



Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional  
Sub-eixo: Formação profissional

## A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: UM INSTRUMENTO NA MODIFICAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO

ROZALINA DA SILVA SANTOS<sup>1</sup>  
AMANDA OLGA SIMÕES DE FRANÇA<sup>2</sup>

**Resumo:** O objetivo do estudo foi contribuir com a formação dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF), do município de São Lourenço da Mata, Pernambuco, apresentando o planejamento e avaliação em saúde para o desenvolvimento e fortalecimento da Educação Popular em Saúde em suas práticas. Com as reflexões trazidas no momento das oficinas percebeu-se a necessidade de ampliação de espaços de troca e compartilhamento de saberes, em que os profissionais possam ter voz dentro dessas relações hierárquicas e em que a população também possa ser ouvida.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde. Avaliação em saúde. Educação popular em saúde.

**Abstract:** The objective of the study was to contribute to the training of professionals of a Family Health Unit (USF), in the city of São Lourenço da Mata, Pernambuco, presenting health planning and evaluation for the development and strengthening of Popular Health Education in practices. With the reflections brought in at the moment of the workshops, it was noticed the need to expand spaces for exchange and sharing of knowledge, in which professionals can have a voice within these hierarchical relationships and where the population can also be heard.

**Keywords:** Health planning. Health evaluation. Popular education in health.

### 1. INTRODUÇÃO

A Educação Popular em Saúde é uma estratégia que se propõe a romper com a lógica da educação tradicional, tendo como ênfase a troca e o compartilhamento de saberes e não a mera transmissão de conteúdos, muitas vezes desconexos da realidade da população. É um instrumento importante na construção e condução do processo educativo em saúde, proporcionando melhorias não apenas na qualidade da atenção prestada e para o processo de trabalho em saúde, mas também, para construção de espaços de interação e de participação ativa dos sujeitos, possibilitando maior autonomia e protagonismo dos atores envolvidos nesse processo (Daron, 2014, p.127). Neste sentido, Vasconcelos ressalta que a Educação Popular:

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. E-mail: <rozaliny1692@gmail.com>.

<sup>2</sup> Estudante de Pós-Graduação, Instituto Nacional de Câncer.

Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo. (2007, p. 21)

A aprendizagem inicial na Educação Popular tem como premissa central e ponto de partida a experiência anterior dos educandos, para que assim novos conhecimentos sejam construídos (Vasconcelos, 2007), no campo da saúde não seria diferente. Os saberes trazidos por cada indivíduo e os problemas por eles vivenciados tornam-se elementos fundamentais na condução e desenvolvimento desse processo, possibilitando uma aprendizagem real e significativa, proporcionando resultados mais efetivos, já que as estratégias de superação dessa realidade são pensadas a partir do que os sujeitos vivenciam em seu cotidiano, rompendo com o modelo de ensino tradicional, caracterizado pela fragmentação do conhecimento e o repasse de informações de forma tecnicista sem interação e participação ativa dos sujeitos.

É neste cenário que as ações em saúde vêm sendo desenvolvidas, dentro do que Paulo Freire (1983) caracterizou como educação bancária, ou seja, baseada no mero repasse de informações, servindo como instrumento de opressão e alienação. São informações e conhecimentos que muitas vezes não se adequam aos interesses e realidade da população e em que as relações são estabelecidas por meio da separação entre aqueles que sabem e os que não sabem, aumentando conforme Vasconcelos (2007), o chamado fosso cultural existente entre os serviços de saúde e população usuária por eles assistida.

