

EDUCAÇÃO POPULAR COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: UMA REALIDADE?

Popular Education as a Public Health Policy: a reality?

Thaís Titon de Souza¹, Mília Simielli Rocha²,
Neila Maria Viçosa Machado³, Marco Aurélio Da Ros⁴

REUSMO

Buscando-se identificar direcionamentos para a prática da educação popular em saúde (EPS) na atenção básica inseridos nas políticas públicas de saúde de dois municípios brasileiros de distintas regiões do país (nordeste e sul), foi realizado um estudo de caráter qualitativo, por meio de pesquisa bibliográfica e documental e entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores de saúde, sendo os dados submetidos à análise de conteúdo. Os resultados demonstraram uma recente incorporação no município nordestino das diretrizes da EPS direcionadas para a atenção básica em suas políticas públicas, centrando suas práticas em ações de agentes comunitários de saúde (ACS) e sem o status de prioridade para a gestão municipal. O papel do ACS enquanto educador popular fortaleceu seu compromisso com a saúde da comunidade e o colocou como um agente de mobilização e transformação social. Por outro lado, a não incorporação dos demais profissionais acabou por reduzir a EPS a uma prática de poucos, como se estes estivessem separados em guetos. O município do sul do país, por sua vez, apresentou pouco ou nenhum direcionamento da EPS nas políticas públicas voltadas para a atenção básica, ainda conservando recomendações e práticas educativas pautadas na educação bancária, ou seja, centradas na segmentação do indivíduo, na desvalorização de seu saber e na prescrição de mudanças de comportamentos e hábitos como ação de promoção da saúde. Portanto, os resultados alcançados demonstraram que a incorporação da EPS nas políticas públicas direcionadas para a atenção básica, apesar de significar uma potencialidade para a construção compartilhada do cuidado, é ainda incipiente, mesmo que mais avançada, em um dos municípios estudados, onde o diferencial tem sido o compromisso de profissionais que acreditam na proposta, principalmente agentes comunitários de saúde, e não sua incorporação enquanto política pública de fato.

ABSTRACT

In an attempt to identify directions for the practice of popular health education (PHE) in basic care introduced in the public health policies of two Brazilian cities from different regions of the country (northeast and south), a qualitative study was performed through bibliographic and document research and semi-structured interviews with health professionals and managers, with the data being submitted to content analysis. The results showed a recent incorporation by the northeastern city, of the PHE guidelines directed towards basic care in its public policies, focusing its practices on community health agents' (CHAs) actions and without priority status for city management. The CHAs' role as popular educators strengthened their commitment to the community's health and positioned them as agents of mobilization and social change. On the other hand, the lack of incorporation of other professionals ended up reducing PHE to a practice of the few, as if they were separated in ghettos. The southern city, however, showed little or no direction of the PHE in its public policies aimed towards basic care, still maintaining educational recommendations and practices based on the "education bank", meaning, centered around the segmentation of the individual, on devaluing his/her knowledge, and on the prescription of changes to behaviors and habits as health promotion action. Therefore, the results achieved showed that the incorporation of PHE in the public policies directed towards basic care, although a possibility for the shared construction of care, is still incipient, even if more advanced in one of the cities studied, where the distinction was the commitment of professionals who believe in the proposal, mainly community health agents, and not its incorporation as an actual public policy.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: thayyts@yahoo.com.br.

² Especialista em Saúde da Família. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Itapema-SC.

³ Mestre em Educação. Professora do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Doutor em Educação, Professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica em Saúde.

KEYWORDS: Health Education; Public Health Policies; Unique Health System; Basic Care.

INTRODUÇÃO

A trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil vem sendo construída através de processos relativamente recentes. Historicamente, é delineada a partir dos interesses relacionados ao capitalismo, seja com o intuito de garantir mercados produtores e comercializadores de mercadorias e bens, seja a fim de garantir a saúde dos trabalhadores com vistas à manutenção da força de trabalho.

