

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO POPULAR E PROMOÇÃO DE
TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS NA CONVIVÊNCIA COM O SEMIÁRIDO**

ROSINEIDE ROSA DA SILVA SOUSA

**A EDUCAÇÃO POPULAR COMO POSSIBILIDADE PARA A ESTRATEGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO ALCOOLISMO**

EUSÉBIO

NOVEMBRO DE 2020

ROSINEIDE ROSA DA SILVA SOUSA

**A EDUCAÇÃO POPULAR COMO POSSIBILIDADE PARA A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO ALCOLISMO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca examinadora do Curso de Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido, da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz – Ceará.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria do Nascimento

EUSÉBIO

NOVEMBRO DE 2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Escritório Técnico Fiocruz Ceará
Biblioteca Fiocruz Ceará
Gerada mediante dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S725e Sousa, Rosineide Rosa da Silva.
A Educação Popular como Possibilidade para a Estratégia
Saúde da Família na Abordagem do Alcoolismo. / Rosineide
Rosa da Silva Sousa. – 2020.
37 f. : il. : color.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria do Nascimento
TCC (Especialização em Educação Popular e Promoção de
Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido) –
Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2020.

1. Educação Popular em Saúde. Estratégia Saúde da
Família. Cartografia social. Plano de intervenção. 2. Consumo
de álcool. 3. Capoeira. 4. Cultura popular. I. Título.

CDD – 362.1068

Catálogo elaborado pela bibliotecária Camila Victor Vitorino Holanda CRB-3 1126

ROSINEIDE ROSA DA SILVA SOUSA

A EDUCAÇÃO POPULAR COMO POSSIBILIDADE PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO ALCOLISMO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca do Curso de Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o semiárido, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – CE como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Maria do Nascimento (Orientadora)
Secretaria Municipal de Educação de Crato – CE


Profa. Ms. Ana Neyara Alexandre de Sa Barreto Marinho
Universidade Estadual do Ceará

Prof. Ms. André Ribeiro de Castro Júnior
Escola de Saúde Pública do Ceará

Data da Aprovação: ____ de ____ de 2020

EUSÉBIO-CE

AGRADECIMENTOS

Concluir esse trabalho foi para mim exemplo de superação e resiliência, pois durante sua trajetória muitas limitações e obstáculos foram superados.

Agradeço primeiro a Deus, a quem recorro em meus momentos de angústia e tristeza, como também a quem louvo e agradeço em momentos de vitória e alegria.

A meu pai Cicero e a minha mãe Rosa Amélia que me educaram para o bem, na valorização da família, promovendo a paz e a justiça social.

A meu marido Galo, assim gosta de ser chamado, pela paciência e apoio em momentos de estresse e angústia.

A meu filho Yuri que tanto me incentiva a buscar novos aprendizados.

A minha filha Rebeca pelas massagens com óleos essenciais e pelos chazinhos calmantes que tanto me ajudaram nesse percurso.

A Sandrinha e Ana Claudia Teixeira, que não deixaram em nenhum momento que eu desistisse quando acreditei que não iria conseguir.

A Rita de Cassia e Alex Josberto, amigos do EDPOPSUS para a vida, que me encaminharam no mundo da Educação Popular.

A Vera Dantas e aos demais coordenadores do curso por toda a boniteza e o cuidado com que preparam o curso, rico em aprendizagens e experiências inesquecíveis.

Aos colegas Agentes de Saúde dos bairros Alto da Penha, Pinto Madeira e Mutirão pela parceria na execução das atividades.

À comunidade do Alto da Penha que se tornou parceira nesse e em outros trabalhos por nós desenvolvidos.

A minha orientadora, Ana Maria, pessoa que tanto admiro pela sua bela trajetória de vida, que chegou depois, porém em um momento de extrema importância para a conclusão desse trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade identificar possibilidades de como a educação popular em saúde pode contribuir com a Estratégia Saúde da Família para o acompanhamento e atendimentos aos dependentes de álcool do Bairro Alto da penha na cidade de Crato- CE. A partir da produção de uma cartografia social, foi elaborado um mapa que continha as características físicas e culturais do bairro. O mapa continha também as potencialidades e fragilidades ali presentes. O objetivo geral da pesquisa foi compreender como a Educação Popular em Saúde pode contribuir para o melhor atendimento e acolhimento ao usuário de álcool. E os objetivos foram: identificar as fragilidades presentes no atendimento aos usuários de álcool, investigar a importância da comunidade nas ações desenvolvidas pela estratégia saúde da família. Perceber como a educação popular pode contribuir para um melhor acompanhamento a esses usuários. A pesquisa foi realizada com 23 colaboradores. Para coletar os dados, fizemos três encontros intitulados chá e ação, inspirados nas elaborações freirianas onde construímos as rodas de conversa dialogando sobre os temas propostos para cada encontro. Como principais autores dialogamos com as elaborações teóricas de: Dantas (2009) Freire (2006) Vasconcelos (1998). E documentos como: Brasil (2013). Como principais resultados observamos que os usuários de álcool do bairro Alto da Penha e seus familiares puderam encontrar nos agentes comunitários de saúde e na Estratégia Saúde da Família um suporte que pode contribuir para ajudar a enfrentar a doença do alcoolismo ou outras doenças crônica, Que a partir dos encontros chá e ação a comunidade pode melhor se articular e assim se fortalecer para reivindicar os seus direitos, como também cumprir os seus deveres. Essa pesquisa possibilitou também a elaboração de um plano de intervenção para ser concretizado pelos moradores da comunidade em conjunto com a Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Consumo de álcool. Estratégia Saúde da Família. Cartografia social. Plano de intervenção.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência a Assistência Social
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional Atenção
PNEPSUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 CAMINHOS METODOLÓGICOS: PERCURSOS DA PESQUISA	11
2.1 Tipo de pesquisa	11
2.2 <i>Lócus</i> de investigação	12
2.3 Sujeitos da Pesquisa.....	13
2.4 Coleta de Dados: chá e ação.....	14
2.4.1 <i>Segundo momento do Chá e Ação</i>	17
3 A EDUCAÇÃO POPULAR E A SAÚDE	20
3.1 Educação popular	21
3.2 A Educação Popular em Saúde.....	22
3.2.1 <i>Política Nacional de Educação Popular (PNEPSUS)</i>	23
3.3 Estratégia da Saúde da família.....	24
3.4 Consumo de álcool	25
4 ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO GRUPO	27
4.1 Resultados das entrevistas	27
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXO A - IMAGEM DO SEGUNDO CHÁ E AÇÃO	36
ANEXO B - IMAGENS DO PRIMEIRO E SEGUNDO ENCONTRO COM OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL	37

A EDUCAÇÃO POPULAR COMO POSSIBILIDADE PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ABORDAGEM DO ALCOOLISMO

1 INTRODUÇÃO

A Educação Popular se destaca pela capacidade de unir pessoas de forma democrática com diferentes saberes, diferentes crenças, diferentes ideologias em um diálogo que respeita e que não se opõe a pluralidade na busca de realizar um projeto que tenha a participação popular em atividades que venham atender da melhor forma possível um grupo, buscando o uso da amorosidade e o cuidado como modelo norteador. (BRASIL, 2014)

Sendo profissional que compõe a Estratégia Saúde da Família e acompanha o dia a dia das famílias através das visitas domiciliares e grupos de convivência, nos quais são partilhadas as angústias e condições de saúde dos usuários, como também educanda do curso de especialização em Educação Popular, despertou em nós o anseio de estudar um pouco mais o assunto, de modo que nos possibilite conhecer mais sobre a temática, bem como melhorar a nossa ação profissional.