Muitas ações foram sendo desenvolvidas nesse campo, com a propagação e aplicação do método de ensino de Paulo Freire, mas só em 2013 é criada e regulamentada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS). O intuito desta política é de fortalecer e ampliar as práticas em saúde baseadas em relações dialógicas e no compromisso com os princípios doutrinários do SUS, conforme destaca em seus artigos:

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios:

I - diálogo;

II - amorosidade;

III - problematização;  
IV - construção compartilhada do conhecimento;  
V - emancipação; e  
VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular.  
(Brasil, 2013)

Apesar disso, ainda é possível perceber um grande distanciamento entre os profissionais de saúde e a Educação Popular, motivado por diferentes problemas enfrentados no cotidiano das equipes dentro dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, pode-se perceber que na maioria das atividades de educação em saúde realizadas há um distanciamento entre o planejamento e execução das ações, gerando assim, um grande desgaste e, muitas vezes, levando a reprodução de um discurso falacioso de que nada funciona ou de que nada dá certo. Tal posicionamento acaba justificando inclusive, a baixa adesão dos usuários nas atividades realizadas e/ou ineficácia das ações desenvolvidas nesse cenário, destacando aqui as ações de promoção à saúde e na prevenção de agravos que estão dentro dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Destaca-se a importância do planejamento em saúde e da avaliação nas ações desenvolvidas, entendidos enquanto elementos importantes e indispensáveis para gestão e organização dos serviços de saúde. São ferramentas que possibilitam não só a melhoria do processo de trabalho em saúde, mas provocam impactos positivos de maneira geral, reduzindo possíveis desgastes e dando maior resolutividade aos problemas observados e daqueles que venham a surgir. Nesse sentido, conforme Campos (2010), planejar e avaliar são ações que precisam estar sempre presentes durante todo o processo de construção de estratégias, execução de atividades, no monitoramento das ações desenvolvidas, na identificação de pontos positivos e na correção das falhas que venham a surgir.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo contribuir com a formação dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF), do município de São Lourenço da Mata, Pernambuco, apresentando o planejamento e avaliação em saúde para o desenvolvimento e fortalecimento da Educação Popular em Saúde em suas práticas, enquanto estratégias para melhoria de suas ações na Atenção Básica e modificação de processos de trabalho.

## 2. METODOLOGIA

Foi um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa tem por objetivo compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, a partir do entendimento da realidade que não pode ser quantificada. A pesquisa-ação tem como característica, ocorrer em um local mediante a identificação de um problema, procurando entendê-lo e solucioná-lo, com o intuito de transformar as realidades observadas, a partir de sua compreensão, conhecimento e compromisso para ação dos elementos envolvidos na pesquisa (Fonseca, 2002 *apud* Silveira, 2009).

O presente estudo foi realizado em uma USF, localizada na Região Metropolitana do Recife (RMR), no município de São Lourenço da Mata – PE, durante o período de fevereiro de 2018, tendo como público-alvo as duas equipes de Saúde da Família que atuam na USF. Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores que têm vínculo empregatício com o serviço, além da disponibilidade e interesse em participar, foram excluídos aqueles que não se enquadraram nos critérios acima citados.

Inicialmente, a coleta de dados foi realizada partir do levantamento bibliográfico, para o embasamento teórico. A metodologia adotada nos encontros foi a partir da realização de 3 oficinas, consideradas por Carneiro e Agostini (1994 *apud* Santana, 2014, p. 453) como um espaço histórico de construção coletiva de um saber transformador. Essa metodologia foi escolhida por possibilitar maior interação entre pesquisadora e os participantes da pesquisa e por se aproximar da proposta freiriana nessa perspectiva de (re)construção, transformação e ressignificação.

Os encontros tiveram como temáticas centrais: “O planejamento e avaliação em saúde”, “Conhecendo a Educação Popular em Saúde”, “Colocando em prática o que foi aprendido”. As oficinas foram planejadas pela pesquisadora e tiveram como técnicas: o uso de material audiovisual, dinâmicas, apresentação com álbum seriado, construção de cartazes, exposição de filmes, painéis, momentos de construção de planejamento, atividades conjuntas, discussão dialógica dos conteúdos apresentados, avaliação contínua das atividades desenvolvidas, entre outros. Cada oficina teve a duração de uma hora, ao fim de cada encontro os participantes receberam um produto final, ou seja, um material de apoio sistematizando a aprendizagem proposta com aquele encontro, para que eles pudessem desenvolver estas atividades na Unidade, posteriormente.

