



A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade

Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹
Eduardo Navarro Stotz²

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

This paper presents a review of the literature on health education experiences in services as well as a documental analysis of this theme. Discussion is based on popular health education and its potential contribution to comprehensive primary health care. The way in which health education is promoted in health services and the difficulties encountered in fulfilling its role of contributing towards the construction of comprehensive primary health care is of central concern. Health actions are understood as educational actions. Thus, the health team and the patients learn and teach, in a dialogical construction of knowledge. Individual care is also discussed in this paper, insofar as the health professional's posture in relation to popular knowledge concerning health care and his respect for the patient's attempt to find the best therapeutic is at issue. As a result of the review of the literature, a systematic compilation of health educational programs and activities, which may be integrated into a program of popular health education for the municipalities, is proposed.

KEY WORDS: Health education; primary health care; health system; health services; health education.

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica e análise documental sobre as experiências de educação em saúde nos serviços, baseadas na educação popular em saúde e do seu potencial em desenvolver a integralidade das ações no âmbito da atenção básica. É discutida a forma como a educação em saúde vem sendo trabalhada pelos serviços e as dificuldades para que possa contribuir para a construção de uma atenção realmente integral à saúde. As ações de saúde são entendidas como ações educativas em que, tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam, numa construção dialógica do conhecimento. Desta forma, a atenção ao indivíduo também faz parte das reflexões discutidas no texto, tanto no que se refere à postura dos profissionais quanto ao respeito ao saber popular e à busca da terapêutica mais eficaz pelos usuários. A partir da revisão, é proposta uma sistematização de programas de ação e atividades que podem compor uma proposta de educação popular em saúde para os municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Educação popular; atenção básica à saúde; integralidade; educação em saúde.

¹ Médica sanitarista da Prefeitura do Recife, Gerente do Distrito Sanitário III, PE. <paulette@br.inter.net>

² Pesquisador, Departamento de Endemias, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, RJ. <stotz@alternex.com.br>

Apresentação: objetivos e metodologia

A busca de condições adequadas de vida e saúde tem sido um anseio e uma luta de povos por todo o mundo. Alternativas têm sido pensadas, reformas organizadas e implantadas, paradigmas e princípios revistos sem que o marco referencial da prática médica clínica de base flexneriana ou da própria saúde coletiva tenham conseguido dar conta do atendimento às necessidades de saúde de grande parte da população. A universalidade, a equidade e a integralidade das ações têm disputado espaço com as propostas racionalizadoras e de contenção de custos.

Dos três princípios para a organização do modelo, a integralidade tem sido de difícil execução e garantia efetiva para a população, tendo em vista que demanda mudanças na concepção de trabalho dos profissionais, na chamada “caixa-preta” do consultório, onde as ações curativas permanecem completamente dissociadas da promoção da saúde e da prevenção.

Considera-se que a chave para a real garantia deste princípio está relacionada à ampliação do conceito de saúde. A Carta de Ottawa, neste sentido, é o melhor referencial. Ao conceituar a saúde como um *recurso para o progresso pessoal, econômico e social* e como um *conceito positivo* que transcende o setor sanitário e que tem como requisitos para sua garantia a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (OMS, 1986), a Carta de Ottawa desloca para o âmbito da política a garantia da saúde, destacando como fundamental a participação comunitária.

A promoção da saúde passa a ser vista como uma tarefa dos governos, das instituições e grupos comunitários, dos serviços e profissionais de saúde. A reorganização dos serviços é colocada como uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas essas estratégias, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde.

Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. A educação em saúde hegemônica não tem construído sua integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla. As críticas a essa política dominante têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde, das quais se destacam aquelas referenciadas na educação popular.

A educação popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas.

Sendo a atenção básica o *locus* onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, e sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) hoje a principal estratégia para a “*reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica*” (Brasil, 1997, p.10), pode-se

considerar este como um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular em saúde. Os órgãos gestores nacionais enfatizam a importância das atividades educativas no âmbito do PSF, embora não tenham sido desenvolvidas propostas para seu financiamento nem políticas específicas para o desenvolvimento de ações ou mesmo que visassem à capacitação dos profissionais.

No âmbito dos municípios, tem sido mais comum o relato de experiências utilizando o referencial da educação popular nas práticas de saúde, porém levadas a cabo por iniciativa dos próprios profissionais, muitas vezes até em contraposição aos gerentes municipais.

A definição de uma política municipal de educação em saúde, especialmente se pautada pelos princípios da educação popular, teria o papel importante de induzir novas práticas nos serviços de saúde, propiciando uma valorização do saber popular e do usuário, fazendo ver aos profissionais o caráter educativo das ações de saúde, facilitando a participação de importantes atores sociais da comunidade no processo de construção da saúde.

Neste trabalho, toma-se como pressuposto que a educação popular em saúde, como processo contínuo e participativo, visa ao entendimento do processo saúde-doença-saúde, sendo a promoção da saúde essencial para garantir a integralidade das ações. Desta forma, busca-se analisar e discutir como uma gestão municipal interessada em investir na promoção e na integralidade da saúde pode contribuir para a institucionalização das ações de educação em saúde, mediante uma política municipal referenciada na educação popular, no âmbito da atenção básica à saúde especialmente no que se refere ao modelo baseado no PSF.