Durante a rotina de atendimento na Unidade Básica de Saúde, observou-se a pouca procura de usuários de álcool aos serviços de saúde (mesmo conhecendo a existência destes) e quando isso vinha a acontecer, já era por agravos a sua saúde, causado pelo uso do álcool. Diante dessa realidade pudemos observar, que mesmo a Estratégia Saúde da Família sendo um lugar que fundamentalmente está para promover a saúde, no caso do alcoolista, não está atingindo a finalidade destinada.

Assim sendo, pensamos estratégias que pudessem nos aproximar desse público, e através da Educação Popular, a possibilidade de unir a comunidade, a família e a ESF para realizar acompanhamentos que possam obter a adesão e alcançar resultados favoráveis, pois na EPS encontramos princípios que valorizam o saber, a cultura e a individualidade de cada pessoa, sendo essa singularidade a força para juntos desenvolver ações exitosas.

Como resultado do diálogo, envolve a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, considerando a integração e articulação entre os saberes, práticas, vivências e espaços, no sentido de promover o cuidado e a construção dialógica, emancipatória, participativa, criativa nos processos educativos, de gestão e cuidado em saúde (BRASIL, 2013, p.16)

O foco principal desse trabalho é identificar em que a comunidade, a saúde e as demais redes de apoio, em parceria, podem contribuir para um melhor acompanhamento aos dependentes de álcool. Considerando, que o alcoolismo é uma doença que prejudica não só o usuário e sim a todos que convivem com ele.

Para esse fim, vamos considerar os relatos de vida narrados pelos usuários através de rodas de conversa, diálogos com familiares durante as visitas domiciliares e entrevistas individuais com os mesmos.

Usando do modelo da educação popular em saúde, buscamos sensibilizar a comunidade em ver o usuário de álcool sob outra perspectiva, não apenas um dependente químico e sim, alguém que tem em sua trajetória de vida tudo que uma pessoa costuma ter; família, sonhos, conhecimento, decepções, perdas, saberes, usando também, os princípios da EPS de tratar às pessoas, com amorosidade, acolhimento, diálogo e escuta.

No vínculo afetivo criado na relação educativa em saúde surge uma emoção que influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, à compreensão mútua e a solidariedade, não apenas pela elaboração racional. A amorosidade aciona um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde. (BRASIL, 2012 p.15)

Um dos fatores que diferencia a Educação Popular em Saúde é o cuidado com o outro, no acompanhamento ao usuário de álcool acreditamos que a amorosidade, um dos princípios da EPS, seja de relevante importância não só para eles, como também para com os seus familiares.

Desse modo, o presente trabalho tem por finalidade identificar possibilidades de como a Educação Popular em Saúde (EPS)¹, pode contribuir para a melhor abordagem ao usuário de álcool assistido pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Para esse fim, tivemos como questão norteadora: Como a comunidade, as redes de apoio e a estratégia saúde da família podem juntas contribuir para um melhor acompanhamento aos dependentes de álcool, seguindo a premissa de prevenção à doença e promoção de saúde?

¹ Durante o texto utilizaremos apenas EPS, para destinar Educação Popular em Saúde. ESF, para Estratégia da Saúde da Família.

Buscando responder a essas questões traçamos os seguintes objetivos; compreender como a Educação Popular em Saúde pode contribuir para o melhor atendimento e acolhimento ao usuário de álcool. Tendo como objetivos específicos; identificar as fragilidades presentes no atendimento aos usuários de álcool, compreender a importância da comunidade nas ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. Perceber como a Educação Popular pode contribuir para um melhor acompanhamento a esses usuários.

Sendo assim, o presente trabalho está organizado da seguinte forma: além da introdução que justifica a pesquisa e apresenta seus objetivos, temos o capítulo dois intitulado: *Caminhos metodológicos: percurso da pesquisa*. Neste capítulo, apontamos o caminho percorrido para a obtenção dos resultados desta investigação, situamos a pesquisa dentro da abordagem qualitativa. Apresentamos o *lócus* e os colaboradores.

No terceiro capítulo, trazemos um breve histórico da Educação Popular. Daremos destaque a Educação Popular em Saúde e o seu processo histórico. Falaremos sobre a Estratégia Saúde da Família, fazendo um recorte na realidade da ESF que assiste a comunidade referida na pesquisa. Traremos ainda um pequeno recorte sobre o alcoolismo.

No quarto capítulo, apontamos as análises das entrevistas com os dependentes de álcool como também, os resultados dos círculos de cultura vivenciados durante a construção do plano de intervenção.

E por fim, apresentamos às conclusões que traz como principais resultados, as orientações e a Assistência prestada, as experiências do vivido. Apontaremos as possibilidades encontradas a partir das rodas de conversa e grupos com os colaboradores da pesquisa.

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS: PERCURSOS DA PESQUISA

Pesquisar é garimpar, criar experimentar é descobrir um percurso. Mas como chegar a esse percurso? O encontro com a teoria é um começo, possibilita pensar sua relação com a prática e o papel de pesquisador e sua relação com os pesquisado. (SALES, 2005. p.72).

Consideramos conveniente iniciar este capítulo com esse pensamento de Sales, para reafirmar que o papel do pesquisador não é definido, mas, algo que vai se delineando na caminhada do pesquisador. Neste capítulo, apresentamos os caminhos metodológicos que percorremos no decorrer da pesquisa. No item 2.1 apresentamos o *locus* de investigação, ou seja, onde a pesquisa foi desenvolvida. No item 2.2 dialogamos sobre o tipo de pesquisa realizada e no item seguinte 2.2.1 apresentamos a caracterização dos colaboradores dessa pesquisa. Por fim, no ponto 2.3 discorremos sobre a coleta de dados intitulada *Chá e Ação*.

2.1 Tipo de pesquisa

Esta é uma pesquisa que tem por base a realidade social do Bairro Alto da Penha em Crato. Neste sentido, a questão que perpassa este debate é fruto de uma realidade concreta. A esse respeito, Damasceno (2005. p.45). Salienta que: “A discussão desta questão assume maior importância quando se reconhece que o conhecimento é um produto cultural, gerado historicamente por homens inseridos em realidades concretas sem função de necessidades específicas”. Esta afirmação da autora, nos ajuda compreender a forma como pensam e agem as pessoas de um grupo implica na escolha do tipo de pesquisa, bem como, na maneira de interpretá-la.