A contextualização da educação em saúde nas políticas públicas não foge a essa característica histórica, especialmente direcionada para a manutenção de força de trabalho adequada. A educação em saúde sempre apresentou um papel marginal, com a função de normatizar os sujeitos e impor a eles modos de vida considerados ideais. A ignorância e a falta de informação eram identificadas até meados dos anos 1970 como causa para a existência das doenças e a população era vista como a única responsável pelos males de saúde nas grandes cidades.¹

Trabalhava-se com a proposta de educação para a saúde, uma ação prestada pelos profissionais onde as informações são tratadas como um bem que tem de ser passado ao e absorvido pelo paciente para que este tenha saúde.² Dessa forma, fica nítida a dominação de um sobre o outro, evidenciando-se uma ação não dialética, em que é ignorada a possibilidade de construção dos conhecimentos. Nessa linha, a educação seria o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos.³ Essa é a tônica essencial da educação para a saúde.

Contrários a esse pensamento, alguns dos movimentos que constituíram a Reforma Sanitária no Brasil lutaram pela modificação da concepção de educação em saúde e das práticas educativas no setor, em concomitância à mudança na estruturação do sistema de saúde nacional. A proposta de educação popular em saúde vem, desde então, crescendo e assumindo um papel importante na busca pela qualificação da atenção.

Historicamente, o movimento de educação popular foi se constituindo, a partir das décadas de 1960 e 1970, com o processo de alfabetização proposto por Paulo Freire e com a conformação, durante a ditadura militar, das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) ligadas à Igreja Católica. Nesses movimentos, eram discutidos os problemas de saúde das comunidades através da mobilização popular

e a eles muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, engajaram-se.²

Essa participação dos profissionais de saúde nas experiências de educação popular trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação para a saúde.⁴ Dessa forma, foram desenvolvidas práticas que buscavam a valorização da relação educativa com a população, o fortalecimento das organizações populares, do controle e da participação social, contribuindo para a qualificação da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em publicação recente, o Ministério da Saúde brasileiro coloca que a educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, sendo necessário repensá-la na perspectiva da participação e do controle social e da mobilização em defesa do SUS. Nessa perspectiva, apresenta a educação popular em saúde como instrumento de transformação das tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas, que contribuam para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença, e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.⁵

Entretanto, pouco se tem materializado diretrizes para a prática educativa nas políticas públicas do setor saúde, o que pôde ser identificado por Albuquerque & Stotz⁶ ao analisarem o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde e a Lei Orgânica da Saúde, identificando falta de referência explícita à educação em saúde e denotando um caráter marginal, não hegemônico, das ações educativas – apesar de ser parte integrante de todos os programas ministeriais.

Considerando-se, portanto, que a análise da materialização das políticas públicas nos atos diários dos profissionais tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho, criando condições para a construção de novos conhecimentos e de novas práticas de saúde,⁷ buscou-se, neste estudo, identificar direcionamentos para a prática da educação popular em saúde na atenção básica inseridos em políticas públicas de saúde de dois municípios brasileiros.

OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tomando-se como ponto de partida duas realidades distintas, buscou-se – através de uma abordagem qualitativa – identificar direcionamentos para a prática da educação popular em saúde na atenção básica inseridos em políticas públicas de dois municípios brasileiros situados também em regiões distintas do país (nordeste e sul).

Em Recife/PE, município selecionado na região nordeste, vem sendo reconhecido o envolvimento de sua população com a educação popular e, especificamente no campo da saúde, o município apresenta-se pioneiro na tentativa de institucionalização dessa prática em suas políticas públicas.⁸ Por sua vez, Florianópolis/SC, município selecionado no sul do país, foi campo de aprendizagem-serviço do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e de que faziam parte os autores, tendo a experiência suscitado a intenção de pesquisa, a partir da distância apresentada entre a prática dos profissionais na atenção básica e seu discurso teórico, especialmente no que tange a algumas atribuições - como fomento da participação popular e do controle social e desenvolvimento de práticas de educação em saúde que potencializem o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas direcionadas aos gestores de saúde municipais (cargo de coordenador da atenção básica municipal e/ou distrital) e aos profissionais da atenção básica com a intenção de identificar sua percepção sobre a existência ou ausência de políticas públicas com enfoque em educação popular nos municípios em que estão inseridos. Para registro, foi

utilizado um gravador digital, com posterior transcrição das entrevistas.

