

ARTIGO ORIGINAL

POLÍTICA DE EDUCAÇÃO POPULAR: PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

POPULAR EDUCATION POLICY: PRACTICES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

POLÍTICA DE EDUCACIÓN POPULAR: PRÁCTICAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Maria Clara Henrique Moreira Geraldo¹, Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa², Mary Ann Menezes Freire³, Juliana Roza Dias⁴, Alex Simões de Mello⁵, Sonia Acioli⁶

RESUMO

Objetivo: compreender as práticas dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família a partir dos princípios teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com oito profissionais da saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas pela técnica da Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática-Categorial. **Resultados:** obtiveram-se as categorias << Fatores que fragilizam a prática da Educação Popular em Saúde >>, << Princípios norteadores da prática dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família >> e << Práticas de Educação Popular em Saúde desenvolvidas pelos profissionais da saúde >>. **Conclusão:** conclui-se que as práticas de Educação Popular em Saúde desenvolvidas pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família se articulam aos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Descritores:** Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Prática Profissional; Participação da Comunidade; Política Pública.

ABSTRACT

Objective: to understand the practices of health professionals of the Family Health Strategy from the theoretical-methodological principles of the National Policy of Popular Health Education, within the scope of the Unified Health System. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, with eight health professionals, through semi-structured interviews, analyzed by the Content Analysis technique in the Thematic-Categorical Analysis modality. **Results:** the following categories were obtained << Factors that weaken the practice of Popular Health Education >>, << Guiding principles of the practice of health professionals of the Family Health Strategy >> and << Practices of Popular Health Education developed by the health professionals >>. **Conclusion:** it is concluded that the practices of Popular Health Education developed by professionals in the Family Health Strategy are articulated with the principles of the National Policy of Popular Health Education. **Descriptors:** Health Education; Family Health Strategy; Primary Health Care; Professional Practice; Community Participation; Public Policy.

RESUMEN

Objetivo: comprender las prácticas de los profesionales de la salud de la Estrategia de Salud de la Familia a partir de los principios teórico-metodológicos de la Política Nacional de Educación Popular en Salud, dentro del ámbito del Sistema Único de Salud. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, con ocho profesionales de la salud, a través de entrevistas semiestructuradas, analizadas por la técnica de Análisis de contenido en la modalidad de Análisis temático-categorial. **Resultados:** se obtuvieron las categorías << Factores que debilitan la práctica de la Educación Popular en Salud >>, << Principios norteadores de la práctica de los profesionales de la salud de la Estrategia de Salud Familiar >> y << Prácticas de Educación Popular en Salud desarrolladas por los profesionales de la salud >>. **Conclusión:** se concluye que las prácticas de Educación Popular en Salud desarrolladas por profesionales en la Estrategia de Salud Familiar se articulan a los principios de la política Nacional de Educación Popular en Salud. **Descriptor:** Educación en Salud; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Práctica Profesional; Participación de la Comunidad; Política Pública.

^{1,2,3}Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0001-5695-2957> ²<http://orcid.org/0000-0001-7121-4493> ³<https://orcid.org/0000-0002-6255-9999> ^{4,5,6}Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ⁴<https://orcid.org/0000-0002-6615-3603> ⁵<https://orcid.org/0000-0003-2078-735X> ⁶<https://orcid.org/0000-0002-0772-8235>

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso << A Política de Educação Popular em Saúde nas Práticas da Equipe da Estratégia de Saúde da Família >>. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2018.

Como citar este artigo

Geraldo MCHM, Corrêa VAF, Freire MAM, Dias JR, Mello AS, Acioli S. Política de Educação Popular: práticas na Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e243335 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243335>

INTRODUÇÃO

Define-se o debate acerca da saúde enquanto direito social e dever do Estado¹ como um alicerce para a construção de políticas públicas, as quais reafirmam o compromisso pelo direito conquistado por meio dos princípios doutrinários de integralidade, universalidade e participação comunitária. Sabe-se que o referido debate está presente em estudos nacionais no que se refere à formação histórico-política na graduação em Saúde,² à participação popular nas ações de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família³ (ESF) e na defesa da democracia a partir do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

Aponta-se, no marco da implementação do SUS, que os contextos social, político e econômico do país, constituídos da inacessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde e da mobilização social ancorada no resgate da cultura popular,⁵ inspiraram avanços de redemocratização durante a década de 1980. Entende-se que a mobilização social reconhece a necessidade de mudanças nas políticas públicas e, ainda, das práticas em saúde até então desenvolvidas. Avalia-se, neste sentido, a participação da população na luta pela garantia dos direitos e melhores condições de vida como imprescindível.

Nota-se que o princípio da participação comunitária ou social compreende, quanto à saúde, o poder na tomada de decisões pelos sujeitos implicados, transformando-os, de atores passivos, em sujeitos ativos.⁶ Afirma-se que tais significações dialogam com a Educação Popular em Saúde (EPS) ao creditarem, a esses sujeitos, as possibilidades de mudanças e autonomia expressivas para a sua participação na formulação e o controle das políticas públicas de saúde.