Com base, nesta afirmativa, salientamos que esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois dialoga com pessoas em seu ambiente natural. Bogdan e Biklen (1994, p. 47) revelam: “Na investigação qualitativa a fonte directa do dado é o ambiente natural, constituindo ao investigador o instrumento principal”. Desse modo, os pesquisadores adentram os espaços de pesquisa buscando compreender uma determinada realidade. Neste sentido, nos inserimos na comunidade juntamente com os colaboradores da pesquisa buscando descobrir os principais problemas evidenciados na comunidade.

Existem várias características que definem a pesquisa qualitativa. Bolgdan e Biklen (1994, p.48), aponta que é uma pesquisa descritiva, pois:

Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não em números. Os resultados descritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação. Os dados incluem em transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorando e ou outros registros oficiais [...].

Entendemos, pois, que essa abordagem é a que melhor se adequa a esta pesquisa, tendo em vista, que a nossa investigação ocorreu em ambiente natural juntamente com os colaboradores em um processo dialógico, em que o processo de escuta e diálogo trouxe grandes contribuições para a pesquisa.

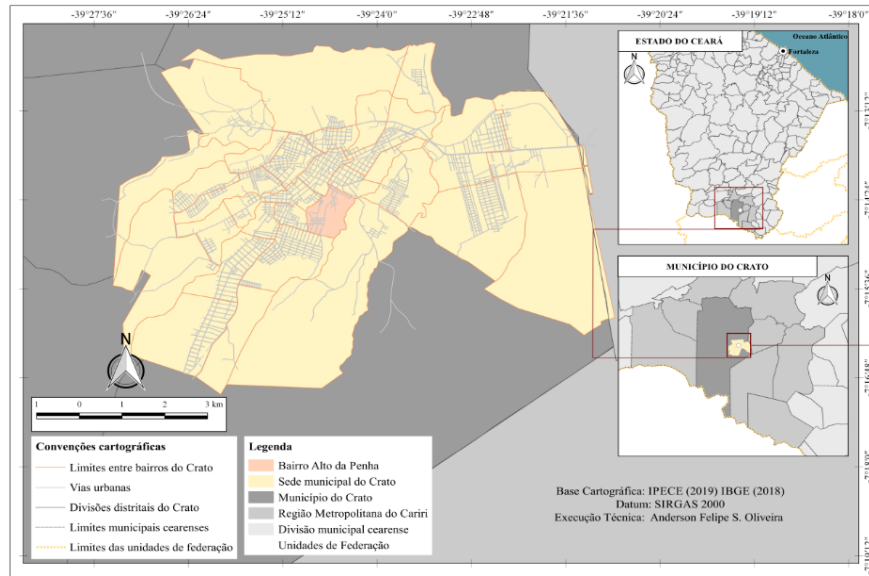
Para Sales, (2014, p. 71) Neste tipo de pesquisa: “o pesquisador é parte integrante do processo de conhecimento prático dos pesquisados; as principais técnicas são a observação, as entrevistas e a história de vida; e envolve um trabalho de campo com imersão no cotidiano” Este trabalho, perpassou por esse processo, fomos a campo em busca de dialogar diretamente com os sujeitos envolvidos e a seguir apontamos um pouco desse caminho construído durante a caminhada investigativa no campo.

2.2 Lócus de investigação

Para dar início a este capítulo consideramos necessário situarmos o lócus investigativo. Sendo assim, o trabalho que ora apresentamos foi realizado na cidade de Crato estado do Ceará. O Crato, é localizado a 512 quilômetros de distância de Fortaleza capital do Estado, com uma população estimada de 132.123 habitantes (BRASIL,2019). localizado na região metropolitana do Cariri. Carinhosamente chamada de princesa do Cariri, com um clima tropical quente e semiárido, se localiza ao sopé da Chapada do Araripe, motivo qual é conhecida como oásis do cariri por possuir várias fontes de água doce. (IBGE, 2010)

A comunidade a qual esse trabalho se reporta é o Alto da Penha, um bairro de periferia localizado nesta cidade. A seguir apresentamos o mapa da cidade do Crato com destaque para o bairro Alto da Penha *lócus* dessa investigação.

Figura 1 - Mapa do Crato, com destaque para o bairro Alto da Penha



Fonte: Anderson Felipe S. Oliveira (abril de 2020)

De acordo com o IBGE (2010) o bairro Alto da Penha, possui uma população de 4038 habitantes, encontra-se a apenas 800 metros da Praça da Sé e do centro comercial da cidade. A construção civil e o trabalho informal se destacam como uma das maiores fonte de renda dos moradores.

O Bairro Alto da Penha, é historicamente conhecido pela generosidade de seu povo, sempre disponível para ajudar o próximo. Tem uma cultura bastante reconhecida, como a escola de samba “Operários do Samba”, quadrilhas juninas, matança do Judas, rezadeiras de renovação, benzedeadas e poetas populares, denotando que a cultura popular está sempre presente na história da comunidade.

2.3 Sujeitos da Pesquisa

Para a realização da pesquisa, contamos com a participação de 23 pessoas, as quais eram líderes comunitários e participaram na escolha do plano de intervenção. Aconteceram dois encontros, os quais foram denominados Chá e Ação. Desse número de pessoas uma média de 15 participaram dos dois encontros. Por questões de horário nem todas puderam participar de todos os momentos.

A escolha dos participantes se deu a partir das orientações recebidas do curso de especialização, o qual sugeria convidar os serviços existentes no bairro, os líderes comunitários e a comunidade em geral. Foram enviados convites as entidades e divulgação nas redes sociais da comunidade.

Os sujeitos da pesquisa foram 12 usuários de álcool que costumam se agrupar em uma esquina do bairro, e assim, de forma coletiva, consumirem bebidas alcoólicas.

Ressaltamos que a escolha desses sujeitos se deu a partir da adesão voluntária dos participantes e das decisões tomadas em grupo para a realização do plano de intervenção.

2.4 Coleta de Dados: chá e ação

Para a construção desse estudo, iniciamos nossa reflexão a partir de um plano de intervenção realizado em parceria com a comunidade. Na elaboração do referido plano, contamos com a participação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde- UBS, agentes comunitários de saúde, times de futebol, associação de moradores, CRAS, igreja, grupo de jovens e a comunidade em geral.

Totalizando um grupo de 23 pessoas. E um total de dois encontros, no primeiro grupo contamos com a participação de 17 pessoas. No segundo grupo 18 pessoas. Mesmo com a assiduidade dos participantes, houve a oscilação de participantes, alguns foram apenas em um ou outro encontro, já que eram reuniões abertas para a livre participação.

O objetivo desse primeiro encontro, constituiu-se em fazer a construção da cartografia social do bairro, através da produção de um mapa social do território. O ponto de partida para a construção da cartografia é que se conheça verdadeiramente o território que será demarcado.

A cartografia social é parte de estudo da cartografia que constrói mapas de uma localidade, apontando áreas de vulnerabilidades, territórios em disputas, entre outras características que por motivações específicas devem ser apontadas. Ressaltando que a motivação maior é que a realidade apresentada no mapa possa ser modificada.

