

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi

**Educação em saúde na atenção primária: promovendo encontros e construindo saberes**

Rio de Janeiro

2021

Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi

**Educação em saúde na atenção primária: promovendo encontros e construindo saberes**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisele O'Dwyer

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Henriques.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: **Health education in primary care: promoting meetings and building knowledge.**

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

F547e Fittipaldi, Ana Lúcia de Magalhães.  
Educação em Saúde na Atenção Primária: promovendo encontros e  
construindo saberes / Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi. — 2021.  
163 f.

Orientadora: Gisele O'Dwyer.

Coorientadora: Patrícia Henriques.

Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de  
Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Educação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Política de  
Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Estratégia Saúde da Família.  
6. Educação Popular em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi

**Educação em saúde na atenção primária:** promovendo encontros e construindo saberes

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 25 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Denise Cavalcante de Barros  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Patrícia Camacho Dias  
Universidade Federal Fluminense – Instituto de Nutrição

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Valéria Romano  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade de Medicina

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Patrícia Henriques  
Universidade Federal Fluminense – Instituto de Nutrição

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Gisele O’Dwyer (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

## AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Gisele O'Dwyer e Patrícia Henriques, por suas leituras atenciosas e contribuições generosas, compartilhando seus conhecimentos e experiências para elaboração dessa tese. Sem suas orientações não seria possível concluir este trabalho. Minha gratidão.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Nas suas diversas áreas de conhecimento, são profissionais de excelência com grande contribuição para a saúde coletiva. Só foi possível pensar e realizar este trabalho com seus ensinamentos.

Aos meus colegas de turma, que muitas vezes me ajudaram em momentos de angústia e dúvidas com auxílio teórico e acadêmico, mas, principalmente, com palavras de incentivo e escuta atenciosa.

Aos professores membros da banca, Patrícia Camacho Dias, Valéria Ferreira Romano, Denise Cavalcante de Barros e Carlos Otávio Fiúza Moreira, por aceitarem estar neste momento de finalização de uma intensa jornada. Gratidão por dedicarem um tempo ao meu trabalho.

Às gerentes das Clínicas da Família Analaura Ribeiro Pereira e Priscila Costa, que abriram as portas das Unidades de Saúde e me acolheram com generosidade.

Aos profissionais das Clínicas da Família. Sem palavras para agradecer o carinho e a atenção com os quais permitiram minha entrada e participação nas práticas coletivas. Agradeço, principalmente, por seu compromisso profissional com o SUS e com a APS de qualidade. Sou fã dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e grata pelo aprendizado que me foi proporcionado.

Aos amigos e amigas de longa data que estavam sempre por perto dando apoio emocional e também auxílio na escrita e revisão da tese, em especial à Márcia Maria Fernandes, Flávia Cardoso e Margareth Garcia. Talvez elas nem saibam como foram importantes.

À minha filha, Giovana, cuja presença em si já é motivo para gratidão e motivação.

Ao meu parceiro de todas as horas e momentos, Mário Sarinho. Obrigada por sentir orgulho de mim.

À minha família. De uma forma ou de outra, sempre nos apoiamos.

Por último, deixo agradecimentos sem fim para os usuários das Clínicas da Família que dividiram comigo um pouco das suas vidas. Sem dúvida foi um grande aprendizado acadêmico e de vida que levarei sempre comigo.

Finalizo com a esperança de que possamos todos nos encontrar novamente em breve. Nos abraços, nas rodas de samba, nos encontros de família, nas conversas intermináveis, olho no olho, para vivenciarmos o social que há em nós e celebrarmos o amor, a amizade e a vida.

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperançar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo....

Paulo Freire

## RESUMO

A educação em saúde é uma importante ferramenta utilizada na Atenção Primária à Saúde para incentivar o autocuidado e estimular a autonomia dos sujeitos. Os estudos encontrados na literatura que analisaram a educação em saúde sob a perspectiva do usuário do sistema são insuficientes. Assim, torna-se necessário ampliar tais investigações para uma melhor compreensão e organização das práticas educativas. A presente tese de doutorado objetivou analisar a percepção dos usuários sobre a educação em saúde no curso do cuidado prestado na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em duas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro. A metodologia incluiu análise documental de políticas públicas de saúde e pesquisa exploratória, por meio de observação participante de práticas educativas e entrevistas semiestruturadas com usuários que participavam das ações coletivas. A análise e interpretação das entrevistas teve como referencial teórico-metodológico a análise de conteúdo temática de Bardin, ancorada na teoria sociológica de Pierre Bourdieu. A análise das políticas públicas demonstrou diversas abordagens de ações de educação em saúde que se complementaram para alcançar a integralidade do trabalho educativo em saúde. Demonstrou, ainda, que diretrizes para contemplar a participação popular e o incentivo à autonomia dos sujeitos estavam presentes. Foi realizada observação participante em treze reuniões, de seis grupos educativos e doze entrevistas semiestruturadas. Os entrevistados demonstraram ter consciência de sua situação de vulnerabilidade e de suas limitações para transformar a sua realidade. Atribuíram como significados às práticas coletivas: intervenções terapêuticas complementares aos cuidados clínicos que contribuíram com a construção de saberes e estímulo ao autocuidado; e momentos de convívio social e formação de redes de apoio. Destacaram que as ações coletivas eram desenvolvidas em um ambiente acolhedor, com diálogo e respeito aos conhecimentos e vivências de todos os participantes, abarcando os preceitos da Educação Popular em Saúde. Ressaltaram as influências políticas, econômicas e sociais nas práticas de saúde. Os conceitos de *habitus*, campo, capital simbólico e poder simbólico, oferecidos pela teoria da ação social de Bourdieu, propiciaram a compreensão dos significados e expectativas dos usuários sobre as ações educativas, enquanto práticas sociais construídas por meio de influências subjetivas e objetivas. Por fim, espera-se contribuir com o campo da educação em saúde no sentido de inovar por meio do diálogo e da interação com a dinâmica de vida popular, para propor alternativas coletivas que sejam efetivas e transformadoras da realidade.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação Popular em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

Health education is an important tool used in Primary Health Care to encourage self-care and encourage autonomy. The studies found in the literature that analyzed health education from the perspective of the health system user are insufficient. Thus, it is necessary to expand such investigations to better understand and organize educational practices. This doctoral thesis aimed to analyze the perception of the user of health education as a tool in Primary Care. This is a qualitative research conducted in two Family-Care Clinics in the city of Rio de Janeiro. The methodology included documentary analysis of public health policies and exploratory research through participant observation of educational practices and semi-structured interviews with users participating in collective actions. The analysis and interpretation of the interviews had as a theoretical-methodological reference the analysis of thematic content by Bardin, based on the sociological theory of Pierre Bourdieu. The analysis of public policies demonstrated several approaches to actions in health education that complemented each other to achieve the integrality of health education work. It also demonstrated that they presented guidelines for contemplating popular participation and encouraging autonomy. Participant observation was conducted in thirteen meetings of six educational groups and twelve semi-structured interviews. The interviewees demonstrated to be aware of their situation of vulnerability and of their limitations to transform their reality. They attributed the following to collective practices: therapeutic interventions complementary to clinical care that contributed to the construction of knowledge and encouragement to self-care; and moments of social interaction and formation of support networks. They emphasized that collective actions were developed in a welcoming environment, with dialogue and respect for the knowledge and experiences of all participants, encompassing the precepts of Popular Education in Health. They highlighted the political, economic, and social influences on health practices. The concepts of *habitus*, field, symbolic capital, and symbolic power, offered by the theory of social action by Bourdieu, provided an understanding of the meanings and expectations of users about educational actions, while social practices were constructed through subjective and objective influences. Finally, the study is expected to contribute to the field of health education to innovate through dialogue and interaction with the dynamics of popular life, proposing collective alternatives that are effective and can transform reality.

Keywords: Health Education. Popular Health Education. Primary Health Care. Public Health Policies. Qualitative Research.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública
CF	Constituição Federal
DEGASE	Departamento Geral de Ações Educativas
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
MTCI	Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PS	Promoção da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	19
2.1	OBJETIVO GERAL .....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
3	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	20
3.1	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REORGANIZANDO E REORIENTANDO A APS .....	20
3.2	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	28
3.2.1	<b>Paulo Freire: aproximações entre a educação dialógica e problematizadora e a pesquisa participante</b> .....	34
3.3	A EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O PENSAR CRÍTICO E REFLEXIVO NA BUSCA POR SAÚDE .....	39
3.4	PIERRE BOURDIEU E OS CONCEITOS DA SOCIOLOGIA DA AÇÃO .....	47
4	<b>MÉTODO</b> .....	57
4.1	PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ANÁLISE DOCUMENTAL E PESQUISA DE CAMPO EXPLORATÓRIA.....	57
4.2.	A PESQUISA DE CAMPO .....	58
4.2.1	<b>O cenário e os participantes do estudo</b> .....	58
4.2.2	<b>As técnicas de coleta e análise das informações</b> .....	60
4.2.3	<b>O contexto do trabalho de campo: a APS no município do Rio de Janeiro e a Pandemia de COVID-19</b> .....	63
4.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	65
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	66
5.1	ARTIGO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AS ABORDAGENS E ESTRATÉGIAS CONTEMPLADAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	67
5.2	OBSERVANDO AS PRÁTICAS COLETIVAS .....	86
5.3	AS ENTREVISTAS COMO ELEMENTO DO PROCESSO EDUCATIVO .....	96
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	140
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	145
	<b>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	158
	<b>APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE</b> .....	161
	<b>APÊNDICE 3 - ROTEIRO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL</b> .....	162

## APRESENTAÇÃO

A construção do tema desse estudo parte do meu interesse e motivações profissionais enquanto nutricionista atuando há 14 anos na Atenção Primária à Saúde (APS) e realizando ações de cuidado, ensino e pesquisa, inserida em uma instituição pública federal de saúde pública. Parte de uma observação prática, no cotidiano de trabalho, de uma intervenção em saúde que muitas vezes não era efetiva, representada pela pouca adesão dos usuários às orientações recebidas pelos profissionais, seja durante as consultas individuais, nos consultórios, ou nos momentos de ações educativas coletivas. Essa não efetividade das ações me gerou uma inquietação e desencadeou questionamentos sobre o porquê de tão pouca adesão observada e se estávamos ou não no caminho correto.

Na minha experiência durante o mestrado trabalhei com a percepção dos profissionais da APS sobre o Apoio Matricial prestado pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesse período, ao ouvir os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do NASF, percebi, e tive a convicção, que ouvir os sujeitos envolvidos em determinada ação é essencial para a compreensão tanto da ação em si quanto para o entendimento sobre as dificuldades, desafios e perspectivas encontradas pelos envolvidos no processo. Assim, a partir dessa compreensão, propor estratégias para modificar ou potencializar o trabalho em saúde.

Fazendo um paralelo entre minha dissertação de mestrado e a construção do meu projeto de tese de doutorado, comecei a perceber que ouvir os usuários da APS, conhecê-los melhor, bem como sua trajetória de vida, seria um possível caminho a ser trilhado no sentido de compreender como os mesmos percebem os processos educativos no cuidado em saúde da forma como vem sendo desenvolvido na APS.

O trabalho cotidiano com população de grande vulnerabilidade social, que é a característica da maioria dos usuários da APS, gera uma inquietação adicional, ao se pensar nas dificuldades vivenciadas pelos mesmos e que se somam àquelas decorrentes do adoecimento, influenciando diretamente o desenrolar do processo saúde-doença, como a violência, o desemprego e a pobreza extrema.

Diante da minha formação como nutricionista, com enfoque principal nas questões biológicas que envolvem o estudo da alimentação e nutrição, precisei me debruçar sobre as disciplinas das ciências sociais para que pudesse construir e elaborar um projeto de tese de doutorado que tornasse possível responder minhas questões e inquietações. Assim o fiz, durante

o período em que cursei as disciplinas na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

A partir das leituras e reflexões em conjunto com professores e colegas de turma, fui desenhando meu objeto de estudo e elaborando o projeto de pesquisa que se concretizou na Tese de doutorado em Saúde Pública que será apresentada a seguir.

Vale ressaltar que o período final de elaboração da tese foi atravessado por diversas dificuldades que limitaram a possibilidade de desenvolver um estudo totalmente dentro do escopo que se planejou. Inicialmente em razão da situação político-econômica do município do Rio de Janeiro, que acarretou um movimento de greve entre os trabalhadores da saúde e afetou a APS e, posteriormente, pela Pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19), que impactou na organização do fluxo de trabalho nas Unidade de Saúde no Brasil e no mundo todo. Ambas foram situações vivenciadas que fugiram da nossa governabilidade, influenciando diretamente a execução da presente tese. Apesar das dificuldades relatadas, a tese foi concluída atendendo os objetivos propostos pelo projeto de pesquisa.

Dito isso, apresento uma visão geral da tese, que foi estruturada em cinco partes principais. Na primeira parte apresenta-se o contexto teórico conceitual do tema e a delimitação do objeto de estudo, para em seguida apontar o problema de pesquisa por meio das questões norteadoras bem como os objetivos geral e específicos que direcionaram a pesquisa. A segunda parte consiste na fundamentação teórica para melhor compreensão do objeto de estudo, onde apresenta-se os capítulos do marco teórico. A primeira explanação teórica aborda a Estratégia Saúde da Família como reorganizadora da Atenção Primária, destacando o seu processo de trabalho que abrange também o componente educativo nas suas práticas. Em seguida apresenta-se o capítulo sobre o arcabouço teórico-conceitual de Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde (EPS) relacionando com o escopo da ESF e dando destaque para a pedagogia de Paulo Freire e para a pesquisa participante. O terceiro capítulo do marco teórico apresenta a Educação em Saúde como estratégia de operacionalização da Promoção da Saúde (PS), destacando a teoria da educação crítica, bem como a concepção de risco no cenário da saúde coletiva. Por fim, o último capítulo teórico discute a aplicação e os desdobramentos da teoria sociológica de Pierre Bourdieu no campo da saúde, apresentando os conceitos por ele desenvolvidos de *habitus*, capital simbólico, espaço social, campo e poder simbólico, que foram utilizados como base teórica na análise empírica do presente estudo. Segundo Bourdieu (2009), para compreender o que o agente faz, porque faz e como faz, ou seja, a sua ação social, é importante reconstruir os elementos e aspectos que escapam a sua consciência, combinando significados subjetivos e objetivos.

Na terceira parte da tese apresenta-se o percurso teórico-metodológico utilizado para atender os objetivos da pesquisa, bem como os aspectos éticos.

Nessa perspectiva, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa em duas etapas: na primeira, para compreender o discurso oficial, foi realizada análise documental de políticas públicas de saúde sendo as mesmas consideradas como elementos estruturais (objetivos) das ações de educação em saúde. A segunda etapa, para compreensão do discurso dos agentes (usuários), bem como dos aspectos subjetivos, realizou-se observação participante das práticas coletivas e entrevistas semiestruturadas com os usuários das Clínicas da Família e integrantes dos grupos educativos.

A quarta parte da tese é dedicada a apresentação, análise e discussão dos resultados empíricos. Os resultados da análise documental das políticas públicas são apresentados em formato de artigo científico. Já a análise empírica das entrevistas semiestruturadas é apresentada por meio de categorias analíticas tendo como referencial a análise de conteúdo temática de Bardin (2011), sob a perspectiva da teoria social de Pierre Bourdieu.

Por fim, na quinta e última parte da tese são tecidas considerações relacionadas aos principais achados da pesquisa, às reflexões sobre o alcance dos objetivos propostos, incluindo as limitações, potencialidades e contribuições da pesquisa para o campo da educação em saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A educação no campo da saúde tem sido reconhecida como relevante ferramenta no desafio enfrentado por gestores e profissionais em lidar com o adoecimento da população. É componente do processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo considerada uma de suas atribuições desenvolver ações educativas com o objetivo de incentivar a conscientização dos indivíduos e da comunidade sobre o autocuidado e estimular autonomia na busca por intervenções possíveis para as complexas situações de saúde-doença vivenciadas no cotidiano (FERREIRA et al., 2014; BRASIL, 2017a).

A APS é considerada lócus privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas, uma vez que a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto porta de entrada preferencial no sistema de saúde, possui atributos e princípios que possibilitam maior aproximação com a população e com a comunidade. Assim, a abordagem familiar, a formação de vínculo, o cuidado longitudinal, bem com a competência cultural, possibilitam estratégias educativas com potencial de gerar um pensamento crítico e transformador (PEREIRA, 2013).

A educação em saúde possui concepções que foram sendo modificadas ao longo do tempo em função do contexto político, histórico e social, influenciando a elaboração de políticas públicas e, por consequência, também as práticas desenvolvidas no cuidado em saúde. Assim, observou-se nas últimas décadas, que as abordagens de cunho social e inclusivas, no contexto da educação em saúde, foram conquistando espaço na elaboração das políticas públicas de saúde. Dessa forma, a gestão e participação popular bem como o controle social foram inseridos e estimulados no discurso oficial de diversas políticas comprometidas com a operacionalização de processos educativos com ênfase no estímulo à autonomia e protagonismo dos indivíduos na busca por seus direitos à saúde (FERREIRA et al., 2014; BRASIL, 2017a).

Sendo assim, as estratégias educativas, inicialmente com ênfase nos aspectos sanitários e comportamentais, com abordagens normatizadoras e baseadas principalmente no conhecimento técnico-científico foram gradativamente incorporando novas concepções. Dessa forma, foram inseridas abordagens baseadas principalmente na pedagogia dialógica e transformadora de Paulo Freire na intencionalidade de alcançar os objetivos das equipes da APS de estímulo à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos (FERREIRA et al., 2014; BRASIL, 2017a; SILVA, 2021).

As políticas de saúde representam um imaginário (para profissionais e para a população) sobre o que são e de que forma devem ser realizadas as práticas de saúde. Elas norteiam a operacionalização do cuidado em saúde, em determinadas condições e contextos histórico-

sociais, por meio de seus princípios, propósitos, diretrizes e eixos estratégicos (CAMPOS, 2013). Dessa forma, a análise das estratégias de educação em saúde previstas nas políticas públicas é importante para a compreensão da natureza de ações e programas que irão orientar a dimensão educativa do cuidado cotidiano em saúde na APS.

No entanto, ainda que inseridas nas políticas públicas, não existe garantia de que tais abordagens e estratégias educativas serão efetivamente implantadas nas unidades de saúde e nos processos diários de trabalho das equipes da APS.

De fato, como aponta Assis (2018), a despeito das mudanças observadas nas políticas públicas nos últimos 40 anos, as ações nas unidades de saúde não acompanharam tais mudanças, tornando o debate sobre a redefinição das práticas de saúde urgente e necessário.

Nesse sentido, o incentivo à autonomia deve ser um elemento norteador das ações educativas, conforme aponta Onoko-Campos (2009). O autor ressalta que a autonomia é considerada um dos objetivos ou finalidades centrais das políticas e da gestão do trabalho em saúde. Dessa forma, caberia aos sistemas de saúde promover a ampliação da autonomia dos indivíduos. Seriam, então, objetivos do trabalho em saúde além da produção da mesma, nos diversos aspectos (curativos, preventivos, de reabilitação ou cuidados paliativos) a contribuição com a capacidade reflexiva e com a ação autônoma dos sujeitos envolvidos no processo.

Nessa perspectiva, a autonomia seria entendida como um conceito relativo, não sendo considerada como uma independência ou liberdade absoluta, ou, ainda, ausência de qualquer dependência. Ao contrário, seria compreendida como a capacidade ou ampliação dessa capacidade de o sujeito lidar com sua própria rede ou sistema de dependências, compreendida aqui como as condições debilitantes ou limitantes (hipertensão, diabetes e câncer por exemplo), a idade, o contexto cultural e social em que vivem e a própria subjetividade e relações de afeto que permeiam a sua vida (CAMPOS; AMARAL, 2007; ONOKO-CAMPOS, 2009).

A ampliação da autonomia dos indivíduos pode ser avaliada pela sua capacidade de compreender o processo saúde/doença e atuar sobre si mesmo e sobre a sua própria vida, além de estabelecer compromissos e se co-responsabilizar pelo seu cuidado (CAMPOS; AMARAL, 2007). A co-construção da autonomia dependeria do próprio sujeito e da coletividade e, ainda, de condições externas como da existência de políticas públicas mais ou menos democráticas e de valores veiculados pela gestão de instituições de saúde (ONOKO-CAMPOS, 2009).