Considera-se a participação como um processo inclusivo e autônomo, essencial para a transformação dos fatores que impactam a saúde da população, especialmente, dos grupos mais vulneráveis.⁷ Verifica-se, apesar de a saúde ser compreendida como um produto de determinantes e condicionantes - sendo estes o trabalho, a renda, o lazer, a segurança, entre outros -, no Brasil e no continente latino-americano, uma insuficiência nos processos de participação comunitária que sejam capazes de potencializar a luta por estes determinantes.⁷

Sabe-se que a dimensão e a prática política pertinente à EPS vêm sendo construídas desde a década de 50 por intelectuais latino-americanos que buscavam substituir as relações de autoridade das elites para com a população, ao se aproximarem, justamente, do mundo popular. Materializa-se o desenvolvimento da democracia participativa no SUS por meio dos círculos de cultura e as rodas de conversa, como caminhos

estimuladores do protagonismo de novos atores no setor saúde.⁸

Apresenta-se, entre os intelectuais que contribuíram para a EPS, o brasileiro pernambucano Paulo Freire que, em sua produção teórica e prática, delineia tal práxis como contrária à educação bancária, à passividade, à subordinação e às práticas autoritárias. Evidencia-se, assim, a necessidade da reorientação dessas práticas, por meio da ruptura com esse tipo de metodologia.⁹

Ressalta-se, pela PNEPS-SUS, neste contexto, ao se reafirmar os princípios do SUS e a implementação de políticas que visam à qualidade de vida associada à diminuição das desigualdades sociais, o compromisso com a efetiva participação popular no SUS.⁵ Concebe-se a Educação Popular como a práxis político-pedagógica mais identificada e respeitosa para com a diversidade da cultura popular brasileira,⁸ e reforça-se a proposta de mudança do paradigma na práxis em saúde, na reorientação de um cuidado que supere o modelo biomédico e que estabeleça novas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.⁹

Reconhecem-se, pela EPS, portanto, como intencionalidade, a autonomia das pessoas e o estímulo à consciência crítica, ao exercício da cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.⁵ Defende-se que estes pressupostos apontam para uma prática para além da educação em saúde e contemplam uma postura contra o sistema de opressão e exclusão social existente no país.⁵ Aponta-se que as suas bases teórico-metodológicas contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis da EPS,⁵ tendo, como princípios: o diálogo; a amorosidade; a problematização; a construção compartilhada do conhecimento; a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Identifica-se, contudo, a persistência de desafios no que tange à efetivação da PNEPS no SUS.⁹ Advertiu-se, em um estudo sobre as práticas de EPS desenvolvidas no âmbito da atenção básica brasileira, acerca da importância de se produzir novas pesquisas que possam identificar e refletir acerca das práticas que vêm sendo desenvolvidas sob a metodologia da educação popular.¹⁰

Apresentam-se, assim, por este artigo, ao se considerar o cuidado integral e participativo, priorizando a família no seu território, bem como o vínculo, acolhimento, ações de prevenção e promoção da saúde, tratamento e reabilitação,¹¹ tendo, na Estratégia Saúde da Família (ESF), seu locus de cuidado, e ao reafirmar as diretrizes do SUS, assim como os compromissos da PNEPS-SUS, como objeto de pesquisa, as práticas dos

profissionais da saúde da ESF a partir dos princípios teórico-metodológicos da PNEPS-SUS em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município do Rio de Janeiro (RJ).

OBJETIVO

- Compreender as práticas dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família a partir dos princípios teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo,¹² realizado em uma Unidade Básica de Saúde no município do Rio de Janeiro (RJ), que possui cinco equipes de saúde da família. Registra-se que os participantes foram profissionais da saúde que atuam nas referidas equipes dessa unidade, reforçando o trabalho em equipe que a estratégia propõe.

Consideraram-se, como critério de inclusão, os profissionais da saúde com, no mínimo, 6 meses de atuação na ESF da unidade em apreço. Excluíram-se os profissionais que estivessem em período de férias ou afastados por atestado médico ou qualquer outro motivo no período da coleta.

Coletaram-se as informações entre setembro e outubro de 2018, por meio de uma entrevista semiestruturada aplicada a oito profissionais, sendo dois enfermeiros, dois médicos e quatro técnicos de enfermagem, que aceitaram e disponibilizaram horários para participar do estudo. Destaca-se que, do total de dez profissionais da saúde que atuavam há mais de 6 meses na ESF, dois não disponibilizaram horários para participar da entrevista. Realizaram-se as entrevistas nas dependências da unidade de saúde, em um local reservado, visando ao conforto e à privacidade dos entrevistados. Informa-se que as entrevistas tiveram uma duração média de 11 minutos, foram gravadas em formato MP3 e, posteriormente, transcritas pelos pesquisadores.