Esse tipo de cartografia, da abertura para a construção democrática e participativa de um mapa, pois ele deve ser construído com a comunidade já que ele representa o território de um determinado grupo, algo que vai além de uma paisagem que deve ser representada.

No que se refere a esse tipo de cartografia, Silva (2016, p. 5) destaca que:

Esse tipo de mapeamento pode ser a chave para a comunidade identificar suas principais formas de representação da realidade, [...] Neste procedimento, os participantes do mapeamento tem a chance de escolher

que materiais utilizar e que itens acham relevante para representar nos mapas, avaliando quais as formas e como elas serão desenhadas, podendo a sua variação estar diretamente ligada ao grau de importância dessas feições para a comunidade.

Inicialmente, foi feita a explanação do que é a cartografia social e sua importância para potencializar as reivindicações de melhorias para uma comunidade. Seguindo a orientação do livro “Cartografia Social e Cidadania”, escrito por Gorayeb et al (2015) o qual relata sobre o mapeamento de comunidades rurais na cidade de Camocim – CE, que sofre intervenções pela instalação de parques eólicas e que usou esse tipo de mapeamento para potencializar suas reivindicações. Destaca-se que a referida cartografia social pode ser aplicada em qualquer realidade independente de qual seja o desafio a ser superado.

Nos últimos anos a cartografia social tem se tornado estratégia chave para analisar e comunicar questões de saúde pública, planejamento urbano, justiça ambiental e direitos humanos. Ao realizar o mapeamento de suas próprias comunidades, e refletir sobre as informações organizadas visualmente nos mapas criados, a cidadania se capacita para formular as próprias soluções, e também para argumentar e defender sua visão sobre as questões (GORAYEB *et al.*, 2015, p. 07).

Após as orientações de o que é a cartografia social e sua importância para o melhor desenvolvimento do plano de intervenção, fizemos a seguinte pergunta aos presentes: Em seu ponto de vista, o que promove a saúde (uma potência) e o que causa adoecimento (uma fragilidade) em sua comunidade?

Figura 2 – Fotos da produção da cartografia social



Fonte: Arquivo pessoal do grupo (2019)

Vários elementos foram apontados, no que se refere a fragilidade o que aqui nos interessa destacar tiveram os seguintes pontos: “violência contra à criança”, “consumo excessivo de álcool nas esquinas do bairro”, “gravidez na adolescência” uso de drogas e em particular por jovens”, “ausência de saneamento básico” e “falta de articulação entre as lideranças do bairro”. No entanto, apenas uma deveria ser escolhida para a elaboração do plano de intervenção.

Diante de tantas vulnerabilidades, a fragilidade escolhida foi o uso excessivo do álcool pelos moradores do bairro, com destaque para o aumento de pessoas consumindo álcool nas esquinas do bairro.

Como a proposta foi desenvolver um plano de intervenção de maneira que a comunidade tem o papel de identificar e procurar modificar uma realidade, foram acolhidas as ideias do grupo para em seguida, juntos elaboraram a ação. Para a construção da cartografia dois encontros foram realizados, os registros desses encontros estão em fotos e folhas de frequência. Vejamos a seguir o mapa da cartografia social do Bairro Alto da Penha produzido pelo grupo.

Figura 3 - Cartografia social do Alto da Penha



Fonte: arquivo pessoal do grupo (2019)

Na produção da cartografia social do Alto da Penha, estão representadas as características físicas, os problemas de saúde, como também as potencialidades e as fragilidades do bairro. Pode ser observado no mapa que a religiosidade e a cultura têm presença marcante na comunidade.

2.4.1 Segundo momento do Chá e Ação

Após o primeiro encontro em que se iniciou à construção da cartografia social, foi necessária a realização de mais um encontro, já que o tempo era limitado e a

produção da cartografia se deu por trabalhos manuais o que requer tempo e uma certa habilidade.

A inspiração para esses encontros intitulados Chá e Ação, deu-se com base em uma leitura freiriana. Fizemos uma releitura dos círculos de cultura realizados em suas experiências de educação em diferentes contextos. Ressaltamos que seu princípio tem base no diálogo (FREIRE, 2011), e não foi diferente a proposta dos encontros realizados neste estudo.

Os registros desses encontros foram feitos a partir de fotografias com a devida autorização dos colaboradores, bem como, os registrados feitos com as devidas assinaturas dos participantes. Além desse registro, tivemos a produção de um jornal elaborado pelos agentes comunitários de saúde do bairro e as nossas anotações pessoais em diário de campo. Diário de campo foi o nome dado a um caderno de registro nos momentos de pesquisa, em cada encontro se anotava as impressões e aquilo que considerasse importante.

Os encontros Chá e Ação, eram sempre introduzidos por um tema gerador nos quais abriam possibilidades para o debate inclusive permitiam abertura para outras discussões importantes na comunidade, principalmente no que se refere à saúde e educação, o que despertou o desejo de se permanecer os grupos e os diálogos por um tempo maior. Essa inspiração surgiu com os círculos de Cultura de Paulo Freire, em que as palavras geradoras se tornam importantes para os momentos dialógicos. Em Freire (1994, p 155) entendemos que

O círculo de cultura é um espaço que dialogicamente se ensinava e aprendia. Em que se conhecia em lugar de se fazer transferência de conhecimento. Em que se produzia conhecimento em lugar de justaposição de conhecimento feita pelo educador ao, ou sobre, o educando. Em que se construía novas hipóteses de leitura do mundo.

A partir da forma que nos reunimos, através dos círculos de cultura, podemos identificar a participação dos presentes, suas contribuições para a construção do plano de intervenção foram de grande valor, já que tudo se encaminhava a partir de sua percepção da realidade.

Após os dois encontros, os quais foram produzidos a cartografia social e o plano de intervenção, seguiu-se o segundo passo que foi ir o encontro com os usuários de álcool. Seguimos a mesma instrução dos grupos anteriores, ou seja, a partir de um tema gerador e de forma circular produzíamos os diálogos.

É importante destacar que os encontros aconteceram nas ruas, para trazer uma ideia de um diálogo descontraído, mas óbvio sempre com um objetivo. Se deram dentro num contexto de rodas de conversa descontraída, mas com muito sentido e significado.

Antes de acontecer os encontros, nos organizamos para receber as pessoas, com muito carinho e cuidado. Neste sentido, contamos com a colaboração de comerciantes do bairro que nos ajudaram com doações para que pudéssemos ofertar lanche aos participantes. a produção de lanches como: caldo com pão e café.

Com os alcoolistas, tivemos um total de três encontros, que aconteceram quinzenalmente nos meses de julho e agosto pela manhã, por volta das 8:30h, horário que o grupo de usuários de álcool estavam presentes em maior quantidade, como também ainda não haviam iniciado o consumo diário de álcool.

Os dois primeiros encontros foram para o fortalecimento de vínculos e “quebra de gelo”, nos quais eles se mostravam receptivos e participavam do diálogo. Acreditamos que a forma circular e o local dos encontros favoreceram a receptividade.

No primeiro encontro, introduzimos o assunto falando de forma descontraída sobre a importância da alimentação e da ingestão de líquidos para quem consome álcool, e no segundo sobre os problemas de saúde causados pelo excesso álcool.