Segundo Onoko-Campos (2009), as abordagens educativas em saúde coletiva realizadas nas unidades de saúde são, em geral, feitas a partir de análise de risco e de prescrições de intervenções baseadas em estilos de vida saudáveis. O autor considera que tais ações são restritivas, baseadas somente nos saberes técnicos e objetivos, desconsiderando as

subjetividades dos indivíduos, não sendo negociadas com eles. Dessa forma, não contribuem com a construção da autonomia, e ainda reforçam a culpabilização da vítima por não “seguir” as orientações prescritas.

Para que os processos educativos sejam efetivos é necessário que sejam construídos a partir do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos.

Planejar e operacionalizar ações educativas para alcançar tamanho objetivo requer reflexões sobre as dificuldades vivenciadas no cotidiano. Segundo Cecílio (2012), um dos problemas teórico-práticos, cujo entendimento é fundamental para propor ações de inovação na produção do cuidado na AB, é a tensão existente entre o "usuário-fabricado" e o "usuário-fabricador". Aqui o autor propõe a compreensão sobre quem é o usuário do sistema de saúde, o que ele deseja, como se comporta e como os gerentes e as equipes de saúde se defrontam com esses usuários. Assim, o usuário-fabricado seria o ideal, aquele que é alvo das estratégias de normalização e educação, de disciplinamento, visando o funcionamento adequado do sistema, em conformidade com as racionalidades construídas pelos parâmetros da medicina preventiva. Nesse entendimento, a informação e a educação seriam utilizadas como forma de controle.

Em oposição a essa tentativa de controle, surge o usuário-fabricador, o usuário real, autônomo, nômade, que faz suas escolhas e subverte a racionalidade planejada pelos gestores. Trata-se de reconhecer que, por mais que se tente enquadrar os indivíduos em uma lógica formal e ditada pelos parâmetros da medicina preventiva, eles “transgridem a regra” o tempo todo. Reconhecer essa autonomia do usuário real e colocá-lo como central no sistema de saúde torna-se estratégico para que se possa inovar na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento. O autor deixa claro que existe uma tensão entre o que é proposto pelos gestores e profissionais de saúde no cotidiano do cuidado e o caminho real trilhado pelos usuários na busca de solução para seus problemas e necessidades de saúde.

Dessa forma, Cecílio et al. (2014, 2018) ressaltam a importância de compreender o significado que os usuários atribuem à APS e de que forma utilizam o serviço que é oferecido neste nível de atenção, identificando que existe um agir leigo na saúde representado pelo papel do usuário na coprodução do cuidado em saúde. Vale ressaltar que as ações educativas são elementos do cuidado em saúde e, portanto, o agir leigo perpassa também pela educação em saúde.

São poucos os estudos encontrados na literatura que analisaram a abordagem educativa em saúde sob a ótica do usuário do sistema de saúde. A maioria estudou a percepção dos profissionais de saúde sobre as dificuldades e potencialidades das práticas de educação em saúde na APS, conforme aponta Pinto et al. (2019), ou foram direcionados a doenças específicas



como no estudo de Maia et al. (2019) que abordou a percepção dos profissionais da APS sobre a abordagem educativa no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Os estudos que analisaram a percepção dos usuários, por meio de abordagem de pesquisa qualitativa, foram principalmente aqueles que refletiram sobre o campo da Educação Popular em Saúde e/ou abordaram a pedagogia de Paulo Freire (tema que será desenvolvido no marco teórico) sendo que alguns inseriram também os profissionais de saúde nas suas investigações e análises. O trabalho de Almeida et al. (2019), que estudou idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 por meio da metodologia pesquisa-ação, sob a perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde, demonstrou que as metodologias participativas, com base na pedagogia freiriana, propiciaram a escuta dos usuários e aproximaram o saber científico do popular, sendo potentes tanto no estímulo ao autocuidado como da Educação Permanente dos profissionais de saúde.

Já o estudo de Oliveira Júnior et al. (2017) analisou os significados e as representações sociais das ações de educação em saúde para usuários e profissionais da APS, demonstrando que o grupo pesquisado destacou como nuclear as abordagens tradicionais que enfatizaram o tratamento e a prevenção de doenças. Já o estudo de Sampaio et al. (2014), por meio de rodas de conversa entre adolescentes no sertão pernambucano, demonstrou a potência do diálogo e do encontro entre profissionais e usuários, formando espaços de negociação e acolhimento e evidenciando a importância da (re) invenção das práticas educativas em saúde.

Analisando a perspectiva apenas dos usuários sobre os grupos educativos desenvolvidos em uma Clínica da Família, Rego (2019) aponta para as dimensões educativas, psicoafetivas e biológicas como as principais demandas e expectativas apresentadas pelos participantes das ações educativas. De forma semelhante, Almeida et al. (2014) analisaram a educação em saúde pelo olhar dos usuários, identificando que os encontros educativos representaram uma rede de apoio no enfrentamento das doenças crônicas. Em adição, apontaram que diferentes e contraditórias abordagens foram adotadas, em um cenário que mistura estratégias tradicionais com as dialógicas.

Conforme destaca Reis (2016) ao fazer uma revisão de artigos científicos publicados entre 1990 e 2015 sobre educação em Saúde na APS, os estudos que consideram os saberes e vivências dos grupos populares vêm crescendo e fortalecendo o tema da Educação Popular em Saúde enquanto campo de saber da educação em saúde, reforçando que a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) (BRASIL, 2014a) contribuiu para esse fortalecimento enquanto referencial político-metodológico empregado.

No entanto, a autora ressalta que são estudos incipientes e, apesar de propiciarem

reflexões sobre a importância de se considerar os saberes populares no processo de aprendizagem em saúde, não demonstraram que este caminho esteja sendo trilhado na efetivação de práticas educativas dialógicas e que centralizem o cuidado em saúde na perspectiva dos usuários. Assim, a autora aponta para a prevalência de estudos com enfoque nas abordagens educativas tradicionais em consonância com o modelo sanitário de educação em saúde (REIS, 2016).

Em adição, Rego (2017) identificou que as publicações científicas sobre ações educativas priorizaram estudos quantitativos que pesquisaram o impacto da educação na promoção da saúde por meio da análise de desfechos com resultados apresentados com base nos estudos epidemiológicos e estatísticos. Ainda que sejam estudos importantes no cenário da saúde coletiva, deixam uma lacuna ao não considerar aspectos subjetivos que envolvem os usuários, e também os profissionais de saúde, na reflexão e discussão sobre a construção do conhecimento pautado no diálogo e no compartilhamento de saberes e de caminhos possíveis para o cuidado nas práticas de saúde.

Segundo Victor Valla (1996), que deixou valiosa contribuição teórica para o campo da Educação Popular, existe uma crise de interpretação e compreensão sobre a cultura popular e sobre o que os grupos populares têm a dizer, discussão que se mantém relevante ainda hoje. Essa crise tem origem na dificuldade que profissionais e pesquisadores possuem em considerar que as pessoas pobres, moradoras das periferias das grandes cidades e da região rural são capazes de produzir e compartilhar um conhecimento que seja válido e aceito e ainda de tomar decisões coerentes. Para o autor, a crise da interpretação é dos profissionais e intelectuais que desconsideram a diversidade cultural que tem origem em diferentes contextos sociais (VALLA, 1996).

Ao desconsiderar e desqualificar, não compreendem um conhecimento que é acumulado e sistematizado para interpretar e explicar a sua realidade, e aumentam o fosso cultural existente entre o conhecimento científico e o popular. Dessa forma, o autor sinaliza que a saída para essa crise seria ouvir os grupos populares. E essa escuta não seria por “educação”, mas sim por reconhecer que falta um elemento para completar o que ele chama de “equação capenga” (VALLA, 1996, p.187) que considera apenas um elemento no processo educativo: o do educador/pesquisador.

Diante do exposto, entende-se que o estudo do campo da educação em saúde sob o olhar do usuário necessita ser ampliado, propiciando espaço de fala aos grupos populares para melhor compreensão e organização das práticas educativas. Para tanto, foi utilizado como referencial teórico analítico os conceitos de *habitus*, campo, capital simbólico e poder simbólico, da teoria

da ação social de Bourdieu, representando um novo elemento na perspectiva já adotada pelas pesquisas de cunho qualitativo que congregam as ciências sociais e humanas na área da saúde.

Dito isso, esta tese se propõe a responder as seguintes questões norteadoras: Quais são as abordagens e estratégias de educação em saúde contempladas nas políticas públicas de saúde? Elas contemplam diretrizes e mecanismos para garantia da participação popular e controle social que permitam a autonomia dos sujeitos? Quem são os usuários da APS? Qual a sua trajetória social? Como se comportam diante das dificuldades encontradas no cotidiano do cuidado em saúde? Os usuários participam no processo educativo em saúde? Se participam, de que forma? Encontram espaço para sua efetiva participação? Identificam as ações de educação em saúde como ferramentas do processo de cuidado exercido na Atenção Primária? Aderem/incorporam as orientações no seu cotidiano no sentido de modificação/transformação da sua realidade? Os usuários entendem o seu papel como protagonistas e corresponsáveis pelo seu próprio cuidado?

## 2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL: Analisar a percepção dos usuários sobre a educação em saúde no curso do cuidado prestado na Atenção Primária à Saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar as abordagens de educação em saúde descritas nas políticas públicas de saúde;
- Compreender o significado, motivações e expectativas das ações educativas para os usuários da Atenção Primária à Saúde;
- Analisar se e como as ações educativas possibilitam a relação dialógica e reflexiva em favor da ampliação da autonomia dos sujeitos.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REORGANIZANDO E REORIENTANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No sistema de saúde brasileiro o primeiro nível de atenção à saúde é denominado Atenção Básica (AB), sendo expresso na Política Nacional de Atenção Básica como termo equivalente à APS (BRASIL, 2017a), e definido como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidado paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

A diferenciação entre os dois termos tem sua origem nas discussões pela reforma sanitária brasileira, na década de 1980, que buscou distanciar suas propostas dos programas da APS seletiva difundidos na mesma época pelas agências internacionais.

No entanto, atualmente ambos os termos estão similarmente relacionados a uma APS integral e robusta, apesar das limitações identificadas na sua implantação enquanto política pública do SUS. Dessa forma, no presente estudo optou-se por utilizar o termo AB quando a discussão foi diretamente relacionada à Política Nacional de Atenção Básica e o termo APS de uma forma mais abrangente, entendendo que seu uso está alinhado à literatura e às experiências internacionais relacionadas aos sistemas públicos universais de saúde (GIOVANELLA, 2018).

A Estratégia Saúde da Família iniciou como um programa, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1993 pelo Ministério da Saúde e tendo sua origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS tinha por objetivo ampliar a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) às populações mais vulneráveis, em especial à população materno-infantil, principalmente na região Nordeste do Brasil. As ações prioritárias eram: incentivo ao aleitamento materno, controle da diarreia através da terapia de reidratação oral e imunização com foco na redução da mortalidade infantil (GIOVANELLA, 2012).

O PACS era desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que eram moradores das áreas vulneráveis selecionados e capacitados para desenvolver as ações de saúde, sendo cada ACS responsável por acompanhar 100 a 250 famílias. A sua atuação era supervisionada por um enfermeiro responsável por até trinta ACS. A repercussão positiva das ações do PACS, com destaque para a redução da mortalidade materno-infantil nas áreas de abrangência do programa, levou a uma mobilização nacional para a sua expansão em áreas de

maior concentração urbana e semelhante vulnerabilidade social, criando, assim, o PSF (GIOVANELLA, 2012).

O processo de implantação do PSF pelos municípios do Brasil se deu por adesão, podendo ser classificado como um “método indutivo”. Buscou-se criar um estímulo financeiro por meio de divulgação e propaganda dos méritos sanitários do Programa para que, assim, os municípios criassem demanda por essa nova proposta. Assim, o PSF foi apresentado pelo governo federal como uma nova proposta para a AB, que os municípios poderiam ou não aderir. Dessa forma, a organização da implantação não se deu de acordo com critérios de prioridades, elegendo as regiões menos ou mais vulneráveis, não seguindo, assim, a diretriz da equidade (CAMPOS, 2016).

Com o objetivo de contribuir com a implantação e a consolidação do PSF em municípios com população acima de 100 mil habitantes, e, assim, fortalecer a AB no país, o Ministério da Saúde criou em 2002 o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), com o apoio do Banco Mundial – BIRD (BRASIL, 2002a). Nos grandes centros urbanos, com maior concentração populacional, a grande heterogeneidade das condições socioeconômicas reflete também no acesso aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que se observa maior disponibilidade de oferta de serviços de média e alta complexidade, encontra-se barreiras ao acesso à Atenção Básica à saúde.

Assim, o PROESF, reafirmou e ressaltou os princípios e diretrizes fundamentais do PSF na AB: avanços no processo de descentralização; integralidade e hierarquização dos serviços; territorialização e cadastramento da clientela; participação e controle social e atuação com base em equipes multiprofissionais. Como desafios foram destacados os princípios da promoção da saúde como norteadores das estratégias de trabalho das equipes para maior efetividade no desenvolvimento das ações intersetoriais (BRASIL, 2002a).

Como consequência à consolidação e expansão do PSF no país, o programa foi redefinido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como estratégia de reorganização do modelo da AB, em caráter substitutivo da rede básica tradicional, passando então, a ser denominado Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2006a).

No sentido de consolidar e qualificar a ESF e o fortalecimento da AB, foi estabelecido em 2006 o Pacto pela Saúde, que incluiu o Pacto pela Vida e o Pacto em defesa do SUS, que representou um compromisso firmado entre os gestores do SUS para garantir ações prioritárias para a saúde da população brasileira (BRASIL, 2006b).

A Estratégia Saúde da Família tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a

humanização, a equidade e a participação social. Ela caracteriza-se como porta de entrada aberta e primeiro nível de acesso preferencial ao sistema de saúde e tem como fundamentos coordenar o cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A sua função de resolutividade se dá pelo cuidado individual e coletivo por meio da clínica ampliada, construindo vínculos na perspectiva de gerar autonomia dos indivíduos e da comunidade (BRASIL, 2017a).

A proposta para que os sistemas de saúde se tornem mais efetivos e eficazes está baseada na implantação de um novo arranjo, baseado nas Redes de Atenção à Saúde, garantindo a integralidade do cuidado. Assim as RAS devem estar prontas para dar respostas tanto às condições de doenças agudas da população, como para dar seguimento contínuo e proativo aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017a), e são assim definidas: “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.4).

As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas formadas pelo conjunto de serviços de saúde que apresentam objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes entre os níveis primários, secundários e terciários. Os níveis se relacionam em igualdade de importância, prestando uma atenção integral com intervenções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação coordenada pela Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2010).

Enquanto integrante do primeiro nível de atenção da RAS, é importante compreender como a ESF exerce suas atribuições, incluindo nesse escopo de atuação as ações de educação em saúde. Assim, é relevante conhecer como ocorre o seu processo de trabalho, as ferramentas utilizadas no seu cotidiano, bem como a conformação das equipes de profissionais e sua organização para atender às demandas do primeiro nível de atenção à saúde.

O processo de trabalho da ESF envolve algumas características próprias como: definição precisa do seu território de atuação; diagnóstico, programação e implementação de atividades segundo classificação de critérios de risco à saúde; prática do cuidado familiar ampliado; trabalho interdisciplinar e em equipe; promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais; promoção e estímulo à participação da população no controle social entre outros (BRASIL, 2017a).

Pereira (2009) apresenta o conceito de processo de trabalho em saúde a partir de autores como Mendes Gonçalves (1994), que, considerando o estudo da teoria marxista do trabalho e sua aplicação no campo da saúde, identifica três componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria

a que se aplica o trabalho; e os instrumentos ou meios do trabalho. Dessa forma, o estudo do processo de trabalho prevê a análise articulada, através de uma relação recíproca entre o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, que, quando se relacionam, configuram um processo de trabalho específico.

No campo da saúde, o objeto do trabalho representa o que será transformado, a matéria-prima, ou seja, as necessidades de saúde da população. No entanto, esse objeto não existe por si só. Ele é delimitado, recortado por um “olhar” dos sujeitos com uma finalidade. Representa a intencionalidade do processo de trabalho (PEREIRA, 2009).

Dessa forma, entende-se que o conceito de processo de trabalho em saúde refere-se à dimensão microscópica do cotidiano da prática dos profissionais de saúde, ou seja, o dia a dia na produção e no consumo dos serviços de saúde.

Segundo Merhy (2016) o trabalho em saúde é centrado em um trabalho vivo em ato, que envolve o encontro entre trabalhador e usuário. É um processo cuja produção acontece a partir de atos tecnológicos que são atos produtivos governados por uma finalidade. Dentro do ato produtivo do cuidado o autor identifica três elementos tecnológicos fundamentais para que o cuidado possa ocorrer: o primeiro diz respeito aos equipamentos como máquinas para realização de exames e procedimentos mais estruturados, sendo chamado de dimensão tecnológica dura. O segundo é formado pelos conhecimentos dos profissionais de saúde, como o saber clínico, epidemiológico, pedagógico entre outros, e é designado de dimensão tecnológica leve-dura. E o último elemento refere-se ao que se produz no encontro com o outro, como acontecimento que ocorre em decorrência da ação na presença do outro, como na prática de acolhimento, por exemplo, chamada de dimensão tecnológica leve/relacional.

O processo de trabalho da ESF envolve a composição de equipes multiprofissionais, formadas por no mínimo um médico, preferencialmente especialista em saúde da família e comunidade; um enfermeiro; preferencialmente especialista em saúde da família; um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Pode, ainda, fazer parte da equipe multiprofissional o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017a).

As definições de equipe mais comumente encontradas na literatura destacam o caráter técnico dos profissionais que a compõe, como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades que devem ser desenvolvidas, específicas de cada área, não discutindo a articulação e integração entre as disciplinas especializadas que formam a equipe. Três concepções de trabalho em equipe podem ser identificadas e evidenciam os seguintes elementos: os resultados, as relações



e a interdisciplinaridade. Na concepção de equipe enquanto recurso para a maior produtividade e racionalidade do serviço é ressaltado o resultado do seu trabalho. Os aspectos das relações interpessoais e dos processos psíquicos são ressaltados nos estudos com referencial teórico na psicologia e o foco na interdisciplinaridade no trabalho em equipe ressalta a discussão, o compartilhamento de saberes técnicos e a divisão do trabalho em saúde (PEDUZZI, 2007).

Outra maneira de distinguir o trabalho em equipe na ESF é por meio de duas modalidades: a equipe agrupamento e a equipe integração. Na primeira ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes de forma fragmentada, caracterizando um grupo de profissionais que trabalham e dividem o mesmo espaço. Já na segunda, existe uma articulação das ações e uma interação entre os agentes que dialoga com a proposta de integralidade da atenção à saúde, no caminho para a recomposição do trabalho em saúde com foco na interdisciplinaridade (PEDUZZI, 2007).

Apesar das diferenças claramente apresentadas, ambas as modalidades possuem em comum a presença das diferenças técnicas entre os especialistas, o valor desigual atribuído aos diferentes saberes específicos, além de tensões entre as concepções do exercício da autonomia técnica, no que diz respeito à independência dos trabalhos técnicos ou sua complementaridade enquanto objetivo comum para o trabalho em equipe. Fica clara a necessária análise crítica sobre as concepções de equipe no sentido de superar o isolamento das especialidades, articular as diversas ações no serviço e na rede de atenção e incentivar a comunicação entre os profissionais como forma de potencializar o trabalho em equipe na realização de objetivos comuns (PEDUZZI, 2007).

Para Dias e Nogueira (2019, p. 342), trabalho em equipe é:

[...] um conjunto de pessoas com conhecimentos diversos, mas que se unem em prol de objetivos comuns, negociando e elaborando um plano de ação bem definido, trabalhando em consonância e com comprometimento mútuo, complementando o trabalho com suas habilidades variadas, aumentando a chance de êxito no resultado do trabalho empreendido.

