendo que todos são usuários atendidos na Unidade de Saúde do Rosário, bem como, trabalhadores da Unidade, com exceção de uma participante convidada para auxiliar na pesquisa, que reside em Juazeiro do Norte.

A exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, maior parte com ensino superior, o nível de escolaridade dos demais participantes, metade deles, são analfabetos, e a outra metade com ensino fundamental e médio. Somente uma pessoa do sexo masculino, e as demais todas são mulheres da comunidade, aposentadas e donas de casa, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 1 - Perfil social do grupo pesquisador.

Nome	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão
Participante 1	42	Solteiro	Analfabeto	Aposentado
Participante 2	51	Casada	Analfabeta	Aposentada
Participante 3	41	Solteira	Analfabeta	Dona de casa
Participante 4	65	Viúva	Alfabetizada	Dona de casa
Participante 5	68	Viúva	Fundamental Completo	Auxiliar de escritório aposentada
Participante 6	62	Casada	Fundamental Incompleto	Dona de casa
Participante 7	57	Viúva	Fundamental Incompleto	Dona de casa
Participante 8	65	Casada	Ensino Médio Incompleto	Dona de casa
Participante 9	50	Casada	Ensino Médio Completo	Agente de Comunitária de Saúde
Participante 10	50	Casada	Nível Superior	Agente de Comunitária de Saúde
Participante 11	61	Separada	Nível Superior	Agente de Comunitária de Saúde

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

4.3 FASES DA PESQUISA

A pesquisa aconteceu em três fases, conforme descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Fases da pesquisa

FASES		AÇÕES
1ª FASE	Preparação do Encontro	a) Composição do grupo-pesquisador para apresentação da pesquisa (usuários atendidos na Unidade de Saúde do Rosário/Barbalha-CE); b) Assinatura de um Termo de Compromisso individual de cada um para compor o grupo-pesquisador. c) Agenda de encontros.
2ª FASE	Círculos de Cultura Sociopoéticos	1º Encontro 2º Encontro 3º Encontro 4º Encontro
3ª FASE	Meta-análise	

Fonte: a própria autora.

Realizamos os Círculos de Cultura Sociopoéticos com pesquisadores usuários do SUS, moradores da comunidade do Bairro Rosário em Barbalha/CE, onde a autora está vinculada, sendo que cada um teve a duração média entre 1 e 3 horas, com uma frequência a cada 7 dias, acordadas com os co-pesquisadores. Todos os encontros foram realizados a partir da seguinte estrutura:

Momento 1 – Boas-Vindas

Momento 2 – Relaxamento

Momento 3– Uso do dispositivo gerador do tema

Momento 4 – Relato e análise (construção dos confetos)

Momento 5 – Contra-análise do grupo

Desta forma, todos os Círculos de Cultura Sociopoéticos com o grupo-pesquisador seguiram uma estrutura de modo a propiciar ao grupo analisar suas ideias sobre o tema, aceitando-as, alterando-as ou rejeitando-as, podendo propor a sua contra-análise e aprofundar sua compreensão sobre o tema em questão (MORAES; BRAGA, 2004).

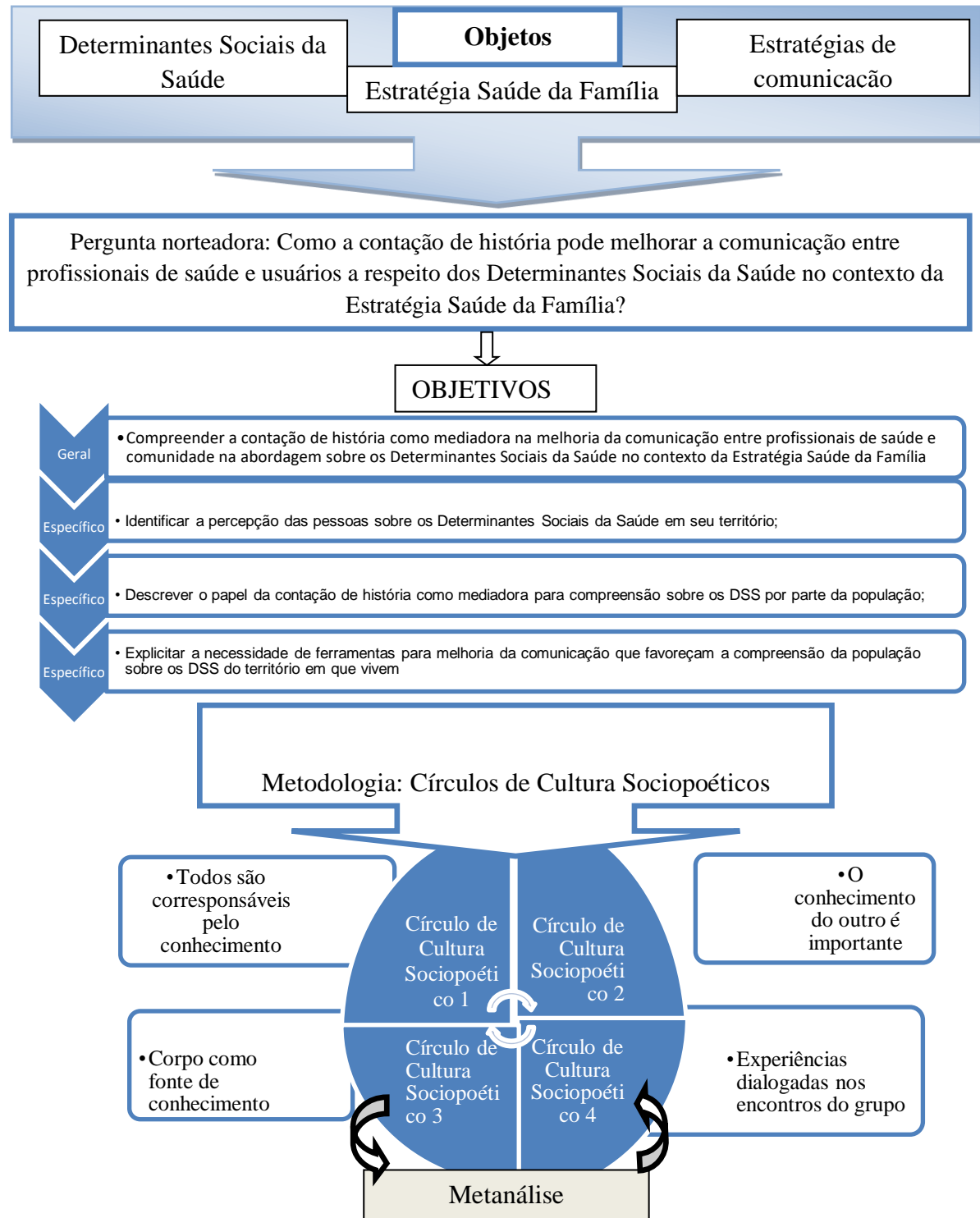
Na Sociopoética se utiliza, por exemplo, a expressão produção de dados e não coleta de dados, por se considerar que eles são produzidos pela ação dos pesquisadores e pela sua aceitação (MORAES; BRAGA, 2004). Assim, toda a produção de dados, feita pelo grupo pesquisador a partir da contação de história foram registrados, e, posteriormente, decodificados pela facilitadora, para em seguida, serem analisados novamente e validadas pelo grupo, em uma construção coletiva a partir dos significados expressões apresentadas pelo grupo pesquisador.

Como critérios para eleger as histórias a serem utilizadas como dispositivo nestes encontros, selecionamos duas histórias que apresentassem um enredo relacionado à mobilização popular, à participação social e à abordagem de situações problemas em contextos coletivos, abordando em seus conteúdos elementos sensíveis aos DSS.

As histórias elencadas para os encontros do grupo foram “*A menina do vestido azul*” e “*A fábula do rato e a ratoeira*” (ANEXOS 1 e 2). Estas histórias possuem um conteúdo sensível a elementos importantes para os DSS porque remetem a corresponsabilidade de todos sobre a saúde, aludindo a posturas e atitudes, tais como: “*toda mudança começa com uma atitude*”, “o problema do vizinho também pode ser meu”; “por que a participação é importante na vida comunitária?”; “de que maneira a violência do meu bairro me afeta?”, “até que ponto sou participante e responsável pelas características de minha comunidade?”.

Delimitadas as fases da pesquisa, traçamos uma trajetória a ser percorrida pelo grupo pesquisador na primeira e segunda fase da pesquisa. A partir desta produção do grupo procedemos com uma meta-análise, realizada pela autora na terceira fase. E o mapa conceitual abaixo (Figura 8) esboça o desenho do estudo a partir do qual seguimos com a trajetória:

Figura 8 - Mapa conceitual do desenho deste estudo.



Fonte: A própria autora.

E ao final das fases 1 e 2, como produto de todas as análises feitas coletivamente pelo grupo pesquisador, foi possível obtermos a criação de categorias temáticas e outros produtos descritos adiante referentes aos DSS.

4.4 RECURSOS NECESSÁRIOS

Todos os custos com impressões, transporte, lanches, mimos, cartazes, e recursos visuais que foram utilizados nos Círculos de Cultura Sociopoéticos foram custeados pela própria autora.

O primeiro Círculo de Cultura Sociopoético aconteceu debaixo das árvores, em um espaço aberto, na lateral da Capela, com o auxílio de duas mesas e cadeiras da própria Capela. Os demais Círculos de Cultura Sociopoéticos ocorreram em uma sala de aula da Capela por conta da chuva e da necessidade de um quadro para fixação das tarjetas de categorização feitas pelo grupo. De modo que as cadeiras, mesas, e quadro negro que foram utilizados foram disponibilizados pela própria Capela da comunidade.

E para a realização dos encontros foram necessários: impressões dos roteiros dos Círculos de Cultura Sociopoéticos, folhas de ofício para confecção dos desenhos individuais, canetas, lápis, borrachas, pincéis coloridos, cartolinas, impressões das tarjetas de categorização, fitas adesivas, fósforo para dinâmica do quebra-gelo, lanches para os quatro encontros, impressão de cartões de lembretes de cada encontro e agradecimento pela presença, mimos de agradecimento pela participação em cada encontro, um som para o momento de relaxamento, pen-drive com músicas de relaxamento gravadas, um gravador de voz, dois celulares para gravação de áudio e tirar fotos, caderno para anotações de campo, colchonetes, garrafa com água, copos descartáveis, impressões das histórias, álcool a 70% para higiene das mãos dos participantes, e máscaras para caso alguém chegasse sem máscara.

4.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A dimensão ética inspirada na Sociopoética afirma a responsabilidade constante que o pesquisador (ou quem esteja ocupando o lugar de conduzir um processo semelhante) precisa ter para com a produção de vida nos espaços onde atua. Entretanto, essa responsabilização não implica substituir a responsabilidade do outro. Exatamente ao contrário disso, diz respeito à constante posição do pesquisador no lugar daquele que instiga a corresponsabilização dos sujeitos por aquilo que é produzido (SILVEIRA *et al*, 2008).

Segundo Santos e colaboradores (2013) o papel do pesquisador é adotar uma postura de respeito mútuo, favorecendo o intercâmbio entre conhecimentos acadêmicos e de senso comum. A Sociopoética traz uma outra relação entre os sujeitos da pesquisa pelo grupo pesquisador. O conhecimento é perpassado pelos copesquisadores, que são os sujeitos

envolvidos diretamente com a pesquisa, e se cria o conceito a partir do coletivo. Nesse ínterim, é o próprio grupo que produz os dados e os analisa, portanto o que seria o tradicional pesquisador é transmutado para facilitador, desempenhado de um papel de mediação na pesquisa. O grupo pesquisador é o centro vivo do método sociopoético, e há uma exigência ética e política fundamental para a existência deste na pesquisa, o que a difere de outros instrumentos (MARQUES; GENTINI, 2009).

Desse modo, para a realização desta pesquisa, os participantes assinaram o TCLE, conforme Apêndice A. E como se trata de uma pesquisa coletiva, foram observados os seguintes riscos ou danos possíveis aos participantes da pesquisa: Estigmatização – divulgação de informações. - Invasão de privacidade. - Divulgação de dados confidenciais. - Interferência na vida e na rotina dos sujeitos. - Embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais. – e considerar riscos relacionados à divulgação de imagem, quando houver filmagens ou registros fotográficos.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP através da Plataforma Brasil, obedecendo, sobretudo, os princípios éticos, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado em 28/10/2020 pelo CEP da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, de acordo com o parecer número 4.367.530.

E a divulgação dos produtos dos Círculos de Cultura Sociopoéticos foi realizada inicialmente ao grupo-pesquisador, e posteriormente à comunidade científica e ao público de acordo com as normas do mestrado PROFSAÚDE da Fiocruz.

5 DETALHAMENTO DOS CÍRCULOS DE CULTURA SOCIOPOÉTICOS

A partir da estrutura proposta para os Círculos de Cultura Sociopoéticos elaboramos uma programação para cada um dos encontros (APÊNDICES C, D, E e F). Com objetivo de criar um clima de diálogo, acolhimento e abertura entre os participantes realizamos em todos os encontros momentos de relaxamento, seguido de reflexão e análise, conforme a programação elaborada previamente.

5.1 PRIMEIRO ENCONTRO

Para o primeiro encontro, considerando a participação de várias pessoas sem nenhum grau de escolarização, propomos a confecção de um desenho, a ser feito individualmente, para expressar a opinião e as ideias do grupo sobre o que representa a saúde para cada um.

Para realização dos encontros fez-se necessário um preparo prévio do ambiente para que o grupo se sentisse acolhido e à vontade para se expressar suas ideias e sentimentos. Por este motivo decidimos realizar os encontros em ambientes fora da UBS para que tivéssemos maior tempo e não tivéssemos interrupções no nosso momento coletivo. Para organização do ambiente no sentido de assegurar um local mais aconchegante e acolhedor, decidimos realizar esse encontro debaixo das árvores, na Capela do bairro, por ser um ambiente mais refrescante e inspirativo.

Preparei o roteiro do primeiro Círculo de Cultura Sociopoético realizada em 13/11/2020, conforme o Apêndice B, com muito cuidado, cronometrando tudo, preparei também o check-list para não esquecer nada. Preparei em casa mesmo com muito carinho e afeto os lanches e um mimo de gratidão pela participação do nosso encontro. Passei na UBS antes de ir para o local combinado: a capela do bairro, e peguei os colchonetes que foram cedidos pela Coordenação da Academia de Saúde de Barbalha.

Chegamos na Capela às 8:30h para preparar o local, as cadeiras, o distanciamento, a mesa, e os demais materiais. E ao chegarmos no local já havia uma pessoa aguardando para participar, era Dona Auxiliadora. Mas a Capela ainda nem havia sido aberta.

Entrei em contato com a ACS que havia solicitado a abertura da Capela para nosso encontro e dentro de alguns minutos um morador do bairro, chamado Taciano, abriu a Capela e nos ajudou no transporte dos materiais para nosso encontro. Por questões de trabalho, ele não pôde participar de nossos Círculos de Cultura Sociopoético, mas se colocou à disposição em abrir a Capela e nos ajudar na organização do ambiente. A segunda pessoa a chegar foi Dona Raimunda, chegou ainda antes das 9h, junto com outra participante, Delfina, que é uma de nossas ACS.

No preparo do ambiente e na espera dos participantes, confesso que me senti um pouco ansiosa, na expectativa de quantas pessoas participariam, pois foram convidadas 10 pessoas, mas só compareceram 7 no nosso primeiro encontro, mas sei que este número já nos traria momentos maravilhosos de produção de saberes construídos entrelaçadamente. E no dia combinado, estávamos na sombra, respirando ar puro, em contato com a natureza, o que já infundia boas sensações e pensamentos. Fiquei muito apreensiva, pois o horário foi passando e nossos convidados não chegavam, pois como referiu a nossa ACS: “As pessoas só querem participar de algo se for para receberem algo em troca”.

Fizemos uma roda com as cadeiras, com um distanciamento de 1m entre uma e outra, e ficamos proseando até chegar o nosso horário previsto, tendo iniciado às 9:40h.

Foram convidados 10 participantes, mas apenas 6 dos moradores da comunidade se fizeram presentes, além da nossa convidada de Juazeiro do Norte que veio nos auxiliar nesta produção coletiva de conhecimentos e saberes, de modo que participaram, então 7 pesquisadores. Começamos então o nosso Círculo de Cultura Sociopoético e seguimos a ordem de nosso roteiro.