No terceiro e último, utilizamos o diálogo para o levantamento concreto de dados. Para tanto, fizemos uma entrevista, buscando conhecer melhor os colaboradores da investigação. Para Matos e Vieira, (2002, p.61) entrevista, “É uma relação de perguntas, aplicadas igualmente para todos os entrevistados, o que permite depois realizar uma análise qualitativa”. Para as autoras é importante, manter a cordialidade e respeitar os informantes marcando o horário com antecedência e respeitando a disponibilidade dos colaboradores. Ressaltamos que cumprimos todos os combinados para que tudo ocorresse da melhor forma possível.

Estruturada, ou orientada. Matos e Vieira, (2002, p. 62) apontam que: “Nessa modalidade de entrevista, o entrevistador faz uma relação de pergunta, aplicada Existem vários tipos de entrevistas no nosso caso, optamos pela entrevista igualmente a todos os entrevistados.” Evidenciamos, portanto, que não se trata aqui de quantificar respostas, mas trazer a percepção dos entrevistados sobre o tema em questão.

fala sobre tópicos relacionados a um tema específico, definido previamente pelo pesquisador”.

Embora, tenha um roteiro pré definido, é um tipo de entrevista flexível, pois permite que os informantes ou colaboradores tragam questão que de repente achem conveniente falar, mas não estão postas na entrevista. Diferentemente do que ocorreria em uma entrevista fechada. As análises destas entrevistas, comparam as análises deste estudo que foram apresentadas no terceiro capítulo deste trabalho.

3 A EDUCAÇÃO POPULAR E A SAÚDE

Neste capítulo, iremos fazer um breve histórico sobre a Educação Popular no Brasil e sua aproximação com a saúde. Abordaremos sobre a Política Nacional de

Educação popular (PNEP-SUS) e a importância de seus princípios para as práticas educativas em saúde.

Falaremos também sobre a Política Nacional de Atenção Básica PNAB e sobre a Estratégia Saúde da Família, destacando a realidade do bairro Alto da Penha e sobre o consumo de álcool, considerando alguns fatores que envolvem a saúde e a família.

3.1 Educação popular

A Educação Popular surge com as ideias do educador Paulo Freire no final dos anos 1950, como uma possibilidade para desmistificar a forma como a educação tradicional que se apresentava; uma educação segregadora que mesmo de forma indireta, se destinava apenas para a elite (FREIRE, 1997).

Ela se destaca pela capacidade de viver uma educação mais justa e humanitária, valorizando a cultura e respeitando o saber do outro, se apresenta de forma democrática aonde não deve existir uma pessoa que sabe tudo e está ali para ensinar um grupo que nada sabe, se opondo ao que Paulo Freire denomina de educação bancária.

A Educação Popular traz possibilidades da mulher e do homem serem capazes de fazer uma leitura crítica do mundo, aonde todos os saberes tem seu valor. Ela foge a educação que paralisa e aliena diante dos problemas e das desigualdades sociais, as quais estão subjugados. Nesse período os movimentos sociais e os sindicatos ganharam força nas lutas pelos seus direitos (FREIRE, 2011).

Paulo Freire em seu livro *Pedagogia da Autonomia* se refere a essa tomada de consciência: que devemos reconhecer que é importante nos tornarmos seres capazes escolher, decidir e encarar isso como um direito (FREIRE, 1996).

Com a Ditadura Militar nos anos 1964, por suas ideias emancipatórias, Paulo Freire foi um dos tantos exilados do país, mesmo assim ele não deixou de defender seus ideais e passou por diversos lugares e culturas aonde apreendia e ensinava. Nesse período de exilado ele escreveu vários trabalhos entre eles o livro *Pedagogia do Oprimido*, obra reconhecida internacionalmente.

Após o final da ditadura militar nos anos 1980 os movimentos de classe voltaram a se articular, os sindicatos e os trabalhadores puderam voltar a se reunir, no entanto a necessidade de um governo que trabalhasse por e com essas classes

se tornava cada vez mais necessário para que houvesse uma mudança de fato, mesmo com o retorno da Democracia, e necessidade de um governo que defendesse essas ideias era urgente (NESPOLI, 2013).

Apesar da euforia dos anos 1980 pelo retorno da democracia ao Brasil, Paulo Freire entendia que o novo regime ainda carecia de uma cultura democrática enraizada na população do país. Entendia que a sociedade brasileira ainda não se demonstrava devidamente organizada e politizada para estabelecer uma relação de igualdade com a esfera pública, de modo que, o Estado desfrutaria no Brasil de um alto grau de autonomia política e administrativa diante da sociedade (Néspoli, 2013, p. 39).

Com o fim da ditadura militar, no final dos anos 1980, os movimentos e sindicatos voltaram a ter vez e voz, no entanto, era necessário um governo que os representasse, só assim, poderia existir políticas públicas que realmente atendessem seus anseios e lutas.

3.2 A Educação Popular em Saúde

Na saúde, a educação popular se apresenta como uma possibilidade de trilhar outros caminhos nas ações de saúde, pensar a saúde de forma a contar com a participação popular e a construção compartilhada do conhecimento, de maneira que todos os saberes devam ser considerados e a cultura respeitada, propondo que os cuidados com a saúde não ocorram de forma impositora e sim que exista diálogo entre os serviços de saúde e a população assistida (VASCONCELOS, 2004).

Durante o processo de industrialização no Brasil, as cidades e o comércio cresceram de forma desordenada, pois a população se deslocava do interior para os grandes centros, a procura de trabalho na indústria. Esse crescimento veio acarretar vários problemas sociais e de saúde, pois o salário que o trabalhador recebia não era suficiente para garantir a sobrevivência da família de forma digna.

A “solução” proposta pelas autoridades de saúde foi fazer a higienização das cidades, pois com as descobertas da saúde e do microscópio acreditava-se que cuidados como o banho, lavagem das mãos e o saneamento básico eram suficientes para garantir a saúde, deixando de considerar o meio e a realidade social das pessoas. Essas ações eram difundidas nos meios de comunicação, essa prática foi denominada de educação sanitária.

A forma de educar em saúde nessas campanhas era breve, as autoridades não costumavam trabalhar com a orientação, e sim, com o poder. Para eles, o povo era incapaz de maiores entendimentos, em que se predominava a imposição de normas e medidas de saneamento induzidos pelos técnicos e burocratas (VASCONCELOS, 1998).

A educação sanitária foi aplicada de forma punitiva e autoritária, pois sem condições dignas de trabalho e moradia, os menos favorecidos eram segregados para as margens das cidades, já que não era interessante para a elite conviver em meio a essa desordem social. Essa forma de tratar as questões de saúde de forma autoritária permaneceram, apenas se apresentavam com novas roupagens.

3.2.1 Política Nacional de Educação Popular (PNEPSUS)

A Política Nacional de Educação Popular – PNEPSUS surge após lutas, debates e discussões para que seja implementado no Sistema Único de Saúde- SUS, a valorização do saber popular, em que possa existir metodologias e técnicas que possibilitem o diálogo entre o conhecimento científico, a ancestralidade e o conhecimento popular, e assim haja o fortalecimento do SUS. (BRASIL, 2013).