A rede de relações dentro de uma equipe é formada por uma trama de poder que, historicamente, determina que quem “sabe mais” pode mais e exerce poder sobre quem “sabe menos” e, portanto, pode menos. Essa configuração tende a reproduzir a equipe agrupamento, onde cada profissional faz seu trabalho individualmente. Além disso, dificulta a integração necessária para que haja um trabalho em equipe que valorize a interdisciplinaridade, que considere cada sujeito com seus conhecimentos prévios, vivências e expectativas como parte do todo, onde o conjunto do trabalho em equipe seja maior que a soma do trabalho individual de cada membro da equipe (FORTUNA, 2005).

Na intenção de superar essa rede de poder, Peduzzi (2018, p. 1526) define o trabalho em equipe inter profissional como “aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde”. É um processo dinâmico que está em constante construção, absorvendo aspectos sociais, políticos e econômicos. Nesse sentido, é importante considerar o trabalho em equipe como um trabalho colaborativo, onde os profissionais buscam romper o desequilíbrio nas relações de poder entre as categorias profissionais e reduzir a competição formando parcerias e corresponsabilidades para alcançar um objetivo em comum (PEDUZZI, 2018).

Em seus estudos, Reeves et al. (2010) propuseram um modelo para compreender a dinâmica do trabalho inter profissional, nas dimensões relacionais, contextuais e organizacionais, apresentando três modalidades: trabalho em equipe, colaboração inter profissional e trabalho em rede. Nessa proposta, o trabalho em equipe representa um compartilhamento de valores e objetivos entre os profissionais de tal forma que cria uma identidade de equipe, uma unidade, com interdependência e integração das ações. Já na colaboração inter profissional as ações são mais flexíveis, menos interdependentes, mantendo a autonomia dos profissionais. Por fim, no trabalho em rede as relações são ainda menos interdependentes e mais flexíveis, mas o foco está na integração em rede para atingir a integralidade do cuidado em saúde.

Assim, esse modelo propõe ampliar a visão do trabalho inter profissional tradicional, baseado principalmente no trabalho em equipe, incluindo as práticas colaborativas inter profissionais (a colaboração inter profissional e o trabalho em rede). Em adição, ressalta a relevância da equipe trabalhar com a abordagem contingencial baseada nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade. Assim, a equipe precisa se adequar e se adaptar ao contexto que se apresenta para melhor efetividade do cuidado, seguindo a abordagem centrada no paciente. Os autores sugerem que, de forma dinâmica, as equipes alternem a forma de trabalhar entre as modalidades propostas, considerando as necessidades e a realidade local (REEVES et al., 2010; FOX, 2015).

Na AB o processo de trabalho em equipe inclui a colaboração inter profissional entre os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe criada em 2008 pelo Ministério da Saúde com objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da ESF. Constituída por profissionais de diversas áreas do conhecimento, tem como objetivo atuar no apoio especializado às equipes da

ESF com foco nas ações de saúde no território de responsabilidade das mesmas (BRASIL, 2014b).

As ações do NASF possuem um caráter marcadamente educativo, tanto com abordagens que são direcionadas aos profissionais das equipes da ESF, através da educação permanente, quanto por meio de ações que envolvem o cuidado em saúde dos usuários da APS (a educação em saúde) sendo ambas pautadas pelas diretrizes da Atenção Primária em Saúde: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde; educação popular; promoção da saúde; humanização; integralidade; participação social; e territorialização. Estas ações são baseadas nos conceitos de apoio matricial (ou matriciamento) e equipe de referência, que são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, representando uma mudança nas relações de trabalho entre os profissionais das equipes da ESF e os profissionais especialistas (BRASIL, 2014b).

A proposta de Apoio Matricial e Equipe de Referência foi desenhada por Campos (1999) dentro da linha de pesquisa: “Política, modelo de atenção e de gestão: investigação teórica e metodológica”, com o objetivo de contribuir para a reforma das organizações e do trabalho em saúde bem como superar a limitação imposta pela organização tradicional dos serviços de saúde. Ao ordenar a divisão dos diversos profissionais em departamentos, dentro da lógica das profissões ou especialidades, o modelo tradicional contribui para a fragmentação do trabalho e para a diluição da responsabilidade sanitária, dificultando a formação de vínculo entre profissionais e usuários (CUNHA, 2011).

No entanto, Campos e Domitti (2007) propõem a inversão dessa lógica através de uma mudança na organização tradicional da gestão do trabalho em saúde. O autor considera que a equipe de referência na Atenção Básica deve ser composta por profissionais considerados essenciais para conduzir os problemas de saúde mais comuns da população, sendo representada pela equipe de Saúde da Família e passando a ser a estrutura nuclear dos sistemas de saúde. Esta equipe tem responsabilidade sanitária por uma determinada população em um território (possibilitando a construção de vínculo), sendo um rearranjo organizacional que reforça o poder do trabalho em equipe multidisciplinar, deslocando o poder das profissões e corporações de especialistas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nessa lógica organizacional, o apoio matricial tem por objetivo promover retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico de profissionais especialistas às equipes de referência. Enquanto metodologia de trabalho pretende ser complementar aos mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação, representando uma mudança nas relações

de trabalho entre os profissionais das equipes da ESF e os profissionais especialistas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Segundo Cunha (2011), o profissional que atua como apoiador matricial é um especialista que, dentro do seu núcleo de conhecimento, é capaz de agregar recursos de saber que irão contribuir para a capacidade da equipe de referência intervir sobre os problemas de saúde da população. Ele deverá ampliar o cenário de atuação, criar espaços de comunicação e compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais.

As atribuições e competências dos profissionais integrantes das equipes da AB são estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, bem como as diretrizes que definem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB (BRASIL, 2017a). No entanto, a última revisão da PNAB, apesar de manter a ESF como modelo prioritário de atenção à saúde na AB, reconhece outras conformações de estratégias e equipes de organização no território, que devem seguir os preceitos e diretrizes da AB e do SUS. Assim, representa na prática um retrocesso na atenção à saúde da população ao reconhecer e oferecer como opção aos municípios o retorno ao modelo da AB anterior ao modelo da ESF. Propõe, ainda, a flexibilização na composição das equipes, com redução do número de ACS por equipe, a união das atribuições dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) em uma única função, a retirada da obrigatoriedade da presença das equipes de saúde bucal além da maior flexibilidade da carga horária dos profissionais, comprometendo a criação de vínculo e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017a).

Com a revisão da PNAB o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), uma vez que sua atribuição de apoio técnico-assistencial deverá ser direcionada tanto para as equipes da ESF como para as demais equipes da AB, conforme previsto na Política (BRASIL, 2017a).

Apesar do retrocesso apontado, a ESF ainda se mantém como modelo de atenção à saúde na AB, representando uma oportunidade para pensar o trabalho em equipe como um encontro e uma prática inter profissional colaborativa que pode contribuir com a melhoria do acesso e da qualidade das ações desenvolvidas, bem como potencializar as abordagens educativas do cuidado em saúde.

### 3.2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na literatura encontram-se sinônimos para o termo educação em saúde como educação para a saúde ou educação e saúde, sendo considerada como um conjunto de práticas e atividades que envolvem diversos conhecimentos e saberes, que podem ser ou não oficiais, aplicados pelo setor saúde. É considerada como um campo de interseção entre os setores da educação e da saúde sendo necessário para sua aplicabilidade, a relação entre as disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Em termos oficiais, o Ministério da Saúde define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. [...] conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006c, p.19).

As propostas e práticas de educação em saúde acompanham a evolução das concepções de saúde de determinada sociedade, bem como os modelos de atenção à saúde predominantes em dado período histórico. Assim, estão inseridas em disputas entre grupos, classes e forças sociais, sendo determinadas pelas relações existentes entre estado e sociedade (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Dessa forma, compreende-se que o campo da educação em saúde envolve a confluência de diferentes áreas do conhecimento, como da história, antropologia, biologia, comunicação, epidemiologia, sociologia, pedagogia, entre outras, sendo essa multidisciplinaridade considerada potente para garantia do sucesso de suas ações (FEIO, 2015).

As mudanças pelas quais a sociedade passa ao longo do tempo influenciam as concepções e modelos de educação em saúde adotadas. Os autores colombianos Moreno, Garcia e Campos (2000) apresentaram três gerações de modelos de educação em saúde que podem também representar a evolução da educação em saúde no Brasil.

A primeira geração é considerada como educação em saúde informativa, com foco na comunicação e na divulgação de conteúdos com o objetivo de informar a população para modificação de comportamentos de risco para prevenção de doenças (MORENO; GARCIA; CAMPOS, 2000). Está em consonância com o discurso higienista-sanitário do início do século XIX no Brasil, e que perdurou até a metade do século XX. A educação sanitária vem em um período de crescente urbanização das cidades, com o intuito de combater doenças como a varíola, peste, febre amarela, entre outras. Era função do Estado ordenar e controlar a população

para evitar a disseminação de doenças (REIS, 2013; FERREIRA, 2014). Essa concepção está ancorada no modelo biomédico e tem relação com a educação bancária descrita por Paulo Freire (2011b).

Freire (2011a) criticava os modelos tradicionais de educação que perpassam as diversas fases do processo educacional e que são baseados na educação "bancária". Segundo o autor, que elaborou esse conceito, a concepção "bancária" da educação é aquela fundamentada na transmissão do conhecimento do educador para o educando, esse último se comportando como mero espectador, como objeto do processo de ensino-aprendizado, absorvendo as informações sem questionamentos, sem contextualizações e reflexões críticas, limitando a sua participação dialógica.

A segunda geração adiciona à importância da informação em saúde, a centralização na mudança de comportamento. Assim, a educação em saúde passa a estimular que os indivíduos adotem comportamentos saudáveis, em um movimento de adaptação às situações que se apresentam, não havendo incentivo para reflexão e nem propostas de mudanças nos contextos socioeconômicos (MORENO; GARCIA; CAMPOS, 2000). Esse modelo mantém a aproximação com a concepção biomédica e com a educação bancária, com foco na abordagem individual, preventiva e adaptativa. Segundo Valla (1998), as abordagens educativas que se conformam com essas características, ao culpabilizar o indivíduo, procuram esconder o mau funcionamento e o descompromisso do Estado com a saúde da população.

Esse modelo de educação em saúde permaneceu nas décadas de 1940 até 1960, onde, apesar de haver um movimento para maior participação dos indivíduos e da comunidade no processo educativo, permaneceu o enfoque individualizante e da educação sanitária, com a culpabilização do indivíduo e agora, também, da coletividade (REIS, 2013).

Por fim, a terceira geração é a educação em saúde crítica, que recebeu influência das correntes humanistas e da educação de Paulo Freire. Procura abordagens que considerem o contexto socioeconômico, bem como a interação dos indivíduos com o meio em que vivem. Propõe reflexões que possibilitem ao indivíduo ser protagonista nas suas condições de saúde, com propostas de mudanças individuais e coletivas, estimulando a participação individual e comunitária. Assim, a educação crítica procura ser participativa e emancipadora, com foco nas transformações sociais (MORENO; GARCIA; CAMPOS, 2000).

O surgimento da terceira geração da educação em saúde coincide com a mudança do cenário político brasileiro. No início dos anos 60 novas iniciativas educativas surgiram com base na educação libertadora de Paulo Freire e foram reunidas em torno de estratégias com

grande enfoque na cultura popular. Era o início do que viria a ser chamado posteriormente de Educação Popular em Saúde (EPS) (BRANDÃO, 2017).

Tais iniciativas de educação em saúde alternativas surgiram durante o regime militar iniciado em 1964, apesar das limitações institucionais vigentes, e representaram uma ruptura com o modelo predominante que impunha normas de comportamentos saudáveis. Assim, se conformou nesse período a base conceitual da educação em saúde pública ou, simplesmente, educação em saúde (REIS, 2013).

Durante o período de abertura política iniciada nas décadas de 1970 e 1980, houve crescimento e fortalecimento da influência das concepções da educação de Paulo Freire, propiciando um deslocamento do paradigma da educação em saúde baseada em mudanças comportamentais para práticas educativas participativas e dialógicas, procurando aliar os saberes técnicos-científicos aos populares (REIS, 2013). Surgem, assim, as primeiras iniciativas de EPS nas periferias das metrópoles e das cidades do interior, onde era evidente a existência de um fosso cultural entre os serviços de saúde e a população.

A vivência do trabalho na comunidade pelos profissionais de saúde, e a recusa em teorizar fora do contexto da ação e das práticas diárias, foi responsável pelo “ressurgir” da EPS, concomitantemente com a implantação do PSF na década de 1990. Surge, então, o reconhecimento de que a educação deve ser considerada não apenas um componente das práticas, mas sim eixo estruturante de uma proposta de mudança de modelo de atenção à saúde (STOTZ, 2005).

A proposta de caracterizar a Educação Popular e Saúde (EP&S)<sup>1</sup> como um movimento social foi desenhada por Eymard Vasconcelos, no ano 2000 durante o Congresso de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), no sentido de sistematizar as ações realizadas por profissionais, professores, pesquisadores da área da saúde com a participação de ativistas e militantes de movimentos sociais e de organizações não-governamentais (VASCONCELOS, 2017). Assim, foi criado em 2003 a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS). Nesse contexto, para Reis (2013), o final do século XX representou o marco do deslocamento do paradigma comportamental para o paradigma que orienta as ações educativas críticas e participativas.

---

<sup>1</sup> Educação Popular e Saúde (EP&S) é um movimento social organizado na Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, em 1991 no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde em São Paulo. Em 1998 a Articulação passa a ser chamada de Rede de Educação Popular e Saúde. Os participantes da Rede são todos que “acreditam na centralidade da Educação Popular como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, bem como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população” (REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2005).

A EPS, enquanto movimento social, tem suas ações em saúde pautadas na experiência, na teorização dentro do contexto da ação. Emerge de um descontentamento dos profissionais de saúde com a falta de resolubilidade dos serviços de saúde diante da experiência do sofrimento, vivenciada no dia a dia de contato com a população, em face à complexidade da vida. Diante das limitações impostas pelo tecnicismo e pela rigidez normativa da formação profissional, surge a mobilização de profissionais no sentido de propor outros caminhos na busca de soluções para as complexas questões de saúde-doença da população (STOTZ, 2005).

Um dos propósitos da Educação Popular em Saúde é levar para o campo da saúde a contribuição do pensamento de Paulo Freire, cuja pedagogia apresenta uma concepção de mundo centrada na problematização e no diálogo que aproxima profissionais e população, promovendo a construção compartilhada do conhecimento (STOTZ, 2005).

Por construção compartilhada do conhecimento, entende-se como uma estratégia metodológica que busca a legitimação do saber popular e a conquista de espaços de diálogo, que propiciem momentos de trocas e maior poder de intervenção dos grupos populares nas ações de saúde. Esta estratégia reconhece a experiência cotidiana e propõe um saber que seja fruto do diálogo entre saberes distintos como potência nas propostas que visam modificações nas relações sociais e na qualidade de vida de indivíduos e da comunidade (CARVALHO, 2007).

Para Vasconcelos (2017), o arcabouço teórico da educação popular domina os espaços de debate sobre educação em saúde da população. No entanto, apesar da predominância nas discussões teóricas, não há correspondência nas práticas de saúde, onde a maioria dos profissionais mantém abordagens educativas impositivas e normativas a despeito de já existir um número considerável de educadores populares em saúde.

No ideário da EPS é insuficiente que alguns “saibam fazer” no contexto da educação problematizadora. É fundamental que esse saber seja disseminado e difundido institucionalmente, entendendo que não se configura apenas como um método de ensino, mas também como um instrumento de gestão participativa das políticas públicas de saúde (VASCONCELOS, 2017).

Nessa perspectiva, ressalta-se a participação popular na APS como um caminho profícuo para a efetivação da autonomia e para a maior vivência dos indivíduos e da comunidade no cotidiano dos serviços de saúde.

A participação popular compreende diversas concepções e ações, abrangendo diferentes setores da sociedade como saúde, educação, transporte, habitação e saneamento básico, por exemplo. No setor saúde, a participação popular visa desenvolver forças sociais com o objetivo



de influenciar a formulação, implementação, fiscalização e avaliação das políticas públicas, assim como acompanhar as práticas de cuidado realizadas nas unidades de saúde (PIANA; CAVALLI, 2019).

Nesse sentido, existem diferentes formas da população participar ativamente das políticas e dos serviços de saúde, podendo ser de forma individual ou coletiva, eventualmente ou de forma organizada em associações, conselhos e conferências de saúde. A oficialização da participação popular foi feita no Brasil por meio da Constituição Federal (CF) de 1988 que estabeleceu mecanismos para que os cidadãos participassem e atuassem nas políticas públicas sociais (BRASIL, 1988; PIANA; CAVALLI, 2019).

Além da CF, tem-se como marco oficial a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) que estabelece diretrizes para o governo nas esferas federal, estadual e municipal, orientando as ações que visam promover a gestão estratégica e democrática das políticas públicas. A política prevê mecanismos que efetivem a participação popular e o controle social, ampliando espaços de comunicação e escuta do cidadão usuário. Nessa perspectiva, os Conselhos Gestores são as principais ferramentas de cogestão e controle social, efetivando a participação popular no âmbito do SUS (BRASIL, 2009; PIANA; CAVALLI, 2019).

No entanto, Miwa et al. (2017) apontam fragilidades na participação popular por meio dos conselhos locais de saúde, ressaltando que a formalização dos espaços de controle social é insuficiente para assegurar que a população tenha participação política efetiva. Assim, os autores identificaram desafios relacionados à problemas de representação como o não respeito ao princípio da paridade representativa entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores; à não clareza nas escolhas dos membros, assim como a pouca divulgação para a comunidade das atividades realizadas pelos conselheiros. Os autores apontam, ainda, o precário envolvimento dos cidadãos nos processos decisórios, bem como a escassa influência real dos conselhos nas ações implementadas pela gestão municipal.

Segundo Vasconcelos (2009, 2018), a participação popular é pouco valorizada nas práticas de saúde tradicionais que tendem a reforçar, nas suas micro relações, as estruturas de poder dominante na sociedade. Assim, há pouco espaço para que a população atue na redefinição das práticas de saúde. Para o autor, a participação popular nos Conselhos e Conferências de Saúde é uma atuação insuficiente, uma vez que estes espaços representam um ambiente limitado para as manifestações de apoio por meio da solidariedade, amorosidade e autonomia, tão importantes no enfrentamento dos processos de saúde-adoecimento (VASCONCELOS, 2009; 2018).

Segundo Valla (1998), é preciso olhar o controle social para além do objetivo de controlar as ações que são formalizadas e instituídas pelo Estado. Para o autor, as igrejas e escolas de samba, por exemplo, são espaços pouco valorizados e que representam iniciativas potentes de mobilização social e importantes para a saúde local. Assim, esses espaços menos estruturados e reconhecidos se conformam como redes de apoio importantes para o entendimento do controle social que ultrapasse sua dimensão fiscalizatória.

No sentido de efetivar as mudanças nas práticas educativas em saúde, o Ministério da Saúde propôs a Educação Permanente dos profissionais de saúde como ferramenta de transformação das práticas de formação, gestão e atenção à saúde, incluindo nessa proposta mudanças no modelo de educação em saúde utilizando práticas dialógicas e participativas de educação. Investir na aprendizagem dos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho, a partir da problematização de questões vivenciadas no cotidiano como caminho para modificação das práticas de saúde, foi institucionalizado como política pública em 2004, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS que prevê, ainda, a institucionalização da Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2004; CARVALHO, 2019).

A ampliação e consolidação da ESF como reorganizadora da Rede de Atenção à Saúde, bem como das práticas e serviços, vem suscitando debates importantes sobre o processo de trabalho das equipes, incluindo aspectos relacionados ao papel da educação em saúde no cuidado prestado à população na AB, bem como o incentivo ao autocuidado apoiado (STOTZ, 2005; NOGUEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, entende-se autocuidado como a capacidade ou habilidade desenvolvida pelos indivíduos para controlar ou administrar os fatores que interferem na sua saúde. Tem relação com a autonomia ao prever que os indivíduos sejam capazes de identificar quais são esses fatores, para, de forma autônoma, desenvolver ações com o objetivo tanto de promoção da saúde, quanto de prevenção e tratamento de doenças (TOSSIN et al., 2016).