Certos de que o nosso corpo é fonte produtora de conhecimento, foram levados colchonetes para o momento de relaxamento, e as cadeiras foram colocadas a uma distância adequada de pelo menos um metro entre os participantes. Tomamos as precauções em relação ao momento de pandemia e todos estavam de máscara e tínhamos disponível o álcool a 70%.

Preparamos também um lanche especial, que inclusive, eu fiz questão de preparar cada coisa na minha própria casa, com o intuito de demonstrar afeto, atenção e vínculo com a comunidade. Além disso, preparei também um mimo de agradecimento pelo envolvimento de cada sujeito como copesquisador, e junto do mimo um lembrete do nosso próximo encontro.

Também levamos água potável para caso alguém tivesse sede, e materiais descartáveis, para que nada tirasse nosso foco nem viesse a ser um obstáculo para realização da nossa pesquisa.

Após a apresentação individual de cada participante, realizamos a dinâmica do desenho em que cada pessoa estava livre para fazer desenhos, coloridos ou não, sobre o significado de saúde e doença para si. E em seguida, cada pesquisador teve seu momento de compartilhar com o grupo o seu desenho, bem como, seu significado.

Após esse momento realizamos o relaxamento corporal, para, em seguida, contar a história “A menina do vestido azul”, quando foram feitas perguntas para o grupo a respeito da temática narrada, tais como: “*Qual a associação desta história com a saúde do bairro*”. “*Quais os fatores dessa história podem influenciar sobre o processo saúde e doença?*”.

Sequencialmente, contamos também, a segunda história “O rato e a ratoeira”. Logo após, seguimos com algumas perguntas para que o grupo conversasse sobre quais relações esta fábula poderia trazer com o tema de nossa pesquisa.

Neste encontro, levei comigo uma ajudante para auxiliar na entrega dos TCLEs, folhas de ofício, lápis, canetas, observar os gravadores, e, tirar algumas fotos. Esta auxiliar acabou que também participou verbalmente em um determinado momento do encontro. Ela é uma agente comunitária de saúde aposentada, graduada em História, e residente em Juazeiro do Norte. Talvez por vivenciar este contexto de saúde tão próximo, e por muitos anos, apesar de que em outra localidade - Juazeiro do Norte - não se conteve e acabou se expressando em alguns momentos, o que a meu ver contribuiu com uma visão mais ampla sobre os diversos contextos sociais da saúde.

Algo que me chamou a atenção, sobretudo, foi a participação de um dos nossos co-pesquisadores, que possui dificuldade na fala e um leve déficit cognitivo, mas que fez questão de participar de nosso encontro, além do testemunho de Dona Odínília, que referiu que o momento que mais lhe tocou do nosso encontro foi a história “A menina do vestido azul”, pois esta história retrata a vida de seu filho, que “tomou outro rumo” porque alguém também tomou uma iniciativa e fez a sua parte como ator social.

Com a contação da história da Menina do vestido azul, o grupo expressou um sentimento de mobilização, de contagiosidade, de que as coisas mudam quando alguém dá o primeiro passo. O grupo reconheceu que há muitas meninas como essa em nossa comunidade, há muito o que se fazer, a saúde em minha casa e no meu bairro depende da minha ação e não só do gestor.

E não podemos esquecer da história do ratinho, que pediu ajuda a tantos amigos, e ninguém socorreu, todos diziam: “*Amigo rato, este problema da ratoeira é somente seu...*” Com esta história o grupo deu boas risadas, referiram, por exemplo, que teria sido muito melhor ter comprado um gato, pois teriam sido evitadas muitas mortes... de modo que, é bem melhor pensar nas consequências antes de agir!

O grupo lembrou, ainda, o fato de que nós somos como o rato, chamamos algumas pessoas para participar de nossos Círculos de Cultura Sociopoético, mas elas não entenderam que este assunto também é do interesse delas. E que há várias situações na comunidade em que o problema de seu vizinho acaba sendo o seu também, como no caso do lixo nas ruas, do esgoto, das queimadas, do entupimento das fossas vizinhas, da falta de ação de algumas pessoas, dos terrenos baldios...

Percebemos, como grupo, que somos como este rato, mas isso não é de todo ruim, pois é melhor ser rato do que morrer sem perceber o problema, apesar de que, às vezes, também, nos entristecemos e nos cansamos de lutarmos sozinhos.

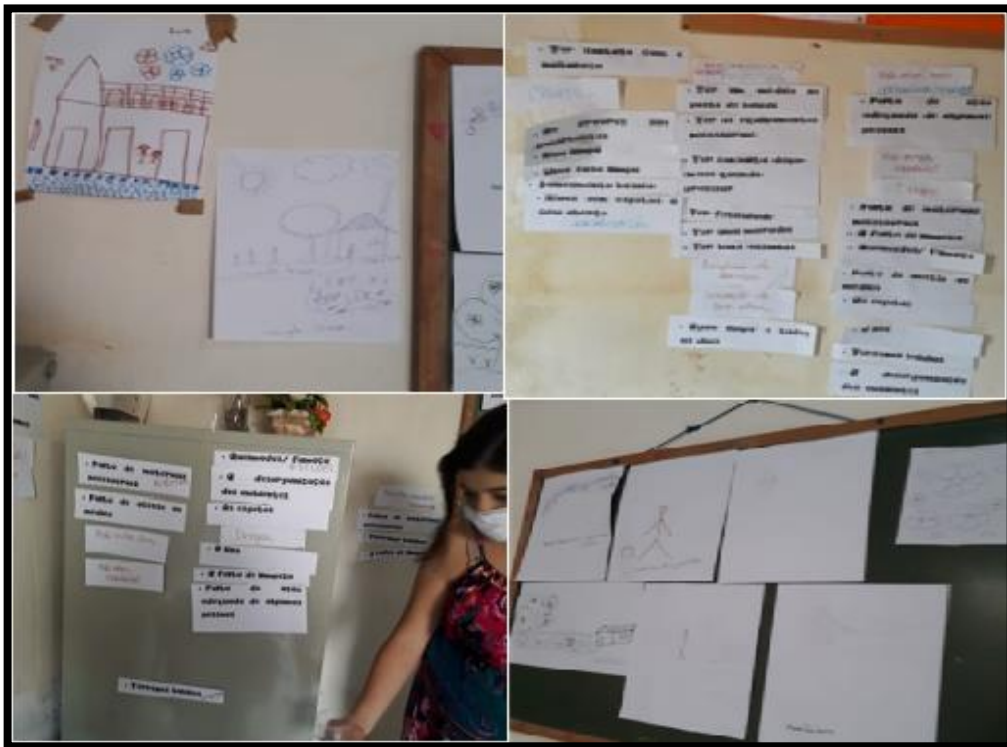
Tendo encerrado a mesma às 11:15h. Acordamos no encerramento que as próximas reuniões aconteceriam naquele mesmo local, às 9:30h, e por sugestão do próprio grupo cada um levaria algum elemento para nosso lanche coletivo.

Ao final deste primeiro encontro a interação entre os copesquisadores resultou na explicitação e construção individual das significações, sobre o tema, explicitadas ali por meio do desenho produzido individualmente, e em sequência, esta significação foi também observada e refletida de maneira coletiva, seguida da discussão em grupo a partir da contação das duas histórias, feita pela facilitadora.

5.2 SEGUNDO ENCONTRO

Como preparação prévia para este encontro a autora facilitadora da pesquisa realizou a primeira análise do material produzido pelo grupo, para então, retornar e realizar a contra-análise, feita coletivamente com o grupo.

Fotografia 1 - Segundo encontro do grupo pesquisador, Barbalha-CE, novembro de 2020.



Fonte: Arquivo pessoal dos pesquisadores (2020).

Na data deste encontro havia chovido durante as horas anteriores, e aqui no Cariri, quando chove, o pessoal fica todo dentro de casa. Ninguém sai, ainda que tenha algum compromisso. Então no horário marcado só tínhamos duas pessoas que haviam chegado. E somente após uma hora do nosso horário previsto foi que começaram a chegar um e outro do nosso grupo pesquisador.

Chegaram um após o outro, uma boa parte chegou quando a programação do Círculo de Cultura Sociopoético já estava em andamento. Importante ressaltar que tivemos ao final do encontro 9 pesquisadores, sendo que deste total, 4 eram novos participantes, pois apesar de terem sido convidados também, para o nosso primeiro encontro, não puderam comparecer anteriormente.

Importante assinalar também que, apesar de terem chegado em momentos diferentes do Círculo de Cultura Sociopoético, todos os 4 novos participantes foram esclarecidos sobre o convite de fazer parte deste grupo pesquisador, as condições estabelecidas para participar do grupo e todos assinaram o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Observamos que apesar de termos quatro novos participantes que não vivenciaram o primeiro encontro, a participação destes foi surpreendente, pois eles participaram efetivamente das atividades propostas, da categorização, e até mesmo, do debate gerado neste processo de construção de saberes.

Antes de seguirmos com a análise e contra-análise, houve um momento de quebra-gelo, e esse momento, aconteceu sem grandes inibições, e foi muito proveitoso porque favoreceu a participação e o engajamento de cada um no grupo pesquisador como produtor de conhecimento.

Foram lembrados também no segundo encontro os princípios de nosso encontro enquanto grupo pesquisados, a importância de respeitar a opinião do outro, e a necessidade de assinatura do TCLE.

Na sequência tivemos nosso momento de lanche e posteriormente o relaxamento.

Assim, a facilitadora levou para o grupo os conceitos elaborados pelo grupo no encontro anterior, por meio de tarjetas impressas, contendo as categorias que o grupo produziu, que são as categorias empíricas procedentes das experiências dos pesquisadores.

A partir dessas categorias empíricas procuramos observar a estrutura do pensamento referentes às categorias elencadas pelos subgrupos na busca de se compreender o imaginário individual e coletivo dessas estruturas de pensamento a partir da construção de um mapa conceitual. E nesse processo, pudemos observar que algumas categorias eram semelhantes aos demais grupos, enquanto outras eram divergentes.

Conforme a análise realizada pela facilitadora, para o grupo pesquisador saúde é *ter: uma moradia, uma casa limpa, saneamento básico, rua limpa, ruas sem esgotos à céu aberto, árvores plantadas ao redor de nossas casas, saúde é também ter um médico no posto de saúde, com os equipamentos necessários, é ter consulta disponível quando precisar, é ter felicidade, é ter água limpa e todos os dias, é ter contato com a natureza, e ter bons vizinhos*. Percebi também que o grupo entende que o posto de saúde é uma propriedade e um bem da comunidade, que as árvores são importantes para nossa saúde, e ainda, que a doença pode estar relacionada com *os esgotos, o lixo, a falta de limpeza, a desorganização dos ambientes, a falta de acesso ao médico e aos materiais necessários, bem como às queimadas, à fumaça, aos terrenos baldios e a falta de ação adequada de algumas pessoas*.

Sintetizando no quadro abaixo (QUADRO 3) as categorias a respeito dos fatores que influenciam no processo saúde-doença de acordo com o grupo pesquisador, suscitado a partir da contação de história:

Quadro 3 - Categorias dos fatores que influenciam na saúde e doença.

A saúde envolve	A doença envolve
Saneamento básico	O lixo
Rua limpa- casa limpa	A falta de limpeza
Ruas sem esgotos à céu aberto	Queimadas/ fumaça
As árvores são importantes	Terrenos baldios
Ter um médico no posto de saúde	Os esgotos
Os equipamentos necessários	Falta de acesso ao médico
Ter consulta disponível quando precisar	Falta de materiais necessários
Água limpa e todos os dias	Falta de ação adequada de algumas pessoas
Ter felicidade	A desorganização dos ambientes
Ter contato com a natureza	
Ter bons vizinhos	
Ter uma moradia	

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

E as categorias analisadas pela facilitadora (QUADRO 4 e 5) e apresentadas para a contra-análise do grupo foram:

Quadro 4 - Categorização feita pela autora a partir da primeira oficina a respeito dos determinantes da saúde.

SAÚDE		
Categoria 1 Condições	Categoria 2 Atitudes	Categoria 3 Sensações
Água limpa Ter consulta disponível quando precisar Ter moradia Ter médico no posto Ter equipamento necessário Hospitais Chuvas	Rua sem esgoto à céu aberto Rua limpa Casa limpa Saneamento básico	Ter felicidade Ter contato com a natureza Árvores são importantes Ter bons vizinhos Sensação de bem-estar, Ausência de doenças

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

Quadro 5 - Categorização feita pela autora a partir da primeira oficina a respeito dos determinantes da doença.

DOENÇA		
Categoria 1 Ausências	Categoria 2 Atitudes	Categoria 3 Estrutural
Falta de materiais necessários Falta de acesso ao médico Não estar bem Não estar saudável	Queimadas/ fumaça A desorganização dos ambientes Os esgotos Dengue O lixo A falta de limpeza Falta de ação adequada de algumas pessoas	Terrenos baldios

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

Após a apresentação da análise de categorias trazida pela facilitadora, o grupo então refletiu sobre este conhecimento produzido e reiterou, acrescentou, refutou algumas observações, modificou e trouxe novas significações, acrescentando outras categorias no tema saúde, como: ter um hospital, sensação de bem-estar, chuva, e ausência de doenças, e também

fizeram acréscimos na temática dos fatores que influenciam na doença, como: dengue, não estar bem, e não estar saudável. Isso é o que chamamos de contra-análise.

E assim, após a contra-análise realizada, os subgrupos passaram, então, a separar estes conceitos produzidos grupalmente em *prateleiras* que nós chamamos de categorias. Para isso, o grupo pesquisador foi dividido em dois subgrupos para realizar o processo de separação de conceitos em categorias e nomeação destas categorias de acordo com a lógica estabelecida por cada grupo.

Neste momento de troca de informações e de opiniões houve o reconhecimento por parte do grupo de diferentes visões de conceito sobre saúde doença. E atitudes de uma escuta sensível como: não julgar, não medir, não comparar, compreender sem, necessariamente, aderir às opiniões ou se identificar com o outro, como assegura Barbier (2002), e isto foi um fator presente nos Círculos de Cultura Sociopoéticos.

E durante todo esse processo foram destacados o que o grupo produziu, a importância de cada um como pesquisador, bem como, as ligações e as divergências dos conhecimentos produzidos coletivamente.

Agradecemos a participação e o envolvimento afetuoso e comprometido de cada pesquisador e entregamos nosso mimo de gratidão com um cartão lembrete de nosso próximo encontro.

5.3 TERCEIRO ENCONTRO

Neste terceiro encontro, mais uma vez, foram trazidas pela facilitadora as percepções do grupo pesquisador referentes ao encontro anterior. Desse modo, a nossa proposta para o terceiro Círculo de Cultura Sociopoético foi levar as análises feitas das categorias e as estruturas de pensamentos que a organizaram, para que o grupo pesquisador pudesse fazer uma contra-análise validando ou refutando as ideias apresentadas.

Fotografia 2 - Terceiro encontro do grupo pesquisador, Barbalha-CE, novembro de 2020.



Fonte: Arquivo pessoal dos pesquisadores (2020).

O nosso terceiro Círculo de Cultura Sociopoético começou às 9:45h com a presença de 7 participantes. Dois componentes do grupo, Delfina e Maria da Graças, faltaram ao nosso encontro, mas justificaram a sua ausência.

Após as boas-vindas, fizemos o nosso momento de *coffee break*, e em seguida um momento de relaxamento para dar início a nossa atividade de categorização referente aos Determinantes Sociais de Saúde.

Desse modo, a proposta para a análise feita no terceiro Círculo de Cultura Sociopoético foi levar para o grupo pesquisador a pergunta: “Ainda há outros fatores que influenciam na saúde e que não foram colocados por nós nestas categorias? E de que modo isso acontece? Por que estes fatores foram esquecidos?”

Neste momento de contra-análise do grupo, surgiram outros Determinantes Sociais da Saúde que haviam sido esquecidos anteriormente, tais como: lazer, prática de atividade física, transporte, política, emprego, educação, renda, interação social, contexto familiar, entre outros.

Alguns fatores antes referidos, foram retirados, haja vista que outros conceitos tinham o mesmo sentido, tais como “esgoto à céu aberto” e “saneamento”.

Após construirmos nossa categorização com os acréscimos sugeridos pelo grupo, reorganizamos as categorias produzidas pelo grupo, que resultou em uma ampliação da visão do grupo sobre o tema. E por fim, dividimos os pesquisadores para a criação de uma nova história a partir de “A menina do Vestido azul” e “O rato e a ratoeira” a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde elencados pelo próprio grupo durante os Círculos de Cultura Sociopoéticos.