O trabalho foi elaborado a partir de tese de doutoramento em saúde pública defendida em outubro de 2003, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) (Albuquerque, 2003). Baseou-se em revisão bibliográfica e análise documental realizada entre março e junho de 2001 e atualizada entre março e maio de 2003. Foram pesquisadas as bases de dados Lilacs e Medline, nos períodos de 1991 e 2001, usando como unitermos educação popular, integralidade, saúde comunitária e medicina comunitária, tendo sido selecionados artigos que pudessem apresentar uma visão panorâmica das experiências de educação em saúde no Brasil, referenciadas na educação popular.

Como análise documental, foram pesquisados os acervos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, além de textos e artigos da Rede de Educação Popular e Saúde (RedeEdpop), incluindo o Boletim "Nós na Rede", editado pela mesma. Documentos e publicações do Ministério da Saúde também foram consultados, de forma a complementar a análise.

A integralidade no SUS

A integralidade do atendimento em saúde aparece no texto constitucional, no artigo 198, como uma das diretrizes do sistema único, expressa no *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (Brasil, 1988). Carvalho & Santos (1995,

p.72), comentando este artigo, lembram que “a prioridade constitucionalmente dada às atividades preventivas (...) indica o novo enfoque pelo qual as ações e serviços de saúde devem ser vistos e tratados”, de acordo com a ampliação do conceito de saúde expressa nos textos legais, que é a base do conceito de integralidade.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece como um dos princípios do SUS a *integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema* (Brasil, 1990, inciso II do artigo 7º). A vinculação do termo integralidade à assistência aparece em outros artigos da Lei Orgânica (art. 5º, inciso III e art.6º, inciso I, alínea d), embora exista referência à “*integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico*”. É clara também a necessidade de formulação de políticas para promoção da saúde envolvendo os setores econômicos e sociais, como conseqüência do entendimento da amplitude de fatores determinantes e condicionantes da saúde, o que também vai refletir uma posterior ampliação da abrangência do conceito de integralidade para além do indivíduo e da assistência.

Carvalho & Santos (1995, p.71) lembram que

a integração da assistência e da prevenção indica a orientação imanente no SUS de não separar as duas modalidades de proteção da saúde, principalmente depois de se presenciarem os resultados negativos da priorização da assistência médico-hospitalar em detrimento das medidas de prevenção da doença e dos riscos de agravo à saúde individual e coletiva.

Embora uma visão holística do homem e conseqüentemente da medicina e da saúde sejam bastante antigas, o conceito de integralidade é relativamente novo na saúde. Emana do Movimento de Reforma Sanitária e se concretiza com a Constituição Federal de 1988, embora já apareça nos textos dos antigos Programas do Ministério da Saúde, como por exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (Brasil, 1986a).

As ações Integradas de Saúde (AIS) podem ser consideradas como um dos primeiros movimentos concretos em busca da junção assistência - promoção e prevenção. Enfocando prioritariamente a integração dos serviços municipais e estaduais (locus das ações preventivas) à rede de assistência médica do Inamps, as AIS também investiram no financiamento de novas unidades básicas e na criação de instâncias de participação popular, as comissões interinstitucionais de saúde, em nível local, regional, municipal. Oliva, já em 1987, alertava que a discussão sobre as AIS *tem ficado restrita ao Sistema de Financiamento da prestação de assistência médica*, mantendo marginal a saúde pública vista como proteção coletiva e promoção da saúde. “*Se esta tendência se perpetuar, chegaremos ao momento em que ao que hoje se chama AIS passaremos a chamar Ações Integradas de Assistência Médica*”, afirma o autor sobre a realidade daquele período (Oliva, 1987, p.18).

³ O termo Medicina é aqui empregado no seu sentido amplo, não se referindo apenas à Medicina científica ocidental moderna e cosmopolita (nota do autor) (Carvalho, 1993, p.134)

Carvalho (1993a) trabalha o conceito de integralidade em três níveis: no marco teórico, na prática de saúde em nível local e em nível distrital. No marco teórico, relaciona a integralidade com a concepção de homem, de mundo e de sociedade; com a concepção de medicina³ e de processo saúde-doença; bem como com a concepção de assistência e de atenção à saúde. No que se refere à prática em nível local, o autor relaciona a integralidade à natureza e à relação das atividades e ações de atenção integral à pessoa e à coletividade na promoção, prevenção, saúde coletiva, terapêutica e reabilitação. As atividades integradas de ensino e pesquisa, o grau de interação entre as diversas categorias profissionais e a vinculação profissional de saúde - usuário são outros aspectos necessários, donde se considera a interdisciplinaridade como “*condição sine qua non para a viabilização do conceito de integralidade*” (Carvalho, 1993a, p.23, p.136).

No entanto, entendemos que outros elementos se incorporam à discussão do conceito de integralidade, especialmente com vistas à promoção da saúde, como os de intersetorialidade e participação social. Além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade e no país. E, pensando assim, observar que as ações de saúde não podem ser voltadas apenas para a assistência ou mesmo para o setor saúde, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde.