Todos os encontros foram gravados, além disso, as observações também foram registradas em diário de campo. As gravações foram transcritas e os registros do diário de campo foram submetidos à análise de conteúdo segundo a perspectiva de Bardin, no intuito de compreender o sentido das informações coletadas, interpretando os significantes e significados presentes no texto, articulando com fatores que determinam suas características (Gerhardt et al., 2009, p. 84). Os resultados obtidos foram interpretados e fundamentados com base em referenciais no campo da Educação Popular em Saúde.

O Projeto<sup>1</sup> foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Professor Fernando Figueira, por meio do protocolo nº 81737817.2.0000.5201. Todos participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados previamente sobre o estudo e sobre sua condição de pesquisados e voluntariedade na participação, não havendo conflitos de interesses.

### 3. RESULTADOS

Durante as oficinas realizadas, os profissionais de saúde trouxeram elementos importantes sobre seu processo de trabalho e sua prática no setor saúde, a partir das temáticas abordadas nos encontros realizados. Sobre planejamento em saúde, os profissionais abordaram o tema baseados nas dificuldades enfrentadas no seu posto de trabalho, ressaltando que:

*“Nem consegue planejar tudo e nem consegue executar tudo.” (Profissional 1)*

*“Eu queria muito planejar mais coisas!” (Profissional 2)*

*“Falta motivação!” (Profissional 3)*

*“No meu caso é por causa falta de reconhecimento mesmo.” (Profissional 4)*

*“Falta reconhecimento, motivação, falta de material para fazer as coisas. A gente quer fazer algo e a gente tem que trabalhar com o que tem, mas nem sempre tem!” (Profissional 5)*

As falas trazidas refletem a ambiguidade tensionada pelo campo do dever ser e do que é possível. A falta de condições materiais e de recursos humanos são elementos recorrentes nas falas dos profissionais, sobretudo, referem-se à falta de apoio e as excessivas cobranças dos que estão na gestão, revelando o despreparo destes gestores na execução de seus papéis e funções, contribuindo para fragilização

e limitação da política pública. A própria fragilização e multiplicidade de vínculos empregatícios presente no serviço é outro agente dificultador no processo de organização dos trabalhadores enquanto categoria e de reivindicação por melhores condições de trabalho:

*“Pode cobrar alguma coisa de Nova Tiúma? Não pode! Você não nos deu condições de trabalho.” (Profissional 3)*

*“Quando você faz um concurso, você vai selecionar quem sabe realmente. Enquanto puder botar indicação, eles nunca vão fazer. Vão sempre manter o povo debaixo dos pés, mendigando emprego à outra gestão. Quando você é efetivo, você não abaixa a cabeça pra ninguém! Você vota em quem você quiser! Você é livre! Quem não era efetivo, tinha que entregar papel (panfleto de candidato) de tarde no sol. Tinha que fazer campanha nas comunidades, ao invés de tá fazendo visita. Essa não era a obrigação da gente. E quem não fosse? Ia para rua!” (Profissional 5)*

Quando estimulados a falar sobre avaliação, os relatos resgataram alguns conceitos, em outro momento trouxeram reflexões sobre os problemas presentes em avaliar suas ações, bem como, da não aceitação em conseguir reconhecer erros e falhas, levando muitas vezes para o âmbito pessoal:

*“É como o nome diz: avaliar a ação.” (Profissional 2)*

*“É algo que vai ser feito a partir do planejamento.” (Profissional 3)*

*“É pensar no que vai ser feito pra melhorar[...] pensar... eu errei muito aqui, talvez se tivesse feito diferente eu tivesse acertado. Aquele treinamento... sobre alimentação... para você dizer que não gosta daquele alimento, você tem que oferecer umas 10 vezes, mas aqui não! Se a gente fez e não deu certo uma vez, a gente já acaba. A gente já desiste. E por quê a gente não tenta pelo menos umas 10 vezes de forma diferente, para ver se dá certo? Eu errei aqui, eu vou tentar de novo. Não! A gente já desiste.” (Profissional 4)*