Efetuaram-se, por meio do instrumento de coleta de dados, em um primeiro momento, perguntas sobre a capacitação e o conhecimento acerca da EPS: "Você já realizou alguma capacitação sobre a EPS? E sobre PNEPS-SUS?"; "Você conhece a PNEPS-SUS?"; "Você conhece os princípios da EPS? Quais?" e "Como estes princípios estão presentes em suas práticas?". Perguntou-se, em seguida: "Para você, o que é problematização? E na sua prática cotidiana da ESF?"; "Para você, o que é construção compartilhada do conhecimento? E na sua prática cotidiana da ESF?"; "Para você, o que é diálogo? E na sua prática cotidiana da ESF?"; "Para você, o que é amorosidade? e, na sua prática cotidiana da ESF?"; "Para você, o que é emancipação? E na sua prática cotidiana da ESF?"

e, "Para você, o que é compromisso com a construção do projeto democrático e popular? E na sua prática cotidiana da ESF?".

Assinou-se, antes da realização das entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Finalizou-se a coleta das informações pela saturação de dados e pelo quantitativo máximo de participantes, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Trabalharam-se as informações pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática-Categorial, pelas seguintes etapas: leitura flutuante; definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado; determinação das Unidades de Registro (UR), compreendidas como a menor unidade no texto que seja assertiva sobre o objeto em estudo, podendo ser uma palavra, frase ou parágrafo; definição das Unidades de Significação (US) e construção dos temas; constituição das categorias, a partir dos temas advindos das entrevistas; discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo.¹³

Respeitaram-se as recomendações das Resoluções 466/12 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde, com relação aos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Aprovou-se a pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sob o parecer 2.769.399, e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o parecer 2.850.234. Preservou-se o anonimato dos participantes do estudo, identificando-os com a letra "P" seguida da numeração em ordem da coleta.

RESULTADOS

Apona-se que sete entrevistados eram do sexo feminino e um, do sexo masculino, e que a faixa etária ficou entre 24 e 69 anos. Sabe-se que seis participantes possuíam Ensino Superior completo e, destes, quatro possuíam especializações - dois, em Saúde da Família, um, em Promoção da Saúde e um, em Saúde Coletiva. Informa-se que o tempo de trabalho na unidade variou de um a oito anos e, na ESF, o tempo variou de um a 11 anos de trabalho.

Constata-se que, quando questionados se já realizaram capacitação em EPS, cinco responderam que não e três responderam que já participaram, todos referindo o trabalho como provedor desta capacitação. Nota-se, em relação à capacitação sobre a PNEPS-SUS, que os oito participantes afirmaram não ter sido capacitados sobre a política em nenhum momento. Pontua-se, quanto ao conhecimento sobre a PNEPS-SUS, que três disseram conhecer, quatro afirmaram desconhecer e um respondeu conhecer "mais ou menos". Destaca-se que, dos três participantes que afirmaram conhecer a política, todos

referiram a formação universitária como o espaço de aprendizado.

Identificaram-se, no *corpus* empírico das entrevistas, 198 URs, agrupadas em 26 USs. Obtiveram-se, a partir das USs, três categorias temáticas, a saber: Fatores que fragilizam a prática da EPS; Princípios norteadores da prática dos profissionais da saúde da ESF e Práticas de EPS desenvolvidas pelos profissionais da saúde.

◆ Fatores que fragilizam a prática da EPS

Evidenciam-se os fatores que fragilizam a prática da EPS na ESF por meio da descrição das dificuldades encontradas no cotidiano do serviço de saúde. Agregam-se, a esta categoria, 16,6% das URs encontradas, em três temas: dificuldade em construir o cuidado com os usuários por meio da escuta e do diálogo; dificuldade na resolução dos problemas identificados e a conjuntura do processo de trabalho na ESF que dificultam as práticas norteadas pela EPS. Indica-se que estes temas demonstram o que dificulta a prática cotidiana da EPS, como representado nas seguintes falas.

[...] nem tudo que a gente diz as pessoas entendem. Então, a gente tem que saber [...]. Ter um jogo de cintura para dialogar com aquele usuário para poder eles entenderem. (P08)

A gente tá ofertando determinado serviço aqui, com muito entusiasmo e o que eles [usuários] gostariam, na verdade, é outro, e a gente não sabe, a gente tá fechado a escutar isso. (P04)

[...] e, realmente, quando a gente senta, às vezes, o ACS, ou até a gente, mesmo, a gente está naquele corre-corre, não escuta o paciente [...]. (P07)

Entende-se que a dificuldade no diálogo com a população parece partir dos profissionais da saúde, sendo apresentado o tempo de atuação na ESF como um desafio à prática da EPS.

[...] às vezes, profissionais, que já estão naquilo há tantos anos... que já estão acomodados [...] e, aí, então, para você sentar e construir alguma coisa com essa galera, é muito difícil. (P01)

Relataram-se, também, perante o desafio de vivenciar a unidade de saúde, a dificuldade em resolver os problemas identificados, seja no processo de marcação de consulta, seja na falta de insumos, as multifuncionalidades dos profissionais, a infraestrutura inadequada, a carga horária flexibilizada, além da burocracia existente, mesmo em situações cotidianas. Associaram-se estes problemas, pelos participantes da pesquisa, à conjuntura do processo de trabalho na ESF que fragiliza as práticas norteadas pela EPS, conforme se observa a seguir.