Com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, muitos avanços puderam ser vistos, principalmente no que se refere a participação popular na forma de fazer e promover a saúde, através dos conselhos municipais e estaduais de saúde, a população pôde ser ouvida.

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autoestima e capacidade na construção do cuidado a saúde e das pessoas e coletividade do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centralizadas no usuário e no exercício do controle social. (Brasil, 2012a, p. 22)

Sendo o governo de Luiz Inácio Lula da Silva de esquerda, que valorizou os conselhos comunitários, e a participação popular, os avanços com relação a implementação da PNEPSUS foram possíveis. Em novembro de 2013 a Política Nacional de Educação Popular foi publicada.

No entanto, com o golpe proferido contra a presidenta Dilma Rousseff, os investimentos e incentivos direcionados às políticas públicas voltadas para o desenvolvimento popular, vem a cada dia sendo cortados, iniciou no governo Temer

com o congelamento dos investimentos na saúde e na educação e estão sendo consolidados no governo Bolsonaro. (Galdano, 2019)

Desde a sua fundação o Sistema Único de Saúde vem sofrendo um sucateamento, com falta de financiamento, corrupção e a falta de interesse dos gestores de todas as esferas do governo em investir em sua manutenção.

3.3 Estratégia da Saúde da família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF), é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), que surge como um nó para que exista um melhor e mais rápido atendimento aos usuários do SUS. A proposta é que a Unidade Básica de Saúde (UBS), esteja próxima aos usuários e os atendimentos sejam realizados com mais agilidade e assim serem evitados problemas de saúde mais graves pela demora no atendimento.

Outra finalidade é que exista uma maior aproximação entre a ESF e a comunidade, que ela conheça as principais fragilidades da comunidade e assim desenvolva estratégias de atendimento. Tem também o propósito que a maioria das questões de saúde sejam ali resolvidas, no entanto, havendo a necessidade de um atendimento especializado, lá mesmo sejam feitos os encaminhamentos necessários.

As atividades da equipe seriam: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra - referência; prestar atendimento integral à demanda adscrito, respondendo a demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ ou participar com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde , no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde. (Araújo *et,al.*, 2005, p. 458).

Na prática, atender a toda finalidade a que se destina não é tão fácil, vários obstáculos terminam por prejudicar a eficácia do atendimento, entre eles podemos destacar a falta de investimento dos gestores na prática de promoção e prevenção, já que a visão de uma saúde voltada para cura da doença ainda é muito presente, a rotatividade de profissionais e a falta de investimento na formação entre outros.

A Estratégia Saúde da Família deve ser composta no mínimo por um médico generalista ou especialista em saúde da família, uma enfermeira generalista ou especialista em saúde da família, um técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, podendo também contar com um cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e uma técnica de saúde bucal (ARAUJO, 2009).

De forma específica da realidade da ESF do Bairro Alto da Penha, podemos destacar a falta de uma Unidade Básica de Saúde no próprio bairro, já que a equipe Saúde da Família realiza seus atendimentos no posto de saúde do bairro vizinho, o Mutirão.

Esse distanciamento entre a UBS e a comunidade dificulta a participação dos usuários nos grupos e reuniões entre a equipe e a comunidade. A rotatividade dos profissionais também atrapalha o estreitamento das relações entre estes e a comunidade.

3.4 Consumo de álcool

Falar sobre o consumo de bebidas alcoólicas e tudo que o norteia, é abrir um leque de possibilidades para analisar um tema que tem várias vertentes e que por muitas vezes se mostra contraditório. É fato que o seu consumo existe ao longo do tempo e se apresenta de diversas formas, inclusive como um produto que sua produção e consumo gera lucros milionários para vários segmentos da economia mundial.

Ao passo que em uma realidade o consumo de álcool é visto como algo comum e hábito saudável, em outra realidade ele se apresenta como uma doença, que torna as pessoas dependentes, destroem famílias, causam prejuízos ao sistema de saúde. A dependência de álcool não atinge apenas o indivíduo, produz uma cadeia de prejuízos a sociedade, desde a convivência familiar, perda da condição de sujeito produtivo, agravos a problemas crônicos de saúde, até graves acidentes de trânsito.

E cada dia essa realidade se torna mais presente e preocupante quando visto em uma escala menor e observado no dia a dia, pois podemos ver na realidade o que as estatísticas vêm mostrando.

A ingestão abusiva do álcool está diretamente associada a um aumento no risco de acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, lesões associadas a atividades esportivas e recreativas assim como lesões resultantes de violência interpessoal. Há evidências que

indicam também que a presença de álcool no corpo está relacionada ao aumento na gravidade das lesões e acidentes com pior prognóstico de recuperação. (ABREU, 2015 p. 24).

O processo que torna a pessoa dependente é muitas vezes rápido e silencioso, quando percebe o que está acontecendo a pessoa já não consegue mais parar e isso vem acarretar vários problemas como a perda de autoestima, do trabalho e o desejo de parar vem associado com uma vontade maior de beber. Se libertar dessa realidade é mais difícil do que a pessoa imagina.

Outro fator que se caracteriza no consumo de álcool é a demora em o usuário compreender esse fenômeno como doença ou que já se tornou um dependente químico. Acarretando problemas para toda a família, pois na tentativa de alertar a pessoa sobre essa realidade os conflitos são inevitáveis, o que remete ao círculo vicioso de cada vez mais recorrer ao uso do álcool.

A política do ministério da saúde para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, em seu texto base de 2003 vem ressaltar a importância de um atendimento integral aos usuários. Esse entendimento de que a responsabilidade e o cuidado com a saúde é um direito constitucional oferecido ao cidadão e como tal deve ter a participação e compromisso de todos.

A atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam compreender suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 10).

É importante destacar a pluralidade no que se referem aos problemas causados pelo alcoolismo e as possibilidades de acompanhamento e de tratamento em cada situação. Por isso, a possibilidade de um acompanhamento em parceria com as pessoas que possuem uma relação de afetividade e de confiança se mostra como uma estratégia possível de obter bom êxito.

4 ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NO GRUPO

Neste item vamos trazer as experiências do vivido nos grupos realizados com os usuários de álcool, destacaremos suas falas extraídas das entrevistas, as quais ressaltamos no capítulo 02, foram entrevistas estruturadas aplicadas durante os encontros, pois acreditamos que ouvir o outro possibilita uma melhor compreensão da realidade e assim sugerir possibilidades de tratamento.

4.1 Resultados das entrevistas

Inicialmente, tivemos uma participação média de doze pessoas. Porém para essa análise, priorizamos as respostas de quatro participantes. Ressaltamos que algumas questões foram fundamentais para a escolha, primeiro a participação efetiva nos encontros, e a disponibilidade em responder as entrevistas

Sendo assim, fizemos um pequeno recorte da totalidade podendo representar o grupo. Como afirma Gomes (2009, p.79), citado por Sousa (2019)

Seu foco é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Expressões dos interlocutores porque em geral, a dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo que tem as mesmas características costuma ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo que apresentam singularidades próprias da biografia de cada interlocutor.