Em relação ao conhecimento sobre as políticas e os programas executados na USF pelas equipes, sendo estes, muitas vezes, alvos de inúmeras críticas pela falta de clareza sobre as bases teórica e metodológica em relação a sua prática. Os profissionais trouxeram informações importantes, reiterando a necessidade de espaços de educação permanente e de troca de conhecimento, sobretudo, em relação aos programas e políticas por eles trabalhados:

*“Não. A fundo não. A gente tem uma noção do que ele faz.” (profissional 2)*

*“O que ficou do dia de hoje? É a importância de tudo a gente ter que planejar. É se unir! A equipe trabalhar como equipe... que trabalhando junto, a equipe progride. Se dedicar mais. Às vezes a gente não faz... o paciente tá lá fora esperando... o paciente precisa entender que a gente tem que se reunir, colocar em prática o que a gente tá vendo. Às vezes a gente vê e deixa pra lá. Tem que trazer os problemas... de uma casa... de uma rua... pra gente discutir... por que tem que ter ação... PSE... a gente tem que planejar... é prevenção... o que a gente tem que trabalhar é a prevenção.” (Profissional 3)*

Sobre Educação Popular em Saúde, os profissionais trouxeram algumas das suas vivências em equipe no território e ao mesmo tempo percebe-se nestas falas uma certa resistência da população quanto a certas práticas vivenciadas, pela forma como foram executadas:

*“É levar em conta muitas coisas do que o povo acredita. Sem criticar e se tiver errado... mostrar com cuidado... a gente tinha uma médica aqui, que ela trabalhava com medicina popular! E ela trabalhava muito com chás e a população não aceitou! Mas é uma forma de educar o povo.” (Profissional 3)*

*“Na própria visita a gente pergunta se eles fazem uso de chás.” (Profissional 2)*

*“Trabalhar com ele de acordo com a realidade dele. A gente chega na casa dele, diz... não é pra comer, mas ele vai comer de todo jeito mesmo.” (Profissional 2)*

*“A gente fez um trabalho aqui uma vez sobre esquistossomose. Com a comunidade toda. Tratamento coletivo, passando uma semana sem água, o povo juntando roupa, prato, pra lavar no rio. Lavar no rio! Os esgotos da casa é ligado ao rio. Quando a gente chegava na beira do rio estava o povo lavando roupa, prato.” (Profissional 3)*

Muitas das falas trazidas pelos profissionais evidenciam um campo de tensões e antagonismos entre os interesses da gestão, dos profissionais de saúde e da comunidade. É um cenário em que são reproduzidas práticas que contribuem com a reprodução e fortalecimento de relações desiguais, verticalizadas e autoritárias. Elementos estes que acabam reforçando a manutenção dessa lógica opressora, tornando-se um desafio cada vez maior para todos os atores envolvidos nesse processo.

#### **4. DISCUSSÃO**

Na Atenção Básica, planejar e programar ações em saúde tornam-se grandes desafios para profissionais que atuam nesta área. É um cenário que se confunde muitas vezes com uma esteira de produção, na qual cada trabalhador torna-se responsável apenas pela função que executa, de forma fragmentada e sem conexão, desconhecendo o resultado final desse processo, ou seja, do cuidado em saúde enquanto produção social. Diante disso, o trabalho em saúde enquanto processo e produto coletivo exige o envolvimento de toda equipe desde o planejamento até a realização das atividades que serão desenvolvidas, para que de fato possam produzir resultados eficazes e com maior efetividade, superando assim, o modelo biomédico historicamente reproduzido.

Planejar remete a um pensar antes de agir, implica dizer também, que enquanto processo envolve o antes, durante e depois da ação. Neste sentido, só é possível atingir resultados eficazes, conhecendo e identificando as demandas e a realidade da população e do território em que se está atuando. Conforme evidencia Nascimento (2013, p. 6), “Só planeja quem sabe exatamente o que busca e onde se quer chegar, uma vez que os objetivos direcionam para o melhor percurso e para a melhor estratégia a ser utilizada.” Assim, para conhecer é preciso que exista abertura e comprometimento dos profissionais com a população usuária e com os princípios doutrinários do SUS.