A gente tem um problema para resolver e não conseguimos. Por exemplo, o paciente passou mal, falta uma medicação, falta o médico específico [...]. (P02)

A burocracia, que é muito grande para resolver coisas simples. (P06)

Eles queixam muito a dificuldade para marcar consulta. (P04)

◆ Princípios norteadores da prática dos profissionais da saúde da ESF

Consideram-se, nesta categoria, a partir de 34,4% das URs, as expressões e valores que norteiam a prática profissional na ESF, e apresentam-se o que são, para eles, os princípios da EPS. Reconheceram-se expressões como ouvir o paciente, corresponsabilizá-lo acerca do seu autocuidado, compreender as suas demandas, o encontro com cuidado, carinho e respeito e compartilhar conhecimentos, conforme descrito na seguinte UR.

É quando a gente dá importância para aquilo que o usuário sabe, para o que o usuário traz e a gente tenta criar estratégias usando o saber do usuário, também, dando importância para isso. (P05)

Aponta-se que a corresponsabilização do usuário foi uma expressão marcante no relato dos participantes, ao se reafirmar a importância de o incluir nas decisões da sua terapêutica e nos cuidados que ele desenvolve, para além do encontro com o profissional de saúde, como observado a seguir.

Você corresponsabilizar o usuário. [...] o usuário entender que aquilo não é uma coisa que nós, enquanto profissional, vamos dar conta sozinho [...] como cuidar dele. (P01)

Dividir a responsabilidade [...] não quer responsabilizar só o profissional ou só o paciente. (P03)

Destaca-se, também, o encontro entre o profissional e o usuário como uma prática amorosa, quando se coloca a compreender a vivência e a realidade do usuário, não julgando e buscando empatia ao construir alternativas para o cuidado em saúde.

É você se colocar no local do próximo, daquela pessoa que busca o atendimento, [...] acho que ser amoroso é se colocar no local do outro. (P06)

Eu enxergo isso na capacidade de você se colocar no lugar do outro, tentar compreender a vivência dele. (P04)

Relacionaram-se os atos de compartilhar e/ou trocar conhecimentos como um princípio constante na prática da ESF, os quais dialogam com a importância do saber do usuário, considerando que não apenas o profissional ou o usuário detém o conhecimento ou verdade única.

Todo dia, a gente compartilha informações e conhecimento, né, que a gente vai trocando ideia um com o outro [...]. (P02)

Principalmente, na estratégia, a gente está sempre compartilhando conhecimentos. (P07)

Dar crédito àquilo que o paciente está te passando e não tratar como uma pessoa alienada [...]. (P06)

Relatou-se, todavia, em duas entrevistas, a expressão "transmitir conhecimento" como um princípio da prática de educação popular, o que remete ao modelo biomédico e de educação bancária⁹ citado anteriormente. Apresentam-se, nos exemplos a seguir, o passar e o colocar o conhecimento para o outro como uma forma de se educar em saúde.

A gente aprender e passar para as pessoas aquilo que a gente aprendeu [...] depois, você também passar aquilo tudo o que você sabe, passar para ele. (P07)

Então, eu boto muito meu conhecimento [...] para eu poder ajudar, auxiliar a pessoa que está necessitando do meu auxílio. (P08)

♦ Práticas de EPS desenvolvidas pelos profissionais da saúde

Enfatizam-se, nesta categoria, as práticas mencionadas pelos participantes como cotidianas e reconhecidas como EPS, compostas por 48,98% das URs. Identificaram-se as práticas em EPS realizadas pelos profissionais por meio das suas falas: ouvir o paciente; conversar; reconhecer problemas e buscar soluções; prática com equipe multiprofissional; orientar o usuário e abrir para a discussão com a população.

Compreende-se que a prática de orientar o usuário está presente em quatro das oito entrevistas desenvolvidas. Apresenta-se a descrição de uma prática respeitosa, a partir do território de vida do usuário. Ressalta-se, todavia, que as falas mencionam situações em que o usuário não aceita as orientações compartilhadas pelos profissionais da saúde. Delineou-se, ainda assim, como uma prática de respeito e acolhimento, voltada à construção do conhecimento junto ao usuário, mesmo quando este opta pela recusa às orientações dos profissionais da saúde.

Se você chega para uma pessoa que não vai levar em consideração o que você orientou naquele momento, você não vai deixar de orientar, de tentar construir algo. (P01)

Orientação do usuário a respeito das questões de saúde que ele está inserido. (P04)

Valoriza-se a prática em equipe multiprofissional nas falas dos participantes, destacando a multiprofissionalidade para a produção do cuidado em saúde e dos processos de trabalho, além do apoio para buscar propostas de soluções no coletivo da pluralidade de profissões.

É como a gente usa um outro tipo de acesso, tipo, quando eu faço interconsulta, quando eu faço um atendimento conjunto com profissional de uma outra área. (P05)

E, às vezes, o caso de um, que um agente de saúde, ou um médico, ou um técnico [...] aquele profissional passou... ele tem como passar para a gente, sentar, conversar. (P07)

Nota-se que os participantes referiram a importância de ter canais de diálogo e conversa

com os usuários. Avaliou-se, porém, como tão importante quanto falar, o ouvir o usuário, deixando que este fale abertamente sobre as suas demandas, conhecimentos e propostas de soluções. Constrói-se, assim, a oportunidade de se abrir uma discussão entre profissionais e usuários.