O autocuidado apoiado é considerado um dos macroprocessos de construção social da APS, sendo definido como: “a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas” (MENDES et al., 2019, p.87).

Nessa concepção, o autocuidado, principalmente dos usuários com doenças crônicas, é apoiado pelos profissionais de saúde e gestores da APS, com o objetivo de informar para produzir conhecimento e habilidades que tornem os usuários capazes de: decidir sobre o seu

tratamento, mudar seus comportamentos de risco, utilizar os recursos disponíveis para viabilizar tais mudanças e superar as barreiras que impedem a sua melhor qualidade de vida (MENDES et al., 2019).

Aqui faz-se necessária à crítica a esses objetivos da educação para o autocuidado, ao se evidenciar que, como aponta Stotz (2007), a maioria da população não se encontra em condições de escolher e optar por mudanças de comportamento para adquirir hábitos mais saudáveis. Muitas situações que levam ao adoecimento estão atreladas às condições desfavoráveis de existência. Assim, não basta informar sem considerar o contexto social em que vivem e que impacta diretamente no seu poder de escolha.

Por fim, o modelo de atenção à saúde baseado na ESF, além de representar uma mudança na reorientação da AB, também configura propostas de desenvolvimento de práticas educativas pautadas no diálogo e na corresponsabilização dos sujeitos, possibilitando a maior aproximação das equipes de saúde com a população. Nesse sentido, a educação em saúde é considerada uma ferramenta fundamental de conscientização individual e coletiva para construção de autonomia, protagonismo social e político, estimulando ainda, o autocuidado dos sujeitos (NOGUEIRA, 2015; SILVA, 2021).

### **3.2.1 Paulo Freire: aproximações entre a educação dialógica e problematizadora e a pesquisa participante**

O educador brasileiro, pernambucano, Paulo Freire desenvolveu sua metodologia educativa a partir de experiências de alfabetização de adultos em Angicos, município localizado no estado do Rio Grande do Norte. Propôs uma educação baseada no diálogo entre educando e educador, a partir das experiências dos educandos, que despertasse a conscientização dos indivíduos levando à libertação da sua condição de submissão e opressão. Assim, ressaltava que a educação tem um caráter político, ao permitir a construção da compreensão do indivíduo sobre sua presença e inserção crítica no mundo (FREIRE, 2011).

Assim, a educação popular, proposta por Freire, é baseada na construção do conhecimento por meio do diálogo, da problematização de situações do cotidiano e da valorização dos diversos saberes, tendo como ponto de partida as experiências dos educandos. O diálogo é o caminho do encontro entre os homens, uma relação de troca, horizontal, onde todos crescem e aprendem respeitando as diferenças. A dialogicidade deve perpassar todo o processo educativo, iniciando pela escolha do conteúdo programático na construção do aprendizado (FREIRE, 2011b).

Um conceito central na pedagogia proposta por Freire é o de conscientização, considerada por ele como objetivo principal da educação. Por meio da conscientização os indivíduos assumem uma atitude crítica de reflexão sobre sua realidade com a perspectiva de transformá-la e, assim, promover sua libertação de uma posição de opressão (a educação promovendo a libertação). Conhecendo sua realidade, o indivíduo pode agir conscientemente em um processo contínuo de ação-reflexão (FREIRE, 1979).

A conscientização exige a reflexão para que o indivíduo assuma seu lugar de sujeito e não mais de objeto no processo educativo, o que é predominante no ensino tradicional. A educação que não é libertadora perpetua a dominação das classes populares como forma de controle das mesmas e assume o papel de domesticação, submissão e adaptação do indivíduo à sociedade (FREIRE, 1979, 2011b).

Nessa perspectiva, a educação possui um caráter político, ao propiciar que o indivíduo perceba seu lugar no mundo e exerça sua autonomia. Assim, a escola possui o compromisso com a inserção do pensamento crítico nos educandos (SOUZA, 2010; SOBREIRA, 2012).

A educação deve respeitar e estimular a autonomia dos educandos, enquanto sujeitos ativos e não objetos do processo educativo, incentivando sua curiosidade, respeitando seu gosto estético bem como sua linguagem (FREIRE, 2011a).

Para Freire (2011a) a questão do analfabetismo envolvia a forma como toda a sociedade era estruturada, não sendo, portanto, uma questão apenas de modificar o sistema educacional. Toda educação tem um referencial social, político e econômico. Em seu trabalho com alfabetização de adultos propôs uma metodologia baseada nas palavras geradoras, que faziam parte do contexto e da realidade dos educandos, apresentando significados e familiaridade que propiciavam um aprendizado pela visualização, e não pela memorização, estabelecendo uma relação semântica entre a palavra e o objeto a que se referia (FREIRE, 2011b).

A educação popular tem como princípio valorizar o saber e a cultura populares, e, dessa forma, se aproximou dos movimentos sociais ressaltando a importância do papel pedagógico de tais movimentos (SOUZA, 2010; VASCONCELOS, 2017).

Sobre a educação popular, assim fala Eymard Vasconcelos:

Educação Popular [...] não é veneração da cultura popular. Na vida da população, diferentes modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Na formação de pessoas mais sabidas, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas. E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver. Certamente a Educação Popular não pretende formar pessoas que tentam impor uma cultura pretensamente superior. Mas também é uma atitude conservadora desejar-se preservar um modo popular idealizado de viver, parar o mundo, privando as pessoas e grupos do contato com outras pessoas e grupos

portadores de marcas biológicas e culturais diferentes e, por isso mesmo, enriquecedoras. Ao educador popular caberá investir na criação de espaços de elaboração das perplexidades e angústias advindas do contato intercultural, denunciando situações em que a diferença de poder entre os grupos e pessoas envolvidas transforme as trocas culturais em imposição (VASCONCELOS, 2011, p.34).

A ampliação e fortalecimento da EPS enquanto movimento social se deve ao descontentamento de profissionais da saúde com as limitações da formação tecnicista e sua incapacidade de lidar com as experiências de sofrimento da população e a conseqüente falta de resolubilidade dos serviços de saúde com tais experiências (STOTZ, 2005).

Além dos preceitos que orientam a educação popular, Paulo Freire trouxe também uma importante contribuição no âmbito da pesquisa propondo um deslocamento da relação sujeito-objeto na pesquisa acadêmica, o que nos convida a refletir sobre a construção do conhecimento sob uma nova perspectiva.

Para Freire:

Dizer que a participação direta, a ingerência dos grupos populares no processo da pesquisa altera a "pureza" dos resultados implica na defesa da redução daqueles grupos a puros objetos da ação pesquisadora, em consequência, os únicos sujeitos são os pesquisadores profissionais. Na perspectiva libertadora em que situo, pelo contrário, a pesquisa, como ato de conhecimento, tem como sujeitos cognoscentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro os grupos populares e, como objeto a ser desvelado, a realidade concreta (FREIRE, 1981, p.35).

Neste trecho pode-se perceber que havia a intenção de propor uma alternativa ao exercício da pesquisa como ela vinha sendo praticada pela ciência da norma culta, a partir da mudança de perspectiva sobre sujeitos e objetos de investigação. Freire não considera como sujeitos da criação e da decisão sobre pesquisas de uma dada realidade social os pesquisadores de competência acadêmica e científica e como objetos da pesquisa os indivíduos pesquisados e que fornecem as informações através das quais uma suposta realidade pode ser desvendada. Ao contrário, ele convida para ocupar o lugar de sujeitos da pesquisa todas as pessoas envolvidas, em um processo de construção comum e solidária de novos conhecimentos sobre o "real". Sob essa perspectiva, o objeto da investigação é a realidade social pesquisada (FREIRE, 1991).

O método de trabalho da pesquisa participativa de Freire possui uma estratégia para sua execução: o Círculo de Cultura, termo criado por Freire para indicar um grupo de pessoas unidas por uma situação problema, ou situação limite, em um encontro dinâmico que representa troca de saberes com objetivo de transformação da realidade dos participantes. Representa um potencial pedagógico transformador coletivo que envolve docentes, discentes, pesquisadores, profissionais da saúde e usuários, procurando romper as barreiras hierárquicas democratizando o saber em saúde (HEIDEMAN et al., 2017).

O Círculo de Cultura é operacionalizado seguindo um itinerário de pesquisa predefinido, em três etapas distintas, porém interligadas: investigação temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico. A investigação temática inicia com a escolha de uma situação limite vivenciada pelos participantes, o tema gerador, que irá orientar as reflexões e discussões coletivas em busca de uma solução. Na segunda etapa busca-se os significados do tema gerador, sua contextualização, bem como o conhecimento que se tem sobre ele. É o momento de reconhecer a realidade e refletir sobre ela. Por fim, no desvelamento crítico, surge a análise da situação limite e a partir dela, as possibilidades de intervenção coletiva para sua transformação. Nesse método, os participantes são levados a se reconhecer como atores e autores de sua história, por meio da ação-reflexão-ação, e neste processo se conscientizam e se fortalecem para buscar modificar sua realidade (HEIDEMAN et al., 2017).

Atualmente o método do Círculo de Cultura tem sido utilizado em três perspectivas principais: como percurso metodológico em pesquisas de cunho qualitativo; em atividades práticas de educação em saúde com a população; e em ações de educação permanente com os profissionais de saúde, sendo a APS o lócus principal de sua operacionalização. Essa ampla utilização foi orientada pelo próprio Paulo Freire que apontou para a diversidade de possibilidades de uso do método em diferentes campos de saber (NOGUEIRA, 2015; HEIDEMAN et al., 2017).

Nogueira (2015) aponta as dificuldades relatadas pelos profissionais da APS para utilizar a metodologia de Freire nas suas abordagens educativas, relacionadas à gestão das unidades de saúde e ao processo de trabalho das equipes de saúde, tradicionalmente direcionado para abordagens curativas e individuais. No entanto, relataram como experiência rica e promissora ao identificarem no método a grande oportunidade de aproximação com os usuários por meio do diálogo, com resultados satisfatórios no seu cuidado e na sua qualidade de vida; bem como no entendimento de que os diversos saberes são relevantes e se complementam, sendo um método potente também para embasar as ações de educação permanente dos profissionais.

Assim, a concepção educativa de Paulo Freire permite ampliar as possibilidades de atuação profissional, de forma interdisciplinar e intersetorial, ao mesmo tempo em que insere o usuário como corresponsável pelos projetos terapêuticos, o que representa maior resolubilidade das ações de saúde (HEIDEMAN, 2017).

Neste contexto, surge uma proposta de construção social do conhecimento, a partir do diálogo em busca não de uma verdade absoluta, mas sim em busca de novos saberes por meio da prática da pesquisa. Um diálogo e uma interlocução que busca novos significados e

interpretações da realidade social, que podem levar a um trabalho de educação com o intuito não apenas de descrever e compreender uma parte de uma dada realidade, mas principalmente interpretá-la para saber como modificá-la (FREIRE, 1991).

A partir dessa perspectiva inovadora Freire questiona como os sujeitos da pesquisa (profissionais e pesquisadores), enquanto indivíduos que "são de fora", podem definir e pré-estabelecer como objetos da pesquisa os que "são daqui e vivem aqui", entendendo que os que "são daqui", "vieram para aqui" e "vivem aqui" são os que criam os sistemas e entendimentos de "como se vive aqui e o que determina a maneira como aqui se vive assim". São, portanto, os detentores primeiros e primários do saber. E é através desse entendimento dos que "são daqui" que é obtido o conhecimento sobre a realidade social que se pretende apreender por meio da investigação científica. Dessa forma, são também sujeitos da investigação e não objetos a serem investigados (FREIRE, 1991).

Esse é o desafio da pesquisa participante enquanto um método de trabalho: deslocar o lugar de construção do conhecimento, das trocas de saberes e significados do domínio de regulação da ciência tradicional, da norma culta, para o domínio alternativo da comunidade. Propor uma ruptura recentralizando o conhecimento legítimo na comunidade popular e integrando o senso comum a uma ciência que seja múltipla e emancipadora. Essa é a base da pesquisa participante (FREIRE, 1991).

Dessa forma, a educação popular e a pesquisa participante podem representar uma importante contribuição na mudança de paradigma da pesquisa científica, dando ênfase ao diálogo com o senso comum das culturas populares; a ruptura com os modos de pensar a educação e a pesquisa na lógica utilitária do mercado; e a construção de modelos de educação fundamentados no diálogo bem como na dissolução da hierarquia baseada nas competências desiguais dos diversos profissionais em nome da interação entre co-criadores diversos (BRANDAO, 2007; HEIDEMAN et al., 2017).

Sobre a interação entre educação e pesquisa, assim fala Paulo Freire:

Fazendo pesquisa educo e estou me educando com os grupos populares. Voltando à área para pôr em prática os resultados da pesquisa, não estou somente educando ou sendo educado; estou pesquisando outra vez. No sentido aqui descrito pesquisar e educar se identificam em um permanente e dinâmico movimento (FREIRE, 1981, p.36).

### 3.3 A EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O PENSAR CRÍTICO E REFLEXIVO NA BUSCA POR SAÚDE

A Promoção da Saúde representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde da população a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais. Propõe a responsabilização múltipla pelo enfrentamento e resolução dos problemas de saúde através da articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (BUSS, 2009).

A Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá em 1986 se tornou a principal referência nos conceitos e ideias da Promoção da Saúde. Segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002b, p.19), a Promoção da Saúde é assim definida: “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Nesta Carta são propostos cinco campos principais de ações estratégicas combinadas: elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”; criação de “ambientes favoráveis à saúde”; reforço da “ação comunitária”; desenvolvimento de “habilidades pessoais”; e reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002b).

A perspectiva de participação do indivíduo como responsável e protagonista no processo de Promoção da Saúde envolve a reflexão sobre a construção do conhecimento de forma a conceber sua emancipação, autonomia nas escolhas e reflexão crítica da realidade.

Buss (2009) destaca o papel protagonista dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) sobre as condições de vida das populações, considerado um enfoque relevante e estruturante para as ações de Promoção da Saúde. Para o autor, esse enfoque baseia-se no seguinte entendimento:

[...] a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2009, p.23).

A definição de Promoção da Saúde presente na Carta de Ottawa, bem como a relevância dos DSS na dimensão individual e coletiva, são aspectos que evidenciam o componente educativo na Promoção da Saúde ao reconhecer o conhecimento popular e evidenciar a necessidade de capacitar os indivíduos e coletividade para agir e ter controle sobre sua qualidade de vida e saúde. Assim, destaca a importância da educação no campo da Promoção da Saúde (LOPES, 2012).



No entanto, existem limitações e contradições no campo da Promoção da Saúde (PS) que são explicitadas ao se identificar dois modelos teóricos principais na sua concepção: a Promoção da Saúde Behaviorista (PSB) ou comportamental e a Nova Promoção da Saúde (NPS) (SILVA-ARIOLI, 2013; PETRES; DA ROS, 2018).

A PSB possui um enfoque comportamental como principal fio condutor de suas ações. Parte do pressuposto que os comportamentos inadequados, considerados de risco, são responsáveis pelo adoecimento da população. Assim, seria objetivo da PS promover a mudança de hábitos e estilos de vida, juntamente com a proposta de mudança nos espaços e ambientes coletivos. Essa perspectiva é considerada a dominante nas práticas de PS e está ancorada no modelo preventivista da saúde. Transfere para a população a responsabilidade pelas mudanças nas suas condições de vida, enfatizando a “força de vontade individual” como fator determinante dessas mudanças e descompromissando o Estado no seu papel fundamental nas transformações sociais (SILVA-ARIOLI, 2013).

Tal abordagem gerou críticas nos anos de 1980. Em nome da autonomia e da liberdade individual, o enfoque da PSB transfere para o âmbito da vida privada toda ou a maior parte da responsabilidade pelos aspectos que afetam a saúde do indivíduo, favorecendo o processo de “culpabilização da vítima”. É um modelo limitante e não permite a ampliação da discussão, principalmente se considerarmos os DSS. Não inclui a crítica da saúde no contexto da sociedade atual, o papel do Estado por meio das políticas públicas, nem tão pouco o real poder que o indivíduo tem para modificar as estruturas sociais que controlam e regulam em alguma medida suas capacidades e possibilidades de escolhas. Desconsidera que muitos comportamentos ditos não saudáveis são inevitáveis dentro do contexto em que vive uma considerável parcela da população, bem como que são inacessíveis alguns estilos de vida. Dessa forma, tende a gerar estratégias de Promoção da Saúde que promovem um impacto reduzido sobre as camadas mais pobres e vulneráveis da população que, ao possuir acesso limitado aos serviços sociais básicos e aos bens materiais, não encontram meios efetivos para modificar suas condições de vida. Ao propor mudanças de estilo de vida para uma população tradicionalmente excluída do processo de desenvolvimento social e econômico corre-se sério risco ao fracasso, se não houver uma reflexão sobre os diversos aspectos que influenciam suas escolhas e de que forma estão relacionadas com o ambiente em que vivem, com suas condições de saúde e com as desigualdades sociais que vivenciam no cotidiano (LOPES, 2012; SILVA-ARIOLI, 2013).

Em uma perspectiva teórico-prática oposta está a NPS, que prevê uma concepção ampliada da saúde considerando a determinação social do processo saúde-doença, ancorando suas práticas na busca por equidade e desenvolvimento social para alcançar a melhoria das

condições de vida individuais e coletivas. Ressalta que a forma como a sociedade se organiza influencia diretamente as condições de vida e de saúde da população. Tem como estratégias priorizar as políticas públicas saudáveis que propiciem a criação de ambientes sustentáveis, a reorganização dos serviços de saúde e o fortalecimento e desenvolvimento da capacidade individual e das ações comunitárias (SILVA-ARIOLI, 2013; BRASIL, 2014c; PETRE; DA ROS, 2018).

A NPS representa um dos principais arcabouços teórico conceituais que embasam a construção de políticas públicas de saúde no mundo todo (PETRE; DA ROS, 2018).

Ambos os modelos da PS criticam o modelo biomédico de atenção à saúde, mas a NPS se destaca ao apontar os impactos negativos para a saúde das inequidades sociais. Dessa forma, influenciam também diretamente as concepções de educação em saúde que serão adotadas pelos profissionais no planejamento e execução das práticas educativas (SILVA-ARIOLI, 2013).

Para SILVA-ARIELI (2013), a educação realizada na área da saúde segue as macrotendências em saúde, ou seja, os modelos que são adotados pelos sistemas de saúde. Assim, pode-se dizer que, os preceitos teóricos da PSB estão relacionados com a educação sanitária dentro de um modelo hegemônico de práticas em saúde enquanto a NPS está em consonância com a educação em saúde que segue o ideário da educação popular em saúde, representando uma macrotendência contra hegemônica (SILVA-ARIELI, 2013).

Conforme destaca Reis (2016) ao fazer uma revisão de literatura, os artigos científicos sobre educação em saúde na APS, em sua maioria, abordam a sua interface com a Promoção da Saúde. No entanto, consideram a educação em saúde como mais uma estratégia de efetivação da PS não aprofundando as discussões sobre a forma como as ações educativas são executadas. O estudo evidencia, ainda, a predominância nos artigos encontrados das abordagens que caracterizam a PSB.

No entendimento que a educação em saúde é uma estratégia para atingir os objetivos da PS, identifica-se a relevância de inserir as reflexões sobre a teoria da educação crítica apontando sua proximidade com a NPS. Pretende-se, assim, ampliar o escopo e as possibilidades de suas ações, considerando que a NPS tem um marcante caráter pedagógico ao caracterizar como um de seus objetivos capacitar os indivíduos para agir na transformação da sua realidade de saúde (LOPES, 2012).

No campo da saúde a perspectiva da teoria crítica da educação envolve restabelecer o potencial crítico emancipatório da educação, reconhecendo tanto o conhecimento científico quanto o popular. Ao inserir o conhecimento popular nas ações de Promoção da Saúde, é premente considerar os múltiplos aspectos das questões que envolvem os indivíduos: seus

valores, escolhas, desejos, necessidades, particularidades, poder, bem como os conflitos que irão influenciar seu processo de aprendizagem e a construção do conhecimento (LOPES, 2012; BRANDÃO, 2017).