A identificação de problemas em saúde no território e definição de estratégias congruentes a essa realidade são elementos importantes na implementação dos pressupostos trazidos na PNAB, exigindo dos profissionais ferramentas capazes de auxiliar na compreensão e resolução de problemas que são apresentados muitas vezes como demandas emergentes, exigindo assim, a organização e o planejamento adequado para definição das estratégias de enfrentamento (Brasil, 2012).

A PNAB regulamenta o exercício profissional no contexto da Atenção Básica, definindo as atribuições comuns a todos os profissionais que compõe a equipe, entre elas está a realização de ações, planejamento e avaliação em saúde. Entre as características do processo de trabalho destas equipes estão:

- VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas; (Brasil, 2012, p. 40)

Neste sentido, conforme Chorny (2010 *apud* Nascimento, 2013) o principal objetivo do planejamento em saúde é a melhoria das condições de vida e de saúde da população, a partir do conhecimento e do uso de todos os recursos disponíveis em determinada realidade. Além de proporcionar a qualificação dos processos de trabalho. O planejamento deve ser um processo permanente, possibilitando a correção dos rumos tomados e enfrentamento da lógica do imprevisto, tão presente nas falas dos profissionais da Unidade.

Na Atenção Básica, os profissionais precisam cumprir metas, executar programas, políticas e atividades, cada um com objetivos bem definidos, exigindo o delineamento do melhor percurso para o alcance dos resultados esperados.

Entretanto, os discursos mostraram algumas distorções em relação aos programas trabalhados, evidenciando que muitas das críticas partem do desconhecimento em relação ao está sendo feito, revelando a necessidade de conhecê-los para além do cumprimento de atividades e metas de desempenho. Neste cenário, o monitoramento e avaliação das ações em saúde são práticas pouco usuais pelos profissionais, conforme destaca Campos:

Embora as equipes de SF gastem significativo percentual do seu tempo produzindo dados e alimentando sistemas de informação, a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, infelizmente, ainda não foram incorporados como atividade sistemática e cotidiana. Uma das dificuldades é porque os entendemos como algo que deve acontecer após a definição das intervenções, para ver os resultados. (2010, p. 84)

A avaliação em saúde, neste sentido, coloca-se como outra ferramenta que deve estar presente em todo processo de trabalho e desenvolvimento das ações, fornecendo os subsídios para sua compreensão e se o que foi proposto atingiu ou não os resultados esperados, permitindo mudanças a partir do que foi identificado dentro do processo avaliativo. A avaliação em saúde precisa ser entendida em um processo dicotômico: de um lado por ter um caráter crítico e reflexivo das ações e processos que serão desenvolvidos, por outro, um caráter sistemático e contínuo, envolvendo também um processo de negociação entre os sujeitos, retroalimentado o processo de planejamento e contribuindo com a transformação das práticas em saúde, bem como, as da gestão (Campos, 2010).

É neste cenário cheio de desafios para os profissionais de saúde que a Educação Popular emerge como um instrumento de modificação das práticas em saúde e das relações estabelecidas entre gestão, profissionais e usuários. Colocar em prática e ao mesmo tempo assumir os princípios da PNEPS em sua postura e posicionamento profissional, com uma metodologia de educação que se volte para realidade da população significa ter posicionamento, e isso requer, muitas vezes, sair de uma situação de conforto para uma de confronto, no momento que exige do profissional não apenas a execução de uma ação, mas o envolvimento e desconstrução de posturas muitas vezes inerentes à formação profissional e pessoal e que limitam ou impedem maiores avanços na condução deste processo.

Dentro de tudo o que foi trazido, nos relatos e na postura dos profissionais, percebe-se as contradições presentes nos discursos, embora a reflexão e a crítica sobre posicionamentos e práticas normatizadoras características da educação sanitária tenham sido ideologicamente combatidas, contraditoriamente, elas acabam sendo reproduzidas em posturas cotidianas, nos atendimentos individuais, nas salas de

espera, no desenvolvimento dos grupos e em ações no território. São ações estabelecidas dentro das próprias relações profissionais no âmbito do serviço de saúde, em processos decisórios que se dão de forma verticalizada, nas abordagens realizadas e nos diferentes espaços de poder.