Verifica-se que a abertura para a discussão produz acordos, por meio das escolhas dos sujeitos, o que modifica as práticas em saúde e potencializa atitudes de redução de danos.

É conversar [...] isso eu faço bem, converso. (P03)

É você ouvir o paciente [...] não é só você falar, é você ser ouvinte, ouvir tudo que ele tem para dizer. (P07)

Ouvir o paciente. [...] o diálogo, para mim, na ESF, é ouvir. (P06)

Mencionaram-se, pelos participantes, a importância da construção de práticas que valorizem a participação do usuário e a construção coletiva, integrando os saberes e vivências dos múltiplos atores sociais que compõem a ESF - usuários, profissionais da equipe e referências sociais por meio de uma prática de abertura para a população.

Você não pode levar em conta só o que você acha, o que a outra pessoa acha, tem que ir no coletivo construir alguma coisa, né, que seja bom pra todo mundo. (P01)

[...] as pessoas vêm para cá, elas falam o que pensam, muitas pessoas participam daquela reunião que eu acabei de falar com você [...] do conselho, e, lá, eles põem as dificuldades deles, eles dão ideia, eles dão opiniões, dão exemplos da vida deles. (P02)

[...] trazer eles para cá, os usuários pra cá, para eles participarem de tudo, para eles terem acesso a tudo aquilo que eles podem ter acesso e participar com a gente, primeiramente, participar com a gente de tudo. (P07)

DISCUSSÃO

Salienta-se, a partir da análise das entrevistas, a falta de aproximação dos participantes à PNEPS-SUS, visto que apenas três dos participantes afirmaram conhecer a política. Corroboram-se, dessa maneira, os estudos que apontam limitações quanto ao conhecimento sobre a EPS e a necessidade de formação de recursos humanos com propriedade sobre os fundamentos teóricos e metodológicos presentes na política.^{10,14-5}

Identificou-se, em um estudo desenvolvido com estudantes do último ano do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade federal no Brasil, a deficiência na percepção dos estudantes a respeito da educação popular e a sua aplicabilidade. Ressalta-se pelos autores que a formação que não promove o ensino, não estimula a reflexão sobre a EPS e não aplica as políticas é a mesma formação em saúde dos moldes tradicionalistas e de educação bancária.¹⁴

Defende-se, por autores, a formação profissional em saúde por meio da reforma curricular baseada em aspectos teórico-metodológicos da EPS a partir de pequenos movimentos que resultem na ampliação da competência técnica, da consciência crítica e da autonomia do futuro profissional.¹⁶

Relataram-se, com relação aos fatores que fragilizam o desenvolvimento da EPS, o desconhecimento, a dificuldade do usuário em compreender e a não aceitação da população quanto às orientações dos profissionais da saúde como algumas dificuldades cotidianas encontradas pelos participantes. Apontou-se a não compreensão por parte dos usuários como um obstáculo à construção compartilhada do conhecimento, apesar de se identificar a importância deste princípio no cotidiano de práticas.

Caracteriza-se a construção compartilhada por processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, na perspectiva de compreender e, de modo coletivo, transformar as ações de saúde em suas dimensões teóricas, políticas e práticas.⁵

Destaca-se que autores do campo da EPS chamam a atenção para o que se apresenta como a crise de interpretação pelos profissionais da saúde,¹⁷ em que estes identificam que as dificuldades são centralizadas no usuário, culpabilizando-o por não compreender e, até mesmo, por rejeitar as orientações.

Enfatiza-se, todavia, que não ocorre uma reflexão sobre como os próprios profissionais constroem o conhecimento, quais metodologias e abordagens realistas se desenvolvem e sobre se atualizam ou ajustam os seus modos de cuidar em saúde para que o atendimento seja convidativo e compreensível para aquela comunidade. Observa-se, controversamente, que a falta de saber e a carência da população foram apontadas como estimulantes para as práticas de EPS em outros estudos.¹⁸

Infere-se, no entanto, pelo relato dos profissionais da saúde desta pesquisa, que, mesmo ao se identificar como dificuldade o não saber do usuário, ainda assim, acordos devem ser procurados. Utiliza-se, por exemplo, a conversa, por meio de acordos, como potência para uma atitude de redução de danos. Entende-se que a redução de danos, para os entrevistados, visa a construir cuidados em saúde que respeitem as escolhas do sujeito e, ao mesmo tempo, não negligenciem as orientações de responsabilidade do profissional. Identificou-se, nesta perspectiva, a prática de redução de danos como uma prática de EPS, por identificar os saberes dos usuários e o seu estilo de vida e território.