No que se refere à participação social, uma ação integral de saúde também deve incorporar a idéia de cidadania, de forma que nenhum cidadão possa ser considerado saudável sem que tenha seus direitos garantidos.

Diante dessa discussão, poderíamos conceituar integralidade como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde.

A estratégia de saúde da família, ao atuar numa população adscrita, tendo responsabilidade sanitária sobre o espaço de atuação, sobre os indivíduos e a coletividade, tendo como atribuição fomentar a participação popular, o controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, tem plenas condições de efetivar a integralidade. Porém, do discurso para a prática, da norma para a real efetivação das ações há um longo caminho, tendo como resultado a reprodução de práticas assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes pelas equipes de saúde da família.

Educação em saúde no SUS

No relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a única referência à educação para a saúde está vinculada à *incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários* (Brasil, 1986b). A Lei Orgânica da Saúde também não se refere explicitamente ao termo, destacando, porém, as ações de promoção, proteção e atividades preventivas, nas quais poderíamos

considerar que, implicitamente, está contida a educação em saúde (Brasil, 1990). Embora os dois textos sejam enfáticos em conceituar a saúde de forma ampla, a falta de referência explícita à educação em saúde reflete a dificuldade desta em ser considerada como um instrumento para a garantia de melhores condições de saúde. Reflete, ainda, o caráter marginal, não hegemônico, das ações educativas e o fato de a educação e saúde ainda não constituir um campo de atuação do SUS.

Por outro lado, a educação em saúde e demais ações de promoção da saúde são descritas como parte integrante de todos os programas ministeriais, sendo também relatadas junto às condutas médicas para cada doença nos livros-texto de referência (OPS, 1983; Harrison et al., 1984; Brasil, 1986a). No dia-a-dia dos serviços de saúde, porém, pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infraestrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais.

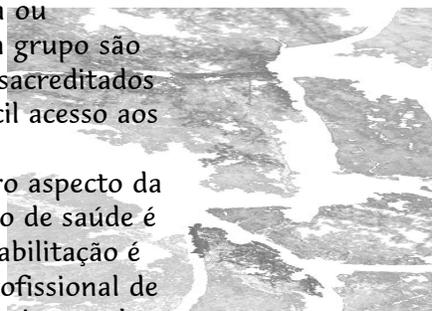
Na análise do tema educação em saúde nos serviços, um outro aspecto da prática em saúde é ainda mais secundarizado: o de que toda ação de saúde é uma ação educativa. O processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o cliente-usuário aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando *pacientes* em cidadãos, co-partícipes do processo de construção da saúde.

Quer seja num aspecto ou noutro, são grandes as dificuldades das equipes de saúde para efetivar uma prática cotidiana de promoção, incorporando ações educativas no dia a dia dos serviços. Quando isso acontece, dá-se, muitas vezes, de acordo com o interesse individual dos profissionais, realizando trabalhos em grupos com gestantes, idosos ou portadores de patologias, como no caso dos grupos de diabéticos ou hipertensos.

As atividades de educação em saúde são conduzidas, muitas vezes, de acordo como o programa da ocasião ou a epidemia em pauta (hoje é dengue, amanhã é diabetes, depois a vacinação dos idosos e assim por diante), sem preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade de ações junto à comunidade que trabalhe sua autonomia e conscientização.

O mais difícil é que essas demandas por “campanhas” educativas tomam conta dos serviços de saúde, devido ao grande volume de atividades necessárias a sua viabilização, provocando a paralisação dos profissionais que se vêem sem tempo para o desenvolvimento de um trabalho mais estruturador. Nesse processo, a relação com a comunidade tende a se tornar utilitarista quando conduzida no sentido de garantir mobilização dos indivíduos para as campanhas.

A isso, acrescenta-se a escassez de atividades de capacitação em educação em saúde. Até o final da década de 90, o chamado Programa de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (IEC) representava a política oficial do Ministério da Saúde nesta área. Estava presente em todos os



financiamentos, inclusive (ou principalmente) os do Banco Mundial, enfatizando atividades de massa, como uma forma de garantir “maior impacto” das ações, delegando a educação popular em saúde ao rol das ações “alternativas”. O chamado Projeto Nordeste foi um instrumento de implantação dessa política nos estados da região, investindo em capacitação e produção de materiais educativos. Em Pernambuco, foi com os recursos do Projeto Nordeste que se iniciou a estruturação das ações de educação popular em saúde e a criação dos núcleos de educação popular em saúde. Foi um começo, mas, mesmo assim, ainda foi muito pequeno o número de profissionais capacitados quando comparado com o conjunto de trabalhadores do sistema.

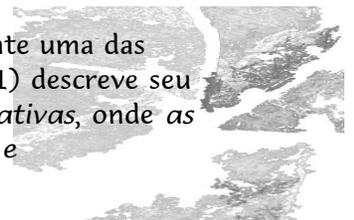
Hoje, o Ministério da Saúde reorganizou as ações de educação, criando o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGETES), no qual foi estruturada uma coordenação de educação popular que vem incentivando os movimentos e práticas de educação popular em saúde de todo o país. Foi criada a ANEPS, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde; foram realizados encontros nacionais, lançados livros específicos sobre o tema e criado um grupo de trabalho junto à Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva).