A priori, determinou-se a realização da entrevista com ao menos um gestor em cada município, com a possibilidade de modificação desse critério, a partir da realidade detectada, buscando-se, dessa forma, atingir o ponto de saturação da investigação. Para seleção dos profissionais, identificou-se uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que estabelecesse relações com instituições de ensino em saúde - recebendo nesse espaço alunos de graduação e/ou pós-graduação em saúde - e outra que não recebesse qualquer tipo de educando ou que mantivesse esse vínculo há pouco tempo. Partiu-se da premissa de que a inclusão dos educandos poderia estabelecer certa influência sobre as práticas dos profissionais de saúde.

A escolha das UBSs que participaram do estudo deu-se de maneira aleatória, a partir desse critério de inclusão. Em cada uma delas, foi identificada uma equipe de saúde da família para entrevista, a partir da indicação do coordenador da UBS. Dessa forma, foram convidados prioritariamente um profissional de nível superior incluído na equipe básica de saúde da família e um incluído no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) vinculado a esta. Na ausência deste, foram entrevistados dois profissionais que constituíssem a equipe básica de saúde da família. Inicialmente, não foi prevista a inclusão do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na amostra, mas sua necessidade foi percebida, a partir do contato com o processo de trabalho construído no município nordestino e com a identificação do papel desempenhado por esse sujeito naquela realidade. A amostra, portanto, foi constituída por oito indivíduos no município nordestino e sete sujeitos no município do sul do país, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Caracterização da amostra do estudo conforme cargo e profissão do entrevistado, município e Unidade Básica de Saúde aos quais estão inseridos. Florianópolis, SC, 2010.

Nordeste		Sul	
Entrevistado	Categoria profissional	Entrevistado	Categoria profissional
ESFN.1	Odontologia	ESFS.1	Odontologia
ESFN.2	Enfermagem	NASES.1	Psicologia
ESFN.3	ACS	ESFS.2	ACS
ESF.U.N.1	Medicina	ESF.U.S.1	Medicina
ESF.U.N.2	Enfermagem	ESF.U.S.2	Medicina
ESF.U.N.3	ACS	ESF.U.S.3	ACS
G.N.1	Gestor, Sociólogo	G.S.1	Gestor, Médico
G.N.2	Gestor, Sociólogo	-	-

Legenda: ESF – Equipe de Saúde da Família; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; G – Gestor; N – Nordeste; S – Sul; U – UBS com forte relação com a Universidade.

Fonte: dados da pesquisa.

A pesquisa documental, outro instrumento utilizado, foi realizada através da análise dos Planos Municipais de Saúde vigentes no ano de 2008 – entendendo-se estes como norteadores de políticas, programas e ações de saúde na atenção básica. Foram examinados os tópicos relativos à “Atenção à saúde – Atenção Básica” e “Participação e Controle Social”, através da busca de termos relacionados com “educação popular em saúde” (incluindo outros que expressassem significado semelhante, como educação popular para a saúde) e/ou que colocassem como pressupostos para as práticas educativas em saúde a reflexão crítica da realidade; o diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento de experiências e lutas da população pela saúde; a construção compartilhada de conhecimentos; a construção da autonomia dos sujeitos; e, a necessidade/possibilidade de mudança social a partir da educação em saúde.^{9,10} Quando necessário, foram consultadas outras fontes para complementação das informações encontradas nos Planos Municipais.

Os dados levantados a partir da pesquisa documental foram tratados de forma descritiva, enquanto o tratamento dos dados das entrevistas semiestruturadas foi realizado através da análise de conteúdo.¹¹

Os preceitos dispostos na resolução 196/96 do Ministério da Saúde foram respeitados, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número de protocolo 200/08. Todos os entrevistados tiveram à sua disposição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para permissão de sua realização nos municípios estudados, foi obtido parecer positivo das respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A fim de mantermos o sigilo acerca da identidade de cada profissional, elaborou-se um código para sua identificação: em UBSs que mantinham pouca ou nenhuma relação com a Universidade, foram utilizadas siglas com duas letras indicando a inclusão do profissional na equipe básica (ESF) ou no NASF (NASF) e a região em que se situa o município em que o mesmo atua – sul (S) ou nordeste (N). Em UBSs que mantinham forte relação com a Universidade, foram utilizadas siglas com três letras, com a inclusão da letra (U). Para os gestores, anterior à identificação da região do município, utilizou-se a letra (G).