Destaca-se que, por meio desses acordos, ocorre a troca entre o que se denomina na EPS de

saberes científicos e populares, sendo fundamental identificar os caminhos que favoreçam a articulação entre estes saberes, além de se atualizar a visão tradicional de que o usuário deve acatar os saberes científicos transmitidos pelos profissionais, na perspectiva da construção de práticas de cuidado mais eficazes e integrais.¹⁹

Percebe-se que os entraves no cotidiano de práticas, tais como a dificuldade na marcação de consultas e a falta de insumos, como percalço para as práticas da EPS, dialogando com o momento no qual são alocados retrocessos e riscos para o SUS no cenário político-econômico do país. Defende-se que, em uma pretensa de flexibilidade, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), legitimada pelos cortes nos investimentos na saúde por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016,²⁰ possibilita que as cargas horárias de profissionais da ESF sejam flexibilizadas, permite que os profissionais atuem em multifunções e que investimentos sejam reduzidos para a aquisição de materiais e conservação dos espaços das unidades de saúde. Evidenciaram-se todos esses fatores, pelos profissionais que vivenciam a ESF, como fragilidades para o pleno desenvolvimento de atividades da EPS.

Revela-se que os locais de práticas de EPS não foram claramente explicitados. Analisaram-se, no entanto, o encontro entre o profissional e o usuário no âmbito da consulta médica ou de Enfermagem e os grupos para orientação, principalmente, nas linhas de cuidado de hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e tabagismo. Ressalta-se que não se citou a visita domiciliar (VD) como um local de práticas de educação popular.

Pode-se compreender a VD como um momento em que o profissional pode estar próximo da realidade da comunidade, sendo importante para a construção da educação popular, por ser o ambiente natural dos usuários, conforme mencionado em um estudo desenvolvido no distrito de Pavas, Costa Rica, que buscou determinar o conhecimento e a modificação dos estilos de vida das pessoas após a VD.²¹

Elencam-se, como outra categoria que se sobressaiu na análise das entrevistas, os princípios norteadores da prática da EPS. Afirma-se que o princípio do diálogo, presente na PNEPS-SUS, é remetido quando as falas evidenciaram o compartilhar de conhecimentos e o valorizar do saber do usuário, reconhecendo que não há apenas um saber em detrimento de outro.^{5,19} Referem-se os entrevistados a uma relação horizontal e de respeito, apreciando as experiências prévias para a construção de novas práticas em saúde.

Citou-se, no entanto, a transmissão de conhecimentos como uma prática que busca beneficiar o próximo. Delega-se, dessa forma, aos

profissionais que “detêm” o conhecimento, o poder das decisões baseadas na confiança ou, mesmo, na impossibilidade de espaço para contestações.²²

Ressalta-se que essa forma de educação não discorre de acordo com os princípios que a EPS preconiza, não produz novas formas de agir nos serviços de saúde e não contribui para a ampliação do conhecimento crítico sobre a realidade de ambos os sujeitos envolvidos no encontro.

Torna-se importante, ao lidar com essa relação entre os saberes populares e científicos na busca pelo diálogo, problematizar que há uma tendência da população em delegar a tomada de decisões aos profissionais, demonstrando uma certa falta de autonomia. Sabe-se, no entanto, que, na reflexão sobre a construção dos saberes, o saber popular vem da experiência concreta, elaborada, diferentemente da construção do saber profissional. Compreende-se, assim, por meio da EPS, que não há saberes maiores ou menores e sim saberes diferentes,¹⁷ o que pode potencializar as tomadas de decisão compartilhadas.

Verificaram-se, nessa perspectiva, falas direcionadas à construção compartilhada do conhecimento por meio da prática de construção coletiva e pela abertura à discussão com a população/usuários, caracterizando-se pelas falas relacionadas à busca em compreender e transformar de modo coletivo as necessidades e situações reconhecidas nos encontros entre os sujeitos.

Salienta-se, quanto às práticas desenvolvidas, durante as falas dos participantes, a centralidade em se ouvir o usuário. Trata-se de uma perspectiva crítica de construção do conhecimento, a partir da inserção de novos saberes e da escuta.⁵ Nota-se que outra prática identificada na análise foi a conversa, citada como uma forma de respeito, amor e empatia ao usuário, quando este se sente à vontade para expressar seus sentimentos, desejos e anseios.

Observa-se, assim, a construção das relações dialógicas nas falas dos entrevistados por meio da preocupação em problematizar o território de vida da população. Referem-se as práticas de reconhecer problemas e buscar soluções, como a identificação da realidade que desafia, a sua problematização e a elaboração de estratégias para superar os desafios, por meio do diálogo, o que vai ao encontro da PNEP-SUS, ao apresentar a problematização como a existência de relações dialógicas na análise crítica da realidade.⁵

Percebem-se a inquietação com a demanda dos usuários e, também, a reflexão sobre a sua vida - o que se apresenta como produção de cuidado. Avaliaram-se, em um estudo realizado no México, a compreensão das demandas dos usuários e do território vivo, acompanhados de propostas de mudança e identificação de potencialidades, como

práticas importantes para a qualidade do cuidado e a articulação com a comunidade.⁷

Descreve-se este momento de encontro entre o profissional de saúde e o usuário como uma prática amorosa, permeada de trocas e sensibilidade profissional para ir além do diálogo, conforme se observa na PNEP-SUS⁵, ao apresentar a amorosidade como um princípio da EPS que busca ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentos logicamente organizados.