Apesar dos sinais claros de consolidação de um campo da educação popular e saúde, ainda não são muitos os relatos de experiências de educação popular em saúde nos serviços. Estes, freqüentemente, referem-se à “falta de apoio” das coordenações ou das secretarias municipais e estaduais, refletindo o sentimento dos profissionais de estarem solitários no desenvolvimento desse trabalho.

Em alguns casos, a “falta de apoio” é concreta, expressa em políticas ou em atitudes políticas como quando é cobrada uma produtividade em consultas que dificulta a disponibilidade de tempo para atividades educativas, ou quando não são viabilizadas as condições mínimas para essas atividades como espaço físico, equipamentos (desde cadeiras a aparelhos de televisão e vídeo), bem como acesso a materiais educativos, audio-visual ou de apoio.

Também é comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática. Com esse raciocínio, é freqüente encontrarmos atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde (Vasconcelos, 1999; Valla, 1999).

Presenciando a postura dos profissionais de saúde durante uma das reuniões do grupo de desnutridos, Vasconcelos (1999, p.81) descreve seu espanto diante *“do autoritarismo daquelas relações educativas, onde as dúvidas das mães eram respondidas de forma normativa e*



simplificadora”.

Diante dessas constatações e dos questionamentos sobre a prática da educação em saúde no SUS, referendamos a posição do Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular, realizado na Universidade de Brasília (UnB), em agosto de 2000, quando se refere à educação em saúde necessária para a sociedade brasileira como aquela que *aponta para o agir educativo em saúde como um processo que se funde ao projeto político-pedagógico, inerente às práticas de saúde enquanto práticas sociais* (SPSEP, 2000). Cabe, então, aprofundar um pouco a análise sobre a ação educativa em saúde e, em seguida, sobre a educação popular.

Educação popular em saúde

A educação em saúde e, na forma como apresentado acima, a própria ação de saúde como ação educativa, estão referidas a uma conceituação teórica tanto da relação educação - sociedade como do próprio processo ensino-aprendizagem, bem como nas concepções de saúde e do processo de saúde - adoecimento humano. Esse conjunto teórico e, porque não dizer, ideológico, como bem cita L'Abbate (1994), influencia os resultados das ações desenvolvidas.

Nas duas últimas décadas, tem sido grande o apelo à participação e, derivada desta, ao popular. A educação popular tem, no entanto, uma raiz mais profunda. A Pedagogia do Oprimido teve sua primeira edição publicada em 1970 (embora seu prefácio date de dezembro de 1967), fruto de observações de Paulo Freire no exílio e de suas experiências nas atividades educativas no Brasil, no início dos anos 1960. Nesse momento, o autor falava principalmente da necessidade de posicionar a educação como instrumento de conscientização, libertação, transformação.

Na saúde, segundo Vasconcelos (2001), a origem da utilização da educação popular remonta ao início da década de 1970, quando as experiências alternativas de saúde começam a se reestruturar, em paralelo às *Comunidades Eclesiais de Base, com o ressurgimento dos movimentos sociais de luta contra a ditadura*. O autor relata que

a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, a partir dos anos 70, 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 em saúde. (Vasconcelos, 2001, p.14)

A metodologia da educação popular, da forma como pensada por Paulo Freire, era o referencial dessas experiências, o que o autor considera como *um elemento estruturante fundamental*.

Vasconcelos define educação popular como um modo de participação para a organização de um trabalho político que abra caminho para a conquista da liberdade e de direitos. Ela objetiva:

trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de



aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

(Vasconcelos, 2001, p.4)



Várias experiências de educação popular em saúde têm sido descritas (Vasconcelos, 1999; Amorim, 2001; Chiesa & Westphal, 1995; Freire Jr, 1993; Mello et al., 1998; Dias, 1998; Pernambuco, 1998a; 1998b, Gouveia & Pires, 2001; dentre outros), com resultados importantes para a construção de uma nova forma de pensar a saúde, principalmente no sentido da consolidação de um trabalho efetivamente capaz de incluir comunidades e usuários no processo de cuidar e promover a saúde. Para ilustrar, descreveremos sucintamente algumas dessas experiências que foram importantes para a construção da proposta municipal que é apresentada ao final deste trabalho, destacando que não são as únicas e sim exemplos de um grande número de trabalhos que vêm sendo publicados nesta área.

Amorim (2001) relata a experiência do Centro Comunitário do Centro Psiquiátrico Pedro II, que passou a congregar uma série de projetos com base na educação popular. A brinquedoteca, o clube da terceira idade, as oficinas de artes e o projeto VIDAS (Valorização do Indivíduo no Desenvolvimento de Ações de Saúde), que visavam à construção de *alternativas de autonomia pessoal e social para a clientela relegada a estratégias de medicalização*, são alguns dos projetos citados que respeitavam o saber do outro, dando voz a pessoas que nunca tinham tido voz ou vez no serviço de saúde. Posteriormente, o centro se abriu para o trabalho de diversos grupos comunitários, associações, ONGs que se articulavam numa rede que o autor passa a chamar de Universidade Aberta ao Saber Popular.