Para a produção destas criações literárias os participantes poderiam utilizar os personagens das histórias contadas no nosso primeiro encontro. De modo que, nesta recriação os grupos teriam que envolver os Determinantes Sociais da Saúde em seu enredo, e para isso o grupo foi dividido em dois subgrupos, conforme decisão dos participantes in loco. E esta etapa foi importante para evidenciar o potencial da contação de história não apenas para compreensão de um tema, mas também para sua ressignificação, ampliação e aprofundamento.

Dessa maneira cada subgrupo ficou com uma história. O primeiro ficou com a história *A menina do vestido azul*, sendo formado por quatro componentes; e o segundo subgrupo ficou com *A história do rato e a ratoeira*, tendo três componentes. Após 30 minutos cada grupo apresentou a sua história (re)criada. Chamamos este processo de narração criativa, onde o grupo produz o enredo utilizando os personagens da nossa história contada, recontando a história a partir de sua compreensão sobre o tema dos DSS. E este processo de recriação das histórias ampliou e enriqueceu a compreensão sobre o tema dos DSS por meio dos elementos presentes nas histórias que estão descritas a seguir.

A menina do vestido azul



Era uma vez uma garota chamada Auxiliadora, mas todos a conheciam por Siló...

Seus pais eram de família bem humilde, moravam em um bairro muito pobre, com muitas dificuldades. Inclusive, até a escola, onde Siló estudava, era muito carente.

Mas, aconteceu que, a diretora daquela escola, muito solidária, vendo a situação daquela menina, resolveu incentiva-lá, dando-lhe um presente: uma roupa para ela frequentar a escola...

Siló ficou muito feliz com a roupa. E a roupa era da sua cor preferida azul, um lindo vestido azul, que a deixou muito contente!

Até parecia uma princesa tamanho beleza que ela ficou com o vestido.

Sua mãe, vendo a filha tão linda, penteou os cabelos, fez lindas tranças e a deixou bem arrumada para ir em busca de novos conhecimentos que serviriam para o seu futuro..

Foi tamanha a mudança que, até as vizinhas sentiram a necessidade de mudar também as suas casas e o bairro... Limpando a frente de suas casas, que ficavam vizinhas a casa da menina do vestido azul...

A família de Siló era gente humilde, mas muito limpa. Seus pais não tinham tido a oportunidade de estudar, mas passaram a dar muito apoio a sua filha.

E o lugar foi ficando conhecido...

...As autoridades, sabendo do acontecido, tomaram providências para calçar a rua, colocar água encanada, energia elétrica, e mandaram até fazer uma praçinha no bairro, para as pessoas terem um local de lazer.

Por conta da história da menina, do interesse de seus pais e da organização dos líderes do bairro, surgiu a necessidade de um lugar para as pessoas cuidarem da sua saúde, foi então criado um Posto de Saúde e também uma Associação para incentivar as pessoas da comunidade a trabalhar em equipe, fazendo roupas e acessórios para serem distribuídos para as pessoas mais carentes.

E daí surgiram várias ideias: bordado, pintura, crochê... e com todos estes empreendimentos, o bairro foi crescendo, as oportunidades de trabalho foram se ampliando... e daí a pouco a estrutura social, a organização política e a saúde do bairro mudaram radicalmente.

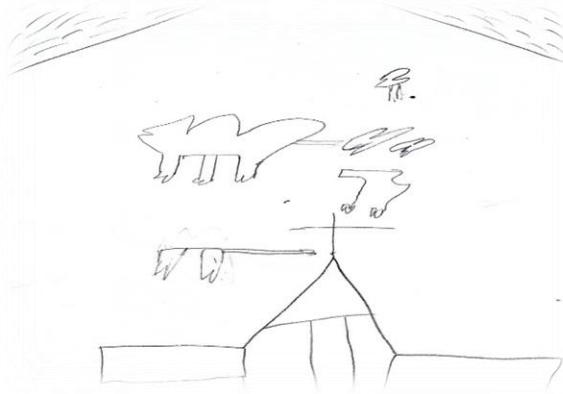
...E a garota do vestido azul?!

Ah, ela se tornou uma Assistente Social, pois segundo ela, era esta a maneira que ela tinha como retribuir e ajudar a sua comunidade o incentivo que um dia lhe foi dado e que transformou sua vida.

E até hoje se conta neste bairro o quanto é importante a solidariedade, a organização e a ajuda de todos e também dos políticos para o crescimento e transformação de um povo!

Autora da ilustração: Ana Gomes de Almeida- Grupo pesquisador (2020)

Uma fazenda acolhedora



Era uma vez uma fazenda muito acolhedora, aconchegante, romântica, e cheia de animais... Esta Fazenda ficava no Jardim dos Ipês, próximo ao Alto da Alegria...

A Fazenda era linda... Tinha um lindo jardim, cheio de rosas e borboletas.

...E na fazenda, havia um lago com água limpa e fresca, onde nadavam tranquilamente peixes e patos. Os animais eram bem cuidados... E tudo era sossego neste ambiente de paz e harmonia...

Os animais eram bem cuidados... E todos os dias, às 5 horas da manhã, os sabiás cantavam e encantavam a todos com o seu canto.

Mas, certo dia, aconteceu que a dona da fazenda observou que o queijo que ela havia colocado sobre a mesa, estava mordido, e percebeu que havia um rato em sua cozinha. Então, logo mandou comprar uma ratoeira.

O rato da fazenda, muito inteligente, percebeu o rico que corria, e logo procurou ajuda, pois ficou inseguro em relação à ratoeira, afinal, ele sabia que era para matá-lo.

... Como na fazenda haviam outros animais, ele foi pedir ajuda aos outros animais que moravam na fazenda, porém, todos se recusaram: gato, cachorro, vaca, galinha, porco, cavalo e todos os outros...

Aconteceu, no entanto, que a ratoeira serviu não para o rato, mas para uma cobra, que foi presa na ratoeira e terminou picando a dona da casa.

Por ter sido picada pela cobra, a dona da casa precisou ser levada para o hospital, que ficava muito longe da fazenda.

De carroça, pois seu marido não tinha carro, acabou demorando chegar ao hospital, que por sua vez, também não tinha o soro necessário para o tratamento da senhora.

E aconteceu que no dia seguinte o cachorro da fazenda amanheceu muito triste. E após perceber a mudança do cachorro, o dono também precisou levá-lo ao veterinário.

Após avaliá-lo, o veterinário falou que o cachorro tinha sido mordido por bicho, provavelmente uma cobra.

Sem o soro necessário, e após tanto tempo decorrido do acontecido, sucedeu que todos morreram, a senhora e o cachorro, bem como outros animais que acabaram indo para a panela para alimentar o pessoal da casa e que vieram para o velório...

Depois desses acontecimentos, nunca mais a Fazenda do jardim dos Ipês foi a mesma... Os sabiás já não cantam como antes, o lago não é mais o mesmo, nem mesmo o dono da fazenda...

Dizem até que seu melhor amigo agora é um rato, que carinhosamente o acompanha pelos vãos e arredores daquela acolhedora e saudosa fazenda...

Autor da ilustração: Carlos Augusto dos Santos- Grupo pesquisador (2020)

E após nosso momento de gratidão pela presença de cada membro, encerramos o encontro às 11h30min, ficando o nosso quarto encontro agendado e pactuado com todos os pesquisadores.

5.4 QUARTO ENCONTRO

Para este quarto e último encontro, mais uma vez foram trazidas pela facilitadora as percepções do grupo pesquisador referentes aos encontros anteriores. A proposta foi trazer a análise das categorias produzidas pelo grupo pesquisador relacionadas ao nosso tema gerador e as histórias narradas criadas pelos pesquisadores referentes aos Determinantes Sociais da Saúde, tendo por fim, a decisão do grupo pesquisador quanto à maneira de socializar para a comunidade os conhecimentos produzidos pelo grupo pesquisador.

Fotografia 3- Quarto encontro do grupo pesquisador, Barbalha-CE, novembro de 2020.



Fonte: Arquivo pessoal dos pesquisadores (2020).

O nosso quarto encontro iniciou-se às 9:40h da manhã com a presença de 6 participantes, pois 3 participantes justificaram sua ausência por questões de saúde e trabalho

Narramos as duas histórias criadas pelo grupo pesquisador, bem como relembramos as categorizações feitas pelo grupo a respeito dos conceitos que influenciam no processo de saúde e doença. Seguindo-se assim, a contra a análise feita pelo grupo pesquisador.

Neste momento de contra-análise, o grupo retirou alguns itens que eram semelhantes em seus significados, tais como: desorganização dos ambientes e ambientes de risco para acidentes e desastres, e rua limpa e higiene.

Ficando como resultado final de categorização as seguintes associações (QUADRO 6 e 7) referentes aos DSS:

Quadro 6 - Categorização dos Determinantes Sociais da Saúde.

SAÚDE		
Limpeza	Organização	Acolhimento
Rua limpa Água limpa e todos os dias Chuva Árvores são importantes Higiene	Hospital Ter os equipamentos necessários Ter uma moradia Ter um médico no posto de saúde Saneamento básico Equipe de saúde multiprofissional Alimentação Emprego Transporte Renda Política Educação	Ter consulta disponível Ter bons vizinhos Ter felicidade Sensação de bem-estar Ter contato com a natureza Ausência de doenças Interação social (redes de apoio) Lazer Família- Parentesco Idade

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

Quadro 7- Categorização dos Determinantes Sociais da Doença.

DOENÇA		
Falta de amor ao próximo	Falta de assistência	Desorganização
Fumaça- queimadas Falta de ação adequada de algumas pessoas Lixo	Falta de acesso ao médico Não estar saudável Falta de material necessário Acidentes Falta de exercício físico Falta de segurança	Terreno baldio Dengue Esgotos Falta de limpeza Desorganização dos ambientes Desastres Falta de emprego Falta de locais de lazer Ambientes de risco para acidentes e desastres

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

A respeito das duas histórias criadas pelo grupo pesquisador, nada foi acrescentado, pois o grupo validou as histórias narradas que foram criadas pelos pesquisadores.

Na sequência, discutiu-se no grupo como seria feita a socialização dos conhecimentos produzidos, e decidiu-se que a partir de uma poesia e criação de um desenho, os mesmos seriam compartilhados com a comunidade por meio da emissora de rádio local e da missa realizada na capela onde os encontros aconteceram.

Esta participação do grupo pesquisador na socialização dos resultados da pesquisa trouxe muito contentamento, motivação e satisfação para os participantes da pesquisa, bem como, para a comunidade e para o serviço público de saúde do qual estes fazem parte, uma vez que todos se sentiram importantes e valorizados em participar desse momento de troca de saberes e construção coletiva de conhecimento.

O desenho produzido pelos participantes se referia a todos os encontros do grupo, bem como às histórias que foram construídas, além dos conceitos e categorias elaborados durante os Círculos de Cultura Sociopoéticos. Assim resultou-se a poesia e desenho produzidos pelo grupo pesquisador:

Determinantes da Saúde e Doença

Autor: Grupo Pesquisador (2020)

*Ter saúde é ter limpeza...
Casa limpa, rua limpa, e higiene
Água limpa e todo dia, para beber e limpar
Não esquecendo da chuva ... que alegra a gente
E as árvores também cultivar
Pois dão à nossa vida mais harmonia e beleza*

*Ter saúde é ter organização...
É preciso saneamento, moradia e emprego
Quem foi que disse que saúde não depende de política,
De ter médico, hospital e outros profissionais?
Equipamentos e transporte, tudo com uma logística...
Alimentação e renda, certamente dão sossego
Além de algo muito importante, a educação!*

*Ter saúde é acolhimento...
É sensação de bem-estar, felicidade e prazer
Ter consulta disponível quando dela precisar
Parentesco e idade a saúde também podem afetar*

*Mas, da interação social não podemos esquecer
Como é bom o convívio, bons vizinhos, a tranquilidade, o lazer
Contato com a natureza e bons relacionamentos...*

*A doença tem a ver ...com a falta de amor ao próximo
Jogar lixo pelas ruas, sujando o espaço comum
Além da falta de ação dos gestores e responsáveis
Isso tudo é absurdo, mas uma realidade
Fumaça e queimadas feitas sem cuidado algum
Causando doenças respiratórias evitáveis
Pois um ato individual traz consequências pra toda comunidade.*

*A doença também se dá por falta de assistência
Falta de material necessário, médicos e outros recursos
A falta de segurança também traz repercussão
E acidentes e tragédias na família repercutem
Assim, não estar saudável pode gerar vários percursos
Além de que a falta de exercício e a acomodação
Trará para o indivíduo a enfermidade como consequência.*

*A doença é consequência da desorganização
Quando se vê terrenos baldios e esgotos
Tudo isso associado à falta de emprego e lazer
Só se pode é ter problemas, só se pode é adoecer
Falta de limpeza por parte da gestão e de todos
Causando dengue, desastres e muita gente a sofrer
Mas tudo isso tem jeito, a começar da minha atenção.*

O desenho construído foi anexado e exposto na parede da Capela e a poesia foi entregue a um dos membros do grupo pesquisador para a divulgação na missa e na rádio local. Esta foi a decisão de socialização do grupo.

O encontro se encerrou às 11:15h da manhã, tendo cada membro do grupo pesquisador recebido um mínimo de agradecimento, uma caderneta com a capa personalizada de um vestido azul e tiramos a nossa foto oficial, onde todos estavam com orelhas de rato em alusão a nossas histórias narradas e construídas pelo grupo pesquisador.

6 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para a análise dos Círculos de Cultura Sociopoéticos a respeito do que foi produzido pelo grupo fizemos a construção de categorias e produtos, que por conseguinte, foram trazidas para o grupo, e o grupo pesquisador realizou a sua análise e contra análise do material apresentado.

E na análise do facilitador, é importante lembrar a necessidade de se identificar e observar as estruturas de pensamento invisíveis que estão obscuras, nas verbalizações, nos desenhos produzidos, no material artístico produzido, bem como, na expressividade das cores, dos sorrisos, e até mesmo, da ritmicidade e hiatos dos participantes.

À medida que essas técnicas vão sendo desenvolvidas pelo grupo e libertando o seu imaginário, a escuta sensível se torna uma consequência e essas técnicas que mexem com os sentidos do grupo pesquisador, normalmente, não são utilizadas na rotina diária dos pesquisadores que se restringem em ler os aspectos ligados a cognição.

Na minha prática como médica, por exemplo, essas técnicas me causaram grande estranhamento. Por exemplo, é comum no percurso metodológico da Sociopoética associar os elementos como água, terra, fogo e ar, para associá-los com sensações e percepções referentes a um tema estudado, ou mesmo, a atualização e uso de figuras mitológicas, e elementos geométricos para produção de conhecimento científico, e isto me causou um certo desconforto inicial. Mas foi a partir desse estranhamento que os pensamentos e as significações começaram a emergir, e no caso do nosso grupo pesquisador isso se deu a partir do uso das histórias e dos desenhos livres.

E outro ponto interessante na Sociopoética é que, os dados produzidos pelo grupo são analisados pelo próprio grupo. Uma primeira análise é realizada pelo facilitador, mas essa análise é validada ou não, de maneira coletiva, através da contra-análise do grupo pesquisador de modo que todos são produtores do conhecimento e não apenas o pesquisador responsável pela pesquisa.

Neste momento de análise e contra-análise coletiva, podem ser feitas perguntas pelo grupo pesquisador ou ainda pelo facilitador, para que seja validada ou refutada pelo grupo a análise da produção de conhecimento trazida pelo facilitador. Assim, nesse processo, pode haver esses encontros e desencontros entre a análise do facilitador e a contra análise do grupo pesquisador dependendo de cada pesquisa, das técnicas utilizadas como dispositivos que são propostos para produção de dados e da motivação de cada pesquisador.

E na verdade, não é necessário que se chegue a um consenso, contanto que todas as variáveis produzidas pelo grupo sejam expostas, porque o objetivo é conhecer a estrutura de pensamento do grupo pesquisador e não fazer com que todos aceitem determinada conclusão. Contanto que, tudo seja feito com respeito mútuo e cooperação de todo o grupo.