No campo da Promoção da Saúde a educação crítica aponta para a necessidade não somente da aquisição de conhecimentos, mas também da construção de uma consciência crítica e do desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais que tornem os indivíduos capazes de lidar com os DSS. Além disso, saber eleger e fazer suas escolhas com liberdade, caracterizando o conceito de “empowerment”, que é o pensar e agir criticamente. Ao mesmo tempo não exclui a responsabilidade do Estado de propiciar os meios para melhoria da qualidade de vida da população (LOPES, 2012).

Para Silva-Arioli (2013), existe uma importante diferenciação conceitual entre as palavras “*empowerment*” e “fortalecimento” que, a princípio, podem parecer sinônimos. Apesar do termo “*empowerment*” ser o mais comumente utilizado pelos estudiosos da PS, o termo “fortalecimento” estaria melhor relacionado à NPS. O significado atribuído a “*empowerment*”, como “delegar poder a alguém”, tem uma perspectiva que prevê a atuação das instituições, bem como das políticas públicas, como mediadoras na regulação da participação dos sujeitos, não significando que eles sejam atores nas mudanças necessárias e propostas, ideia corroborada por Ferreira e Castiel (2015). Diferentemente, o fortalecimento representa um processo de participação social ativa que permite que a comunidade desenvolva capacidades, habilidades e recursos no caminho para transformações individuais e coletivas.

Apesar de serem campos de conhecimento com diversas afinidades, a aproximação da Promoção da Saúde com a educação não é um processo simples. Ambos são campos complexos (saúde e educação). Não basta adaptar as abordagens educativas tradicionais visando a saúde e qualidade de vida sem esperar que aconteçam resistências e conflitos provocados pelas subjetividades pessoais e coletivas relacionadas às vivências e experiências com o processo de adoecimento bem como às condições socioeconômicas. Dessa forma, a concepção tradicional da educação, ao gerar críticas quanto à sua efetividade, também será questionada quando adaptada ou transferida para o campo da saúde. Na perspectiva tradicional, a educação em saúde se direciona à transmissão vertical do conhecimento técnico-científico visando a assimilação de valores e modos de agir para mudanças nos estilos de vida e redução dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças. Assim, objetiva adaptar e moldar os indivíduos em padrões pré-estabelecidos, visão que está presente no cotidiano de trabalho das unidades de saúde (LOPES, 2012).

A teoria educacional crítica surge na perspectiva de uma alternativa à educação tradicional. Na busca por uma educação dentro de um ideário emancipatório e libertador, como forma de resistência aos processos de dominação cultural, entendendo que a educação não é neutra, que é mediada pela realidade social e prima por capacitar indivíduos e comunidade no caminho da transformação da sua realidade, em um processo que é político e pedagógico (FREIRE, 2011b; ANTONINI; HEIDEMAN, 2020).

Para Freire (2011b), o diálogo é elemento essencial no processo educativo crítico, visando oportunizar a participação de todos. Implica em um saber que possibilita um fazer, uma práxis, uma ação-reflexão. A dialogicidade propicia um saber crítico e construído com base nas experiências vividas, reconhecendo as diferenças individuais e coletivas, onde todos são sujeitos do processo de aprendizagem.

Nessa perspectiva, a educação na NPS teria seu fundamento na educação crítica, tendo como objetivo o processo de co-construção do conhecimento que possibilite aos indivíduos e comunidade construir novas habilidades e atitudes, ou modificar as já existentes, no sentido de se apropriarem de forma crítica dos meios para benefício de sua saúde, lidando com os múltiplos e diversos fatores que a influenciam (os fatores de risco) (LOPES, 2012).

Conforme dito anteriormente, o componente educativo é fundamental para atingir uma das ações estratégicas da PS, que é direcionada ao compromisso ou responsabilidade do indivíduo pela sua própria saúde: “o desenvolvimento de habilidades pessoais” (BRASIL, 2014c).

Na Atenção Básica, a educação em saúde pode ser exercida pelos profissionais durante as consultas clínicas, individualmente, ou a partir de ações coletivas: os grupos educativos. No entanto, observa-se que as práticas grupais tendem a ser consideradas como uma atividade complementar e não são vistas como um importante componente da prática do cuidado e da elaboração do projeto terapêutico dos indivíduos. Isso se dá por diversos motivos, incluindo o fato da formação profissional na graduação não desenvolver conhecimentos nem habilidades para o planejamento e desenvolvimento das ações em grupo, além dos profissionais priorizarem as ações individuais, para as quais foram capacitados e instrumentalizados para exercer no cotidiano. Outra questão identificada está relacionada com a organização da atenção à saúde, centrada nas consultas individuais, restando pouco tempo para as ações grupais. Dessa forma, os profissionais dispõem de pouco tempo para planejar e executar as ações coletivas, bem como para refletir e discutir sobre elas com seus pares e com os usuários (FURLAN; CAMPOS, 2014).

As diferentes atividades em grupo realizadas na AB possuem objetivos diversos, não apenas educativos, como por exemplo os grupos psicoterapêuticos, os geradores de renda, os informativos, os motivacionais, entre outros. Pensando assim, pode-se elencar ao menos cinco motivos para realizar as atividades em grupo na AB: facilitar a comunicação entre profissionais e usuários; integrar o manejo clínico do plano terapêutico dos indivíduos contribuindo com melhores resultados; otimizar o tempo considerando a grande demanda para os profissionais; aumentar o vínculo entre profissionais e usuários e propiciar a troca de experiências entre pessoas que vivem situações semelhantes, criando uma rede social de apoio (FURLAN; CAMPOS, 2014).

Todos os motivos identificados possuem em comum a intencionalidade de estimular a autonomia e o autocuidado dos sujeitos, estando em consonância com a educação em saúde e com a NPS.

Para Assis (2017), as ações educativas na AB são espaços legítimos de diálogo e interação entre usuários e profissionais e sua ampliação deve ser defendida como prática de saúde que inove no enfrentamento das complexas questões de saúde vivenciadas pelos indivíduos e pela comunidade, por meio da EPS. Considera que as ações coletivas apresentam potencial de reduzir o fosso cultural entre o saber técnico e o popular, em uma via de mão dupla. Além do profissional buscar compreender e abrir espaço para o saber popular, busca também tornar acessível o saber e a racionalidade técnico-científica para que ela possa ser compreendida e até mesmo questionada, em um movimento de incentivo à autonomia dos usuários. Nesse sentido, o profissional precisa estar atento e aberto para uma autocrítica que o permita refletir sobre os avanços e os limites da ciência. Nessa perspectiva, os grupos educativos possuem o potencial de colocar o debate sobre a saúde no âmbito coletivo, de forma lúdica, e ampliar uma abordagem ainda pouco aplicada e valorizada no cotidiano assistencial, incluindo ampliar o paradigma da PS focada do desenvolvimento de habilidades pessoais para abordagem da NPS (ASSIS, 2017).

Nesse contexto, considera-se importante abordar e refletir sobre o conceito de risco, bem como de fator de risco, e suas implicações para o campo da saúde. É um conceito considerado estruturante das diversas estratégias de Promoção da Saúde, que envolvem a dimensão individual e biológica na sua concepção, presente nos dois modelos da PS e, também presente na PNPS (BRASIL, 2014c).

Para a abordagem técnico-científica dominante risco é uma consequência da possibilidade de eventos adversos, naturalmente preexistentes, passíveis de serem identificados

por meio de cálculos e medidas científicas. É um conceito básico e estruturante da epidemiologia moderna definido como:

[...] a probabilidade de os membros de uma determinada população desenvolverem uma dada doença ou evento relacionado à saúde em um período de tempo, tendo o cuidado de observarem que, neste caso a probabilidade se refere a modelos abstratos de distribuição populacional, não redutíveis às chances de um indivíduo particular diante de um diagnóstico ou prognóstico (CARVALHO, 2004, p. 672).

A partir dessa definição elaborou-se o seu termo correlato, fator de risco, que é um atributo de um grupo apresentar maior incidência de dada doença ao comparar com outro grupo que apresente menor incidência ou ausência da mesma doença (CARVALHO, 2019).

Para Castiel (2009, p.87), risco é uma “forma presente de descrever o futuro sob o pressuposto que se pode decidir qual o futuro desejável”. Nessa perspectiva, o autor chama a atenção para o fato de que, a partir do conceito dominante, o risco (o futuro) só poderia ser compreendido e administrado de forma racional e gerando decisões a partir de probabilidades de ganhos e perdas.

Nesse sentido faz-se necessária uma reflexão mais ampla sobre o conceito de risco nas práticas de saúde. Contextualizando-o no cenário da Promoção da Saúde, é considerado um conceito estruturante de estratégias e ações que visam estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis. Como exemplo pode-se citar o enfoque aos exercícios físicos e hábitos alimentares que se somam à conscientização dos fatores ambientais danosos à saúde como poluição, violência, estresse e aquecimento global. Nesse sentido, causa e efeito se misturam e se confundem e a Promoção da Saúde atua sobre situações complexas onde o risco não é mais visto como externo ao indivíduo. Ao contrário, ele se insere em um complexo único onde múltiplas dimensões são identificadas (as dimensões biológicas, sociais e culturais), representando um desafio a ser enfrentado na efetividade das ações para promover a saúde (CARVALHO, 2010).

Para Carvalho (2019) a perspectiva dominante negligência um aspecto fundamental no conceito de risco: o olhar do mesmo como uma categoria que é socialmente construída, diretamente relacionada bem como um produto da ação de sujeitos em uma disputa constante de interesses. Assim, risco representa valores em disputa, um fenômeno dinâmico, negociado e construído como parte de uma rede de interesses e interações sociais. As definições de fatores de risco, feitas por “experts” nas diversas áreas da ciência, não são isentas e neutras. São resultados de processos sociais e culturais implícitos.

Castiel (2007) chama a atenção para a crítica ao “paradigma dos fatores de risco”, evidenciando a sua baixa efetividade em algumas situações recorrentes no campo da saúde

pública, como no tratamento da obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, consumo de drogas e doenças transmissíveis, por exemplo. O seu enfoque individualista e de “culpabilização da vítima”, segundo os autores, promove uma abordagem de caráter comportamentalista e com argumentos autoritários e muitas vezes ideologicamente discutíveis, com resultados que não são positivos no combate das citadas doenças.

A despeito da inegável contribuição das pesquisas epidemiológicas, baseadas em evidências, com foco nos fatores de risco, os resultados das mesmas não causaram transformações que fossem incorporadas em políticas de mudanças de comportamento. Mantendo os exemplos das doenças mencionadas acima (obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes) ressalta-se como elemento central no “paradigma dos fatores de risco” e um problema a ser enfrentado, a débil “força de vontade” das pessoas em mudar seu comportamento e atitudes, muitas vezes relacionados com a força do hábito e/ou da adicção. Dessa forma, seria preciso educar as pessoas para que tenham “autocontrole”, para que sejam capazes de resistir às pressões externas que levam aos estilos de vida autodestrutivos e para que tenham atitudes de prevenção que não permitam o seu próprio adoecimento. Esse argumento é marcadamente culpabilizante, considerando que, aqueles que não possuem autocontrole são considerados fracassados, pessoas passivas, conformistas e incapazes de cuidar de si mesmas. Assim, ter um comportamento que evite riscos à saúde é considerado um dever moral, representando atitudes de autocontrole, alcançado por meio de autoconhecimento e autoaprimoramento. Ou seja, uma “eterna vigilância sobre nós mesmos” (CASTIEL, 2007; CARVALHO, 2019, p.6).

Em uma revisão integrativa, Madeira et al. (2018) identificaram na literatura que estilo de vida é considerado como um comportamento que cada indivíduo constrói ao longo da sua vida e que representa suas escolhas. Assim, acompanha a abordagem da PS focada nas concepções de risco e na normatização de comportamentos saudáveis, reforçando a responsabilização e a culpabilização individual pelo processo saúde-doença.

Sobre estilo de vida e risco, Ferreira e Castiel (2010) apontam para a importância de pensar em soluções políticas que foquem na redução das desigualdades sociais e não apenas em intervenções individualizantes e moralizantes que interferem nas ações dos indivíduos.

Tais ações apresentam, ainda que nas entrelinhas, um juízo de valor que induz à uma vida marcada por regras e normas padronizadas para determinar *como* os indivíduos devem agir, bem como *quem* eles devem ser (SILVA-ARIOLI, 2013; MADEIRA et al. 2018).

Apesar da noção de estilo de vida ser marcadamente individualista, a OMS (1998) ressalta na sua definição, que se trata de um modo de viver baseado em comportamentos que

emergem das interações sociais e das condições socioeconômicas e ambientais. Reforça que o estilo de vida exerce um efeito significativo na saúde, mas pontua que as ações não devem ser direcionadas exclusivamente aos indivíduos, mas também às condições sociais que influenciam e determinam os seus padrões de comportamento. Destaca-se como relevante no contexto do presente estudo, que a OMS reconhece que não existe um estilo de vida “ótimo”, ou ideal, a ser prescrito para todos (OMS, 1998).

Assim, conforme a reflexão apresentada, entende-se que a educação no campo da PS envolve diversos e complexos aspectos, evidenciando a necessidade de refletir sobre o real alcance das dimensões individuais e subjetivas ao se conceber e planejar as ações educativas. A autonomia, bem como o protagonismo dos indivíduos no seu cuidado, na sua capacidade de atuar na melhoria da sua qualidade de vida, modificando ou adotando estilo de vida saudável (preconizado pelo ideário da promoção da saúde) passa por múltiplos caminhos. Não se pode desconsiderar os aspectos dos DSS bem como o papel do Estado por meio de políticas públicas que sejam efetivas em propiciar meios para que os indivíduos possam fazer suas escolhas. Ao se propor a educação crítica no contexto da Promoção da Saúde, pretende-se estar em consonância com a NPS e ultrapassar o enfoque individualista para uma abordagem que inclua as interações dos indivíduos entre si e com o espaço social em que vivem e que influenciam suas ações, atitudes, escolhas, bem como a conformação do seu *habitus*, conceito que será apresentado e discutido no tópico a seguir.

### 3.4 PIERRE BOURDIEU E OS CONCEITOS DA SOCIOLOGIA DA AÇÃO

O pensamento de Pierre Bourdieu, enquanto sociólogo que desenvolveu estudos importantes e reconhecidos na área da educação, pode contribuir com a análise do processo de construção do conhecimento pelos usuários da APS a partir das ações de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde. A partir dessa premissa pretende-se desenvolver reflexões transpondo a teoria de Bourdieu do campo da educação para o campo da saúde coletiva.

Os conceitos de *habitus*, capital simbólico, campo e poder simbólico trazidos por Bourdieu são importantes para aprofundar a discussão e o entendimento sobre o papel do agente, no caso do usuário do sistema de saúde, no processo do cuidado em saúde, em particular no enfoque educativo desse cuidado. São fundamentais também para melhor compreensão dos aspectos subjetivos e objetivos que influenciam as ações e reações dos usuários frente às abordagens educativas que são tradicionalmente planejadas e executadas a partir do



conhecimento técnico-científico, centradas na doença e desconsideram, na sua maioria, o conhecimento prévio, as experiências e vivências dos indivíduos.

O estudo de Cárdenas (2014) aponta trabalhos de autores (como Corcuff, 2001 e Montagner, 2010) que indicam que a teoria praxiológica de Bourdieu apresenta uma perspectiva que tem sido profícua nos estudos desenvolvidos na saúde coletiva.

Montagner (2010) ao analisar a teoria de Bourdieu, identifica alguns elementos que contribuem com a elaboração de uma sociologia da saúde e do corpo. Apesar dos trabalhos de Bourdieu não terem enfoque na área da saúde, o autor acredita que o conceito bourdieusiano de *habitus* é uma contribuição significativa à sociologia do corpo ao estabelecer uma noção de corpo além da física, que é dinâmica, relacionada com os modos de ser e agir do agente social.

A palavra latina *habitus* tem origem na palavra grega *hexis*, utilizada por Aristóteles para designar características do corpo e da alma adquiridas em um processo de aprendizagem. Posteriormente foi utilizada também por Émile Durkheim com sentido semelhante designando um estado geral dos indivíduos, interior e profundo que orienta suas ações de forma durável (SETTON, 2002).

Por *habitus* Bourdieu entende que são os: “Sistema de disposições socialmente construídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (BOURDIEU, 2007 a, p.191).

Diversos autores utilizaram o conceito de *habitus* nos seus estudos, mas foi Bourdieu quem, diante do seu conhecimento sobre as abordagens filosóficas do conceito, o ampliou e o renovou como proposta para romper a dualidade entre indivíduo e sociedade da sociologia estruturalista. Assim, o *habitus* ultrapassa a dicotomia entre objetivismo e subjetivismo ao representar o papel mediador entre a interiorização da exterioridade (a socialização na formação do *habitus*) e a exteriorização da interioridade (ação do agente no espaço social, no campo). Por meio do *habitus*, enquanto matriz geradora de práticas, a sociedade encontra-se incorporada nos indivíduos, sob a forma de disposições duráveis e propensões estruturadas no seu modo de ser, agir, pensar e sentir. Essas disposições guiam os indivíduos para que respondam de forma criativa aos constrangimentos e solicitações do meio social em que estão inseridos (COSTA, 2013).

Para Bourdieu as escolhas e disposições sociais dos indivíduos não se limitam simplesmente às vontades individuais (primado da ação) e nem tampouco são macro determinações de arranjos coercitivos (primado das estruturas). São resultados principalmente de toda a sua herança cultural e social, adquiridos por meio da família e da escola, que de forma

inter relacional definem as suas atitudes determinadas pela cultura, num jogo que envolve aceitações e recusas, bem como negociações nas estruturas, que são estruturadas e estruturantes (*habitus*). Essa herança cultural e social determina o que ele conceitua como capital cultural (COSTA, 2013).

Por meio do *habitus*, o passado do indivíduo está presente no momento atual, de forma atualizada, e permanece nas ações futuras dos agentes sociais. Para Bourdieu o *habitus* é forjado no interior das relações sociais, que são exteriores e independem das vontades individuais. Por essa razão apresenta um componente inconsciente, considerando que os agentes não entendem a totalidade da pluralidade de significados dos seus comportamentos e da produção de seus pensamentos, percepções e ações. No entanto, por meio do *habitus*, o ator social pode criar novas modalidades de condutas, participando das realidades objetivas das instituições, caso encontre um certo grau de liberdade para tanto. Dessa forma, o *habitus* permite que os atores sociais imponham ajustes, revisões e transformações às estruturas (BOURDIEU, 2009).

O trabalho de inculcação do *habitus* acontece no decorrer da vida, da história de um indivíduo e se manifesta também na história de seu grupo e/ou classe social a partir de uma identidade comum de condições de existência. Essa identidade produz um sistema de disposições que são semelhantes e responsáveis por uma certa harmonização do *habitus* dos agentes que pertencem a um mesmo meio social (o *habitus* de classe). Dessa forma, compartilham condições objetivas semelhantes e se diferenciam de outros grupos, o que cria uma solidariedade entre os indivíduos que compartilham o *habitus* do grupo, e que ajustam suas ações de forma harmônica entre si, de forma independente às normas que são pré-estabelecidas pelo grupo e ou classe social (BOURDIEU, 2007a).

O estudo do conceito bourdieusiano de *habitus* nos permite fazer uma reflexão sobre o desenvolvimento dos processos sociais sob uma perspectiva que envolve não apenas o espaço social (sociedade) mas também o papel criativo dos agentes (indivíduos). Coloca o indivíduo em um papel ativo no mundo social, como produto, mas também produtor da sociedade. A estrutura é estruturada, mas também estruturante (COSTA, 2013).

Assim, através do *habitus*, Bourdieu procura uma síntese relacional entre o objetivismo e a fenomenologia. Enquanto na fenomenologia a experiência do indivíduo é a perspectiva principal, no objetivismo as práticas individuais são construídas a partir das influências objetivas. Com o conceito de *habitus* Bourdieu busca a mediação entre essa polaridade, significando modos de ser, pensar e agir que são produtos e produtores de significados, reflexão e ação na vida cotidiana (COSTA, 2013).