A análise da compreensão dos profissionais sobre a existência ou ausência de políticas públicas com enfoque em educação popular nos municípios em que estão inseridos, somada aos resultados encontrados a partir da análise documental realizada, possibilitou a elaboração de

três categorias: (1) reconhece a existência de políticas públicas; (2) desconhece a existência de políticas públicas; e, (3) acredita que existam políticas públicas, mas as desconhece.

Categoria 1: Reconhece a existência de políticas públicas

A primeira categoria foi reconhecida apenas no município nordestino, onde os profissionais entrevistados identificaram em suas políticas públicas a educação popular em saúde direcionada para a atenção básica, como podemos verificar a seguir: *“acho que a educação popular em saúde, a gente percebe em nível nacional que é uma coisa ainda muito incipiente dentro das políticas públicas, assim, de forma estruturada, né? Aqui a gente tentou estruturar a saúde pública com enfoque na educação popular. Você trabalha isso fortalecendo a comunidade, você traz a comunidade pra construir a educação, a promoção da saúde”* (G.N.1).

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 deste município coloca o desenvolvimento de processos educativos com a população como uma das diretrizes da gestão para tornar as ações e os serviços prestados mais efetivos. Para isso, foram implantados cinco Núcleos de Educação e Cultura Popular em Saúde (NUCEPS), a fim de articular a comunidade, os profissionais das Equipes de Saúde da Família e organizações governamentais e não governamentais para reflexão sobre a saúde e busca coletiva de soluções para os problemas.¹²

Percebe-se nesse documento a existência de direcionamentos para a prática da educação em saúde pautada pelos princípios da educação popular, apesar de não ser o referencial adotado em todas as proposições e metas estabelecidas no Plano Municipal, no que diz respeito à atenção básica e participação e controle social.¹² Identifica-se um processo de incorporação da educação popular como estratégia de abordagem educativa na saúde, em busca da constituição de cidadãos críticos e participativos na luta pela construção de políticas públicas municipais, corroborando com os resultados encontrados nas entrevistas realizadas.

“Garantir a implantação e a implementação de uma política de educação popular de forma continuada e regionalizada, buscando a integração e a socialização das ações de saúde, mantendo permanente mobilização junto às comunidades, universidades, ONG’s e demais grupos organizados, seja capacitando ou facilitando as ações pertinentes à melhoria da qualidade de vida da população”: este era o objetivo expresso no Relatório da V Conferência de Saúde de Recife, uma discussão municipal considerada inovadora.¹³

Além disso, a “Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde” da Prefeitura de Recife, de 2001, traz como intenção o desenvolvimento da ação da educação em saúde de uma forma que seja mais clara e objetivamente comprometida com o projeto político que se pretende implementar, compreendendo como eixo norteador das políticas públicas a transformação das condições de saúde da população rumo à conquista de maior qualidade de vida.¹⁴

Nesse município, grupos desenvolvidos por ACS foram identificados como o grande potencial do desenvolvimento da EPS. Estando inseridos em seu Plano Municipal de Saúde, os grupos AESA (Adolescentes Educadores em Saúde), IESA (Idosos Educadores em Saúde) e ESAM (Educadores Populares em Saúde da Mulher) representam para os entrevistados a materialização do direcionamento para a prática da educação popular em saúde na atenção básica, centrando-se na figura dos ACS como executores das propostas em questão (ESF.U.N.3; ESF.U.N.2; ESF.N.2; ESF.N.1; G.N.1).¹⁵

Nesse sentido, o papel do ACS na educação popular em saúde é entendido como primordial para sua efetivação, viabilizador de mobilização popular e de mudança da realidade através da construção coletiva, como colocado na fala de um dos gestores entrevistados: *“vamos trabalhar a agente de saúde porque na essência ela representa a comunidade, ela representa o saber popular. E aí esse saber, ele é completamente fragilizado dentro daquela forma de intervenção, de promoção da saúde fechado, dentro da medicina, né? E aí você vê como esse olhar é vetado da agente de saúde. Por isso que muitas agentes de saúde têm dificuldade ainda de quebrar esse olhar e dizer que ela é uma técnica e que ela tem um saber popular pra construir essa promoção da saúde”* (G.N.1).