Visualiza-se, como outro aspecto importante na análise das entrevistas, o trabalho multiprofissional como agregador das práticas da EPS na ESF. Trata-se de práticas delineadas pela discussão de ideias e soluções por diferentes visões, que contribuem para a expansão e qualidade da atenção construída com os usuários. Aponta-se que estes resultados, também encontrados em uma revisão integrativa de literatura sobre as práticas da EPS, demonstram a multiprofissionalidade como um grande avanço para a ESF. Deve-se isso à potencialidade de conjugar saberes e conhecimentos e de atender o usuário nas suas múltiplas dimensões.²³

Avalia-se que a análise desenvolvida nesta investigação se atentou para a participação social no SUS. Apresenta-se a participação social como um dos princípios do SUS e como eixo estratégico da PNEPS-SUS,⁵ por meio do controle social e da gestão participativa; todavia, não foi possível observar a participação social dos usuários e profissionais no controle das ações em saúde. Entende-se que, na análise, o princípio em apreço não perpassou o poder na tomada de decisões e construção de autonomia, e não se mencionou a perspectiva de estes usuários participarem na (re) formulação e controle das políticas públicas de saúde.

Destaca-se que, apesar de os participantes mencionarem a importância de problematizar a realidade de vida da população para o cuidado em saúde e construir processos coletivos de reflexão e tomadas de decisões compartilhadas, tais práticas não foram descritas pelos participantes como práticas cotidianas na ESF de transformação da realidade e emancipação dos atores envolvidos.

Constata-se, dessa forma, que o manejo à superação das diversas formas de opressão, discriminação e violência sofridas pela população, principalmente, os que estão à margem da sociedade e das políticas públicas, não foi identificado na fala dos entrevistados. Pressupõe-se que a crítica à realidade possibilita movimentos que produzem formas de emancipação dos atores envolvidos, conforme propõe a PNEPS-SUS.⁵

Salienta-se, nesse contexto, que a EPS se materializa como um processo de construção coletiva do conhecimento produzido a partir da percepção crítica da realidade com vistas à sua

transformação. Compreende-se que o encontro com a população na perspectiva da EPS pode, frequentemente, remeter a uma ação educativa e pedagógica,²⁴ sendo necessária a construção de práticas coletivas que potencializem a educação popular para além das práticas de atenção à saúde e que perpassem a transformação da realidade.

Evidencia-se que, apesar das dificuldades mencionadas pelos profissionais da saúde quanto ao desenvolvimento da EPS, foi possível identificar princípios da educação popular, assim como práticas de educação popular nas falas dos participantes. Trata-se de práticas que traduzem os princípios da PNEP-SUS no cotidiano dos serviços.

Considera-se, porém, que elas necessitam de uma maior aproximação com os princípios de participação social e com o compromisso na construção do projeto democrático e popular, em uma perspectiva de ultrapassar as relações prescritivas, tornando o usuário ator dos seus processos de saúde e doença²¹ e reafirmando o compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa.⁵

CONCLUSÃO

Demonstrou-se que as práticas de EPS desenvolvidas por profissionais da saúde na ESF se articulam aos princípios da PNEP-SUS, tais como o diálogo, a construção compartilhada do conhecimento, a amorosidade e a problematização. Faz-se necessária, entretanto, a reflexão na ampliação de práticas que potencializem a participação social e apontem para a construção do projeto democrático e popular.

Destaca-se que os participantes não referiram a PNEPS-SUS como alicerce para as suas práticas, reforçando a necessidade de atualização na formação em saúde e, posteriormente, na educação permanente dos profissionais quanto ao ensino e à reflexão sobre a EPS, a sua política e os seus princípios. Enfatiza-se a necessidade dos processos formativos associados à reflexão-ação-reflexão dos atores envolvidos para com as iniquidades sociais e políticas presentes no país, bem como a instigação dos atores sociais diretamente afetados.

Observou-se, neste estudo, uma consonância entre as dificuldades reconhecidas pelos profissionais presentes no cotidiano da ESF e os sucessivos cortes neste modelo de atenção, conforme os artigos que discutiram a referida estratégia. Entende-se que esses entraves, identificados na carga horária dos profissionais da saúde e na falta de infraestrutura, coincidem com a política de atenção básica em vigor.

Revelam-se, ainda que estes profissionais resistam às práticas mecanicistas de produção individual, as dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde que fragilizam as práticas em saúde ancoradas nos princípios da educação popular.

Propõem-se estudos posteriores que contemplem outras categorias profissionais que compõem a ESF não contempladas neste estudo, com destaque para os agentes comunitários de saúde, considerando que estes são importantes atores de transformação e de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade da qual também fazem parte e que vivenciam a realidade.