O mesmo autor descreve, de forma lúdica, a experiência da rádio Revolução FM do Centro Comunitário, na qual os usuários da saúde mental discutem suas dificuldades na relação com aqueles que insistem em transformá-los em objetos (Amorim & Medeiros, 2000). Uma outra experiência com rádio comunitária é descrita por uma equipe de saúde da família de Sobral (CE) que, pela aproximação com as organizações populares presentes no Conselho Local de Saúde, passou a participar de atividades regulares na rádio comunitária, discutindo temas relativos à saúde. A equipe avalia essa experiência como *“um poderoso instrumento de comunicação e um espaço de interação entre a lógica de pensar das camadas populares e a lógica do conhecimento técnico-científico representado principalmente pelos profissionais de saúde”* (Nascimento et al., 1999, p.36).

Silvan (1998) descreve o uso do teatro de mamulengo na educação em saúde, como uma das distintas linguagens que podem compor o processo educativo em saúde. Sendo o mamulengo (espécie de boneco movimentado com as mãos) caracterizado pela improvisação, permite a participação da população, propiciando a interação com a realidade vivida, os valores culturais e valorizando o coletivo. A prática de espetáculos de teatro de

mamulengo na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco era sustentada pelo processo de formação nas oficinas e cursos, nos quais os animadores eram capacitados, orientava-se a confecção de bonecos e a montagem de espetáculos, fazendo parte de um projeto estadual de educação em saúde que incluía a criação de núcleos de educação em saúde, oficinas de alimentação alternativa e uso de remédios caseiros, além de outras ações.

Oliveira (1998) também descreve o uso do teatro de rua e de bonecos na educação em saúde. O eixo do projeto era a capacitação por meio de “oficinas de educação em saúde no controle da dengue”, que discutia os referenciais da educação popular em saúde, a linguagem crítica do teatro e da arte-educação, e planejava atividades a serem desenvolvidas, incluindo mostras de arte, eventos denominados “Arte e saúde na praça”, e mobilização com grupos populares de teatro e música.

As oficinas realizadas nos serviços de saúde vinculadas aos programas de saúde da mulher, desnutrição, gestantes, idosos, hipertensos etc. representam uma prática de educação em saúde bem mais comum no dia-a-dia dos serviços. Chiesa & Westphal (1995) descrevem a experiência com oficinas educativas problematizadoras voltadas para o controle do câncer cérvico-uterino. As oficinas eram compostas de cinco encontros, cada um com um tema gerador e uma estratégia facilitadora a ser utilizada.

Vasconcelos (1999) descreve detalhadamente a experiência com o grupo de desnutridos e com o trabalho de acompanhamento das famílias em situação de risco tomando por base o referencial da educação popular para a realização de pesquisa-ação, discutindo o papel e postura dos profissionais, a repercussão na comunidade e no serviço do trabalho desenvolvido. O uso do vídeo artesanal, feito com depoimentos de usuários dos serviços de saúde e pessoas da comunidade, é discutido como instrumento para a introdução de novos temas no debate dos grupos. Houve resistências de profissionais de saúde, que questionavam a capacidade dos técnicos envolvidos em lidar com emoções e afetos em grupos, a introdução de temas que não tinham diretamente a ver com a desnutrição e aspectos éticos da “exposição” de questões pessoais dos usuários que participaram do vídeo para o grupo. Os aspectos positivos da experiência referem-se à percepção do caráter coletivo do grupo, contribuindo para a superação do sentimento de fracasso e culpa, à construção de um sentimento de solidariedade e amizade para o enfrentamento dos problemas, à descoberta dos usuários como atores sociais, capazes de intervir, ter identidade própria, caminhar na direção da cidadania (Vasconcelos, 1999).

Práticas alternativas de saúde também são objeto da ação da educação popular. Experiências com alimentação alternativa e remédios caseiros são descritas em Pernambuco, onde a Secretaria Estadual de Saúde, entre 1995 e 1998, capacitou equipes para trabalhar essas questões nos municípios. A capacitação era feita por meio de oficinas com quarenta horas de duração, utilizando a metodologia da Didática de Apropriação do Conhecimento (DACO), que buscava “resgatar e apoiar o conhecimento contido na tradição, refletindo-o à luz do conhecimento científico, construindo novos conhecimentos e recomendando o que já pode ser comprovado cientificamente” (Pernambuco, 1998b, p.69). Freire Jr. (1993) descreve a

utilização da prática grupal de automassagem num serviço público de saúde, de forma regular durante cerca de dois anos, como um meio de educação popular para a saúde.

A música e a dança, como capoeira, danças afro-brasileiras, praticadas por grupos de adolescentes têm sido utilizadas na perspectiva da educação popular em saúde em diversos municípios, embora ainda não se tenham registrado essas experiências em publicações. O uso da televisão, ou mais especificamente da produção, exibição e discussão coletiva de vídeos com a comunidade também constitui um instrumento para a educação popular em saúde.

Essas são exemplos das várias práticas de saúde que podem ser encontrados em todas as regiões do Brasil, demonstrando uma sensibilidade dos serviços para o desenvolvimento de ações educativas que sejam pautadas, originárias e recriadoras da cultura popular.