Além da limitação do papel atual que se coloca para os ACS no SUS, a falta de apoio institucional e financeiro pela gestão municipal também foi colocada como dificuldade para a promoção da educação em saúde pautada na educação popular. No município nordestino, a criação do Movimento de Educadores Populares (MEP) foi a maneira encontrada pelos educadores populares para o fortalecimento da proposta e parece trazer efeitos positivos, fazendo com que a organização dos ACSs trouxesse maior engajamento para a luta por condições mínimas para a sustentação das ações desenvolvidas junto à comunidade.

Outro ponto levantado foi a relação estabelecida entre a equipe de saúde nesse processo. Ao serem direcionados apenas aos ACSs, os grupos AESA, IESA e ESAM não promovem sua integração com os profissionais de nível superior, dificultando, também, o processo de expansão da educação popular em saúde. *“Quando ela (ACS) toma esse papel, essa referência que ela é educadora, muitas vezes, algumas*

pessoas da própria equipe, principalmente a enfermeira, ela tenta destruir esse olhar, já começa a disputar com o agente de saúde” (G.N.1).

A resistência em compreender os saberes técnicos e os saberes da comunidade como diferentes e não como sendo aqueles melhores ou maiores do que estes parece deixar subentendido que a prática educativa é função apenas dos profissionais de nível superior. Para um dos entrevistados, *“a promoção da saúde, a saúde pública em si toda, ela é muito fechada, ela tem um discurso democrático, mas na prática, na essência da prática, ela não chama a comunidade, ela não reconhece o saber popular pra construir a sua promoção da saúde. Ela tenta trabalhar controle social, mas como é que esse sujeito vai participar do controle social se ele não constrói a saúde dele dentro da comunidade dele? Então, a educação popular (...) cria esse papel pra o sujeito da comunidade exercer esse papel de educação popular também, pra ele vir (...) construir a saúde pública também”* (G.N.1).

Percebe-se, portanto, a existência de uma luta de poder na saúde que pouco contribui para sua qualificação. A despeito, as dificuldades latentes do processo de institucionalização da educação popular em saúde no município nordestino parece terem sido enfrentadas por alguns profissionais de forma inovadora e corajosa, instigados principalmente por sua consciência política e social, pelo desejo de uma nova forma de ser e fazer saúde, ainda que não totalmente amparada pela gestão municipal. A reflexão sobre os grupos já implantados, apesar de não envolverem todos os profissionais da equipe de saúde da Atenção Básica, traz à tona sua capacidade de instigar a mobilização popular e a promoção da saúde na comunidade, colocando-os como um potencial instrumento a ser utilizado pelos profissionais do SUS para a efetivação do controle social na saúde.

Categoria 2: Desconhece a existência de políticas públicas

Diante do questionamento sobre a existência de políticas públicas com enfoque em educação popular, nessa subcategoria foi identificado que os profissionais de saúde desconhecem a sua existência. As falas encontradas, em sua maioria, são de profissionais atuantes no município do sul do país, sendo identificadas apenas a partir de um profissional do município nordestino.

Tal resultado foi consolidado com a análise documental do Plano Municipal de Saúde do município em questão, em que se identificou que as diretrizes para as práticas de educação em saúde não estão claras, em alguns momentos; ou continuam centradas na segmentação do indivíduo, na desvalorização de seu saber e na prescrição de mudanças de comportamentos e hábitos como ação de

promoção da saúde.¹⁶ Demonstra-se, portanto, a existência de um longo caminho a percorrer na busca pela institucionalização de uma proposta de educação popular em saúde enquanto política pública norteadora das práticas educativas no município.