Neste sentido, buscamos respeitar a individualidade dos colaboradores, mas buscamos compreender os discursos produzidos. Desse modo, percebemos algumas semelhanças nos depoimentos e acreditamos que esses trazem recorte da totalidade, uma vez que são pessoas historicamente situadas em um contexto social. E assim, seus discursos não podem ser desvinculados da realidade social em que vivem.

Para a representação das falas, deixamos claro, que mesmo portando as assinaturas que autoriza a divulgar a pesquisa, consideramos importante manter o anonimato dos participantes. Portanto, iremos nos referir a eles como colaboradores.

Como já apontamos no capítulo dois, para coletar os dados, fizemos uma entrevista estruturada, para tanto, elaboramos algumas questões que os conduziram a falar sobre si. Como também, conhecer um pouco a realidade dos mesmos, sem nos distanciarmos de nosso objetivo de pesquisa. Nesse sentido, fizemos as seguintes perguntas: *1. nome, data de nascimento, sexo, escolaridade, estado civil e endereço; 2 se possui problemas crônicos de saúde; 3. Gostaria de parar de beber; 4. acredita ter algum culpado por beber; 5. Exerce ou exerceu alguma atividade de trabalho; 6.tem renda e qual a origem; 7. Quais são os membros de sua família; 8. Quais os serviços que acredita está necessitando nesse momento.*

O colaborador 01 é do sexo masculino, tem 41 anos de idade, aposentado por portar uma deficiência visual, após o fim do relacionamento conjugal voltou a morar com a mãe. Na saúde sofre com problemas de Hemorroidas e Úlcera, diz não ter alguém que possa o auxiliar na procura pelo atendimento de saúde, mesmo sendo consciente da existência do serviço.

Relata não ter interesse de parar de beber, no entanto gostaria de diminuir a frequência que bebe. Ele acredita que os problemas com o álcool iniciaram por causa de desestrutura familiar e pelo fato da filha está sob a responsabilidade do conselho tutelar.

O colaborador 02 é do sexo masculino, tem 48 anos, separado, mora sozinho, está desempregado, seu último trabalho foi como jardineiro no antigo IBAMA de Crato, ele alega que seus problemas com o álcool se agravaram após ser abandonado pela esposa. Relata ainda que não tem nenhum problema de saúde, além do alcoolismo, a única coisa que falta em sua vida é um emprego.

O colaborador 03, única mulher do grupo, tem 36 anos, é solteira, além de problemas com a bebida também consome drogas, mora com três de seus filhos, os quais ela não soube precisar a quantidade exata que possui. De acordo com ela alguns já estiveram sob a responsabilidade do conselho tutelar.

Ela alega que o motivo que a faz ser dependente química é a responsabilidade com os filhos, sua renda se origina do bolsa família e alega ter vontade de trabalhar, ressalta que o “único” problema de saúde que possui é a dependência de álcool e drogas.

O colaborador 04 tem 45 anos, é solteiro, pai de um filho, está desempregado, mora só, possui casa própria. Diz possuir sérios problemas psiquiátricos e está à procura de um “médico de cabeça”, pois tem depressão e necessita requerer um auxílio doença, já que não dispõe de saúde para trabalhar. Bebe já a muito tempo, o que fez a mulher e o filho, pequeno na época, o abandonar.

Pudemos observar em suas falas, quando se reportam a relação com a família, os sentimentos e angústias são semelhantes o que nos faz perceber o quanto as relações familiares podem contribuir no processo de tratamento, no entanto percebemos também que essas famílias necessitam de suporte, pois elas passam por situações emocionais que as deixam fragilizadas, sendo assim, elas também necessitam de suporte para poder ajudar ao seu familiar dependente de álcool (SANTOS, 2016, p. 43).

Sem orientação, a família pode acabar por interferir de forma negativa na recuperação do dependente, pois é comum que experimentem sentimentos como raiva, frustração, desconfiança e, diante disso, desacreditem da recuperação, gerando desmotivação e conseqüente abandono do tratamento pelo alcoolista. sabemos que a família sofre com um sentimento por não conseguir achar uma solução, mesmo usando toda a sua dedicação e amor. E diante desse cenário de caos familiar, pode surgir outra questão que envolve o

alcoolista e sua família, definida pelo termo de Co- dependência. Trata-se de um termo utilizado pelo ministério da saúde para classificar a angústia e sofrimento emocional vivido por todos aqueles que possuem uma ligação de extrema importância para a pessoa que é dependente. (Santos, 2016, p. 43)

Desse modo, observa-se que a família tem o papel fundamental no tratamento ao dependente de álcool. Porém, muitas vezes elas não estão preparadas nem aguentam viver e experienciar os sofrimentos causados pela ação do dependente. Gerando, assim, os conflitos e muitas vezes o abandono.

No que se refere as condições de saúde percebemos que muitos deles tem problemas os quais a Estratégia Saúde da Família poderia estar acompanhando e tratando, tendo em vista já que é essa sua finalidade. No entanto percebemos que existem fatores que impedem esse acompanhamento, principalmente uma divulgação clara do que é a atenção básica, qual seu papel diante da comunidade.

Como também questões de ordem técnica como a dificuldade para agendar as consultas (por telefone) trabalhos burocráticos que impedem o envolvimento dos profissionais de nível superior (médico, enfermeira e dentista) nas ações educativas de saúde.

Observamos também que, mesmo reconhecendo as suas responsabilidades pela condição em que se encontram, eles procuram apontar um culpado para a sua situação e assim justificar suas fragilidades. Importante ressaltar que diante das falas apresentadas percebemos que todos eles desejam parar com a bebida ou pelo menos diminuir o seu consumo. Porém para isso precisam de muito suporte.

Quando os colaboradores relatam seus problemas de saúde podemos perceber que a maioria de suas necessidades poderiam ser atendidas na UBS, mesmo sendo a porta de entrada para os atendimentos de saúde da comunidade. Algumas fragilidades ainda impedem o acesso de alguns usuários.

Uma dessas fragilidades é a distância entre a população e a Unidade Básica de Saúde, que está localizado no bairro vizinho e esse distanciamento dificulta o acesso dos usuários, principalmente os que já tem alguma comorbidade.

A rotatividade de profissionais, que dificulta a relação de confiança. A pouca disponibilidade de profissionais do NASF (Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família) e a falta de formação para disponibilizar um atendimento diferenciado, são outros fatores que dificultam esse acompanhamento.

Os encontros com os grupos possibilitaram uma maior aproximação tanto com o grupo investigado, quanto o diálogo com a comunidade. Pudemos perceber que

houve uma abertura para o diálogo. A partir dessa aproximação, notamos que eles tiveram uma maior confiança entre eles e nosso trabalho cotidiano, enquanto agente comunitário de saúde. Em virtude, desses encontros, observamos que eles têm nos procurado mais para buscar ajuda para os problemas, inclusive para os seus problemas crônicos.