Nesse percurso é importante que se fotografem os desenhos ou as produções do grupo, as obras de arte, que sejam filmadas ou gravadas as encenações ou mesmo, gravados os áudios das falas dos pesquisadores, para que estas significações produzidas não sejam perdidas. E esta relevância se dá pelo fato de que o interesse de um percurso sociopoético de pesquisa é descobrir ou desvelar a estrutura do pensamento do grupo na sua diferença e nas suas significações mais escondidas, e não somente, uma análise superficial ou individualizada dos participantes. Por este motivo, utilizamos como instrumentos de registro em nossa pesquisa o diário de campo e a gravação das vozes dos quatro encontros.

É válido lembrar que no caminho sociopoético o momento de análise acontece normalmente em quatro fases. A primeira fase é a classificatória da leitura desta produção de dados, chamada de análise viril, porque traz elementos mais da racionalidade quando se destacam os pontos mais óbvios e superficiais. Depois procede-se com uma segunda análise chamada de momento mulheril, porque recorre aos elementos da intuição podendo desvelar outros elementos até então escondidos. Em seguida nós teremos análise filosófica, onde se procura entender as relações secretas dos significados do que foi produzido. E por fim o estudo infantil, onde é feita uma análise mais profunda e geral do que foi produzido.

E para esta pesquisa nos inspiramos neste percurso de análise durante os quatro encontros do grupo em que, no primeiro, procedemos a uma análise das categorias, no segundo, aprofundamos esta análise ampliando e revisando as categorias; no terceiro fizemos as relações com a recriação das histórias, para no final, consolidarmos o que o grupo produziu para ser socializado no quarto e último encontro.

6.2 PERCEPÇÕES DA AUTORA

Contar histórias é uma tarefa fascinante e prazerosa, afinal de contas as histórias estão presentes em nossa vida desde a nossa infância... Mas fazer isso com um objetivo específico e no contexto da Saúde na Atenção Primária é outra coisa...

Quando decidi realizar esta pesquisa sobre comunicação entre profissionais de saúde e comunidade a respeito dos DSS e o papel da contação de histórias como mediadora desse processo, procurava uma metodologia de pesquisa que se casasse com meus objetivos. E assim,

encontrei inspiração na Sociopoética, nos Círculos de Cultura Sociopoéticos e por fim, na metanálise.

Confesso que inicialmente tive muita dificuldade em compreender estas metodologias, visto que nunca ouvira falar delas na graduação. E pude perceber que, por ser médica, parece que fui treinada ou apresentada, sobretudo, a metodologias quantitativas e, por esta razão precisei buscar na literatura diversos exemplos de pesquisas na área da saúde que utilizasse essa metodologia para que eu pudesse compreendê-la melhor.

E mesmo após estudar sobre a Sociopoética, ainda me sentia hesitante para conduzir a minha própria pesquisa com o referido método. Tudo era muito novo para mim. Sinceramente, as técnicas de pesquisa me causaram muito estranhamento. Senti-me engessada, difícil de absorver as ideias libertadoras do método. Tive medo de não ter controle sobre o conhecimento que seria produzido.

Senti-me como alguém que fora treinada numa cultura de pesquisa controladora, dominadora, com procedimentos convencionais, e a meu ver parecia complexo ou inacreditável que dados obtidos através de uma técnica artística, assim como a contação de histórias, o teatro, o desenho, a pintura, o cordel ou a música pudessem também ter valor científico.

No entanto, no decorrer dos encontros com os voluntários que constituíram o grupo pesquisador, senti-me motivada e muito feliz pela participação de cada pessoa que compareceu e participou dos Círculos de Cultura Sociopoético.

Percebo que nesse processo aprendi a ouvir mais e falar menos, a agregar valores aos meus conceitos e ampliar minha própria visão do conceito de saúde. Parece até que como profissionais da saúde temos a ideia de que sabemos mais que a população, mas foi muito bom ouvir a sabedoria destas pessoas, a imensidão do seu conhecimento do que envolve o processo saúde-doença, e ainda ouvir as suas histórias de vida implicadas nesse processo.

Esta atitude preconceituosa e classista é um fator comum nas relações entre profissionais de saúde e comunidade, e dificulta a realização do diálogo. Mas como esperar que haja um efetivo diálogo entre comunidade e equipe de saúde ou mesmo uma construção de conhecimento que seja significativa de modo horizontal, em pé de igualdade e de modo que ambos sejam reciprocamente afetados e impactados?

Percebi também neste percurso o quanto a imaginação e a sensibilidade, oportunizada pelos Círculos de Cultura Sociopoéticos, contribuíram para promover um crescimento pessoal e comunitário à medida que foi trazendo à tona, de maneira poética, as percepções e significações adormecidas em nosso corpo e em nosso inconsciente. Cada encontro possibilitou emergir as ideias e saberes, e até mesmo, soluções criativas para problemas e conflitos que são

vivenciados no cotidiano dos indivíduos e comunidades, e que por muitas vezes, são pouco evidenciadas ou compartilhadas.

Saí do primeiro Círculo de Cultura Sociopoético muito entusiasmada e cheia de expectativas para nosso próximo encontro. Mas confesso que ainda temia a desistência dos participantes voluntários por conta da pandemia e também pela ausência de um benefício imediato em participar da pesquisa, visto que aqui no Cariri há uma cultura de se participar somente de algo em que se tenha um retorno visível e imediato.

No segundo encontro, realizado em 20/11/2020 fiquei muito apreensiva e ansiosa, pois neste dia choveu bastante em Barbalha, o que atrasou muito a chegada dos pesquisadores. No horário marcado só havia dois pesquisadores presentes, e por essa razão demoramos 1h do horário marcado para iniciarmos, de modo que os pesquisadores foram chegando devagar enquanto acontecia nosso encontro. E nesse dia eu aprendi o quanto a chuva faz diferença na rotina de nossa população.

Durante os encontros do grupo pesquisador foi possível observar que o saber que cada indivíduo possui e produz tem raras oportunidades de ser socializado, divulgado, ou mesmo, compartilhado coletivamente na comunidade.

Sobre as criações das narrativas a partir das histórias contadas, feitas pelo grupo, estas foram de uma importância ímpar, pois os grupos além de inventarem seu próprio enredo ainda criaram desenhos ilustrativo para suas histórias, sem que isto tivesse sido solicitado pela facilitadora, ou seja, o grupo realmente entendeu seu papel de pesquisador ativo e proativo. Além de que as histórias recriadas por eles foram surpreendentes e com fins inusitados.

Alguns pontos que percebi certa dificuldade foi o fato de que o facilitador nesse momento tem ao mesmo tempo um papel dentro e fora do grupo. Como facilitadora sou ao mesmo tempo sujeito pesquisador, mas não posso influenciar na produção e contra-análise dos dados produzidos grupalmente.

Somos desafiados, portanto, a saímos da nossa visão imediata para termos uma criação crítica e criativa.

Porque na Medicina tradicional e biomédica em que somos treinados, nós somos muito metódicos E aprendemos através do método clínico, construído em uma sequência lógica e baseado em evidências cientificamente reproduzíveis a pensarmos e produzirmos ciência metodologicamente assim. No entanto, a Sociopoética nos faz viajar na contramão deste consenso, de maneira que possamos observar a complexidade e amplitude do saber humano e da percepção do mundo e da ciência. Fazendo-nos assim, perceber as coisas ao nosso redor de

acordo com outras vozes, buscando escutar outros rumores e assim compreender a estrutura do pensamento e a cultura dessas vozes.

E para isso, o facilitador precisa desenvolver e promover no grupo formas de escuta sensível, da observação dos gestos e formas que não são expressamente codificados. E isso me foi um desafio.

Outro ponto marcante desta trajetória que destaco é o fato de não sabermos onde o grupo pesquisador pode ir, quais serão as suas produções de dados, visto que o conhecimento produzido pelo grupo pesquisador surge a partir da subjetividade do grupo, de modo que a direção que o grupo toma, só sabemos no caminho que traçamos junto com o grupo pesquisador. Inicialmente, senti isso com certa insegurança como facilitadora da pesquisa. Contudo, ao final da trajetória, percebi que somente através do acolhimento, da escuta sensível, e da motivação é que tanto o facilitador quanto o grupo pesquisador vão se sentindo à vontade para prosseguir na investigação do tema proposto.

E assim, vivenciamos momentos de muita criatividade, companheirismo, escuta sensível, com muita descontração, animação e participação de cada membro, e ao final, desses momentos, me senti como uma colcha de retalhos. E em cada encontro eu agreguei uma parte dessa colcha, e a cada história que escuto, conto ou compartilho, teço novas partes dessa colcha em construção.

7 DISCUSSÃO

Uma preocupação que tivemos na preparação desta pesquisa foi o temor de que o conhecimento produzido nos Círculos de Cultura Sociopoéticos girasse em torno da temática do COVID-19, visto que este tema tem sido bombardeado pela mídia e muito vivenciado em nosso contexto da saúde. No entanto, este assunto sequer foi apontado como determinante da saúde nos encontros, o que muito me surpreendeu. E penso que isto se tenha dado por duas razões: pela necessidade de abstrairmos dessa temática que tem alterado nossa rotina de forma tão drástica, bem como pelo fato de termos realizado nossos Círculos de Cultura Sociopoéticos em um ambiente fora da ESF.

Não podemos desconsiderar algumas limitações. Dentre estas, podemos referir a ocorrência dos encontros em meio à pandemia do COVID-19 e um possível lockdown, de modo que precisamos realizar os encontros em um período mais breve de tempo, com intervalos de apenas 7 dias e apenas 4 encontros, o que pode ter trazido consequências para o aprofundamento dos temas pelo grupo pesquisador.

Quanto às categorias analíticas elencadas pelos copesquisadores, em alguns momentos, por exemplo, não se chegou a um consenso dentro do próprio subgrupo a respeito dos conceitos, ou mesmo, do nome dado às categorias. Até que enfim as expressões do imaginário de cada um foi dialogado com os copesquisadores e votado o nome dado a cada categoria.

Ainda sobre os momentos de categorização dos DSS, percebi que a separação dos conceitos em categorias não demorou tanto tempo de nosso encontro, porém, compreender a lógica e a estrutura do pensamento que os levou a separar os conceitos da maneira escolhida demandou a maior parte do tempo do evento. Talvez porque esta seja a primeira vez que são questionados a respeito da razão de suas ações, ou mesmo, porque muitas vezes, respondemos automaticamente às perguntas que nos são feitas sem percebermos a simbologia que tais coisas implicam em nosso inconsciente.

E analisando posteriormente as categorias estabelecidas pelo grupo pesquisador, pude perceber a ausência de algumas categorias presentes no modelo de Dahlgren e Whitehead, proposto em 1991, referentes aos Determinantes Sociais da Saúde, tais como: emprego, transporte, educação, produção de alimentos, idade, sexo, hereditariedade, estilo de vida, e redes de interação social.

Por isso, em nosso terceiro encontro, instigamos o grupo a pensar em outros DSS que não estavam presentes nas categorias apresentadas. Foi quando nós fizemos o acréscimo e

retiramos alguns desses elementos que estavam repetidos, pois tinham palavras com o mesmo significado e conceitos similares.

É interessante lembrar que o significado e sentidos de uma resposta que cada sujeito da pesquisa pode dar tem a ver com seu passado, com sua dinâmica de vida, com a sua cultura, com seu inconsciente, e a metodologia do círculo de cultura sociopoético trouxe à tona essas significações escondidas ou silenciadas na comunidade, se mostrando, portanto, uma técnica capaz de produzir um conhecimento sensível, real, individual e coletivo.

8 METANÁLISE

Para realmente se comunicar com um grupo permitindo sua livre expressão de ideias é preciso se lançar mão de técnicas expressivas. Uma pesquisa tradicional, por exemplo, a razão é quem coordena a produção de dados, de maneira que os participantes da pesquisa falam de maneira consciente e direcionado ao que eles querem falar e para quem se quer falar. A abordagem Sociopoética, por sua vez, valoriza a criatividade, a simbologia, os diferentes sentidos de conhecer, sentir, pesquisar ou mesmo intuir, elementos que foram essenciais para o nosso percurso de investigação.

Em termos operacionais, adotamos um método- híbrido freiriano e sociopoético- para discutirmos o tema gerador, e a construção coletiva do conhecimento a partir do corpo e da criatividade impactou todos os participantes. Impactos estes dos quais podemos observar nas falas do grupo: “o grupo produziu muita coisa interessante, foi muito melhor do que eu imaginava”; “fizemos vários amigos”; “nos sentimos muito acolhidos”; “não sabíamos que sabíamos tantas coisas sobre saúde”; “descobrimos novos conhecimentos”; “a contação da história me fez lembrar como era este bairro e minha juventude”; “estes encontros me ajudaram a perceber a força desta comunidade”; “aqui todos puderam participar”; “foi um momento enriquecedor e de compartilhamento de experiências”; “queremos ter mais encontros destes”.

E neste processo, a linguagem criativa exercita novas descobertas, potencialidades, limitações e possibilidades, estimula o imaginário, faz emergir sensações e provocações que provavelmente não emergiriam por meio de técnicas convencionais. (PETIT, 2019)

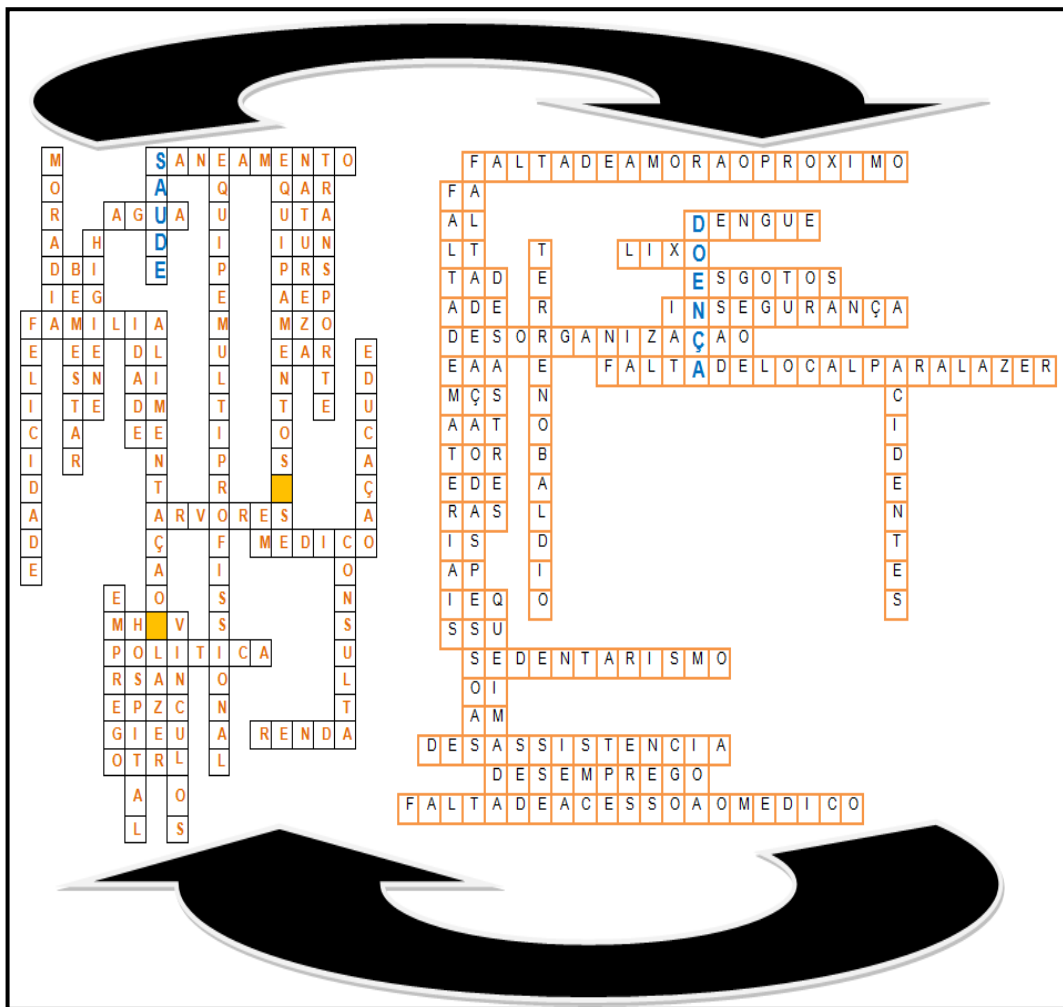
Também entendemos como Pey (2000) que momentos coletivos de produção de conhecimento promovem um imaginário libertador por meio de vivências de troca e construção de conhecimentos não disciplinares. Em nossos Círculos de Cultura Sociopoéticos o mestre ou professor foi substituído pelo facilitador, e isto favoreceu a horizontalidade do diálogo em nossos encontros, e a diminuição das oposições binárias instituídas de professor/aluno, acadêmico/não acadêmico, criança/adulto, permitindo a erupção das subjetividades, da autoestima e da criatividade reprimida pelos preconceitos e segregações.