No contexto de suas falas, os profissionais consideraram que a inexistência poderia ser justificada pelo fato de que mesmo sem sua inserção direta, a educação popular deveria se efetivar por conta de outras políticas públicas ou diretrizes do SUS, especialmente pela simples instituição da Estratégia Saúde da Família (G.S.1; ESF.U.S.2; ESF.S.1).

Muitas vezes, os entrevistados não demonstram compreensão clara dos preceitos da educação popular, considerando-a como sinônimo de educação para a saúde. Nas falas daqueles que compreendem a educação popular como uma forma diferenciada de promover a relação educativa em saúde, a discussão realizada é a de que a inexistência das políticas públicas específicas não interferiria em sua implementação, uma vez que essa é uma prática que depende, ainda, de uma vontade pessoal para acontecer (ESF.U.S.1), ou seja, dependente de uma identificação do profissional com um tipo de relação dialógica nos processos educativos e não de um direcionamento institucional efetivo.

Ainda que essa afirmativa possa estar, em parte, correta, de fato, direcionamentos políticos claros contribuem para a institucionalização de uma prática educativa mais democrática e inclusiva, não se podendo eximir a responsabilidade do Estado pela opção educativa que a maioria dos profissionais de saúde faz cotidianamente.

Mesmo em Recife, onde os entrevistados identificaram políticas públicas específicas, a sustentabilidade das ações desenvolvidas era constantemente discutida e poderia ter sido conquistada com a institucionalização da Política Municipal de Educação Popular em Saúde, redigida em 2006, e não encontrada por esses autores para análise mais minuciosa. Da mesma forma, o apoio da gestão à proposta da educação popular em saúde como referencial poderia significar um avanço em sua implantação. Entretanto, parece que a gestão incorporou pouco ou quase nada a educação popular em saúde, mantendo-se o referencial na contra-hegemonia dos processos educativos tradicionais, apesar das belas propostas descritas em literatura.⁸

Categoria 3: Acredita que existam políticas públicas, mas as desconhece

Nesta subcategoria, os profissionais acreditam na existência de políticas públicas com enfoque em educação popular direcionadas para a atenção básica nos municípios

estudados, mas não conseguem identificá-las. É verificada delegação de responsabilidade pela formulação e execução dessas políticas a outros setores da própria Secretaria de Saúde, como se os direcionamentos para a prática da educação popular fossem de cuidado apenas de parte do serviço de saúde, apesar de inseridos em uma política de atenção municipal (G.N.2).

Por outro lado, foi também identificada delegação de responsabilidade para outras categorias profissionais, como se, por não haver essa discussão em uma delas, a mesma pudesse isentar-se da construção e da execução de políticas públicas que orientassem seu processo de trabalho na busca por uma relação dialógica (NASF.S.1). A iniciativa pessoal é novamente colocada em pauta, mas não chega a ser reforçada como uma possibilidade de mobilização na procura por transformação das práticas educativas atuais.

Um entrevistado acredita “*que existam, não tenho conhecimento de nenhuma. Eu acho que, assim, eles se mobilizam tanto, né, com propagandas, com coisas assim, né, pra incentivar. Eu acho que nesse meio tem a política, sim*” (BF.2), colocando a educação popular como educação para a saúde, incentivada pelas campanhas publicitárias antitabagismo e voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo.

Novamente, identifica-se pouca clareza sobre a educação popular em saúde, associada nessa categoria à transferência de responsabilidade ao outro. Ao que nos parece, falta compromisso dos profissionais com uma prática educativa construtora de criticidade e promotora de mudanças sociais, que, na atenção básica, poderia ser legitimada através da existência de políticas públicas com enfoque em educação popular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados denotam a necessidade de fortalecimento da educação popular nas políticas públicas de saúde adotadas pelos municípios estudados. Entretanto, no município nordestino, é possível perceber um processo de incorporação da educação popular em saúde enquanto estratégia de abordagem educativa, sendo apresentada uma Proposta de Educação Popular em Saúde focada na atenção básica.