As propostas da educação popular em saúde superam o próprio setor saúde ao buscar a formação crítica dos representantes da sociedade civil de caráter popular, colaborando para aumentar a consciência e compreensão das condições de vida e relações existentes com a saúde, subsidiando movimentos e lutas em defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social (Valla & Stotz, 1993).

Por outro lado, no momento em que atores sociais tomam consciência das causas mais profundas dos problemas de saúde e das relações sociais que os permeiam, podem apontar para a luta social de forma mais conseqüente, ficando também mais comprometidos com a saúde da comunidade. É nessa dicotomia que surgem as discussões sobre o apoio social. Lideranças, profissionais e agentes comunitários de saúde estão diretamente envolvidos nesse processo, estimulados a lutar pela saúde da comunidade e compelidos a buscar na própria comunidade formas de resolver e minorar algumas questões de saúde que não podem e nem devem esperar só pelo Estado.

Valla (1999) destaca que o apoio social pode realizar a prevenção (e completá-la também o cuidado) por meio da solidariedade e do apoio mútuo, mas também representa um tema de *“discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica”* (p.12).

Nas suas mais diversas formas de expressão, a educação popular em saúde é também um compromisso político com as classes populares, com a luta por condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Está diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular. Tem uma perspectiva histórica, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino (Stotz, 1994).

O diagnóstico e planejamento participativo como instrumentos da educação popular em saúde

O uso do diagnóstico e planejamento participativo como instrumentos de mobilização da comunidade, aumento da consciência crítica sobre os problemas e discussão de propostas para sua solução é descrito por Carvalho (1993b) e Raupp (2001).

Discutindo a importância do diagnóstico participativo para a apropriação dos serviços de saúde pela população e para que esses conheçam realmente as suas reais necessidades, Carvalho (1993b) destaca que várias informações sobre uma das áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, tidas como conclusões óbvias pelos técnicos e gestores da saúde, quando vistas sobre a ótica da população, podem significar situações opostas. Assim, uma aparente “ampla” oferta de serviços na região não garante o acesso da população, acarretando protestos, denúncias e “*outras formas de organizações no sentido de tentar resolver autonomamente as carências encontradas*” (p.116). Quando melhor analisado, o acesso segundo o tipo de serviço oferecido e a demanda atendida mostra uma realidade completamente diferente da análise normalmente feita levando em conta apenas a capacidade instalada dos serviços (Carvalho, 1993b).

Quando se trata de notificação de doenças, pode haver uma colaboração mútua com a incorporação da população no diagnóstico e na discussão dos dados epidemiológicos. A análise dos dados desagregados por áreas de um bairro, por favelas, por exemplo, pode localizar melhor o problema e possibilitar um planejamento mais coerente das ações de controle de uma epidemia. A autora destaca que o diagnóstico participativo poderia subsidiar o planejamento, possibilitando aos técnicos levar “*em conta o ‘olhar’ do usuário, sua percepção e necessidade*” (Carvalho, 1993b, p.126-7). Pelo lado dos usuários, por sua vez, o diagnóstico poderia contribuir para a formação de uma consciência crítica e para a capacitação sobre a forma de utilizá-lo como instrumento da luta política, podendo construir, a partir de um processo educativo, uma ação transformadora.

Raupp (2001), analisando duas experiências de planejamento participativo na atenção básica à saúde, concebe essa forma de planejamento como um sistema de fala, de diálogo entre os saberes técnico e popular, em que sujeitos/atores - profissionais de saúde e comunidades - construiriam interpretações comuns da realidade e “*compromissos e intenções, na busca de melhores níveis de qualidade de saúde e de vida para a população*” (p.19). A autora discute a compreensão do processo participativo por profissionais e comunidades, destacando a concepção instrumental de participação dos primeiros, voltada para “resolver os conflitos” e conseguir o apoio da população aos projetos. A postura de superioridade dos técnicos está ligada à concepção da participação como colaboração, como algo separado das atividades do serviço, à qual o técnico adere “voluntariamente”. A coexistência de diferentes concepções de participação e planejamento entre os atores da comunidade e dos serviços relaciona-se provavelmente a um processo de amadurecimento e consolidação da proposta. Raupp discute os pontos positivos das experiências do planejamento participativo nos serviços e conclui destacando o seu potencial para a “*compreensão crítica da realidade e intervenção criativa na mesma*” (2001, p.19).

As equipes de saúde da família, em muitos municípios, têm sido orientadas para o uso dessas técnicas tanto como forma de uma melhor apropriação da situação de vida e de saúde da população, quanto como um instrumento de construção de parcerias e de conscientização da população

para reivindicar intervenções intersetoriais. Nesta linha, no Recife, a construção do diagnóstico tem sido um processo muito rico e elemento importante na relação educativa da comunidade e das equipes de saúde da família, bem como na formação dos núcleos de educação popular em saúde.