Essas posturas foram ratificadas em uma das oficinas sobre Educação Popular, em que os profissionais em suas colocações destacaram que seria mais cômodo continuar da forma que estavam desenvolvendo as suas atividades, de maneira verticalizada e sem o envolvimento da equipe, a ter que se propor a romper com essa lógica, baseando-se em relações dialógicas e de participação ativa, trazendo a educação e o acesso à informação não como instrumentos que corroborem para opressão, mas numa prática libertadora e emancipatória dos sujeitos. Neste sentido, Paulo Freire ressalta:

Em verdade, não seria possível à educação problematizadora, que rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, realizar-se como prática da liberdade, sem superar a contradição entre educador e os educandos. Como também não lhe seria possível fazê-lo fora do diálogo. (Freire, 1983, p. 78)

A Educação Popular ressalta ainda, a necessidade do trabalho baseado num campo de possibilidades e não no de imposições. Paulo Freire (1983) evidencia que é preciso deixar de fazer *pele* outro e passar a fazer *com* o outro, num processo coletivo, em que existe a valorização dos saberes, e conseqüentemente saindo de relações verticais para construção de relações horizontais. É necessário manter uma postura de enfrentamento e superação dos problemas vivenciados pela comunidade, que são estabelecidos nas relações de opressão, violências, negação de direitos, desigualdades e preconceitos. Isto só é possível a partir do acesso à informação e do pleno exercício da participação e do controle social, sendo assim:

Somente quando os oprimidos descobrem, nitidamente, o opressor, e se engajam na luta organizada por sua libertação, começam a crer em si mesmos superando, assim, sua “convivência” com o regime opressor. Se esta descoberta não pode ser feita em nível puramente intelectual, mas da ação, o que nos parece fundamental, é que esta não se cinja a mero ativismo, mas esteja associada a sério empenho de reflexão, para que seja práxis. O diálogo crítico e libertador, por isto mesmo que supõe a ação, tem de ser feito com oprimidos, qualquer que seja o grau em que esteja a luta por sua libertação. Não um diálogo às escâncaras, que provoca a fúria e a repressão maior do opressor (Freire, 1983, p. 56).

Muitas das ações desenvolvidas na Unidade estão centradas em doenças ou nos indivíduos, sem levar em conta o processo que produz estas condições, tirando o foco dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. É neste âmbito que as ações precisam estar focadas no sentido de proporcionar ferramentas para

essa problematização e não de conformação com a manutenção do *status quo*. Conforme ressalta Bornstein:

A experiência prévia e a realidade vivida pelos sujeitos são a base de um processo de análise crítica chamado de problematização na busca da identificação das situações-limite, suas causas e potencialidades de transformação. Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir (Bornstein, 2016, p.18).

Considerar a experiência e bagagens trazidas pelos sujeitos é indispensável. Bem como, problematizar a realidade a partir do enfrentamento de situações que são nós críticos e assim conseguir identificar as causas e formas de superação, a partir da formulação de estratégias alternativas para esta intervenção. Tudo isso deve estar ancorado numa relação dialógica e no respeito à visão de mundo de cada sujeito. Sendo assim é preciso ressaltar a importância da compreensão de que não existe um saber correto ou errado, mas como Paulo Freire ressalta: “Não há saber mais ou menos: há saberes diferentes” (Freire, 1987, p.68).

Em alguns momentos das oficinas, os profissionais em suas falas reforçavam o modelo de educação sanitária, baseada na normatização de vidas e comportamentos, reproduzindo o discurso de culpabilização dos indivíduos por seus problemas sociais e de saúde (Nespoli, 2010, p.48). Embora muitas vezes essas falas possam ser reproduzidas de forma inconsciente, a reprodução delas no âmbito dos serviços de saúde contribui muitas vezes para a manutenção de violações e até mesmo violências dentro desses espaços que deveriam garantir e assegurar direitos. Sendo assim, a educação dentro desses espaços não deve ser desenvolvida como instrumento de dominação e opressão, mas como ferramenta de politização e libertação, possibilitando à população sua organização e luta por direitos e seu efetivo acesso.