O conhecimento produzido por meio da contação de histórias deixou de ser fragmentado, um conhecimento descrito nos livros ou pragmatizado, passando a ser interpretado, internalizado e experienciado. O encontro entre pessoas de diversos segmentos por meio da contação de histórias permitiu o diálogo com o grupo, consigo mesmo, com os diferentes de si, enfim, um diálogo entre culturas a respeito dos DSS (COSTA, 2019). E podemos perceber isto em nossa formação do grupo pesquisador, uma vez que em nosso grupo

havia pessoas de diversos níveis de escolaridade, o que não foi nenhum obstáculo para o envolvimento e participação de todos os componentes, pelo contrário, antes contribuiu imensamente para o aprofundamento do tema nos diversos níveis de prática conforme a realidade que cada componente vivencia em sua vida diária.

A partir das categorizações feitas pelo grupo pesquisador podemos observar como se entrelaçam as ideias a respeito da saúde e da doença, como se observa na Figura 9.

Figura 9 - Laços e entrelaços do processo saúde e doença.



Fonte: Grupo pesquisador adaptado pela autora (2020).

A integração entre pesquisa e aprendizagem favorecida pela ludicidade foi um elemento que enriqueceu a proposta investigativa. A contribuição da contação de histórias como mediadora para compreensão sobre os DSS por parte da população por meio do princípio de que o corpo pensa e produz conhecimento potencializou o diálogo entre comunidade e profissionais de saúde no ambiente da ESF ao permitir outras possibilidades de olhar, de criar, de falar e de interagir.

Pode-se observar a partir destes encontros que, por meio da ludicidade há uma potencialização da criatividade e a descoberta das capacidades abafadas ou desconhecidas, libertando o imaginário dos indivíduos e promovendo uma aprendizagem significativa e duradoura.

A quebra das hierarquias na construção coletiva do conhecimento, onde todos puderam participar, opinar, contribuir, permitindo uma miscigenação dos saberes também se mostrou como fator facilitador da comunicação entre comunidade e profissionais da saúde.

Coadunamos com a escuta sensível de René Barbier para que possamos passar do status de ouvir-falar para a inter-relação empática. E para isso, entendemos que se torna necessário “[...] saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para compreender do interior as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos[...]” (BARBIER, 2002, p.94). E Atitudes de uma escuta sensível como: não julgar, não medir, não comparar, compreender sem, necessariamente, aderir às opiniões ou se identificar com o outro favorecem a relação empática e um diálogo saudável (CHICHIREZ; PURCĂREA, 2018).

Como Gauthier e Santos (1996) ressaltam, é importante que o pesquisador como coparticipante da pesquisa tenha uma atitude de humildade, de motivação, de engajamento com a comunidade, de acolhimento, vínculo, respeito e solidariedade, haja vista, que esta é uma exigência ética do método Sociopoética, e que estas atitudes são fundamentais para que haja prazer na produção do conhecimento pelo grupo.

Como discorre Valla (2000), parece que carregamos uma cultura de termos dificuldade em aceitar o fato de que a ciência e o conhecimento também são produzidos pelas classes subordinadas. Neste sentido, mesmo que alguns pesquisadores sejam mais abertos ao diálogo com as pessoas subalternas, os muitos anos de uma educação de castas e segregativa fazem com que o papel de mestre ou tutor sempre predomine nas relações com estes grupos (PETIT, 2019).

Enquanto ser humano e profissional da saúde, acredito na prática de uma educação emancipadora e autonomizadora dos sujeitos envolvidos enquanto agentes questionadores e transformadores.

Assim como Paulo Freire, entendemos que a miscelânea desses subgrupos – profissionais de saúde e comunidade- geralmente segregados no dia a dia é muito proveitosa e relevante, trazendo bons resultados para ambas as partes. Estas vivências propiciaram, sobretudo, uma quebra de preconceitos, estabelecendo um diálogo horizontal, aberto, instigante, permitindo a elaboração de imagens diversificadas de si próprio em múltiplos ângulos de autopercepção (GONSALVES, 2001).

Os resultados foram vários:

- Conseguimos realizar os encontros de uma maneira mais participativa, composta por um público bem heterogêneo- profissionais de saúde x comunidade, analfabetos x graduados, homens x mulheres, jovens x adultos x idosos-,
- Reelaboramos e criamos alguns conceitos concernentes aos DSS fora do ambiente da ESF- em uma capela do bairro-,
- Quebramos paradigmas de metodologias de educação em saúde – método convencional de educar x educação horizontalizada com valorização das classes subalternas-,
- Desenvolvemos diversas maneiras de diálogo- expressão artística de desenho, cordel, contação de histórias, criação de acessórios referentes às histórias-,
- Melhoramos o vínculo entre equipe de saúde e comunidade-
- Compartilhamento dos saberes, atenção integral à saúde fora dos muros da USF- e diversos outros que possivelmente colheremos a longo prazo.

Os resultados destes encontros foram muito positivos, pois ambos os lados, populares e profissionais da saúde se sentiram valorizados e em posição de troca, considerando que tinham aprendido uns com os outros. Foram muitos os comentários de satisfação e as alusões às quebras de algumas ideias predefinidas de que o profissional de saúde é quem detém o conhecimento mais importante.

Para os participantes o diálogo com o profissional da saúde deixou de representar uma barreira ou entrave, alguns comentaram até que se sentiam agora impulsionados a participar mais ativamente das atividades coletivas da USF. Já os profissionais de saúde- médica, agentes comunitárias de saúde e atendente da USF- manifestaram contentamento por terem este diálogo aberto com as pessoas da Comunidade de uma forma horizontal e empática. E, sobretudo, concluímos que a abordagem artística também foi apontada como uma ferramenta que aproxima os dois mundos.

Se inicialmente em minhas práticas de educação em saúde me satisfiz com dinâmicas de interação e diálogo entre a comunidade e a equipe de saúde, com o tempo, fui observando e percebendo que a construção grupal do conhecimento defendida por Paulo Freire necessita ainda de uma experimentação de produção conjunta, pois a simples explanação de opiniões não desconstrói barreiras.

Defendemos como Coriolano e colaboradores (2014) que o modelo dialógico, que defende uma reflexão e articulação dos saberes, é o método de comunicação mais eficaz entre comunidade e profissionais, uma vez que o indivíduo é um ser inteligente, capaz de criar e

recriar, livre, autônomo, responsável, crítico, transformador e capaz de compreender seu papel na sociedade e em seu contexto familiar e grupal.

Podemos perceber em nossos encontros que a contação de história é uma mediadora no processo comunicativo entre comunidade e profissionais da saúde no contexto da ESF, visto que a diferença de escolaridade não foi impedimento para a interação ou participação dos membros, pelo contrário, todos estavam a vontade para expor suas opiniões, suas dúvidas, suas críticas e, sobretudo, suas experiências de vida e intuições, independente do seu grau de escolaridade, profissão ou idade.

Como Longhi, Craco e Palha (2013), também entendemos e evidenciamos que durante estes momentos de construção coletiva, de ouvir o outro, e de aproximação, a comunidade foi despertada para o seu papel no autocuidado, estimulada a exercer sua autonomia enquanto usuários e também aproximamos os profissionais da equipe de saúde e a população local por meio de um diálogo simples, descontraído e acolhedor.

A contação de história mostrou-se ainda como uma ferramenta importante na criação de vínculo entre a equipe de saúde e a população do bairro, pois os participantes sentiram-se tão bem acolhidos que sugeriram a manutenção dessas atividades coletivas na ESF, pois sentiram-se amadas, bem recebidas e valorizadas, conforme relato de alguns membros do grupo.

E assim, podemos afirmar como Gauthier e Santos (1996) que fazemos educação em saúde e promoção da saúde quando nos aproximamos do outro e geramos abertura para o outro falar, desabafar, tirar suas dúvidas, conhecer sua história, seus valores, seus conceitos, seus saberes. E para que essa comunicação efetiva aconteça no ambiente da Atenção Primária é preciso fortalecer as equipes, estabelecer vínculo com a comunidade, ser receptivo com os usuários, e fomentar a participação dos mesmos, bem como treinando os profissionais de saúde para o estabelecimento de uma comunicação adequada e efetiva (REIS, 2016).

Pois, como assegura Gauthier 1998, quando a gente dialoga, quando a gente se dispõe a escutar o outro e quando a gente conhece a história do outro, a gente também cresce, se revigora, se renova, e ressignifica algumas situações da nossa existência e da nossa prática; o que faz da contação de histórias uma excelente ferramenta para se usar em diversos contextos para a melhoria das relações interpessoais e comunicacionais.

9 CONCLUSÃO

Posso dizer que encontrei na utilização da contação de histórias uma estratégia que diminui as barreiras de comunicação entre profissionais de saúde e comunidade, favorecendo o diálogo, a elaboração do pensamento imaginativo, a experiencição dos elementos contidos nas histórias, a criação de novos conceitos referentes à saúde a partir das histórias, a compreensão dos fatores que influenciam a saúde das populações e a percepção do papel de cada um nessa construção dos fatores que envolvem o processo saúde e doença.

Após participar da experiência de organização dos Círculos de Cultura Sociopoéticos, percebi o quanto se pode potencializar a construção coletiva do conhecimento recorrendo a conceitos e ideias do campo da educação, tão pouco explorados pelos profissionais da saúde. E ao utilizar a linguagem criativa por meio da contação de histórias descobri que essa ferramenta trouxe contribuições relevantes para a nossa prática da ESF.

Desse modo, penso que as academias de graduação em saúde deveriam ter em seu currículo de formação disciplinas práticas de Educação em Saúde, bem como vivências múltiplas de métodos coletivos de abordagem e comunicação eficaz. Desmistificar a teoria descrita em livros sobre os conceitos do DSS, e conversar abertamente sobre este tema com a comunidade é salutar e imprescindível para a construção de uma Atenção Primária integral e resolutive. E para isso, precisamos de ferramentas para melhoria da comunicação que favoreçam a compreensão da população sobre os DSS do território em que vivem.

Ao final de todo este processo, estou certa de que este método escolhido para este estudo foi prontamente pertinente e produtivo, de modo que pude junto ao grupo pesquisador produzir confetos e percepções a respeito dos DSS no contexto da Estratégia Saúde da Família, utilizando para isso a imaginação, a contação de histórias e técnicas de expressividade criativas para facilitação da comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade.

E por fim, concluo que além de gerar reflexões acerca da potencialidade da contação de história como mediadora para compreensão sobre os DSS por parte da população, este estudo permitiu evidenciar a necessidade do uso de ferramentas de comunicação que favoreçam a compreensão da população sobre os DSS do território em que vivem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; PELLEGRINI FILHO, Alberto; SOLAR, Orielle; RÍGOLI, Félix; SALAZAR, Lígia Malagon; SERRATE, Pastor Castell-Florit, RIBEIRO, Kelen Gomes; KOLLER, Theadora Swift; CRUZ, Fernanda Natasha Bravo; ATUN, Rifat . Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. **The Lancet**. v.385, n 4; p.1343-51, Abr 2015.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo, Hucitec, 2006, 288p.

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 455-464, Abr. 2007.

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Tradução de Lucie Didio. Brasília. Plano Editora: 2002, p.94

BEZERRA, Italla Maira Pinheiro; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; DUARTE, Anailza Sousa; COSTA, Elciane Alves Pereira; ANTÃO, Jennifer Ferreira de Lima. Comunicação no processo educativo desenvolvido pelos enfermeiros: as tecnologias de saúde em análise. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis. v.5, n.3, p. 42-48, 2014

BRASIL. Decreto, de 13 março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mar. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10788.htm>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 24 de fevereiro de 2020.

BUSS, Paulo Marchiori.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-87, 2007.

BUSS, Paulo. Determinantes Sociais da Saúde. **Colóquios Fiocruz** - Semana Nacional da Ciência e Tecnologia 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/video/coloquios-snct-2018-determinantes-sociais-da-saude>>. Acessado em 24 de fevereiro de 2020.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos

Costa; Noronha, José Carvalho; Carvalho, Antonio Ivo. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.121-142

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; PINTO, Diego Muniz; CARVALHO, Ana Zaiz Teixeira; JORGE, Maria Salete Bessa; FREITAS, Consuelo Helena Aires. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira. Em Promoção da Saúde**, v.24, n.2, p.102-8, 2011.

CHICHIREZ, Cristina M; V L PURCĂREA. “Interpersonal communication in healthcare, **Journal of medicine and life**, v. 11, n.2, p.119-122, 2018,

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester; RUIZ-MORENO, Lidia; LIMA, Luciane Soares. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, Dec. 2014.

COSTA, Hercilene Maria e Silva. O círculo de cultura enquanto possibilidade de interação entre a academia e a comunidade: produzindo saberes mestiços. In: COSTA, Hercilene Maria e Silva; ADAD, Shara Jane Holanda Costa; TAVARES, Fabíola Barrocaset al.]. **Círculo de cultura sociopoético: diálogos com Paulo Freire sempre!**– Fortaleza: EdUECE, 2019, p.81-103

CURY, Augusto. **O mestre dos mestres: Jesus, o maior educador da história. Análise da inteligência de Cristo**. Augusto Cury; Rio de Janeiro: Sextante, 2012.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

DIDERICHSEN, Finn; EVANS, Timothy; WHITEHEAD, Margaret. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. **Challenging inequities in health**. New York, Oxford UP, 2001.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik. **O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do município de São Paulo**. 2008. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik; WESTPHAL, Marcia Faria. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, Ago 2013 .

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança** [recurso eletrônico] / Paulo Freire.- 1.ed.- Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.p.68

GALVÃO, Camila Alves Varela. **Saúde mental e atenção primária**: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde. 2012. 160 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, Mar. 2017.

GAUTHIER, Jacques. **Sociopoética** – encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação. Rio de Janeiro: AnnaNery/UFRJ, 1999.

GAUTHIER, Jacques. Sociopoética – uma filosofia diferente e prazerosa. IN: **Pesquisa em enfermagem** - novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1998.

GAUTHIER, Jacques; SANTOS, Iraci dos. **A Sócio-Poética**: fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa, vivência. Ilustrações de Nébia Figueiredo. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT, 1996.

GIANFREDI Vincenza, GRISCI Chiara, NUCCI Daniele, PARISI Valeria, MORETTI Massimo. La comunicazione in sanità [Communication in health.]. **Recenti Prog Med**. v.109, n.7, p:374-383, Jul-Aug, 2018

GOMES, Emerson Oliveira; SANTOS, Ricardo Lima; BARBOSA, Elane da Silva. A Arte de Contar Histórias: uma estratégia para humanização na saúde. **Revista Interfaces da Saúde**. v. 1, n.1, p. 30-38, Jun 2014.

GONSALVES, Elisa Pereira. A difícil arte de olhar para si e para o outro – desafios contemporâneos da pesquisa em educação. Trabalho publicado no CD-ROM da XXIV Reunião da ANPED, Caxambu, 2001.

JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009

LONGHI, Marcelen Palu. **Participação social**: a comunicação que aproxima e distância usuários e trabalhadores da Saúde da Família. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

LONGHI, Marcelen Palu; CRACO, Priscila Frederico; PALHA, Pedro Fredemir. Comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde em colegiados de Saúde da Família. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 38-45, Fev. 2013.

MARMOT, Michael; PELLEGRINI FILHO, Alberto; VEGA, Jeanette; SOLAR, Orielle; FORTUNE, Kira. Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. **Revista Panamericanade Salud Pública**. v.34, n.6, p. 382-384. Dez. 2013.

MARQUES, Maria Cristina Treptow; GENTINI, Alfredo Guillermo Martin. A sociopoética como método para pesquisa qualitativa em Educação Ambiental. **REMEA - Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, [S.l.], v. 23, p.369 -384, julho a dezembro de 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, Leila Memória Paiva; BRAGA, Violante Augusta Batista. Processo teórico-metodológico utilizado em pesquisa com adolescentes: experienciando o grupo-pesquisador. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**; v.8, n.4, p.483-489, out/dez, 2004.

MOREIRA, Marco Antônio. **Aprendizagem significativa**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. Brasília.1999.