Alguns iniciaram o tratamento de doenças pré existentes, após a participação nos grupos. evidenciando que é possível desenvolver um trabalho em parceria com a comunidade de forma que venha contribuir para uma melhor qualidade de vida para os dependentes de álcool.

Diante desse estudo, observamos que o alcoolismo se encontra como um dos grandes problemas do bairro onde ocorreu essa pesquisa, porém, muitas vezes não se é dada a devida atenção a essa questão, que é um grave problema de saúde pública e nem sempre é visto como tal.

A Organização Mundial de Saúde considera o alcoolismo um problema de saúde pública, sendo avaliado como problema que impõe para a sociedade uma carga considerável de agravos indesejáveis. [...] A referida organização destaca que as drogas lícitas como álcool tem uma ação impactante à população, devido a alta mortalidade e incapacidade que ocasionam as mesmas. (SILVA, 2007, p. 700)

Cada vez mais se torna evidente a problemática do alcoolismo, e pouco se vê políticas públicas atuarem efetivamente no combate a essa doença. Por isso, se tornam tão importantes ações desenvolvidas pelas comunidades locais que buscam uma melhor qualidade de vida e acompanhamento para as pessoas em vulnerabilidade.

A pesquisa aponta que se faz necessário desenvolver um trabalho nesse sentido, e que os serviços de saúde precisam pensar estratégias que possam ajudar verdadeiramente aos dependentes de álcool.

Outra questão que consideramos importante registrar, foram os achados através da educação popular, quando as pessoas são convidadas a serem ouvidas e a participar e opinar das ações de saúde elas se sentem valorizadas. Ficou entre o grupo a continuidade nesse e em outros projetos, que carecem de intervenção na comunidade.

CONCLUSÃO

Diante das reflexões presentes nesse trabalho, podemos perceber que os objetivos foram alcançados, pois nossa preocupação em disponibilizar uma atenção diferenciada aos usuários de álcool da comunidade aconteceu, não queremos aqui afirmar que eles pararam de beber, mas lhes foram apontadas possibilidades.

A assistência, para os que se interessaram em parar de beber, foram indicadas. Serviços como: o Centro de Referência Psicossocial (CAPS), a pastoral da sobriedade, como também outros movimentos religiosos e o Alcoólicos Anônimos (AA). Os que por outros motivos precisavam de atendimento em saúde passou a saber como proceder. Como também ao fortalecer o vínculo com o seu ACS, encontrou nele a confiança de aonde procurar ajuda, sempre que desejasse.

Os encontros realizados com os usuários de álcool, tiveram uma boa adesão a partir da forma como foi articulado, seguindo o modelo da Educação Popular, através

do princípio do diálogo e do planejamento participativo, já que foi a partir do planejamento em grupo que foram desenvolvidas as estratégias para os encontros.

Mesmo tendo um tema norteador para a realização dos encontros, nos colocamos na condição de ouvintes, ao nos disponibilizarmos a ouvi-los e compreender as suas condições, procuramos passar para eles a confiança e o compromisso de ajudá-los a enfrentar a doença. Usando o princípio da amorosidade, construímos com eles laços de acolhimento e cuidado. Isso evidencia, que a Educação Popular em Saúde pode contribuir de forma significativa no processo de acolhimento com os alcoólicos.

Ao refletir junto com a comunidade sobre um problema comum, percebeu-se o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e os Agentes Comunitários de Saúde. Ficando assim, os usuários de álcool e seus familiares assegurados, que não estão sozinhos.

Foi através da construção do plano de intervenção, que se percebeu que a Estratégia Saúde da Família não está cumprindo ativamente de algumas das funções a que se destina, entre elas, um atendimento de qualidade para os usuários de álcool, e vários são os motivos.

A distância entre a comunidade e a unidade básica de saúde, a falta de formação e a rotatividade de profissionais de saúde, como também a falta de investimentos na saúde. A burocratização dos entendimentos, através de horários determinados para o atendimento também impedem que os profissionais possam dedicar-se as atividades educativas.

Concluimos então, que desenvolver esse trabalho, foi também, iniciar um projeto que pode ter vários caminhos, pois o trabalho com usuários de álcool é lento e permanente. Lutar por um SUS melhor e mais participativo é uma missão tanto dos usuários, como de seus trabalhadores, principalmente diante de um momento social tão vulnerável o qual estamos vivenciando.

REFERÊNCIAS

ABREU, Jussara Caixeta. **Alcoolismo e os danos causados no indivíduo, na família e na sociedade**. 2015. Monografia (Especialização em Saúde Mental, álcool e outras drogas) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

Andrade, A. G.; Anthony, J.C., Silveira CM. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

ARAUJO, Marize Barros de Sousa; ROCHA, Paulo de Mendes. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.

BOLGDAN, Robert C; BILKLEN, Sari Knopp. **Investigação Científica em Educação**. Tradução de João Maria Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto, Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília – DF: CNEPS, 2012. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 1 ago. 2020.

DAMASCENO, Maria Luiza Galdeno. **Os efeitos das políticas neoliberalistas no Brasil: a evolução dos índices de pobreza após o impeachment de 2016**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura e Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

Dantas, Vera Lucia de Azevedo, **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza-CE**. 2009. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

DASMACENO, Maria Nobre. A construção de categorias no estudo da práxis educativa. *In*: DAMASCENO, Maria Nobre e SALES, Celecina de Maria Veras. **O Caminho se faz ao caminhar: elementos teóricos e práticos na pesquisa qualitativa**. Fortaleza: UFC, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

MATOS, Kelma Socorro Lopes de. VIEIRA, Sópia Lerche. **Pesquisa Educacional: o prazer de conhecer**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2002.

NESPOLI, José Henrique Singolano. Paulo Freire e Educação Popular no Brasil contemporâneo: Programa MOVA-SP (1989-1992). **Revista de Educação Popular**, v. 12, n. 1, 27 jun. 2013.

PENEDA, Juliana Utsch Oliveira Nogueira, Alcoolismo em Programa de saúde da Família. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2014.

SALES, Celecina de Maria Veras. Pesquisa Qualitativa: Cartografando novos percursos na produção do conhecimento. *In*: DAMASCENO, Maria Nobre; SALES, Celecina de Maria Veras. **O Caminho se faz ao caminhar**: elementos teóricos e práticos na pesquisa qualitativa. Fortaleza: UFC, 2005.

SANTOS, José Elias dos *et al.* A inserção da família na recuperação do usuário de álcool. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, Vassouras, v. 6 n. 1, p. 41-44, jan./dez. 2016.

SILVA, Silvio Éder Dias da *et al.* A educação em saúde como estratégia para a enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.699-705, dez. 2007.

SILVA, Silvio Éder Dias da; Padilha, M.I.; Souza, M. J. de; Araújo, J. S. Alcoolismo: representações sociais de alcoolistas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 708-720, 2012.

ANEXO A - IMAGEM DO SEGUNDO CHÁ E AÇÃO

**ANEXO B - IMAGENS DO PRIMEIRO E SEGUNDO ENCONTRO COM OS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL**