O fato de essas experiências serem recentes e pouco analisadas apresenta-se como uma limitação deste estudo, devido à carência de maturação das propostas, não se tendo informações se foram ou não implementadas. Entretanto, como colocado por Albuquerque,² poucas são as experiências pautadas pela educação popular na área da saúde, principalmente no que se refere a esta como

diretriz de gestão, a fim de possibilitar a construção de condições favoráveis à reformulação da forma tradicional de atuar dos serviços de saúde com incorporação das comunidades e do movimento popular, sendo, então, importante apresentar a proposta de Recife/PE.

Dessa forma, o que pôde ser verificado durante a realização deste estudo é que há potencial para o desenvolvimento das ações pautadas na educação popular em saúde, centrando-se esforços neste município nos grupos AESA, IESA e ESAM e, mais especificamente, na figura do ACS, o que pode ser considerado ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade.

O papel do ACS enquanto educador popular em saúde fortalece seu compromisso com a saúde de sua comunidade e o transforma em um agente de mobilização e transformação social. Por outro lado, a não incorporação dos demais profissionais de saúde nesta estratégia acaba por reduzir a educação popular no município a uma prática de poucos, como se estes estivessem separados em guetos.

Além disso, o apoio da Secretaria Municipal de Saúde à prática da educação popular ainda parece ser incipiente, não denotando à mesma um status de prioridade para a gestão. A análise do processo indica que o compromisso de profissionais que acreditam na proposta é que vem sendo o diferencial neste município, inserindo a educação popular em saúde nas práticas dos serviços na busca pela construção da integralidade.

Em Florianópolis/SC, por sua vez, pouco ou nenhum direcionamento para o desenvolvimento da educação popular em saúde na atenção básica foi encontrado na análise do Plano de Saúde municipal, o que foi corroborado pelas falas dos entrevistados neste município. Dessa forma, as práticas educativas ainda se encontram centradas na segmentação do indivíduo, na desvalorização de seu saber e na prescrição de mudanças de comportamentos e hábitos como ação de promoção da saúde.

Por fim, os resultados alcançados não denotaram influência da presença ou ausência da Universidade nas UBS sobre as práticas dos profissionais de saúde e seu entendimento sobre a ação educativa. Ainda, observou-se que a incorporação da EPS nas políticas públicas direcionadas para a atenção básica, apesar de poder significar uma potencialidade para a construção compartilhada do cuidado é, ainda incipiente, mesmo que mais avançada em um dos municípios estudados, onde o diferencial tem sido o compromisso de profissionais que acreditam na proposta, principalmente ACS.

Portanto, é preciso buscar a institucionalização de uma proposta de educação em saúde nos municípios brasileiros que caminhe rumo à construção de um SUS integral, apresentando-se a educação popular como potencial ins-

trumento para a promoção de autonomia e de mobilização coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC; 1999.
2. Albuquerque PC. A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade [tese]. Recife: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2003.
3. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
4. Vasconcelos EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p.73-99.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular em Saúde: apresentação. Brasília: MS; 2007.
6. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2004; 8(15):259-74.
7. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003. p.07-34.
8. Silva JC. Educação popular em saúde e institucionalização [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2006.
9. Pedrosa JIS. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Ministério da Saúde, (Org.). Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: MS; 2007. p. 13-17.
10. Stotz EN. Enfoque sobre educação popular e saúde. In: Ministério da Saúde, (Org.). Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: MS; 2007. p. 46-57.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

12. Recife. Plano Municipal de Saúde 2006 - 2009. Secretaria Municipal de Saúde de Recife; 2006.

13. Recife. Relatório da V Conferência Municipal de Saúde. Mimeo 2001a.

14. Recife. Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde. Mineo 2001b.

15. Recife. Trajetória da capacitação dos ACS em educadores populares em saúde: AESA – Adolescente Educador em Saúde, IESA – Idoso Educador em Saúde – e ESAM – Educador em Saúde da Mulher. Mimeo 2006.

16. Florianópolis. Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007 – 2010. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; 2007.

Submissão: maio de 2013

Aprovação: junho de 2015