OLIVEIRA Ana Maria Franklin. Informação, educação e comunicação em saúde: é suficiente atuar em rede? Os desafios éticos da formação do profissional de saúde na pós – modernidade. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília. v. 3, n.1, p. 14-27, jan./mar. 2009.

OLIVEIRA, Lucia Conde; AVILA, Maria Marlene Marques; GOMES, Annatália Meneses de Amorim; SAMPAIO, Maria Homéria Leite de Moraes. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1389-1400, 2014

OLIVEIRA, Raquel Woitschach. **A Reforma Psiquiátrica e a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica**: Desafios, impasses e perspectivas do município de Pratinha/MG. 2011. 34 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) UFMG, Uberaba, 2011.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Compromisso com a ação. **Radis**, n. 47, p.12-14, jul. 2006.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, Suplemento 2, p. 135-140, 2011.

PERUZZO, Hellen Emília; BEGA, Aline Gabriela; LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; PERES, Aida Maris; MARCON, Sonia Silva. Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

PETIT, Sandra Haydée. Recriando o círculo de cultura freireano pela sociopoética: exemplos de uma trajetória de ensino em educação popular. In: COSTA, Hercilene Maria e Silva; ADAD, Shara Jane Holanda Costa; TAVARES, Fabíola Barrocas[et al.]. **Círculo de cultura sociopoético**: diálogos com Paulo Freire sempre! Fortaleza: EdUECE, 2019, p.31-58

PEY, Maria Oly. Constatações de uma Professora Infame. In: Pey Maria Oly et al. (Org.). **Pedagogia Libertária hoje**. São Paulo: Imaginário, 2000. p.72

PITTA, Áurea Maria; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.10, n.20, p.395-410, jul/dez 2006.

REIS, Milena Junqueira. **Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil: um olhar sobre os conteúdos divulgados nas revistas científicas de saúde coletiva de 1990 a 2015**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

RIBEIRO, Kelen Gomes. **Os determinantes sociais da saúde no Grande Bom Jardim-Fortaleza (CE)**. Tese de doutorado em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR, 2015

SANTOS, Claudia Alline Aparecida; PARO, César Augusto. A interface entre o teatro e as práticas educativas em saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Revista de Educação Popular**, v. 17, n. 1, p. 169-180, jun. 2018.

SANTOS, Iraci; SILVA, Leandro Andrade; GAUTHIER, Jacques Henri Maurice; GUERRA, Renata Gomes Machado. Contribuições da sociopoética à produção científica sobre cuidar em enfermagem: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 243-52, mar. 2013.

SANTOS, Katia Massuda Alves Batista; SILVA, Maria Júlia Paes. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 97-108, Jun 2003 .

SCALFI, Grazielle; CORRÊA, André. A arte de contar histórias como estratégia de divulgação da ciência para o público infantil. **Revista de Educação, Ciência e Cultura Canoas**, v. 19, n. 1, p.108-121, jan./jul. 2014.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; SEIXAS, Clarissa Terenzi; SILVA, Maria Elizabeth Oliveira; FREIRE, Laís Aparecida Melo. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **REME Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.16, n.2, p.178-87, 2012.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; BELGA, Stephanie Marques Moura Franco; SILVA, Paloma Moraes; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 76-85, Fev. 2014.

SILVEIRA, Lia Carneiro; ALMEIDA, Arisa Nara Saldanha; MACEDO, Simara Moreira; ALENCAR, Monyk Neves; ARAÚJO, Michell Ângelo Marques. A sociopoética como dispositivo para produção de conhecimento. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 873-881, Dez. 2008.

SOARES, Rosileide de Maria Silva. Técnicas diferenciadas: potencializando a construção coletiva do conhecimento no círculo de cultura. In: COSTA, Hercilene Maria e Silva; ADAD, Shara Jane Holanda Costa; TAVARES, Fabíola Barrocas ...et al.]. **Círculo de cultura sociopoético: diálogos com Paulo Freire sempre!** Fortaleza: EdUECE, 2019, p.59-80

SOLAR, Orielle.; IRWIN, Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

SOUZA, Daniela Mendes Motta. **A importância da comunicação na equipe de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. 2012. 25f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2012.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, Mar 2013.

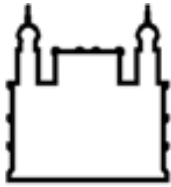
TAMBELLINI, Anamaria Testa.; SCHÜTZ, Gabriel Eduardo. Contribuição para o debate do Cebes sobre a "Determinação Social da Saúde": repensando processos sociais, dererminações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, Set/dez. 2009.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 7-40, Ago 1997.

TORRES, Geanne Maria Costa; FIGUEIREDO, Inês Dolores Teles; CÂNDIDO, José Auricélio Bernardo; PINTO, Antonio Germane Alves; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; ARAÚJO, Maria Fátima Maciel; ALMEIDA, Maria Irismar. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 1-8, 2017.

VALLA, Victor Vincent. Procurando compreender a fala das classes populares. In: **Saúde e Educação**, livro organizado por Valla, Victor Vincent, Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Osvaldo Cruz
Mestrado Profissional em Saúde
da Família- PROFSAÚDE



Sr(a), você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A CONTAÇÃO DE HISTÓRIA COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, que será orientada pelo Dr Luiz Odorico Monteiro de Andrade, e tem como co-orientadora a Dra Maria Idalice Silva Barbosa. Este estudo está sendo realizado devido à necessidade de se compreender como a contação de histórias, no ambiente da Estratégia da Saúde da Família, é capaz de facilitar a comunicação frente aos determinantes sociais da saúde.

Você está sendo convidado a participar deste estudo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, e sua recusa não trará qualquer prejuízo à relação com o pesquisador. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de quatro encontros que serão facilitados pela autora em local previamente acordado com os participantes.

Os benefícios desta pesquisa se referem a sua contribuição social no entendimento deste dispositivo de intervenção para melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e comunidade. E os riscos se referem ao tempo dispensado durante os encontros que poderão trazer interferência na vida e na rotina dos sujeitos, bem como o embaraço de interagir com estranhos. Para minimizar estes riscos serão pactuados o horário e as regras de convivência, onde sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes de cada indivíduo.

As informações obtidas a partir desta pesquisa serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. E assumimos o compromisso de comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, com vistas a contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a autoestima.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail da pesquisadora e o seu telefone, bem como o e-mail do pesquisador orientador. Você pode tirar suas dúvidas sobre este projeto de pesquisa agora ou a qualquer momento em que considerar necessário.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ, Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

Dr Luiz Odorico Monteiro de Andrade- Pesquisador principal/Orientador/ Professor.

E-mail do orientador: odorico0811@gmail.com – CPF: 19249330391

Gilmara Régia Simões da Silva – Pesquisadora/orientanda

E-mail: missgilmara@hotmail.com – CPF 021087733-20

Tel: (85) 3215-6450

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Dou o meu consentimento sem que para isso tenha sido forçado ou obrigado.

Barbalha, _____ de _____ de _____

Assinatura do Voluntário

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE B - Roteiros dos Círculos de Cultura Sociopoéticos.

-Roteiro do 1º Círculo De Cultura Sociopoético:

-Boas vindas às 9:35h

Sejam todos bem vindos, vocês foram convidados a participar de 4 encontros, que acontecerão nas sextas-feiras pela manhã, com duração de 1h a 1:30h, começando sempre às 9:30h.

Vocês forma chamados pelas Agentes Comunitárias de Saúde para representarem a comunidade nestes encontros de saúde.

-E estes encontros tem o objetivo de conversarmos sobre saúde.

Não temos nenhum objetivo ou envolvimento político, e este espaço foi cedido por pessoas que morar nesta comunidade, a quem eu desde já agradeço.

Eestes encontros são parte de uma pesquisa de meu mestrado em saúde da família, que tem como objetivo me aperfeiçoar como profissional de saúde e trazer como retorno para a comunidade uma profissional mais capacitada e atuante no bairro.

Aqui nós iremos conversar sobre coisas ou situações que podem influenciar no processo saúde e doença. E para participar destes encontros nós teremos algumas condições:

1º: Ser voluntário, ninguém receberá nada em troca de sua participação

2º: Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual você concorda em participar destes encontros

3º: Aqui todos poderão se expor e falar sua opinião, pois ninguém é mais importante ou sabe mais que o outro

4º: Todos aqui são coparticipantes desta pesquisa, deste encontro, de modo que todos são responsáveis pelo bom andamento destes momentos

5º: Vamos nos esforçar para chegarmos sempre pontualmente e participarmos dos quatro encontros

6º: Usaremos um gravador de voz para que aquilo que foi falado não se perca

7º: Ao final do 4º encontro poderemos elaborar um material para a comunidade que resulte destes encontros, poderá ser um livro, uma poesia, um teatro, um jornal, uma obra de arte, ou qualquer outra coisa que o grupo decidir

8º: Todos deverão respeitar a fala do outro mesmo que não concorde com o que foi falado

-Hoje será o nosso 1º - encontro.

E para iniciarmos gostaria de pedir que todos leiam e assinem o TCLE. (5 minutos)

....Após assinarem...Teremos um tempo de 10 minutos para um breve lanche

-Coffee break (10 minutos)

... Muito grata pela participação de cada um de vocês. E vamos lá...

-Apresentação:

...Eu gostaria de pedir a cada um para se apresentar dizendo seu nome e há quanto tempo mora neste bairro. Eu vou começar a apresentação e depois qualquer voluntário pode se apresentar em seguida.

Me chamo Gilmara Régia, não moro neste bairro, mas trabalho aqui há 1 ano e 1 mês.

.... Apresentações individuais- 7 minutos

...Que bom, compartilhar com vocês estes momentos, vamos descobrir muitas coisas juntos!

-E o tema de nosso encontro é: O que influencia no processo de saúde e doença?

...Como a arte é capaz de expressar de maneira mais próxima da realidade os significados das coisas, vamos agora fazer um desenho. Cada um receberá uma folha de ofício e um lápis e nessa folha você fará um desenho sobre o que representa a saúde

- Confeção do desenho individualmente (5 minutos)

...Agora cada um vai compartilhar o seu desenho, e o que ele representa ou significa para você.

- Compartilhando as significações dos desenhos (8 minutos)

...Agora, peço a vocês que se sentem, e se possível, deem em um colchonete. Pois iremos fazer agora um momento de relaxamento.

-.Após se sentarem nos colchonetes, com música de fundo...(5 minutos)

..Sente de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

Após perceber melhor o seu corpo eu te convido a ouvir esta história:

{... Ainda nos colchonetes...}

Era uma vez... Num bairro pobre de uma cidade distante, morava uma garotinha muito bonita. Acontece que essa menina frequentava as aulas da escolinha local no mais lamentável estado: suas roupas eram tão velhas que seu professor resolveu dar-lhe um vestido novo.

Assim raciocinou o mestre: "é uma pena que uma aluna tão encantadora venha às aulas desarrumada desse jeito. Talvez, com algum sacrifício, eu pudesse comprar para ela um vestido azul."

Quando a garota ganhou a roupa nova, sua mãe não achou razoável que, com aquele traje tão bonito, a filha continuasse a ir ao colégio suja como sempre, e começou a dar-lhe banho todos os dias, antes das aulas.

Ao fim de uma semana, disse o pai:

"Mulher, você não acha uma vergonha que nossa filha, sendo tão bonita e bem arrumada, more num lugar como este, caindo aos pedaços? Que tal você ajeitar um pouco a casa, enquanto eu, nas horas vagas, vou dando uma pintura nas paredes, consertando a cerca, plantando um jardim?"

E assim fez o humilde casal.

Até que sua casa ficou muito mais bonita que todas as casas da rua e os vizinhos se envergonharam e se puseram também a reformar suas residências.

Desse modo, todo o bairro melhorava a olhos vistos, quando por isso passou um político que, bem impressionado, disse:

"É lamentável que gente tão esforçada não receba nenhuma ajuda do governo".

E dali saiu para ir falar com o prefeito, que o autorizou a organizar uma comissão para estudar que melhoramentos eram necessários ao bairro.

Dessa primeira comissão surgiram muitas outras e hoje, por todo o país, elas ajudaram os bairros pobres a se reconstruírem.

E pensar que tudo começou com um vestido azul.

... Imagine que você conhece estas pessoas, o professor, a criança, seus pais e seus vizinhos e que eles estão de frente para você. Olhe para elas e deixe vir em seu coração os sentimentos que elas lhe inspiram. Quais são esses sentimentos?

Você poderia compartilhar conosco estes sentimentos?

... Momento de compartilhamento... (8 minutos)

Você tem agora em sua frente diversas meninas como estas da história. Você consegue lembrar-se de situações que precisam de um primeiro passo em sua comunidade?

Você poderia compartilhar isso conosco?

... Momento de compartilhamento... (8 minutos)

...Pessoal, certa vez, um ratinho, olhando pelo buraco da parede de sua toca, viu o fazendeiro e sua esposa abrindo um pacote. Pensou logo no tipo de comida que poderia haver ali. Ao descobrir que era uma ratoeira, ficou aterrorizado. Correu ao pátio da fazenda para advertir todos.

Foi ao galinheiro e falou:

— Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira na casa!

A galinha disse:

— Desculpe-me, senhor rato, eu entendo que isso seja um grande problema para o senhor, mas não me prejudica em nada, não me incomoda. — E a galinha continuou a ciscar.

O rato foi até o chiqueiro e disse ao porco:

— Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira!

O porco respondeu:

— Desculpe-me, senhor rato, mas não há nada que eu possa fazer, a não ser rezar. Ratoeira é para pegar ratos. Fique tranquilo, pois o senhor será lembrado nas minhas preces. — E o porco continuou a chafurdar na lama de seu chiqueiro.

O rato dirigiu-se então à vaca. E ela lhe disse:

— O que, senhor rato? Uma ratoeira? Por acaso estou em perigo? Acho que não! — E ali a vaca ficou a balançar o rabo e ruminar.

Então, o rato voltou para sua toca, cabisbaixo e abatido, para encarar a ratoeira do fazendeiro. Eis que naquela noite ouviu-se um barulho, como o de uma ratoeira pegando uma vítima. A mulher do fazendeiro correu para ver o que havia pegado. No escuro, ela não viu que a ratoeira havia pegado a cauda de uma cobra venenosa. E a cobra peçonhenta picou a mulher. O fazendeiro a levou imediatamente ao hospital.

Ela foi medicada, mas voltou com febre. E todo mundo sabe que, para alimentar alguém com febre, nada melhor que uma canja de galinha. Assim, o fazendeiro pegou sua faca e foi providenciar o ingrediente principal: galinha.

Como a doença da mulher piorava, os amigos, parentes e vizinhos vieram visitá-la. Para alimentá-los, o fazendeiro matou o porco.

Mas a pobre mulher não melhorou e acabou morrendo. Muita gente veio para o funeral. O fazendeiro então sacrificou a vaca para alimentar aquele povo todo.

E o rato assistiu aquilo tudo, sempre pensando:

“Bem que eu avisei.”

...Imagine que você é o dono da casa, quais as razões que lhe fariam agir dessa maneira? E quais as consequências de sua atitude?

O que vocês acham?

... Compartilhamento... (8 minutos)

Imagine que você é o rato dessa história. Como você se sente? Quais são as ratoeiras que lhe cercam? Que problemas de saúde envolvem o seu bairro? O que você tem feito para resolvê-los? E se você não fosse o rato, de que maneira você tem percebido os problemas chegarem até você?

...Compartilhamento (15 minutos)

Encerramento:

Pessoal, que momento maravilhoso... foi muito bom estar com vocês nesta manhã. Lembrando que próxima sexta feira neste mesmo horário teremos nosso segundo encontro para falarmos sobre o que influencia no processo saúde e doença.

Entrega de cartão lembrete do próximo encontro e mimo de gratidão pela participação.

Check list para o 1º Círculo de Cultura Sociopoético:

- ✓ 1 gravador de voz
- ✓ 2 celulares com a bateria carregada
- ✓ 8 colchonetes
- ✓ Folhas de ofício
- ✓ 10 lápis com pontas feitas
- ✓ Cartão de lembrete do próximo encontro impresso, contendo a data e horário do próximo encontro
- ✓ Copos descartáveis
- ✓ Água
- ✓ Lanche
- ✓ Caderno para anotações
- ✓ Uma pessoa de apoio para tirar fotos e observar gravador
- ✓ Organizar a iluminação e o espaçamento entre os participantes
- ✓ 10 canetas
- ✓ TCLE impressos
- ✓ Som para relaxamento

-Roteiro do 2º Círculo de Cultura Sociopoético

-Boas vindas às 9:35h

Sejam todos bem vindos ao nosso 2º encontro que tem como tema: **“que fatores influenciam no processo saúde e doença?”**.