Para Bourdieu a teoria social, bem como a análise sociológica, reside nas relações, na perspectiva relacional, ultrapassando o pensamento binário. É a perspectiva praxiológica de Bourdieu: o esforço em superar as oposições do pensamento binário, do dualismo entre o mundo material e o mundo simbólico. A forma subjetivista de conhecer o mundo: a consciência dos sujeitos, suas percepções e intenções. No modo de conhecimento praxiológico as aquisições do conhecimento objetivista não são anuladas, mas sim integradas ao sistema de relações dialéticas entre as estruturas e as disposições duráveis dos agentes, o *habitus* (BOURDIEU, 1994).

Segundo Wacquant (2007, p.67):

Contra o estruturalismo, a teoria do *habitus* reconhece que os agentes fazem ativamente o mundo social por meio do envolvimento de instrumentos incorporados de construção cognitiva; mas também afirma, contra o construtivismo, que estes instrumentos foram também eles próprios feitos pelo mundo social.

Podemos compreender que o *habitus* separa e une pessoas, bens, escolhas, consumos, práticas. Estabelece esquemas classificatórios que são sempre relacionais: “por exemplo, o mesmo comportamento ou o mesmo bem pode parecer distinto para um, pretensioso ou ostentatório para outro e vulgar para um terceiro” (BOURDIEU, 1996, p.22).

Outro conceito bourdieusiano importante no contexto desse estudo é o de capital simbólico. Aqui será apresentado e discutido três tipos de capital simbólico, que interagem entre si: capital social, econômico e cultural. Apesar de serem distintos entre si, eles mantêm inter-relações e muitas vezes a posse de um tipo de capital representa condição para a obtenção de um outro (BOURDIEU, 1999).

O capital social é uma rede de relações e representa estratégia de apoio para atuação dos agentes no espaço social em que vivem e se relacionam, sendo conceituado como:

[...] o conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedade comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1999, p.67).

O capital econômico está representado pela aquisição de bens materiais diversos como livros, obras de arte, equipamentos por exemplo, bem como de lucros financeiros (BOURDIEU, 2007b).

Para Bourdieu (1998, p.74-75): “O capital cultural é um ter que se tornou ser, uma propriedade que se fez corpo e tornou-se parte integrante da “pessoa”, um *habitus*. Aquele que o possui “pagou com sua própria pessoa” e com aquilo que tem de mais pessoal, seu tempo”.

Segundo Bourdieu (2007b) o capital cultural se apresenta em três estados: incorporado, objetivado e institucionalizado. O capital cultural no estado incorporado (uma outra forma de designar o *habitus*) é a incorporação contínua da estrutura social pelos indivíduos. É o mundo social inscrito no corpo. Exige um trabalho de inculcação e de assimilação que envolve tempo e investimento pessoal do próprio investidor. É um trabalho do sujeito sobre si mesmo.

Já o capital cultural no estado objetivado expressa a materialidade do capital cultural, através de escritos, pinturas, monumentos, instrumentos etc. Pode ser transferível, diferentemente do estado incorporado. A apropriação de bens materiais pressupõe a acumulação de capital econômico, enquanto que a apropriação simbólica desses mesmos bens, ou em outras palavras, saber utilizá-los de acordo com o fim a que se destinam, pressupõe a acumulação de capital cultural. Entendendo a partir das palavras de Bourdieu:

Para possuir máquinas, basta ter capital econômico; para se apropriar delas e utilizá-las de acordo com sua destinação específica (definida pelo capital científico e tecnológico que se encontra incorporado nelas), é preciso dispor, pessoalmente ou por procuração, de capital incorporado (BOURDIEU, 2007a, p.77).

Por fim, o capital cultural no estado institucionalizado representa a certificação de conhecimento e competência cultural fornecida pela instituição escolar (os diplomas), representando os anos de estudos convencionais na estrutura de ensino formal (BOURDIEU, 1998).

O meio familiar e a instituição escolar são os ambientes responsáveis pela definição do capital cultural dos indivíduos. Para Bourdieu (2007b, p.41-42), “cada família transmite a seus filhos, mais por vias indiretas que diretas, um certo capital cultural e um certo *ethos*, sistema de valores implícitos e profundamente interiorizados”.

A compreensão do conceito de capital cultural ajuda a dar conta da desigualdade encontrada no desempenho escolar de crianças pertencentes a diferentes classes sociais. O que está intimamente relacionado a distribuição de capital cultural entre as diversas classes e frações de classe. Representa uma ruptura com a visão até então comum de que o sucesso ou não do desempenho escolar estaria diretamente relacionado às aptidões naturais, inerentes aos indivíduos (BOURDIEU, 1998).

Para Bourdieu (1996) a dimensão simbólica da vida (o capital cultural) é responsável por estruturar, juntamente com os aspectos materiais (o capital econômico), as diferenças no espaço social vivenciadas pelos indivíduos (agentes) nas suas redes de relações sociais.

Assim conceitua espaço social:

Conjunto de posições (sociais) distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidades, de vizinhança ou de distanciamento e, também, por relações de ordem, como acima, abaixo e entre (BOURDIEU, 1996, p.19).

As ações dos indivíduos são determinadas pelo *habitus*, mas também pelas situações e contextos em que estão inseridos, denominado por Bourdieu como campo. Representa um universo intermediário onde estão inseridos os agentes e as instituições que produzem e reproduzem a arte, a literatura e ciência. Enquanto universo é também um mundo social como todos os outros, mas apresenta certa autonomia e segue leis sociais específicas (BOURDIEU, 2004a).

Na compreensão do conceito de campo pode-se entender que o espaço social é o todo e campo é considerado como parte desse todo.

Assim, para Bourdieu, campo é:

[...] esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. Se, como o macrocosmo, ele é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas. Se jamais escapa às imposições do macrocosmo, ele dispõe, com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada (BOURDIEU, 2004a, p.20-21).

Todo campo representa um campo de força, de lutas de poder que irão se confrontar para conservar ou transformar esse campo de forças. Os agentes sociais não estão passivos diante desse campo de forças, não são conduzidos passivamente pelas forças que regem o campo. Ao contrário, possuem disposições que são adquiridas ao longo do tempo (o *habitus*) que os levarão a resistir ou não às forças do campo. Os agentes que adquirem as disposições que são contrárias a determinado campo podem se sentir deslocados, não inseridos. Dessa forma podem lutar, resistir a essas forças e procurar modificar as estruturas no sentido de suas próprias disposições, para adequá-las às suas disposições. As posições que os agentes ocupam no campo dependem do seu próprio capital e irá determinar as estratégias que utilizarão para manutenção ou transformação das estruturas (BOURDIEU, 2004a).

Para Bourdieu (2004a) a prática e ação dos indivíduos só se realiza no momento em que as disposições duráveis dos indivíduos entram em contato com uma situação (campo). São, portanto, compreendidas como produto de uma relação dialética entre *habitus* e campo.

As forças e as lutas de poder, características e inerentes ao campo, podem ser melhor explicitadas e compreendidas por meio do conceito de poder simbólico. O poder simbólico é um poder oculto, que não está claramente configurado como meio de dominação e coerção, ao contrário do poder representado pelo Estado ou por aparelhos institucionais que apresentam

esta função e, portanto, são claramente identificados como tal. É um poder exercido pela classe dominante e que não aparece explicitamente como poder. Por ser tido como naturalizado, incorporado no espaço social, no processo de interação os sujeitos não se percebem dominados nem coagidos. Deste poder simbólico dentro de um campo nasce a violência simbólica, uma estrutura de dominação de uma classe sobre outra. Segundo Bourdieu:

É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os sistemas simbólicos cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, segundo a expressão de Weber, para a 'domesticação dos dominados' (BOURDIEU, 1989, p. 11).

Os conceitos acima apresentados representam a teoria sociológica de Bourdieu, que é considerada uma teoria das estruturas sociais. No entanto, Bourdieu constrói uma variante do estruturalismo, quando aceita a existência de estruturas objetivas que são independentes da consciência e da vontade individuais, mas sustenta que as mesmas (estruturas) são produtos de uma gênese social que inclui os esquemas de percepção, de pensamento e de ação (*habitus*) (THIRY-CHERQUES, 2006).

O objeto de estudo na sociologia não pode ser considerado exterior em relação aos agentes, uma vez que o mesmo deve ser considerado um fenômeno impregnado de significados. Dessa forma, é importante que não se faça uma ruptura entre sujeito e estrutura, entre fato e sentido, entre conhecimento e ação (BODSTEIN, 2010).

Para Bourdieu (2004b, p.147) " as estruturas, as representações e as práticas constituem e são constituídas continuamente". Assim o método de Bourdieu está direcionado para a análise dos mecanismos de dominação, da produção de ideias e da gênese das condutas (THIRY-CHERQUES, 2006).

Em oposição aos estruturalistas, Bourdieu rejeita o determinismo e a estabilidade das estruturas bem como a teoria de que os agentes são coagidos a agir, com pouca ou nenhuma força para exercer suas escolhas. No entanto aceita a noção estruturalista de que as ações não pertencem aos sujeitos, mas ao sistema de relações em que as ações estão inseridas e pelas quais elas se realizam (BOURDIEU 2004b),

Bourdieu aceita também e absorve, da fenomenologia, a ideia que entende o objeto como um todo, de que são os agentes sociais que constroem a realidade social, mesmo sustentando que o princípio dessa construção é estrutural. Que não se pode compreender a ação social apenas a partir do testemunho dos indivíduos, de seus sentimentos, explicações ou reações pessoais. Que é mister procurar o que está por trás desses fenômenos, dessas

manifestações. Bourdieu parte de um construtivismo fenomenológico, que busca encontrar na interação entre os agentes (indivíduos e os grupos) e as instituições uma estrutura historicamente construída que se impõe sobre os pensamentos e as ações (THIRY-CHERQUES, 2006).

Segundo Bourdieu (2004b), se ele tivesse que classificar os seus estudos, os caracterizaria como estruturalismo construtivista ou construtivismo estruturalista, descrevendo da seguinte maneira:

Por estruturalismo ou estruturalista, quero dizer que existem, no próprio mundo social e não apenas nos sistemas simbólicos - linguagem, mito, etc. -, estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes, as quais são capazes de orientar ou coagir suas práticas e representações. Por construtivismo, quero dizer que há, de um lado, uma gênese social dos esquemas de percepção, pensamento e ação que são constitutivos do que chamo de *habitus* e, de outro, das estruturas sociais, em particular do que chamo de campos e grupos, e particularmente do que se costuma chamar de classes sociais (BOURDIEU, 2004b, p.149).

Nessa perspectiva, sua teoria se coloca entre o subjetivismo, que desconsidera a gênese social das condutas individuais, e o estruturalismo, que desconsidera a história e as determinações dos indivíduos (THIRY-CHERQUES, 2006).

Nas suas investigações Bourdieu desenvolve um estruturalismo fundamentado na noção de estruturas que são históricas (por meio do conceito de campo), e também contextuais e geradoras (por meio do conceito de *habitus*). Nessa perspectiva, a percepção do indivíduo, sua forma de pensar e agir são constituídas dentro das estruturas e segundo as características do campo em que se inscrevem. Como exemplo, nos diz que um trabalhador, seja ele um operário, um artista ou um burocrata, não pode conduzir seu trabalho ou criar livremente uma vez que está sujeito às regras, códigos e preceitos do campo onde está inserido. No entanto, dentro de certos limites a sua conduta e improvisação são aceitas. É o que chama de estrutura estruturante do *habitus* (BOURDIEU, 2011).

Para Bourdieu, as ciências sociais trabalham com uma realidade que inclui os agentes, as ações e as relações entre os agentes. Essa realidade é ao mesmo tempo estruturada e estruturante. Ou seja, permeada por questões objetivas e subjetivas. Atualiza a máxima marxista de que o homem faz sua história, mas não como ele quer, considerando que a realidade é socialmente construída, não esquecendo que ela depende das condições objetivas existentes, já dadas, além dos contextos sociais que limitam e determinam as ações e as relações entre os agentes. O grau de liberdade dos agentes, para atuação e escolhas, depende das relações e da posição que ocupam nos diversos campos sociais (econômico, político, educacional, artístico, cultural, científico, entre outros) (BODSTEIN, 2010).

Nessa perspectiva, a realidade social é estruturante e tem como base as categorias de percepções dos agentes, que se materializam na forma de disposições para a ação ou *habitus*. Já as estruturas sociais se exprimem na vida social por meio do que o autor chama de campos. Assim, os dois “estados do social”, *habitus* e campos, se desenvolvem mutuamente em um processo de mão-dupla: a “interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade” (BOURDIEU, 1994).

Nesse universo conceitual, o ponto de vista oferecido pela sociologia da ação, também concebida por Bourdieu como construtivismo estruturalista, aponta que o componente objetivo das relações sociais prevalece sobre seus aspectos subjetivos. Isto significa dizer que na relação entre estrutura e agentes, a autonomia e a consciência destes é relativizada pelas forças decorrentes da pressão objetiva das estruturas (exterior) e pela assimilação (interior) de esquemas de ação. Os agentes exprimem formas de agir marcadas pelas suas trajetórias sociais, resultantes de esquemas interiorizados nos processos de socialização que orientam de algum modo a ação dos mesmos (CÁRDENAS, 2014).

Para Bourdieu (2002), trajetória social é uma forma singular de percorrer o espaço social, de caminhar dentro de um ou mais campos, onde o *habitus* é expresso e onde o agente ocupa uma série de posições sucessivamente em diversos espaços, também definido pelas estruturas.

Para operar com a teoria de Bourdieu na pesquisa sociológica é fundamental a compreensão de que a ação social é modulada tanto pelos agentes quanto pelas estruturas sociais, concomitantemente. Assim, compreender as motivações dos indivíduos para agir de uma determinada maneira e não de outra, bem como de que maneira o fazem vão além da interpretação das narrativas individuais somente. Segundo o sociólogo Corcuff (2001), é preciso apreender a posição que os agentes ocupam nas instituições, o seu lugar nas classes sociais, assim como suas experiências acumuladas dentro dos diversos campos, e dessa forma recuperar e compreender os aspectos que vão além da sua consciência (CÁRDENAS, 2014).

Nessa perspectiva, caminha-se na reflexão de que as ações dos agentes (no caso dos usuários dos sistemas de saúde), suas escolhas relacionadas ao seu cuidado em saúde e hábitos de vida bem como sua interpretação da realidade social, podem ser influenciados diretamente pelo *habitus* e pelo campo.

Conforme ressalta Moreira (2017), as estratégias dos agentes para conservação ou subversão das estruturas dependem da sua posição no campo, das suas disposições incorporadas (*habitus*) assim como da capacidade de acionar e mobilizar os capitais simbólicos por eles



acumulados. Nesse contexto, a obra de Bourdieu oferece ferramentas importantes para propiciar uma análise das estratégias utilizadas pelos agentes.

Por fim, diante do exposto, pode-se refletir de que forma o campo da educação em saúde contribui com a compreensão sobre os diversos papéis que os agentes representam (os usuários do sistema de saúde), o *habitus* que cada um tem incorporado, permitindo uma maior aproximação com a realidade social em busca do alcance do objetivo de aliar a educação ao cuidado cotidiano de saúde.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ANÁLISE DOCUMENTAL E PESQUISA DE CAMPO EXPLORATÓRIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cujo percurso teórico-metodológico abarcou duas dimensões principais que se complementaram: uma primeira voltada para a compreensão dos processos estruturais e objetivos que visam orientar as ações educativas com foco no cuidado prestado na APS e uma segunda dimensão que objetivou compreender os aspectos e as características subjetivas que conformam as ações e as atitudes dos sujeitos. Esse percurso teve como base teórica a perspectiva praxiológica de Bourdieu no contexto empírico.

Para alcançar as duas dimensões apontadas, identificou-se três elementos principais que constituem o campo da Educação em Saúde e abarcam o objeto do presente estudo: 1) as políticas públicas de saúde; 2) as instituições de saúde; 3) os grupos sociais. As políticas públicas de saúde representam o discurso oficial e, por meio dos seus princípios e diretrizes, norteiam a operacionalização do cuidado em saúde prestado pelos profissionais. Já as instituições de saúde representadas neste estudo são as Clínicas da Família, consideradas Unidades de Atenção Básica e primeiro nível de atenção à saúde na hierarquia do sistema de saúde. Apesar de ambos os elementos representarem os aspectos objetivos que conformam o campo da educação em saúde, na perspectiva aqui apresentada optou-se por analisar apenas as políticas públicas de saúde. Por fim, o grupo social que é alvo deste estudo é representado pelos usuários das Clínicas da Família e participantes das práticas coletivas, sendo considerado como grupo social por se aglutinarem de acordo com seus modos de vida, suas práticas e identidades sociais. É o elemento que representa o aspecto subjetivo investigado na presente pesquisa (CUNHA, 2017).

Dessa forma, a partir das duas dimensões apresentadas, e com base na perspectiva teórico-metodológica referenciada, realizou-se a presente investigação em duas etapas. Inicialmente, para compreensão da dimensão e processos estruturais, realizou-se uma análise documental de políticas públicas de saúde que apresentassem o elemento educativo no seu escopo. Para identificar e analisar as abordagens educativas nas políticas foi utilizado como referencial teórico os enfoques de educação em saúde propostos por Stotz (2007), que são: preventivo; da escolha informada; do desenvolvimento pessoal; radical e da educação popular em saúde. Os documentos públicos contemplados para análise foram: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (BRASIL, 2007), Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2017), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014), Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2011) e a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que, no ano de 2017, as políticas públicas de saúde foram reunidas em um único documento chamado “Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde” (SUS) (BRASIL, 2017b), sendo revogadas as portarias individuais. No entanto, para deixar evidente o ano em que as políticas aqui analisadas foram publicadas ou revistas, optou-se por manter nas referências o ano de publicação de cada uma.

Em seguida, representando a segunda parte do estudo, para compreensão da dimensão subjetiva bem como dos contextos e aspectos locais, foi realizada uma pesquisa exploratória tendo como cenário de estudo duas Unidades Básicas de Saúde no município do Rio de Janeiro.

## 4.2 A PESQUISA DE CAMPO

### 4.2.1 O cenário e os participantes do estudo

A pesquisa de campo exploratória foi realizada na Clínica da Família Assis Valente (CFAV) e na Clínica da Família Wilma Costa (CFWC), ambas localizadas no município do Rio de Janeiro. O critério para seleção das Unidades de Saúde foi a presença de práticas coletivas desenvolvidas pelas equipes da ESF no cotidiano do cuidado prestado à população. Foi também um critério de seleção o interesse e a disponibilidade das equipes em participar do estudo, considerando a situação político-administrativa em que se encontrava o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro entre os anos de 2018 e 2020. Neste período vivenciava-se um grande contingenciamento e redução dos investimentos em saúde pública, repercutindo na conformação das Clínicas da Família, com redução no número de equipes bem como fechamento de algumas Unidades de Saúde.

A CFAV foi inaugurada em 08 de julho de 2011, no bairro da Ilha do Governador, sendo a 40ª Clínica da Família implantada no município do Rio de Janeiro. Na gestão municipal no período citado havia um incentivo para a expansão da ESF no município, marcando um crescimento de 500% no número de pessoas atendidas pela ESF (OTICS, 2019). No ano de realização da pesquisa, ao contrário, observou-se uma redução drástica nos investimentos, com redução no número de equipes e conseqüentemente no número de pessoas atendidas.

Inicialmente com seis equipes de Saúde da Família e três de Saúde Bucal, a CFAV sofreu uma redução de profissionais e passou a atuar com cinco equipes de Saúde da Família e duas de Saúde Bucal para atender e acompanhar cerca de 22.000 moradores das comunidades de Vila Joaniza e Barbante.

Ressalta-se que a CFAV tem responsabilidade sanitária também pelos moradores do Complexo de Abrigos Stella Maris, que comporta quatro abrigos, além dos usuários das cinco unidades de internação do Departamento Geral de Ações Educativas (DEGASE).

A CFAV contava com uma equipe Nasf-AB para todo o território de abrangência com os seguintes profissionais: um assistente social, um fisioterapeuta, um farmacêutico e um educador físico. Vale ressaltar que a situação político-administrativa atual do município influenciou não apenas a redução no número de equipes mas também a sua composição. Assim, a equipe Nasf-AB sofreu redução gradual, com a saída recente dos profissionais nutricionista e psicólogo.