A proposta municipal de educação popular em saúde no Recife
As experiências com educação popular constituíram uma diretriz política da gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, propiciando condições favoráveis ao desenvolvimento, utilização e reformulação, na prática, da forma tradicional de atuar dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, a gestão municipal da saúde construiu coletivamente a proposta municipal de educação popular em saúde, inicialmente com a participação dos técnicos dos distritos sanitários para, em seguida, passar pela discussão junto ao núcleo gestor, às comunidades e equipes envolvidas. A proposta desenvolvida teve como objetivo criar condições que favoreçam a participação crítica e criativa dos vários setores da sociedade na busca de melhoria da qualidade de vida e de saúde. A tarefa era desencadear um processo de discussão amplo, enfocando a educação popular em saúde que culminasse por envolver as 126 equipes de saúde da família, 1360 agentes comunitários de saúde e 780 agentes de saúde ambiental⁴.

² Situação em junho de 2002.

Na sua versão final, a proposta é composta de cinco projetos de ações: fortalecimento dos serviços de educação em saúde dos distritos sanitários, implantação dos núcleos de educação e cultura popular em saúde (Nucepts), capacitação continuada em educação popular em saúde, articulação intra-setorial e articulação intersetorial. A difusão e o desenvolvimento de metodologias e linguagens em educação popular em saúde, a produção de materiais educativos, construção de parcerias com a comunidade e garantia de infraestrutura e equipamentos para as ações educativas foram estratégias traçadas para a implantação da proposta.

Na sua fase inicial, pretendia capacitar 12 equipes de saúde da família, número rapidamente ampliado, tendo sido realizadas 15 oficinas, envolvendo 34 equipes e 365 profissionais. A experiência de implantação teve resultados positivos com a consolidação dos trabalhos em 19 equipes de saúde da família, nas quais os grupos de usuários têm uma identidade própria, com nome e autonomia, sendo constituídos pelo ciclo da vida. Nestes, são discutidas questões sociais de forma ampla e não apenas relacionadas à doença. As equipes trabalham com técnicas corporais, como alongamento, relaxamento, exercícios leves e técnicas de estímulo à participação, trabalhando a saúde de uma forma mais ampla.

Atividades diversas como oficinas de alimentação enriquecida, organização de movimentos junto à comunidade para resolução de problemas de lixo e esgotamento sanitário, atividades esportivas de promoção da saúde, organização de grupos comunitários no combate a dengue, dentre outras, refletem os primeiros resultados do projeto. Os núcleos de educação popular em saúde são compostos junto às equipes, sendo multifacetados, assumindo diferentes faces de acordo com as necessidades da comunidade.

Foi esse conjunto de resultados que revelou uma maior integralidade das

ações desencadeadas pela educação popular em saúde. O reconhecimento do usuário como cidadão nos grupos que não os estigmatizam como doentes, pois são ouvidos e estimulados a viver atividades de promoção da saúde (exercícios, alimentação, hábitos) e a lutar em defesa de melhores condições de vida, representa fato concreto dificilmente encontrado em equipes que não se referenciam na educação popular. As equipes também revelam uma visão mais integral no atendimento individual, com algumas delas trabalhando com terapias complementares e relacionando o atendimento diretamente com os grupos.

Conclusão

Analisando os artigos descritos e o caso de Recife, pode-se afirmar que a educação popular contribui para a inclusão de novos atores e abertura de canais de participação no nível local. Além de reforçar a participação social em si mesma, potencializa uma maior conscientização do povo sobre suas condições de vida, reforçando a organização popular e as lutas sociais pela saúde, que constituem eixo para a promoção e, conseqüentemente, a integralidade das ações em saúde.

Outro aspecto a destacar é o potencial da educação popular em contribuir para que as equipes de saúde possam incorporar novas práticas. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, leva a um maior entendimento das ações de saúde como ações educativas. Vistas desta forma, as ações tendem a se aproximar da integralidade, assumindo como prática cotidiana a junção promoção-prevenção-assistência, o trabalho multiprofissional e intersetorial. Como foi dito por Vasconcelos (2003)⁴ em um debate da Rede de Educação Popular e Saúde na internet, a *educação popular não é uma atividade a mais a ser desenvolvida nos serviços de saúde, pois é uma atividade que redireciona toda a dinâmica do serviço, na medida em que fortalece a participação popular na discussão das suas várias iniciativas técnicas. A educação popular é um instrumento de reorganização institucional do setor saúde.*

⁴ Mensagem de correio eletrônico à lista da Rede de Educação Popular e Saúde <edpopsaude@yahoo.com.br>

Referências

- ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE:** em busca da integralidade. 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- AMORIM, A. C. Educação e saúde cidadã – a voz e a vez do saber popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **Saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.137-68.
- AMORIM, A. C.; MEDEIROS, T. L. No ar... 105,5 MHz Revolução FM, a rádio que é "louca por você"!!! **Nós da Rede. Bol. Rede Educ. Popular em Saúde.** v.1, n.3, p.8-9, 2000.
- BRASIL. **Assistência pré-natal:** pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. (Série A, Normas e Manuais Técnicos, 36).
- BRASIL. **Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Atlas, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** - Lei Nº. 8080. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços locais de saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993a. p.117-36.

CARVALHO, M. A. P. A propósito do diagnóstico participativo como instrumento para o controle social dos serviços. In: VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. (Org.) **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993b. p.113-27.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.45, p.19-22, 1995.