Vocês foram convidados a participar de 4 encontros, que acontecerão nas sextas-feiras pela manhã, com duração de 1h, começando sempre às 9:30h. hoje é o nosso 2º encontro.

Vocês foram chamados pelas Agentes Comunitárias de Saúde para representarem a comunidade nestes encontros de saúde.

E estes encontros tem o objetivo de conversarmos sobre saúde.

Não temos nenhum objetivo ou envolvimento político, e este espaço foi cedido por pessoas que moram nesta comunidade, a quem eu desde já agradeço.

Estes encontros são parte de uma pesquisa de meu mestrado em saúde da família, que tem como objetivo me aperfeiçoar como profissional de saúde e trazer como retorno para a comunidade uma profissional mais capacitada e atuante no bairro.

Aqui nós iremos conversar sobre coisas ou situações que podem influenciar no processo saúde e doença. E para participar destes encontros nós temos algumas condições, alguém recorda quais são elas?:

1º: Ser voluntário, ninguém receberá nada em troca de sua participação

2º: Aqui todos poderão se expor e falar sua opinião, pois ninguém é mais importante ou sabe mais que o outro

3º: Todos aqui são coparticipantes desta pesquisa, deste encontro, de modo que todos são responsáveis pelo bom andamento destes momentos

4º: Vamos nos esforçar para chegarmos sempre pontualmente e participarmos dos quatro encontros

5º: Usaremos um gravador de voz para que aquilo que foi falado não se perca

6º: Ao final do 4º encontro poderemos elaborar um material para a comunidade que resulte destes encontros, poderá ser um livro, uma poesia, um teatro, um jornal, uma obra de arte, ou qualquer outra coisa que o grupo decidir

7º: Todos deverão respeitar a fala do outro mesmo que não concorde com o que foi falado

Hoje é o nosso 2ª encontro.

...Antes de prosseguirmos teremos um tempo de 10 minutos para um breve lanche

-Coffee break (10 minutos)

Eu estou muito grata pela participação de cada um de vocês. E vamos lá...

Só para relembrar os nomes de cada um vamos fazer um breve apresentação, só que faremos assim, cada um diz o seu nome e que sentimento você traz hoje para este encontro... Eu me chamo Gilmar e trago hoje o sentimento de esperança!

... Apresentações individuais- 5 minutos

Agora, peço a vocês que se sentem, e se possível, deitem em um colchonete. Pois iremos fazer agora um momento de relaxamento.

...Após se sentarem nos colchonetes, com música de fundo...(5 minutos)

Sente de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

...Após perceber melhor o seu corpo eu te convido a pensar no tema de nosso encontro é: **Que fatores influenciam no processo de saúde e doença?**

No encontro passado nós confeccionamos desenhos que representam para nós significado de saúde e doença. Aqui estão os nossos desenhos impressos...

...Nesses desenhos eu pude perceber que o grupo entende por saúde, que saúde envolve:

Saúde

Categoria 1 Condições	Categoria 2 Atitudes	Categoria 3 Sensações
1. Ter uma moradia 2. Ter um médico no posto de saúde 3. Os equipamentos necessários 4. Ter consulta disponível quando precisar 5. Água limpa e todos os dias	6. Uma casa limpa 7. Saneamento básico 8. Rua limpa 9. Ruas sem esgotos à céu aberto	10. Ter felicidade 11. Ter contato com a natureza 12. Ter bons vizinhos 13. As árvores são importantes

Doença

Categoria 1 Ausências	Categoria 2 Atitudes	Categoria 3 Estrutural
1. Falta de acesso ao médico 2. Falta de materiais necessários	3. Os esgotos 4. O lixo 5. A falta de limpeza 6. A desorganização dos ambientes	9. Terrenos baldios

	7. Queimadas/ fumaça 8. Falta de ação adequada de algumas pessoas	
--	--	--

Ter uma moradia, uma casa limpa, saneamento básico, rua limpa, ruas sem esgotos à céu aberto, árvores plantadas ao redor de nossas casas, saúde é também ter um médico no posto de saúde, com os equipamentos necessários, é ter consulta disponível quando precisar, é ter felicidade, é ter água limpa e todos os dias, é ter contato com a natureza, e também ter bons vizinhos. Percebi também que o grupo entende que o posto de saúde é uma propriedade e um bem da comunidade, que as árvores são importantes para nossa saúde e ainda, que a doença pode estar relacionada com os esgotos, o lixo, a falta de limpeza, a desorganização dos ambientes, a falta de acesso ao médico e aos materiais necessários, bem como às queimadas, à fumaça, aos terrenos baldios e a falta de ação adequada de algumas pessoas.

Agora vocês vão se dividir em grupos de 3 pessoas e vão separar essas informações em grupos que vocês vão escolher quantos grupos são e depois vocês vão me dizer por quê juntaram nesses grupos? E vamos dar nomes a esses grupos.

Me falem sobre como vocês organizaram esses grupos ...

Por que vocês deram esses nomes?

Como elas influenciam no processo saúde-doença?

... Compartilhando sobre a análise das significações dos desenhos (15 minutos)

Agora eu vou apresentar minha categorização...

Por que será que nós separamos essas respostas em locais diferentes e com esses nomes diferentes?

...Depois de nossas conversas até aqui, vocês lembram de alguma expressão artística ou acontecimentos que tenham a ver com o que temos conversado?

-Encerramento:

Pessoal, que momento maravilhoso... foi muito bom estar com vocês nesta manhã. Lembrando que próxima sexta feira neste mesmo horário – 9:30h, teremos nosso 3º encontro para falarmos sobre o que influencia no processo saúde e doença.

Agradeço a participação de cada um, o apoio do pessoal da Capela, e de nossa equipe da UBS. Muito obrigada a todos.

Entrega de cartão lembrete do próximo encontro e mimo de gratidão pela participação.

Check list para o 2º encontro:

- ✓ 1 gravador de voz
- ✓ 2 celulares com a bateria carregada
- ✓ 8 colchonetes
- ✓ Cartão de lembrete do próximo encontro impresso, contendo a data e horário do próximo encontro
- ✓ Copos descartáveis
- ✓ Água
- ✓ Lanche
- ✓ Caderno para anotações e caneta
- ✓ Uma pessoa de apoio para tirar fotos e observar gravador
- ✓ Organizar a iluminação e o espaçamento entre os participantes
- ✓ Canetas
- ✓ Fita adesiva
- ✓ TCLE impressos para novos participantes
- ✓ IMPRIMIR TARJETAS para a categorização de determinantes da saúde e doença- para serem entregues aos grupos (3 cópias de cada)
- ✓ Máscaras e álcool
- ✓ Som para relaxamento

-Roteiro do 3º Círculo de Cultura Sociopoético

-Boas vindas (5 minutos)

Sejam todos bem vindos ao nosso terceiro encontro. Que bom vê-los aqui. Afinal todos vocês que vieram tem interesse em compreender como as coisas podem ou não influenciar no processo saúde e doença. Afinal, todos vocês são co-pesquisadores neste grupo, e isso muito me alegra. Pois todos nós temos um saber individual que é muito importante e precisa ser compartilhado.

....Antes de prosseguirmos teremos um tempo de 5 minutos para um breve lanche

-Coffee break (5 minutos)

-Apresentação- quebra-gelo:

...Eu estou muito grata pela participação de cada um de vocês. E só para relembrar os nomes de cada um. Vamos fazer um breve apresentação, cada um diz o seu nome e o nome do colega que está a sua esquerda.... Eu me chamo Gilmara e quem está a minha esquerda é nosso amigo (a)...

.... Apresentações individuais- 8 minutos

Momento de relaxamento com música de fundo...(5 minutos)

...Agora, é o nosso momento de relaxamento...quem quiser permanecer sentado pode, quem quiser deitar no colchonete também pode.... ao som dos instrumentos vamos fechar nossos olhos e perceber cada parte do nosso corpo... Sente de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

E agora que percebemos como nosso corpo fala, transmite informações e sensações, eu gostaria de relembrar o que nós já fizemos até aqui.

...No primeiro encontro nós realizamos um desenho sobre o que significa saúde e doença para cada um de nós e compartilhamos estes de significados com o grupo, de pois ouvimos a história da Menina do Vestido Azul que gerou em nós alguns sentimentos e inquietações, e também a história do rato e da ratoeira, que nos trouxe muitos questionamentos referentes à nossa responsabilidade sobre o processo de saúde e doença individual e coletivo.

Em nosso segundo encontro, eu trouxe para o grupo os conceitos que o grupo produziu a respeito de doença e saúde, a partir dos desenhos e das histórias contadas no primeiro encontro. E no segundo encontro nós separamos estes conceitos em prateleiras que nós

chamamos de categorias, dando inclusive nome a elas. Assim, nós separamos estes conceitos da seguinte maneira:

Grupo 1:

Saúde

Categoria 1 Limpeza	Categoria 2 Coisas importantes	Categoria 3 Acolhimento
1. Sensação de bem-estar 2. As árvores são importantes 3. Ruas sem esgoto à céu aberto 4. Saneamento básico 5. Ter um médico no posto de saúde 6. Chuva 7. Ter água limpa e todo dia	8. Hospital 9. Ter os equipamentos necessários 10. Ter contato com a natureza 11. Ter casa limpa 12. Ter uma moradia	13. Ter consulta disponível quando precisar 14. Ter rua limpa 15. Ausência de doenças 16. Ter felicidade 17. Ter bons vizinhos

Doença

Categoria 1 Desorganização	Categoria 2 Falta de amor ao próximo	Categoria 3 Falta de assistência
1. Não estar saudável 2. Falta de material necessário 3. Terreno baldio 4. Falta de limpeza	5. Dengue 6. O lixo 7. A desorganização dos ambientes 8. Falta de ação adequada de algumas pessoas	9. Não estar bem 10. Falta de acesso ao médico 11. Os esgotos 12. Fumaça, queimadas

Grupo 2:

Saúde

Categoria 1 Organização	Categoria 2 Características/ acolhimento
1. Ter contato com a natureza 2. Chuva	8. Hospital 9. Ter médico no posto de saúde

3. As árvores são importantes 4. Rua limpa 5. Casa limpa 6. Saneamento básico 7. Ruas sem esgotos à céu aberto.	10. Ter os equipamentos necessários 11. Ter consulta disponível quando precisar 12. Ter felicidade 13. Ter moradia 14. Ter bons vizinhos 15. Ausência de doenças 16. Sensação de bem estar 17. Ter água limpa e todos os dias
---	--

Doença

Categoria 1
Consequências da desorganização
1. Não estar bem 2. Falta de ação adequada de algumas pessoas 3. Não estar saudável 4. Dengue 5. Falta de material necessário 6. Falta de limpeza 7. Queimadas e fumaça 8. Falta de acesso a médico 9. Esgoto 10. Lixo 11. Terreno baldio 12. Desorganização dos ambientes

Facilitadora:**Saúde**

Categoria 1 Condições	Categoria 2 Atitudes	Categoria 3 Sensações
1. Água limpa 2. Ter consulta disponível quando precisar 3. Ter moradia	8. Rua sem esgoto à céu aberto 9. Rua limpa 10. Casa limpa	12. Ter felicidade 13. Ter contato com a natureza

4. Ter médico no posto 5. Ter equipamento necessário 6. Hospitais 7. Chuvas	11. Saneamento básico	14. Árvores são importantes 15. Ter bons vizinhos 16. Sensação de bem estar, 17. Ausência de doenças
--	-----------------------	---

Doença

Categoria 1 Ausências	Categoria 2 Atitudes	Categoria 3 Estrutural
1. Falta de materiais necessários 2. Falta de acesso ao médico 3. Não estar bem 4. Não estar saudável	5. Queimadas/ fumaça 6. A desorganização dos ambientes 7. Os esgotos 8. Dengue 9. O lixo 10. A falta de limpeza 11. Falta de ação adequada de algumas pessoas	12. Terrenos baldios

...Mas observando essas categorias, esses grupos de conceitos que o grupo produziu vocês perceberam que faltaram algumas coisas importantes que influenciam na saúde?

...Por exemplo, eu fiquei me perguntando, será que ter um emprego influencia na saúde? O que vocês acham?

...E o transporte? Os relacionamentos na comunidade e as igrejas são importantes nisso também? E a educação? Será que segurança tem a ver com saúde ou doença? Onde eles se encaixariam? E a alimentação? O que vocês acham? Será que a idade, sexo e genética tem a ver também?

...E essas categorias que o grupo produziu devem permanecer estas mesmas, ou podemos resumir mais, juntar o que se parece, o que vocês acham?

- Reorganização das categorias- 15 minutos

...Pessoal, vocês lembram da história da Menina do Vestido azul e da história do rato e da ratoeira... Pois é, agora, nós iremos nos dividir em 2 grupos, cada um deles vai ficar com uma das histórias e vai criar uma nova história, com o mesmo título e os mesmos personagens, só que a história vocês que vão criar o enredo de acordo com estas percepções que vocês elencaram aqui nestas categorias apresentadas, ou seja vocês vão criar uma história nova mantendo os personagens e o assunto dessa história serão esses fatores que influenciam o processo saúde e doença.

-Produção das histórias 15 minutos

-Compartilhamento da narração criativa – 15 minutos

...Muito bom, que momento rico...

...Pessoal, depois de nossas conversas até aqui, como vocês pensam em socializar-divulgar para a comunidade o que nós produzimos em nossos encontros?

-Encerramento:

Pessoal, foi muito bom estar com vocês nesta manhã. Muito obrigada pela participação e contribuição de cada um de vocês. Lembrando que próxima sexta feira neste mesmo horário – 9:30h, teremos nosso 4º e último encontro para falarmos sobre o que influencia no processo saúde e doença.

Agradeço ainda o apoio do pessoal da Capela, e de nossa equipe da UBS. Muito obrigada a todos.

Entrega de cartão lembrete do próximo encontro e mimo de gratidão pela participação.

-Check list para o 3º Círculo de Cultura Sociopoético:

- ✓ 1 gravador de voz
- ✓ 2 celulares com a bateria carregada
- ✓ 8 colchonetes
- ✓ Cartão de lembrete do próximo encontro impresso, contendo a data e horário do próximo encontro
- ✓ Copos descartáveis
- ✓ Água
- ✓ Lanche
- ✓ Caderno para anotações e caneta
- ✓ Uma pessoa de apoio para tirar fotos e observar gravador
- ✓ Organizar a iluminação e o espaçamento entre os participantes
- ✓ Canetas
- ✓ Fita adesiva
- ✓ Levar as categorias descritas em cartolinas para análise do grupo
- ✓ Imprimir histórias: A menina do vestido azul e O rato e a ratoeira
- ✓ Folhas de ofício
- ✓ Máscaras e álcool
- ✓ Som para relaxamento

Roteiro do 4º Círculo de Cultura Sociopoético – Tema: Os determinantes sociais da saúde na Estratégia Saúde da Família- contra-análise da produção do grupo

-Boas vindas:

...Sejam todos bem vindos ao nosso 4º e último encontro. Que bom vê-los aqui. Afinal todos vocês que vieram tem interesse em compreender como as coisas podem ou não influenciar no processo saúde e doença. Afinal, todos vocês são copesquisadores neste grupo, e isso muito me alegra. Todos nós temos um saber individual que é muito importante e precisa ser compartilhado.

-Dinâmica de quebra gelo

... Acenda um fósforo e diga que sentimento traz hoje para nosso encontro, você pode falar até o palito acabar, sem queimar seu dedo.

...Antes de prosseguirmos teremos um tempo de 5 minutos para um breve lanche

-Coffee break (5 minutos)

... Agora teremos o nosso momento de relaxamento

-Momento de relaxamento com música de fundo...(5 minutos)

...Sente de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

-Retrospectiva- (12 minutos)

... Pessoal, fazendo uma retrospectiva de nossos encontros... No 1º encontro nós fizemos um desenho do que representava saúde e doença, e também ouvimos e debatemos sobre as histórias: “A menina do vestido azul” e “O rato e a ratoeira”. No nosso 2º encontro nós fizemos uma separação dos conceitos sobre saúde e doença em prateleiras e demos nomes a estas prateleiras que chamamos de categorias. No nosso 3º encontro nós reorganizamos estas prateleiras e também construímos duas histórias, mantendo os personagens e acrescentando as prateleiras dos fatores que influenciam no processo saúde-doença.