Durante o período do trabalho de campo as atividades da CFAV estavam reduzidas e os profissionais estavam em movimento de greve contra as demissões e redução das eSF bem como contra o fechamento de Clínicas da Família. Ainda que em greve, as práticas coletivas foram mantidas e, portanto, foi possível realizar a observação participante das reuniões em grupo, conforme previsto no percurso metodológico do presente estudo.

A Clínica da Família Wilma Costa foi inaugurada no dia 30 de outubro de 2016, no bairro do Cocotá na Ilha do Governador, município do Rio de Janeiro. Com sete equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal, a CFWC não apresentava equipe de Nasf-AB na sua estrutura organizacional, e, segundo dados de novembro de 2019, tinha responsabilidade sanitária por 23.666 usuários cadastrados.

Em situação semelhante à CFAV, os profissionais de saúde encontravam-se em greve reivindicando melhores condições de trabalho e valorização da Saúde da Família como modelo de atenção à saúde no primeiro nível do sistema de saúde. Assim, durante a realização do trabalho de campo da pesquisa as atividades coletivas estavam suspensas, exceto as reuniões do grupo de artesanato.

Os participantes do estudo foram os usuários das Clínicas da Família elencadas, tendo como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, de ambos os sexos e participar de uma ou mais práticas coletivas realizadas pelos profissionais da ESF e/ou do NASF.

#### 4.2.2 As técnicas de coleta e análise das informações

Para alcançar os objetivos propostos na segunda etapa do estudo, a partir da perspectiva da pesquisa qualitativa, utilizou-se como técnica de investigação a observação participante e entrevistas semiestruturadas.

Entende-se que a observação participante é parte essencial da pesquisa qualitativa na etapa do trabalho de campo. Além de técnica de pesquisa, é considerada por alguns autores como um método em si, que permite ao pesquisador a melhor compreensão da realidade pesquisada (MINAYO, 2012).

Assim, observação participante é definida como a presença do pesquisador no cenário social a ser investigado, com o objetivo de estar próximo aos sujeitos observados, de participar da ação desenvolvida para coletar os dados empíricos. Nesta perspectiva, o observador está inserido no contexto observado, modificando e sendo modificado por ele (MINAYO, 2012).

Para os autores estudiosos das ciências sociais, é consenso considerar que o pesquisador precisa relativizar o seu espaço social, aprender a ter empatia, a se tornar próximo dos seus interlocutores e a se colocar no lugar do outro. Dessa forma, essa proximidade é uma estratégia necessária para compreensão da realidade empírica, considerada uma virtude e não um inconveniente (MINAYO, 2010).

Para se realizar a observação participante das práticas coletivas utilizou-se um instrumento de trabalho chamado diário de campo. Trata-se de anotações que o pesquisador faz, que podem ser em um caderno ou em arquivo eletrônico, e que representam suas impressões pessoais, conversas informais, observações dos comportamentos, falas e relações interpessoais e que serão utilizados na análise do objeto a ser investigado. O diário de campo enquanto acervo de notas e impressões é considerado um instrumento essencial para tornar a pesquisa de campo mais verdadeira e próxima da realidade (MINAYO, 2010).

Além do diário de campo foi utilizado como instrumento de pesquisa um roteiro de observação participante no sentido de orientar e guiar o pesquisador no campo para contemplar, durante a observação, aspectos relevantes para o seu objeto de estudo (Apêndice 1).

Dessa forma, a observação participante das práticas coletivas teve por objetivo proporcionar melhor compreensão das dinâmicas desenvolvidas bem como da integração entre os participantes. Em adição, foi também um objetivo da observação identificar e convidar os usuários para participar da pesquisa e responder a entrevista.

A entrevista semiestruturada é a estratégia de campo mais utilizada nos estudos qualitativos e possui o objetivo de captar dados subjetivos e construir informações pertinentes

ao objeto de pesquisa (FLICK, 2009).

O instrumento utilizado foi o roteiro de entrevista semiestruturada que combina perguntas abertas e fechadas, onde se espera que o entrevistado possa discorrer e expressar seus pontos de vista mais livremente do que em entrevistas com questões fechadas (Apêndice 2). Além disso, esse tipo de entrevista permite uma interação e aproximação entre entrevistador e entrevistado capaz de facilitar respostas espontâneas, podendo até mesmo surgir questões inesperadas de grande valia para o estudo (MINAYO, 2010).

O roteiro de entrevista foi dividido em dois blocos de perguntas. O primeiro bloco teve por objetivo conhecer os usuários, seu perfil socioeducacional, bem como sua trajetória social, entendendo que são aspectos fundamentais para a compreensão sobre o seu papel enquanto sujeito no cuidado em saúde prestado por meio das ações educativas. Em continuidade, o segundo bloco da entrevista foi composto por perguntas que procuraram abarcar os objetivos específicos do estudo bem como alcançar respostas para as questões norteadoras que motivaram a pesquisa.

Em seguida as entrevistas foram analisadas e interpretadas no contexto teórico do estudo. Segundo Minayo (2012) a análise e interpretação dos dados são a essência da pesquisa qualitativa, cujo objetivo é explorar as opiniões dos participantes sobre o objeto de estudo, através de procedimentos especializados e científicos.

Os dados empíricos foram tratados em três etapas consecutivas: descrição, análise e interpretação.

Durante a etapa de descrição as falas dos entrevistados foram transcritas de acordo exato como foram registradas por áudio (*ipsis verbis*). Em seguida foi feita a análise do material por meio da qual pretendeu-se ultrapassar o entendimento do que foi descrito, fazendo uma leitura exaustiva para decomposição das falas e posterior correlação entre as partes decompostas. Por fim, a interpretação das falas foi feita buscando compreender o significado dos depoimentos, com base no arcabouço teórico proposto no estudo (Minayo, 2012).

As etapas de análise e interpretação das entrevistas contou com o referencial teórico da análise de conteúdo de Bardin (2011), assim definida:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

A análise de conteúdo possui duas funções que podem coexistir de forma complementar na proposta de análise dos dados: a função heurística, cujo objetivo é decifrar o que está

implícito nos conteúdos empíricos, que é a fase exploratória em si e a segunda é a verificação ou confirmação das hipóteses ou pressupostos que orientaram a elaboração do estudo (Bardin, 2011).

Destaca-se a inferência como um procedimento metodológico de interpretação utilizado na análise de conteúdo. Trata-se da dedução lógica do teor analisado, da indução a partir dos fatos, no caso, dos significados expressos nas entrevistas. É feita entre as etapas de descrição e de interpretação dos dados, a partir de premissas teóricas já aceitas e/ou de experiências prévias do pesquisador sobre o assunto. Para fazer inferência em um material a ser analisado é relevante fazer algumas perguntas que levem a responder “quem diz o quê?”, “como diz?” e “qual a consequência do que é dito?” (Bardin, 2011).

Dentro da análise de conteúdo optou-se por utilizar a vertente temática, que tem o tema como a unidade de significação. O tema pode ser uma palavra, uma frase ou um resumo que emerge das falas, que não é previamente fornecido, mas sim obtido a partir dos pressupostos teóricos que orientaram a leitura e a análise do material empírico. Pretendeu-se com a utilização da análise temática “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin 2011, p.135).

Assim, a análise de conteúdo temática foi realizada seguindo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferências/interpretação.

Na pré-análise foi realizada uma primeira leitura compreensiva (a leitura “flutuante”) do material empírico para apreender as suas particularidades, selecionar as falas que foram submetidas à análise, formular os pressupostos para escolha dos temas de classificação dos depoimentos, bem como das categorias analíticas dentro de cada tema.

Em seguida, concluindo a pré-análise, iniciou-se a exploração do material, o que representou a análise em si, a aplicação das escolhas realizadas na etapa anterior. Dessa forma, foi feita a classificação das falas ou trechos das falas escolhidas, nos temas e nas categorias selecionadas na primeira etapa. Em sequência, foi realizada uma leitura dialogando com as partes classificadas e identificando os núcleos de significados em cada categoria, através de inferências. Por fim, redigiu-se um texto por categoria temática, interpretando as falas por meio do diálogo e inferências entre os temas empíricos, os objetivos da pesquisa e o referencial teórico analítico selecionado (MINAYO, 2010; BARDIN, 2011).

Por fim, na fase de análise e interpretação das entrevistas, utilizou-se como vertente analítica a teoria sociológica de Bourdieu, no sentido de buscar compreender como as estruturas sociais operam, enquanto princípios estruturantes das representações e ações dos indivíduos

(agentes), e quais as influências subjetivas identificadas, sob a perspectiva dos conceitos de *habitus*, campo, capital simbólico e poder simbólico.

#### **4.2.3 O contexto do trabalho de campo: a APS no município do Rio de Janeiro e a Pandemia de COVID-19**

O início do presente trabalho de campo do doutorado coincidiu com uma grande mudança no contexto político-econômico brasileiro, e que impactou diretamente na elaboração desta tese.

Inicialmente, trazendo o olhar para o contexto da saúde pública, é importante destacar que o SUS apresenta um acúmulo de avanços, conforme aponta o trabalho de Melo et al. (2019), destacando como exemplos o Programa Nacional de Imunização (PNI), o tratamento do HIV Aids, a Estratégia Saúde da Família e o programa de transplantes entre outros, enfatizando que a APS teve grande participação nos avanços mencionados. Entre 1998 e 2018 a cobertura nacional da ESF cresceu de 4% para 74%, representando a integração de cerca de 147 milhões de pessoas ao sistema de saúde pública, com ampliação da oferta de serviços e facilitação do acesso aos cuidados em saúde (O'DWEYR et al., 2019).

Foi a partir do ano de 2009 que houve uma grande expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, tardiamente em comparação com outros municípios brasileiros, com aumento no número de equipes de Saúde da Família, construção de novas Clínicas da Família, com consequente aumento no acesso da população aos cuidados primários em saúde. Tal expansão foi através de parceria com Organizações Sociais (OS), a partir da adoção de um contrato de gestão sob a lógica de avaliação e remuneração por desempenho, melhoria da qualidade e busca por eficiência e transparência na gestão pública. No entanto, identifica-se que esse modelo de gestão de pessoal representa uma fragilização nos vínculos de trabalho (MELO et al., 2019).

Apesar dos avanços identificados nos últimos anos, o SUS sofre grande ameaça de desmonte e agravamento nas questões consideradas desafiadoras para sua manutenção, fortalecimento e até mesmo existência. A saber: subfinanciamento, acesso limitado à rede de atenção especializada, baixa legitimação social, entraves da conformação da regionalização e na regulação da rede privada em saúde (MELO et al., 2019).

Dessa forma, aponta-se que os desafios enfrentados pelo SUS são constantes e no município do Rio de Janeiro, em particular na APS, não são diferentes. Com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a), iniciou-se um processo de mudança na APS, conforme dito anteriormente, que foi abarcado pelo município do Rio de Janeiro.



Concomitantemente a um contingenciamento financeiro e menor investimento em saúde, a secretaria municipal de saúde implantou alterações estruturais na gestão das Clínicas da Família no ano de 2019. Assim, houve uma mudança na conformação das equipes, com exclusão de algumas categorias profissionais, demissões e fechamento de clínicas, sem que houvesse um período de transição que garantisse à população continuidade na atenção e no acesso aos cuidados em saúde. Como consequência da crise e das mudanças estruturais, os profissionais e a população conviveram com um período de greves, como tentativa de resistência dos profissionais aos atrasos dos pagamentos, às demissões e cortes orçamentários e em defesa do SUS e da Estratégia Saúde da Família (MELO et al., 2019).

Esses acontecimentos demonstraram que estava em curso o deslocamento da consolidação e fortalecimento da APS, iniciada com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006, para o incentivo e ênfase à atenção hospitalar (O'DWYER et al., 2019).

Em agravamento ao quadro descrito, no dia 12 de março de 2020 a OMS declarou como Pandemia a COVID- 19, doença causada por um novo coronavírus denominado SARS-CoV-2. As medidas de distanciamento social e de higienização pessoal e de objetos foram as principais recomendações oficiais das autoridades sanitárias no mundo todo na tentativa de bloquear a transmissão viral e minimizar os riscos causados por uma doença até então desconhecida (OPAS, 2020).

Dessa forma, as unidades de APS, bem como as demais unidades assistenciais do país, precisaram rever seus protocolos e fluxos para atendimento dos casos suspeitos de Covid-19 bem como os demais casos acompanhados no sistema de saúde, além de adotar medidas de segurança para minimizar a propagação do vírus nas comunidades e entre os profissionais de saúde (DAUMAS, 2020).

Neste contexto, as Clínicas da Família, em especial no município do Rio de Janeiro, seguiram as orientações das equipes de vigilância em saúde e suspenderam todas as atividades coletivas, as consultas das especialidades, dando prioridade aos atendimentos dos casos suspeitos de COVID-19.

Assim, o trabalho de campo da presente pesquisa foi interrompido e somente após seis meses do seu início foi possível retomar e realizar novas entrevistas, seguindo todos os protocolos de segurança das unidades de saúde. A impossibilidade de retorno das atividades educativas coletivas, como medida de segurança para evitar a propagação do novo coronavírus, foi uma dificuldade encontrada e que não foi contornada na realização do trabalho de campo,

inviabilizando a observação participante de outras práticas coletivas, assim como a realização de mais entrevistas.

#### 4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ sob Parecer nº. 3.451.585 em 12 de julho de 2019 e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ em 05 de setembro de 2019 sob Parecer nº 3.557.157. Assim, atende às exigências das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b; 2016).

Os termos de anuência das Unidades Básicas de Saúde contempladas foram assinados pelos seus representantes legais, permitindo a realização da pesquisa de campo em suas dependências.

As entrevistas seguiram os preceitos da pesquisa qualitativa e antes do seu início foi feita a apresentação do pesquisador, bem como uma descrição do objeto, dos objetivos da pesquisa, dos critérios de escolha do (s) entrevistado (s), além da garantia de sigilo e anonimato. Em seguida foi feita a leitura e assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Bourdieu (1999), para compreender a ação social dos agentes, é importante reconstruir os elementos e aspectos que escapam a sua consciência, combinando significados objetivos e subjetivos, que envolvem o agente e a estrutura, bem como o *habitus* e o campo em que ele está inserido.

Assim, a partir da teoria da ação social de Bourdieu, procurou-se analisar o entendimento que os usuários da Atenção Primária possuíam sobre as questões abordadas nas práticas de educação em saúde, bem como a sua aceitação ou recusa sobre os caminhos terapêuticos propostos nas ações coletivas. Para tanto, considerou-se a influência das estruturas e da posição que ocupam e ocuparam nos diversos campos ao longo da sua história de vida, que influenciaram seu *habitus* e a constituição de sua autonomia e protagonismo no cuidado em saúde.

Dessa forma, para apresentar, discutir e analisar os dados empíricos à luz da teoria de Bourdieu, apresenta-se os resultados no sentido de responder os objetivos específicos da pesquisa. Neste ponto é relevante pontuar que foi necessário acrescentar os estudos e discussões de outros autores do campo da educação e da saúde coletiva para aprofundar e qualificar a discussão dos resultados, complementando a abordagem segundo as concepções já apresentadas da teoria sociológica de Bourdieu.

Nessa perspectiva, para compreender o discurso oficial presente nas políticas públicas de saúde, considerado um aspecto estrutural do campo da educação em saúde, e para responder o primeiro objetivo específico do estudo, apresenta-se os resultados da análise documental por meio de um artigo científico.

Em seguida, visando responder os demais objetivos específicos do estudo, apresenta-se os resultados do trabalho de campo contextualizando o cenário do estudo, apresentando as características das práticas coletivas e dos participantes da pesquisa, assim como discutindo e analisando as entrevistas a partir de temas empíricos e de categorias analíticas.

## 5.1 ARTIGO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AS ABORDAGENS E ESTRATÉGIAS CONTEMPLADAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.

### **RESUMO**

Este estudo objetiva analisar as estratégias de educação em saúde descritas na formulação das políticas públicas através de análise documental, tendo como referencial teórico os enfoques da educação em saúde: preventivo; da escolha informada; do desenvolvimento pessoal; radical e da educação popular em saúde. Identificou-se três categorias que balizaram a análise: as abordagens preventivas e com foco no indivíduo; o enfoque radical e os macrodeterminantes da saúde; e as estratégias para incentivo à autonomia e participação popular. Verificou-se a presença dos diversos enfoques nas políticas analisadas, enquanto estratégias educativas interativas e complementares, assim como a identificação de diretrizes para o fortalecimento da autonomia e da participação popular. Mesmo com limitações, as políticas dialogam entre si propiciando ferramentas para o trabalho cotidiano. O retrocesso político atual sinaliza a necessidade de rever as estratégias de educação e os seus impactos na saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Políticas Públicas.

**Educación en Salud en la Atención Primaria: los enfoques y estrategias contemplados en las políticas públicas de salud.**

**RESUMEN**

El estudio tiene como objetivo analizar las estrategias de educación en salud en las políticas públicas por medio de análisis documental, teniendo como referencia teórica los enfoques de la educación en salud: prevención; información; desarrollo personal y educación popular en salud. Se identificaron tres categorías de análisis: enfoques preventivos y centrados en el individuo; enfoque radical y los macrodeterminantes de la salud; estrategias para favorecer la autonomía y la participación popular. Se verificó la presencia de los enfoques en las políticas analizadas a la medida que se identificaran estrategias educativas interactivas y complementarias, así como pautas para el fortalecimiento de la autonomía y la participación popular. Incluso con limitaciones, las políticas poseen potencial de dialogar entre si propicia herramientas en el cotidiano. El retroceso político actual señala la necesidad de revisar estrategias de educación y sus impactos en la salud.

**Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Educación en Salud; Políticas Públicas.**

## **Health Education in Primary Care: the approaches and strategies contemplated in public health policies.**

### **ABSTRACT**

The study aims to analyze the health education strategies described in the formulation of public policies, through a documentary analysis, having as a theoretical reference the health education approaches: preventive; informed choice; personal development; radical and popular education in health. Three categories were identified that guided the analysis: preventive and individual-focused approaches; the radical approach and the macro determinants of health; and strategies to encourage autonomy and popular participation. The presence of the different approaches in the analyzed policies was verified as interactive and complementary educational strategies, as well as guidelines for the strengthening of the autonomy and popular participation. Even with limitations, the policies have the potential to dialogue with each other, becoming useful tools in everyday work. The current political setback signals the need to review education strategies and their impacts on health.

**Keywords: Primary Health Care; Health education; Public policy.**

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, sendo chamada de Atenção Básica (AB) no Brasil embora os termos sejam equivalentes<sup>1</sup>. A AB tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o primeiro acesso preferencial, com seu foco em coordenar o cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde, construindo vínculos na perspectiva de gerar autonomia nos indivíduos e na comunidade<sup>1</sup>.

A educação em saúde é um componente importante, reconhecido como parte do processo de trabalho das equipes da AB<sup>1</sup>. Sua concepção sofreu mudanças ao longo do tempo, influenciada pelo contexto histórico e político. Na segunda metade do século XIX, a educação em saúde surgiu como uma estratégia autoritária e normatizadora, que se valia de práticas coercivas, considerando que as doenças eram causadas pela não observação das normas de higiene por parte da população. Em seguida, em meados do século XX, assumiu um foco positivista, baseada no modelo biológico, informando a população sobre regras do bem-estar físico, mental e social, para que, a partir disso, se tornasse responsável por sua própria saúde. A partir das décadas de 1960 e 1970, com o movimento para a reforma sanitária brasileira, a educação em saúde incorporou a discussão sobre a influência dos determinantes sociais da saúde, assim como os fundamentos da educação popular de Paulo Freire, e passou a propor soluções, a partir da problematização, para transformação da realidade<sup>2,3</sup>.

Assim, ao conceituar educação em saúde é importante pontuar suas diferentes concepções. Tradicionalmente, é considerada um campo da saúde pública com o propósito de atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças. É considerada ainda como a transmissão de conhecimento, chamada por Paulo Freire de educação bancária, onde o educando se comporta como mero espectador, absorvendo as informações sem contextualização nem reflexão crítica<sup>3</sup>. Deve, ainda, ser entendida como coadjuvante na compreensão da população sobre as causas das doenças, como preveni-las e superá-las<sup>4</sup>. Na concepção adotada pelas autoras, e que denota a intencionalidade do presente estudo, a educação em saúde se constitui em um instrumento de construção dialógica do conhecimento, bem como de estímulo à autonomia, participação popular e protagonismo dos sujeitos no seu próprio cuidado.