Aponta-se que esta pesquisa apresentou limitações no que se refere ao estudo em uma Unidade Básica de Saúde, o que dificulta a generalização dos achados para outros contextos sociais; todavia, apresentou potencialidade na discussão dos resultados a partir da PNEPS-SUS e da prática cotidiana de profissionais da saúde de categorias distintas.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se aos participantes do estudo - profissionais da saúde - que, mesmo em meio ao caos de desvalorização da Atenção Básica em Saúde, disponibilizaram um momento de contribuição para o ensino, pesquisa e assistência da saúde pública do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Sonia F. Popular Education and power issues. *Interface comun saúde educ.* 2014;18 Supl 2:1489-92. DOI: [10.1590/1807-57622013.0607](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0607)
2. David HMSL, Pina JA, Stotz EN, Lima Júnior IA, Vasconcellos LAV, Mattos LV, et al. Historical and political education course for undergraduate health students: analysis of a shared construction. *Trab Educ Saúde.* 2018 Sept/Dec;16(3):01-19 DOI: [10.1590/1981-7746-sol00141](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00141)
3. Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Popular participation in health education initiatives: challenges for primary healthcare professionals. *Interface comun saúde educ.* 2014;18(Suppl 2):1389-400. DOI: [10.1590/1807-57622013.0357](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0357)
4. Stotz EN. Popular education and health, and democracy in Brazil. *Interface comun saúde educ.* 2014;18(Suppl 2):1475-86. DOI: [10.1590/1807-57622013.0464](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0464)
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Nov 01]. Available from: <http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEP-S-2012.PDF>

6. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Social control and popular participation as a guideline of SUS: a narrative review. *Saúde debate*. 2013 Jan/Mar;37(96):139-47. DOI: [10.1590/S0103-11042013000100016](https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016)
7. López-Bolaños L, Campos-Rivera M, Villanueva-Borbolla MA. Commitment and community participation towards health: knowledge creation from the systematization of social experiences. *Salud Pública Méx*. 2018 Apr; 60(2):192-201. DOI: [10.21149/8460](https://doi.org/10.21149/8460)
8. Bonetti OP, Odeh MM, Carneiro FF. Questioning the Institutionalization of Popular Education in Health in the Unified Health System (SUS - Acronym in Portuguese). *Interface comun saúde educ*. 2014;18(Supl 2):1413-26. DOI: [10.1590/1807-57622013.0504](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0504)
9. Sthal HC, Leal CRAA. Popular education as health policy: interface with training professional in health. *Cad Pes*. 2017 May/Aug;24(2):125-97. DOI: [10.18764/2178-2229.v24n2p125-138](https://doi.org/10.18764/2178-2229.v24n2p125-138)
10. Pinheiro, BC, Bittar CML. Practices of popular education in health in primarycare: an integrative review. *Cinergis*. 2016 Jan/Mar; 18(1):77-82. DOI: 10.17058/cinergis.v18i1.8049
11. Santos FPA, Acioli S, Machado JC, Souza MS, Rodrigues VP, Couto TA. Care practices of the family health strategy team. *J Nurs UFPE on line*. 2018 Jan;12(1):36-43. DOI: [10.5205/1981-8963-v12i1a230589p36-43-2018](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a230589p36-43-2018)
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Oliveira, DC. Theme/category-based content analysis: a proposal for systematization. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2018 Nov 01];16(4):569-76. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>
14. Feitosa LS, Araujo SLM, Silva MC, Silva CPMFS, Andrade MS. Perception of a health education program in nursing practice. *REDCAPS*. 2015 July/Dec;1(2):76-81. DOI: [10.5935/2446-5682.20150013](https://doi.org/10.5935/2446-5682.20150013)
15. Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. How do primary care professionals perceive and develop popular health education? *Interface comun saúde educ*. 2014;18(2):1255-68. DOI: [10.1590/1807-57622013.0344](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0344)
16. David HMSL, Acioli S. Changes in work and nursing education a perspective of popular and health education. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 Jan/Feb [cited 2019 Feb 15];63(1):127-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a21.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de Educação Popular em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Aug 10]. Available From: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf
18. Valla VV. We are the ones that don't understand: seeking to comprehend what the poor are saying. *Educ Realidade* [Internet]. 1996 July/Dec [cited 2018 Nov 26];21(2):177-90. Available in: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71626>
19. Silva JRA, Lemos EC, Hardman CM, Santos SJ, Antunes MBC. Health education in the family health strategy: professionals' perception. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015 Jan/Mar;28(1):75-81. DOI: [10.5020/18061230.2015.p75](https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p75)
20. Acioli S, Kebian LVA, Dias JR, Corrêa VAF, Daher DV, Martins ALX. Scientific and popular knowledge in Family Health Strategies from a hermeneutic-dialectic perspective. *Online braz j nurs* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Nov 20];15(4):644-54. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5465>
21. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System. *Saúde debate*. 2018 Jan/Mar;42(116):11-24. DOI: [10.1590/0103-1104201811601](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601)
22. Guevara Francesa G, Solís Cordero K. Home visit: a place for the acquisition and modification of health practices. *Enferm Actual Costa Rica*. 2018 June; 34(2018):82-95. DOI: [10.15517/revenf.v0i34.31772](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.31772)
23. Bravo P, Dois A, Contreras A, Soto G, Mora I. User Participation in Clinical Decision-making in Primary Health Care in Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Sept; 42:e133. DOI: [10.26633/RPSP.2018.133](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.133)
24. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 May;21(5):1499-509. DOI: [10.1590/1413-81232015215.19602015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015)
25. Daron V. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas em saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de Educação Popular em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 June 15]. p. 123-46. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf

Correspondência

Maria Clara Henrique Moreira Geraldo

E-mail: mariacarahmg@gmail.com

Submissão: 14/11/2019

Aceito: 15/12/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.