Foram momentos maravilhosos, e desses momentos surgiram as seguintes histórias:

A menina do vestido azul

Era uma vez uma garota chamada Auxiliadora, mas todos a conheciam por Siló...

Seus pais eram de família bem humilde, moravam em um bairro muito pobre, com muitas dificuldades. Inclusive, até a escola, onde Siló estudava, era muito carente.

Mas, aconteceu que, a diretora daquela escola, muito solidária, vendo a situação daquela menina, resolveu incentiva-lá, dando-lhe um presente: uma roupa para ela frequentar a escola...

Siló ficou muito feliz com a roupa. E a roupa era da sua cor preferida azul, um lindo vestido azul, que a deixou muito contente!

Até parecia uma princesa tamanho beleza que ela ficou com o vestido.

Sua mãe, vendo a filha tão linda, penteou os cabelos, fez lindas tranças e a deixou bem arrumada para ir em busca de novos conhecimentos que serviriam para o seu futuro..

Foi tamanha a mudança que, até as vizinhas sentiram a necessidade de mudar também as suas casas e o bairro... Limpando a frente de suas casas, que ficavam vizinhas a casa da menina do vestido azul...

A família de Siló era gente humilde, mas muito limpa. Seus pais não tinham tido a oportunidade de estudar, mas passaram a dar muito apoio a sua filha.

E o lugar foi ficando conhecido...

...As autoridades, sabendo do acontecido, tomaram providências para calçar a rua, colocar água encanada, energia elétrica, e mandaram até fazer uma praçinha no bairro, para as pessoas terem um local de lazer.

Por conta da história da menina, do interesse de seus pais e da organização dos líderes do bairro, surgiu a necessidade de um lugar para as pessoas cuidarem da sua saúde, foi então criado um Posto de Saúde e também uma Associação para incentivar as pessoas da comunidade a trabalhar em equipe, fazendo roupas e acessórios para serem distribuídos para as pessoas mais carentes.

E daí surgiram várias ideias: bordado, pintura, crochê... e com todos estes empreendimentos, o bairro foi crescendo, as oportunidades de trabalho foram se ampliando... e daí a pouco a estrutura social, a organização política e a saúde do bairro mudaram radicalmente.

...E a garota do vestido azul?!

Ah, ela se tornou uma Assistente Social, pois segundo ela, era esta a maneira que ela tinha como retribuir e ajudar a sua comunidade o incentivo que um dia lhe foi dado e que transformou sua vida.

E até hoje se conta neste bairro o quanto é importante a solidariedade, a organização e a ajuda de todos e também dos políticos para o crescimento e transformação de um povo!



Autora do desenho: Ana Gomes de Almeida- Grupo pesquisador (2020)

Uma fazenda acolhedora

Era uma vez uma fazenda muito acolhedora, aconchegante, romântica, e cheia de animais... Esta Fazenda ficava no Jardim dos Ipês, próximo ao Alto da Alegria...

A Fazenda era linda... Tinha um lindo jardim, cheio de rosas e borboletas.

...E na fazenda, havia um lago com água limpa e fresca, onde nadavam tranquilamente peixes e patos. Os animais eram bem cuidados... E tudo era sossego neste ambiente de paz e harmonia...

Os animais eram bem cuidados... E todos os dias, às 5 horas da manhã, os sabiás cantavam e encantavam a todos com o seu canto.

Mas, certo dia, aconteceu que a dona da fazenda observou que o queijo que ela havia colocado sobre a mesa, estava mordido, e percebeu que havia um rato em sua cozinha. Então, logo mandou comprar uma ratoeira.

O rato da fazenda, muito inteligente, percebeu o rigo que corria, e logo procurou ajuda, pois ficou inseguro em relação à ratoeira, afinal, ele sabia que era para matá-lo.

... Como na fazenda haviam outros animais, ele foi pedir ajuda aos outros animais que moravam na fazenda, porém, todos se recusaram: gato, cachorro, vaca, galinha, porco, cavalo e todos os outros...

Aconteceu, no entanto, que a ratoeira serviu não para o rato, mas para uma cobra, que foi presa na ratoeira e terminou picando a dona da casa.

Por ter sido picada pela cobra, a dona da casa precisou ser levada para o hospital, que ficava muito longe da fazenda.

De carroça, pois seu marido não tinha carro, acabou demorando chegar ao hospital, que por sua vez, também não tinha o soro necessário para o tratamento da senhora.

E aconteceu que no dia seguinte o cachorro da fazenda amanheceu muito triste. E após perceber a mudança do cachorro, o dono também precisou levá-lo ao veterinário.

Após avaliá-lo, o veterinário falou que o cachorro tinha sido mordido por bicho, provavelmente uma cobra.

Sem o soro necessário, e após tanto tempo decorrido do acontecido, sucedeu que todos morreram, a senhora e o cachorro, bem como outros animais que acabaram indo para a panela para alimentar o pessoal da casa e que vieram para o velório...

Depois desses acontecimentos, nunca mais a Fazenda do jardim dos Ipês foi a mesma... Os sabiás já não cantam como antes, o lago não é mais o mesmo, nem mesmo o dono da fazenda...

Dizem até que seu melhor amigo agora é um rato, que carinhosamente o acompanha pelos vãos e arredores daquela acolhedora e saudosa fazenda...



Autor do desenho: Carlos Augusto - Grupo pesquisador (2020)

- E nosso supermercado de conceitos sobre os fatores que influenciam no processo saúde e doença, ficou assim:

Saúde

Limpeza	Organização	Acolhimento
Rua limpa	Hospital	Ter consulta disponível

Água limpa e todos os dias	Ter os equipamentos necessários	Ter bons vizinhos
Chuva	Ter uma moradia	Ter felicidade
Árvores são importantes	Ter um médico no posto de saúde	Sensação de bem-estar
Higiene	Saneamento básico	Ter contato com a natureza
	Equipe de saúde multiprofissional	Ausência de doenças
	Alimentação	Interação social (redes de apoio)
	Emprego	Lazer
	Transporte	Família- Parentesco
	Renda	Idade
	Política	
	Educação	

Doença

Falta de amor ao próximo	Falta de assistência	Desorganização
Fumaça- queimadas	Falta de acesso ao médico	Terreno baldio
Falta de ação adequada de algumas pessoas	Não estar saudável	Dengue
Lixo	Falta de material necessário	Esgotos
	Acidentes	Falta de limpeza
	Falta de exercício físico	Desorganização dos ambientes
	Falta de segurança	Desastres
		Falta de emprego
		Falta de locais de lazer
		Ambientes de risco para acidentes e desastres

Contra-análise: (10 minutos)

... Vocês estão satisfeitos com as histórias apresentadas? E com nosso supermercado de conceitos construídos? Acrescentariam ou retirariam algumas coisa?

-Socialização dos dados produzidos (15 minutos)

Agora, nós precisamos escolher a forma de socialização do que foi produzido em nossos encontros pelo grupo pesquisador. Que ideias vocês tem?

-Encerramento: (5 minutos)

Pessoal, foi muito bom estar com vocês nesta manhã. Muito obrigada pela participação e contribuição de cada um de vocês. Agradeço ainda o apoio do pessoal da Capela, e de nossa equipe da UBS. Muito obrigada a todos.

Entrega de mimo de gratidão.

Tirar uma foto oficial do grupo pesquisador.

Check list para o 4º encontro:

- ✓ 1 gravador de voz
- ✓ 2 celulares com a bateria carregada
- ✓ 8 colchonetes
- ✓ Copos descartáveis
- ✓ Água
- ✓ Lanche
- ✓ Caderno para anotações e caneta
- ✓ Uma pessoa de apoio para tirar fotos e observar gravador
- ✓ Organizar a iluminação e o espaçamento entre os participantes
- ✓ Canetas
- ✓ Fita adesiva
- ✓ Levar as categorias descritas em cartolinas para análise do grupo
- ✓ Imprimir histórias: A menina do vestido azul e O rato e a ratoeira
- ✓ Folhas de ofício
- ✓ Máscaras e álcool
- ✓ Som para relaxamento
- ✓ Mimo de gratidão
- ✓ 1 caixa de fósforo

APÊNDICE C - Caracterização do Primeiro Círculo de Cultura Sociopoético.

1º Círculo de Cultura Sociopoético– Tema: O que influencia no processo de saúde e doença?

Recursos:

- Som com música

- Papel e lápis

→ Processo:

-Momento 1 - Apresentação dos participantes e confecção de um desenho

- Apresentação individual- nome, o que faz e há quanto tempo mora no bairro
- Cada um faz um desenho em folha de ofício A4 sobre o que representa a saúde
- Momento de compartilhar com o grupo o seu desenho e seu significado

-Momento 2 – Relaxamento

Sente-se ou deite-se de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Perceba sua respiração. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

-Momento 3 – Dispositivo da sociopoética: Contação de histórias-“

- “A menina do vestido azul” e “O rato e a ratoeira”

- ✓ Contação da história do vestido azul ... (ANEXO 1)

-Finalização 1

Imagine que você conhece estas pessoas, o professor, a criança, seus pais e seus vizinhos e que eles estão de frente para você. Olhe para elas e deixe vir em seu coração os sentimentos que elas lhe inspiram. Quais são esses sentimentos?

-Finalização 2

Você tem agora em sua frente diversas meninas como estas da história, você consegue lembrar de situações que precisam de um primeiro passo em sua comunidade?

- ✓ Contação da Fábula do rato e da ratoeira... (ANEXO 2)

-Momento 4: Compartilhando em grupo:

A partir dessa história do rato o que vocês pensam sobre?

- O que pode influenciar o processo de saúde e doença das pessoas?
- O que determina a saúde das pessoas?
- A saúde do outro também me afeta?
- Como esta comunidade afeta minha saúde?

- Como eu afeto a saúde desta comunidade?
- Como o posto de saúde pode influenciar em minha saúde?

Ao final do tempo acordado o grupo conversará sobre suas percepções acerca do tema.

-Momento 5 – Relato e análise

Relato individual e coletivo sobre a percepção das narrativas, do encontro e dos desenhos produzidos

APÊNDICE D - Caracterização do Segundo Círculo de Cultura Sociopoético.

2º Círculo de Cultura Sociopoético – Tema: O que influencia no processo de saúde e doença? - Análise da produção do grupo

Recursos:

- Som com música

- Papel e lápis

→ Processo:

-Momento 1 - Boa vindas

Boas vindas.

Em roda compartilhar o sentimento que traz para este encontro

-Momento 2- Relaxamento (Música: Raridade por Caio Mesquita sax Cover)

Sente de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

-Momento 3

APÊNDICE E - Caracterização do Terceiro Círculo de Cultura Sociopoético.**3º Círculo de Cultura Sociopoético – Tema: Os Determinantes Sociais da Saúde na Estratégia Saúde da Família- contra-análise da produção do grupo****Recursos:**

- Som com música

- Papel e lápis

→ Processo:

-Momento 1 - Boa vindas

Breve histórico dos Círculos de Cultura Sociopoéticos.

-Momento 2 – Relaxamento (Música: Always em sax por Kenny Guille)

Sente de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

-Momento 3

Compartilhar a análise do material produzido coletivamente no Círculo de Cultura Sociopoético anterior e suas categorizações

-Momento 4

Dividir os participantes em dois grupos e elaborar duas narrações criativas a partir das histórias “A menina do vestido azul” e “O rato e a ratoeira” associando os personagens às categorias produzidas pelo grupo

APÊNDICE F - Caracterização do Quarto Círculo de Cultura Sociopoético.**4º Círculo de Cultura Sociopoético – Tema: Os Determinantes Sociais da Saúde na Estratégia Saúde da Família- contra-análise da produção do grupo****Recursos:**

- Som com música
- Papel e lápis

→ Processo:

-Momento 1 - Boa vindas

Breve histórico dos Círculos de Cultura Sociopoéticos.

-Momento 2 – Relaxamento (Música: Always em sax por Kenny Guille)

Sente de forma relaxada, entre em contato com seu corpo, perceba como estão os músculos do seu corpo e busque relaxar. Feche os olhos. Busque uma harmonia com sua respiração. Respire lenta e profundamente. Busque liberar a mente dos pensamentos corriqueiros direcionando sua atenção para seu corpo.

-Momento 3

Compartilhar as narrações criativas produzidas pelo grupo. Análise do grupo sobre as narrativas e categorizações

-Momento 4

Escolha da forma de socialização do que foi produzido nos Círculos de Cultura Sociopoéticos pelo grupo pesquisador.

ANEXO A - A história: A menina do vestido azul- Autor desconhecido.

Num bairro pobre de uma cidade distante, morava uma garotinha muito bonita.

Acontece que essa menina frequentava as aulas da escolinha local no mais lamentável estado: suas roupas eram tão velhas que seu professor resolveu dar-lhe um vestido novo.

Assim raciocinou o mestre: "é uma pena que uma aluna tão encantadora venha às aulas desarrumada desse jeito. Talvez, com algum sacrifício, eu pudesse comprar para ela um vestido azul."

Quando a garota ganhou a roupa nova, sua mãe não achou razoável que, com aquele traje tão bonito, a filha continuasse a ir ao colégio suja como sempre, e começou a dar-lhe banho todos os dias, antes das aulas.

Ao fim de uma semana, disse o pai:

"Mulher, você não acha uma vergonha que nossa filha, sendo tão bonita e bem arrumada, more num lugar como este, caindo aos pedaços? Que tal você ajeitar um pouco a casa, enquanto eu, nas horas vagas, vou dando uma pintura nas paredes, consertando a cerca, plantando um jardim?"

E assim fez o humilde casal.

Até que sua casa ficou muito mais bonita que todas as casas da rua e os vizinhos se envergonharam e se puseram também a reformar suas residências.

Desse modo, todo o bairro melhorava a olhos vistos, quando por isso passou um político que, bem impressionado, disse:

"É lamentável que gente tão esforçada não receba nenhuma ajuda do governo".

E dali saiu para ir falar com o prefeito, que o autorizou a organizar uma comissão para estudar que melhoramentos eram necessários ao bairro.

Dessa primeira comissão surgiram muitas outras e hoje, por todo o país, elas ajudaram os bairros pobres a se reconstruírem.

E pensar que tudo começou com um vestido azul.

ANEXO B - A fábula: O rato e a ratoeira- Fábula de Esopo.

Um ratinho, olhando pelo buraco da parede de sua toca, viu o fazendeiro e sua esposa abrindo um pacote. Pensou logo no tipo de comida que poderia haver ali. Ao descobrir que era uma ratoeira, ficou aterrorizado. Correu ao pátio da fazenda para advertir todos.

Foi ao galinheiro e falou:

— Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira na casa!

A galinha disse:

— Desculpe-me, senhor rato, eu entendo que isso seja um grande problema para o senhor, mas não me prejudica em nada, não me incomoda. — E a galinha continuou a ciscar.

O rato foi até o chiqueiro e disse ao porco:

— Há uma ratoeira na casa, uma ratoeira!

O porco respondeu:

— Desculpe-me, senhor rato, mas não há nada que eu possa fazer, a não ser rezar. Ratoeira é para pegar ratos. Fique tranquilo, pois o senhor será lembrado nas minhas preces. — E o porco continuou a chafurdar na lama de seu chiqueiro.

O rato dirigiu-se então à vaca. E ela lhe disse:

— O que, senhor rato? Uma ratoeira? Por acaso estou em perigo? Acho que não! — E ali a vaca ficou a balançar o rabo e ruminar.

Então, o rato voltou para sua toca, cabisbaixo e abatido, para encarar a ratoeira do fazendeiro.

Eis que naquela noite ouviu-se um barulho, como o de uma ratoeira pegando uma vítima. A mulher do fazendeiro correu para ver o que havia pegado. No escuro, ela não viu que a ratoeira havia pegado a cauda de uma cobra venenosa. E a cobra peçonhenta picou a mulher. O fazendeiro a levou imediatamente ao hospital.

Ela foi medicada, mas voltou com febre. E todo mundo sabe que, para alimentar alguém com febre, nada melhor que uma canja de galinha. Assim, o fazendeiro pegou sua faca e foi providenciar o ingrediente principal: galinha.

Como a doença da mulher piorava, os amigos, parentes e vizinhos vieram visitá-la. Para alimentá-los, o fazendeiro matou o porco.

Mas a pobre mulher não melhorou e acabou morrendo. Muita gente veio para o funeral. O fazendeiro então sacrificou a vaca para alimentar aquele povo todo.

E o rato assistiu aquilo tudo, sempre pensando:

“Bem que eu avisei.”