A Educação em Saúde é um processo cheio de tensionamentos e ao mesmo tempo de antagonismos, em que os profissionais de saúde precisam o tempo todo ter bem claro o projeto societário que defendem. Em tempos de ameaças à democracia e redução de direitos é fundamental estar firmado no compromisso e defesa dos direitos da população usuária e, sobretudo, com os princípios doutrinários do SUS. É preciso refletir o tempo todo sobre o cotidiano e estar em constates questionamentos: Que modelo de educação estamos reproduzido? Até que ponto as nossas práticas têm contribuído para reforçar ou superar esse modelo de educação? Nossa fala tem sido congruente com a nossa prática? Sabemos ouvir de fato a população? Entre outros questionamentos importantes e ao mesmo tempo desafiadores. Não é fácil, mas é um

exercício extremamente necessário e que precisa ser constante, num processo reflexão, crítica e autocrítica, (des)construção e ressignificação de valores e posturas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Frente aos discursos apresentados foi possível identificar nas falas dos profissionais suas percepções sobre as temáticas abordadas nas oficinas, percebeu-se uma grande dificuldade dos profissionais foi definir o que seria planejamento em saúde, trazendo uma visão associada à resolução de problemas, ou algo restrito a programação antecipada de uma ação e não como uma prática inerente que deve-se fazer presente em todos os momentos do processo de trabalho. As dificuldades em separar e dedicar o tempo necessário para realização do planejamento, a grande quantidade de demandas, metas de produção, atendimentos, grandes números de visitas, falta de tempo, foram elencados como principais motivos para não realização dessa tarefa (Sarti, 2012).

Ao mesmo tempo, muitas das críticas dos profissionais ocorrem pelo fato deles desconhecerem o funcionamento do que estão realizando nas políticas, programas ou serviços em seu trabalho, colocando em evidência a necessidade de conhecer seu objeto de trabalho como algo primordial para uma ação adequada as diferentes particularidades e problemas identificados no território, evidenciando conforme Lopes (2007, p.155) que “a formação dos profissionais de saúde fica distanciada da realidade local de sua atuação”.

Outro aspecto muito abordado na fala dos profissionais reflete a realidade de um SUS sucateado, da falta de Educação Permanente enquanto estratégia de modificação e melhoria dos processos de trabalho em saúde, a fragilização e precarização de vínculos empregatícios e, sobretudo, do despreparo e distanciamento entre serviço e gestão, o que tem provocado impactos negativos, refletindo na qualidade dos serviços e na assistência prestada à população.

Muitos profissionais relataram que em suas ações acabam dando respostas a demandas emergentes. Planejamento monitoramento e avaliação eram ferramentas pouco ou nunca usadas na execução das atividades, até pelo próprio desconhecimento e por acreditar que seria mais trabalho. Diante disso, muitos problemas acabam sendo identificados no cotidiano do profissional, mas pelo distanciamento entre o fazer e o planejar intervenções mais eficazes que venham a responder as demandas colocadas, o profissional de saúde acaba se tornando apenas

um reprodutor e executor de políticas e programas, sem fazer a reflexão necessária do como fazer, reproduzindo uma lógica meramente tecnicista.

Pensar em ações em saúde na Atenção Básica de forma planejada e adequada a realidade local exige organização e envolvimento da equipe, para o delineamento das estratégias e intervenções, enquanto ferramentas de melhoria da qualidade do trabalho e das ações prestadas, de modo a garantir e efetivar o direito a saúde, com vistas ao que o SUS propõe em seus princípios.