DIAS, R. B. Eu? Eu estou aí, compondo o mundo. Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl.2, p.149-57, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FREIRE JR., M. B. Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para saúde. **Saúde em Debate**, n.41, p.4-9, 1993.

GOUVEIA, L. M. A.; PIRES, M.B. **Educação em saúde mental no município do Cabo de Santo Agostinho**: construindo sujeitos? Recife, 2001. (mimeogr.).

HARRISON, T.R.; PETERSDORF, R.G.; ADAMS, R.D.; BRAUNWALD, E.; ISSELBACHER, K.J.; MARTIN, J.B.; WILSON, J.D. **Medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. v.1.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.4, p.481-90, 1994.

MELLO, D. A., ROUQUAYROL, M.Z.; ARAÚJO, D.; AMADEI, M.; SOUZA, J.; BENTO, L.F.; GONDIN, J.; NASCIMENTO, J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.3, p.583-95, 1998.

NASCIMENTO, J.A., DIAS, C.V.; RODRIGUES, H.C.; PASSOS, M.R.S.; FAUSTINO, R.V. Educação popular na prática do PSF: experiência em rádio comunitária. **Rev. Sobralense de Políticas Públicas**, v.1, n.1, p.32-7, 1999.

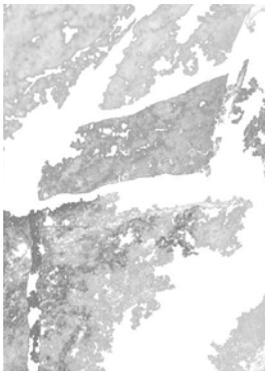
OLIVA, R. Saúde é a atenção ao indivíduo em sua totalidade. **Saúde em Debate**, n.19, p.17-9, 1987.

OLIVEIRA, M.V. A. S. C. O uso do teatro de rua e de bonecos no controle da dengue: mais um caminho pra um novo pensar, sentir e fazer educação em saúde. **Cad. Educ. em Saúde**. Diálogo de Saberes – Linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998. p.51-60.

OMS. **Carta de Ottawa**, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986. Disponível em: <www.saude.gov.br/programas/promoçaoalma.htm> Acesso em: 27 jun. 2001.

OPS. **Controle das doenças transmissíveis no homem**. 13.ed. Washington: OPS, 1983. (Publicação Científica, 442).

PERNAMBUCO. **Caderno de Educação em Saúde 1** – Percepções teóricas e metodológicas. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998a.



ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N.

PERNAMBUCO. **Caderno de Educação em Saúde 2** – Diálogo de Saberes – Linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998b.

RAUPP, B. **Educação e planejamento participativo em saúde**: estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária. Porto Alegre/Montevidéu, 2001. (mimeogr.).

SILVAN, C. Teatro de mamulengo: cultura popular e sua contribuição nas concepções e práticas de educação em Saúde. **Caderno de Educ. em Saúde 2**. Diálogo de Saberes – Linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998. p.25-9.

SPSEP. Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular. **A educação em saúde que a sociedade brasileira necessita**: carta aberta à sociedade brasileira. Brasília, 2000. (mimeogr.).

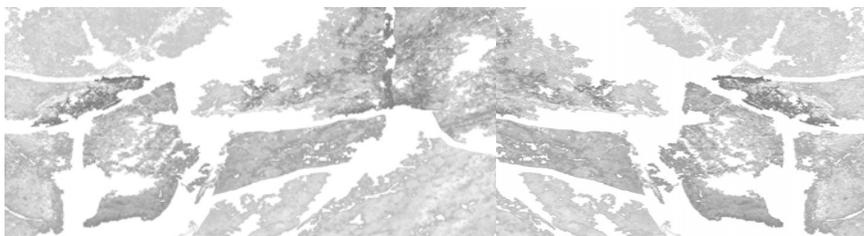
STOTZ, E. N. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.123-42.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. Apresentação. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Org.) **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.7-8.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, n.15, supl.2, p.7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec/Ministério da Saúde, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface — Comunic., Saúde, Educ.**, v.5, n.8, p.121-6, 2001.



ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. La educación popular en la atención básica a la salud en el municipio: en busca de la integralidad, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

En este estudio se hace una revisión bibliográfica y un análisis documental de las experiencias de educación en salud en los servicios, basadas en la Educación Popular en Salud y su capacidad de desarrollar la integralidad de las acciones en la Atención Primaria. Es discutida la forma como la educación en salud viene siendo trabajada en los servicios de salud, y las dificultades para la construcción de una atención realmente integral de la salud. Las acciones de salud son acciones educativas donde, tanto profesionales como usuarios aprenden y enseñan, construyendo el saber. Así, la atención a los individuos también es discutida en el ensayo, tanto en lo que se refiere a la postura de los profesionales como al respeto al saber popular y a la búsqueda, de los usuarios, de la terapéutica más adecuada. Es propuesta una sistematización de programas de acción y actividades que pueden componer una propuesta de Educación Popular en salud para los municipios.

PALABRAS CLAVE: Educación popular; atención primaria de la salud; integralidad; educación en salud.

Recebido para publicação em 21/10/03. Aprovado para publicação em 24/06/04.