Quanto a Educação Popular, muitas reflexões foram trazidas no momento das oficinas, evidenciando a necessidade de ampliação de espaços de troca e compartilhamento de saberes, em que os profissionais eles possam ter voz dentro dessas relações hierárquicas e que a população também possa ser ouvida, possibilitando conhecer e construir os instrumentos necessários na busca e efetivação de seus direitos. Evidenciando conforme ressalta Lopes a necessidade de:

[...] provocar incômodo, criando momentos em que os atores consigam refletir sobre suas limitações, insuficiências e problemas em seu trabalho cotidiano. No entanto, não basta somente o desconforto é preciso também dar elementos para construção de alternativas. A mudança deve propiciar espaços democráticos e coletivos de discussão e de construção, buscando coerência entre a metodologia da construção da mudança e o próprio conteúdo da proposta (Lopes, 2007, p. 155).

Os espaços das oficinas possibilitaram a reflexão de forma coletiva e a percepção de que em muitas de suas falas e práticas os profissionais carregavam muito de uma visão normatizadora e culpabilizadora (David, 2017), ressaltando a necessidade de que crítica e autocrítica precisam se fazer presentes em todos os momentos, por mais difícil que possa parecer essa reflexão ou por mais que o imediatismo tente sabotar esses momentos. Neste sentido, a Educação Popular precisa ser considerada enquanto ferramenta de trabalho para ampliação do acesso aos direitos, no reconhecimento do protagonismo dos sujeitos enquanto agentes de sua própria saúde e enquanto estratégia de reorientação das práticas em saúde dentro dos serviços. Diante das atuais investidas contra o SUS e que os direitos da classe trabalhadora destaca-se a importância da luta e organização contínua da população, no sentido de ocupar e fortalecer os espaços democráticos enquanto uma necessidade constante para a consolidação do SUS e na democratização pelo acesso à informação enquanto instrumento de luta, politização, empoderamento e participação social, a partir da Educação Popular.

Por fim, este foi um cenário que possibilitou evidenciar a necessidade de ampliação e do fortalecimento de espaços de reflexão e troca de experiências, com a população usuária e, sobretudo, com os profissionais, entendendo que a sua atuação

além do caráter educativo tem um papel político de extrema importância. Apesar do que já foi feito, ainda há muito o que fazer, para real efetivação e consolidação do SUS e outros marcos legais. Em tempos de redução de direitos, fortalecer, ampliar e ocupar espaços como esses são de extrema importância. A participação dos sujeitos precisa ser real e ativa, baseada em relações horizontais e na efetivação do SUS constitucional, neste sentido, a formação profissional precisa ser (re)pensada constantemente, além de um real e massivo investimento para transformação dessas práticas e, conseqüentemente, desse cenário.

### Notas

<sup>1</sup> Artigo é resultado da especialização em Saúde da Família e foi produzido como requisito final para obtenção do título de especialista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

### REFERÊNCIAS

BORNSTEIN, Vera J. Princípios pedagógicos do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. In: BORNSTEIN, Vera J. et al. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2016. p. 15-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cnesp). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pneps-2012.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

CAMPOS, Francisco C. C.; FARIA, Horácio P.; SANTOS, Max A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DARON, Vanderléia L. P. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 124-149.

DAVID, Helena M. S. L. O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 371-378, abr/jun. 2017. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.371-378>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GERHARDT, Tatiana E. et al. Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. (Orgs.) **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p.65-88 .

LOPES, Sara R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

NASCIMENTO, Débora D. G. et al. Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul. **Módulo 6: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Campo Grande, 2013.

NESPOLI, Grasielle. Da educação sanitária à educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, Vera J. et al. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2016. p.47-51.

SANTANA, Gicélia M. S.; BRASILEIRO, Joselita A.; ARAÚJO, Lucieuda R. "Cirandando": uma experiência de promoção da Saúde mental na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande / PB. In: COSTA, Maria D. H.; VASCONCELOS, Kathleen E. L. (Orgs.) **Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 447-472.

SARTI, Thiago D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300014&script=sci\\_abstract&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300014&script=sci_abstract&tIng=pt)> . Acesso em: 13 mar. 2018.

SILVEIRA, Denise T.; CÓRDOVA, Fernanda P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. (Orgs.). **Métodos de pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 31- 42.

VASCONCELOS, Eymard M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília (DF), 2007. p. 18-30.