Enquanto componente inserido no cuidado prestado à população, a educação em saúde está contida no escopo de diversas políticas públicas, garantindo assim seu atributo e característica de serviço de saúde, previsto em lei.<sup>5</sup>

As análises de políticas públicas de saúde encontradas na literatura abordam principalmente aspectos particulares de cada uma, bem como sua implantação pela gestão municipal, não apresentando um estudo amplo sobre a normatização das abordagens educativas em um grupo de políticas que orientam as práticas na AB. Assim, evidencia-se uma lacuna a ser preenchida, que justifica a realização do presente estudo<sup>6,7,8,9</sup>.

Dessa forma, a análise das abordagens oficiais sobre educação em saúde pode contribuir com a compreensão da natureza de ações que orientam a dimensão educativa do cuidado na AB. Nessa perspectiva, objetiva-se identificar e analisar as estratégias de educação em saúde descritas nas políticas públicas de saúde, direcionadas especificamente para a AB, a partir das seguintes questões disparadoras: quais são as abordagens e estratégias de educação em saúde inseridas nas políticas públicas de saúde? Elas contemplam diretrizes e mecanismos para garantia da autonomia, participação popular e controle social?

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio de análise documental de políticas públicas de saúde. Adotou-se a concepção de documento como prática discursiva que produz sentidos, institui processos, configura a própria realidade e subsidia a ação política, ao ser apropriado de forma distinta pelos sujeitos<sup>10</sup>.

Para seleção das políticas, partiu-se do documento “Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde” (SUS) que reúne as Políticas Nacionais de Saúde e revoga as portarias individuais<sup>1</sup>. A partir deste Consolidado identificou-se três grupos: as Políticas de Organização do SUS, as Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde e as Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Dentre eles foram escolhidas aquelas que apresentassem no seu escopo a dimensão educativa voltada para a saúde da população e fortalecimento da participação popular, e que norteariam as ações desenvolvidas na AB. Ressalta-se que tal recorte não esgota a possibilidade de discussão, considerando-se a diversidade de políticas existentes, bem como a complexidade que a análise de políticas públicas representa.

Para além das políticas selecionadas, incluiu-se a Política Nacional de Humanização<sup>11</sup>, por abarcar elementos da gestão em saúde que contribuem com as reflexões aqui propostas. Assim, foram contempladas as seguintes políticas publicadas entre 2004 e 2017 e que norteariam a operacionalização do cuidado em saúde na AB: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)<sup>1</sup>, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>1</sup>,



Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>1</sup>, Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)<sup>1</sup>, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>1</sup>, Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)<sup>1</sup>, Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)<sup>1</sup> e a Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>11</sup> (Quadro 1).

Para identificar e analisar as estratégias de educação em saúde nas políticas elencadas, optou-se como referencial teórico pelos enfoques da educação em saúde descritos por Stotz<sup>12</sup>, revistos e ampliados a partir da tipologia proposta por Tones<sup>13</sup>, sendo eles: preventivo; da escolha informada; do desenvolvimento pessoal; radical e da Educação Popular em Saúde (EPS).

Segundo Stotz, a educação em saúde se conforma em um campo de disputa no âmbito teórico e prático, e se materializa por meio dos enfoques, enquanto estratégias, para direcionar as práticas de educação no cuidado em saúde<sup>12</sup>.

O enfoque preventivo é orientado pelo modelo biomédico, baseado nos comportamentos individuais considerados como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças. Esse modelo tende a impor padrões de comportamento considerados mais saudáveis, persuadindo as pessoas a modificar seus comportamentos de risco, sem considerar as suas subjetividades, nem o contexto social em que vivem, transferindo para os indivíduos a responsabilidade pela saúde ou doença.

O enfoque da escolha informada foi proposto com base na eleição esclarecida sobre os riscos à saúde, onde, após a compreensão sobre tais riscos, o indivíduo estaria apto e livre para fazer suas escolhas. Nesse enfoque, existe a preocupação em considerar os valores e as crenças dos indivíduos sobre determinadas situações de saúde.

Um terceiro enfoque descrito pelo autor, é o do desenvolvimento pessoal, que procura aprofundar as potencialidades individuais para controlar a própria vida e facilitar a escolha informada. No entanto, desconsidera as influências externas no processo saúde-doença.

O enfoque radical considera que as condições e a estrutura social são as causas básicas dos problemas de saúde. Baseia-se na perspectiva de transformação das condições geradoras de doenças através da luta política que envolve a modificação de leis e normas, para que influenciem positivamente a saúde da população. Enquanto limitação, desconsidera a dimensão individual dos problemas de saúde ao não valorizar a dialética do individual e do social no cenário da saúde pública.

Para abarcar a complexidade da educação em saúde, Stotz<sup>12</sup> acrescenta um novo enfoque à tipologia de Tones<sup>13</sup>: o da educação popular em saúde. Com origem no movimento de mesmo nome, baseia-se na pedagogia de Paulo Freire<sup>3</sup>, onde profissionais e pesquisadores

consideram o diálogo constante - entre o conhecimento técnico-científico e aquele adquirido nas experiências e lutas populares pela saúde - como caminho para uma educação que possibilite o estímulo à autonomia e à construção compartilhada do conhecimento, para assim transformar a realidade.

Cabe ressaltar que essa análise visou estudar a formulação das políticas públicas, não a investigação de sua implantação. Assim, a partir das questões disparadoras e do referencial teórico do estudo, identificou-se três categorias que balizaram o estudo: as abordagens preventivas e com foco no indivíduo; o enfoque radical e os macrodeterminantes da saúde; e as estratégias para incentivo à autonomia e participação popular.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise evidenciou a presença dos diversos enfoques da educação em saúde, enquanto estratégias e abordagens interativas e complementares, presentes nas políticas públicas de saúde.

### **Abordagens preventivas e com foco no indivíduo**

A seguir apresenta-se os resultados da análise pela perspectiva dos enfoques: preventivo, escolha informada e desenvolvimento pessoal.

Observou-se na PNAB que o enfoque preventivo é enfatizado ao considerar o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças, priorizando os fatores de risco clínico, comportamentais e ambientais, como componentes no processo de trabalho das equipes de saúde.

Tal enfoque também foi observado na análise da PNPS, considerando que seus temas prioritários apresentam propostas de ações e estratégias que, mesmo com um olhar ampliado da saúde, estão centradas na prevenção de doenças crônicas relacionadas a fatores de risco, como sedentarismo, tabagismo, má alimentação, e consumo abusivo de álcool e drogas.

As estratégias preventivas são características da diretriz da PNAN, que trata da organização da atenção nutricional ao identificar indivíduos e grupos de risco que possam desenvolver agravos relacionados ao estado nutricional, propondo ações educativas no intuito de orientar a população na adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

Da mesma forma, na PNSB, há ênfase no enfoque preventivo, já que as ações são baseadas no conhecimento dos fatores de risco para a saúde bucal, propondo então mudanças nos hábitos de vida da população.

Segundo Stotz <sup>12</sup>, o entendimento sobre o processo de adoecimento é baseado no modelo da multicausalidade, mas a maioria das abordagens adotadas para o seu enfrentamento é baseada na causalidade linear, ou seja, são reduzidas ao componente fisiopatológico, como o enfoque preventivo identificado nas políticas analisadas. Assim, tais abordagens estão ancoradas na concepção biológica da educação em saúde.

Em contrapartida, as medidas preventivas possuem o seu valor, e contribuem com a redução da mortalidade materno-infantil e com a efetivação dos programas de vacinação, por exemplo. Entretanto, apesar da efetividade das intervenções em grupos específicos, as inequidades em saúde persistem e em muitos contextos continuam avançando, demonstrando que tais abordagens não são suficientes para combater as causas sociais das inequidades em saúde <sup>14</sup>.

Na análise da PNPS, identificou-se que o princípio do empoderamento propõem desenvolver habilidades pessoais no intuito de estimular o amplo controle de decisões e escolhas individuais, guardando íntima relação com os enfoques da escolha informada e do desenvolvimento pessoal. De forma semelhante, um dos valores fundantes da PNPS, a felicidade, procura contribuir com a capacidade do indivíduo de ser o ator principal de suas decisões, e desenvolver potencialidades na construção de projetos para superação das suas dificuldades.

Tais enfoques também foram evidenciados na análise da PNAN, na diretriz Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, que prevê o investimento em ações educativas apoiando indivíduos no desenvolvimento de habilidades que contribuam com suas escolhas na prática da alimentação saudável e do autocuidado.

Na PNAB, estes enfoques estão evidentes na diretriz que trata do cuidado centrado no usuário, pois estimula o desenvolvimento de conhecimentos, competências e aptidões, no intuito de gerenciar e tomar decisões sobre sua própria vida, bem como na diretriz que prevê a longitudinalidade da atenção à saúde.

Na PNSB a educação em saúde tem destaque nas ações de promoção e proteção da saúde, inserindo a saúde bucal no contexto de cuidado integral dos sujeitos. Ela propõe que os indivíduos tenham conhecimento sobre o processo saúde-doença, para realizarem suas escolhas, caracterizando o enfoque da escolha informada.

Estes enfoques consideram que os indivíduos são livres e estão em condições de, a partir da compreensão dos riscos à saúde gerados por seus comportamentos, modificar seus hábitos nocivos. No entanto, uma grande parcela da população não se encontra em posição favorável para exercer essa escolha. Dessa forma, contribuem para que os governos transfiram para o

indivíduo a responsabilidade de agir sobre problemas que são oriundos das relações sociais e da constituição da própria estrutura da sociedade <sup>12</sup>.

Essa ideia é corroborada por Mentrup et al. <sup>15</sup>, que analisaram estudos com abordagens preventivas baseadas nas mudanças de estilo de vida, a partir da perspectiva de indivíduos com doenças cardiovasculares. Os autores concluíram que as abordagens focadas em informação sobre os riscos futuros são insuficientes, muitas vezes geram incerteza, ansiedade e desencorajam a mudança de comportamento.

Os enfoques identificados até aqui são limitados, pois apresentam características individualizantes em busca de ideais de uma vida saudável, apostando no aperfeiçoamento do homem por meio da educação <sup>12</sup>. Além disso, não é suficiente apenas fornecer informações no intuito de propiciar escolhas e desenvolver habilidades pessoais sem compreender que o indivíduo age além da racionalidade, e que a existência das subjetividades, junto com o contexto social, influenciam escolhas e ações <sup>16</sup>.

### **O enfoque radical e os macrodeterminantes da saúde.**

A análise da Participa-SUS, demonstra que ela reforça a importância da participação da comunidade na formulação e no controle das políticas públicas de saúde, evidenciando o enfoque educativo radical. Seu texto deixa claro que a formulação das políticas deve ser construída por meio de uma gestão participativa, buscando o fortalecimento da participação popular com poder deliberativo.

O enfoque radical é percebido na PNPS, na diretriz que trata do estímulo à cooperação e articulação intra e intersetorial, de forma a alcançar os determinantes e condicionantes da saúde. Este enfoque está presente também na PNAN, nos princípios que direcionam as ações educativas para divulgação do conhecimento sobre os determinantes socioeconômicos e culturais da alimentação, contribuindo com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos que são responsáveis pelo atual perfil epidemiológico da população brasileira.

A PNEPS-SUS aborda o enfoque radical, ao propor - como um dos seus eixos estratégicos - a mobilização popular nos processos que envolvem a formulação, implementação e gestão participativa das políticas públicas, incentivando o protagonismo dos sujeitos.

De forma semelhante, a PNSB prevê o enfoque radical assegurando a gestão participativa e o protagonismo de todos os atores envolvidos na definição das suas diretrizes. Entretanto, no item específico sobre as ações de educação em saúde, enfatiza a dimensão individual no controle dos fatores de risco para a saúde bucal.

A abordagem educativa radical não foi identificada na análise da PNAB, uma vez que o estímulo às ações de transformações macrossociais e políticas nas condições geradoras de doenças não está contemplado nas suas diretrizes. Essa ausência é um aspecto negativo, agravado por seu caráter de política pública de organização da atenção à saúde, deixando uma lacuna na AB, no estímulo às ações que vão além da responsabilização do indivíduo pelo processo saúde-doença.

Por fim, a PNH aborda o enfoque radical ao prever a cogestão dos serviços de saúde, no sentido de humanizar o cuidado e promover a participação popular na gestão dos processos cotidianos da AB.

Ainda que seja o objetivo deste estudo analisar a formulação das políticas e não a sua implantação, cabem algumas reflexões teóricas, sob a perspectiva do enfoque radical, sobre as limitações e desafios na execução dessas políticas no cenário da educação em saúde na AB.

Iniciando esta reflexão pela PNPS, alguns trabalhos apontam contradições existentes na aplicação da PS no cotidiano das equipes de saúde<sup>17,18</sup>. A evolução histórica da PS mostra seu deslocamento de uma versão com características comportamentais para a Nova Promoção da Saúde (NPS). Ambas possuem em comum a crítica ao modelo biomédico e a necessidade de ampliar a compreensão do processo saúde-doença, mas a NPS transcende a anterior ao evidenciar a relação negativa entre iniquidade social e saúde. Ela aponta a correlação entre a forma como a sociedade se organiza e as condições de saúde, e propõe práticas apoiadas na transformação da realidade pela reflexão crítica e pelo fortalecimento comunitário<sup>17</sup>.

Esse deslocamento teórico se revela na revisão da PNPS, em 2014, ao evidenciar e valorizar a perspectiva ampliada da saúde. No entanto, a associação entre PS e o controle das doenças crônicas não transmissíveis, relacionando o termo “modo de viver” ao conceito de “risco”, na nova versão, provocou uma confusão conceitual, levando à compreensão equivocada da PS como prevenção. Essa dualidade conceitual afeta a prática profissional na AB e limita o alcance do enfoque radical nas ações de educação em saúde<sup>17</sup>.

A PNAB aqui analisada foi a versão revisada, em 2017, em um contexto político e econômico muito diverso daquele em que as demais políticas foram publicadas. A instabilidade política que ocorreu a partir de 2013, agravada nos anos seguintes, aliada às medidas de restrições orçamentárias com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, teve relevante impacto no SUS<sup>19</sup>. Neste contexto, a revisão da PNAB, apesar de manter a ESF como prioritária para expansão e consolidação da AB, oferece como opção aos municípios outras conformações de equipe, ou seja, o retorno ao modelo anterior ao da ESF. Propõe, ainda, a flexibilização na composição das equipes, com redução do número de agentes comunitários de

saúde, além da maior flexibilidade da carga horária dos profissionais. Dessa forma, representa um retrocesso na atenção à saúde da população.

A efetividade da PNSB também foi afetada na revisão da PNAB, ao retirar do texto a obrigatoriedade da presença de equipes de saúde bucal na AB, impossibilitando a operacionalização das suas ações.

Essas mudanças podem representar, entre outras questões, a limitação - e até impossibilidade - do desenvolvimento de ações educativas pelas equipes de saúde, apesar de estarem no escopo de ações previstas na PNAB. Essas questões também refletem negativamente na operacionalização da PNH, entendendo que ela está ancorada nas diretrizes que preveem a valorização do trabalhador, a cogestão e gestão participativa.

Tais retrocessos são exemplos claros da origem política das inequidades em saúde enquanto um macrodeterminante. Os determinantes políticos da saúde promovem assimetrias de poder, contribuindo para a manutenção ou agravamento das inequidades em saúde, afetando em maior escala os países mais pobres <sup>14</sup>.

Construir uma sociedade democrática, significa criar espaços de democratização para promover a transformação nas relações de poder, permitindo protagonismo político ao invés da resignação ou passividade dos sujeitos. Assim, torna-se importante criar condições para o desenvolvimento de processos de aprendizagem, a partir da reflexão crítica, levando à liderança popular nas dimensões sociais, políticas e culturais da vida <sup>20</sup>.

Entende-se que o atual contexto político e econômico do Brasil limita e dificulta o alcance de políticas públicas, com maior abordagem e ênfase nos aspectos sociais, como as aqui analisadas. Além disso, há no Brasil a intencionalidade de redução do Estado, bem como dos benefícios sociais <sup>21</sup>, semelhante ao que foi descrito por Stuckler e Basu <sup>22</sup>. Os autores, ao estudarem as relações entre economia e saúde no mundo, demonstraram consequências negativas que as estratégias políticas e econômicas com restrições sociais podem ter sobre a saúde da população.

A Pandemia do COVID-19, doença causada pelo SARS-CoV-2 <sup>23</sup>, que teve início oficial registrado no Brasil em março de 2020, acentua ainda mais este cenário, considerando as inúmeras desigualdades sociais, como o agravamento da insegurança alimentar e nutricional da população, que extrapola a abrangência da PNAN e dificulta o alcance de suas diretrizes <sup>24</sup>.

Em contrapartida, Vasconcelos <sup>25</sup> aponta um caminho promissor e esperançoso, ao ressaltar a capacidade criativa e resiliente dos profissionais de saúde da AB que, apesar das dificuldades vivenciadas, se mobilizam enfrentando obstáculos para alcançar uma sociedade com mais saúde e maior participação popular, social e política.

### **As estratégias para incentivo à autonomia e participação popular.**

O Brasil tem na publicação da PNEPS-SUS um marco institucional, assim como uma estratégia política e metodológica na ampliação da autonomia, participação e controle social, além da formalização do enfoque da educação popular em saúde prevendo o fortalecimento das práticas populares de cuidado.

Identificou-se, por meio da análise de seus princípios, que os sujeitos são incluídos como protagonistas no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais da saúde. Considera-se o diálogo como um encontro de conhecimentos, onde há o compartilhamento respeitoso dos diversos saberes, ampliando o conhecimento crítico, e contribuindo com o processo de autonomia e emancipação dos sujeitos.

A PNEPS-SUS evidencia a importância da AB ao apoiar a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, por meio da incorporação dos princípios da Educação Popular nas ações de Educação Permanente dos Trabalhadores, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas.

Nesse sentido, a Educação Popular encontra na AB um terreno rico e propício para seu crescimento e desenvolvimento. Em contrapartida, a AB se qualifica e se fortalece em práticas inovadoras em saúde. De fato, identificou-se, na análise da PNAB, a presença do enfoque da EPS, uma vez que prevê a participação dos indivíduos na construção do vínculo e do cuidado em saúde como forma de participação popular e controle social nas políticas públicas no âmbito da AB. Prevê também o estímulo ao desenvolvimento da autonomia por meio de ações educativas com o objetivo de intervir no processo de saúde-doença, com respeito às diversas experiências e vivências, para construir possibilidades terapêuticas, e de vida, mais autônomas e efetivas. No entanto, este enfoque aparece em menor evidência na PNAB, uma vez que não existe indicação de planejamento para ações educativas a partir das experiências dos usuários, o que é central no enfoque da educação popular em saúde.

De forma semelhante à PNAB, a PNPS também dialoga com a PNEPS-SUS por meio dos temas que abordam os Determinantes Sociais (DSS), a equidade e o respeito à diversidade, bem como por meio da diretriz que incentiva a gestão democrática e participativa, buscando somar esforços na redução das desigualdades injustas e evitáveis, estimulando o diálogo entre os saberes técnicos e populares. Portanto, a educação em saúde está presente na PNPS como uma estratégia para se alcançar os objetivos da Promoção da Saúde (PS), através da proposta de desenvolver habilidades pessoais para ampliação da autonomia, com ênfase na participação social e na corresponsabilização.

Encontrou-se também, na análise da PNSB, o enfoque da EPS ao incentivar à autonomia dos sujeitos, ampliando o cuidado em saúde bucal para além das consultas clínicas, produzindo conhecimento que atinja responsabilização, protagonismo e humanização das práticas de saúde, em diálogo com a PNPS e PNH.

O enfoque da EPS é também abordado pela PNAN, por meio da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, que prevê o diálogo entre profissionais e população, desenvolvendo práticas educativas que considerem a realidade local e as diversidades, reforçando a autonomia e o protagonismo da população na luta por seu direito à saúde e alimentação.

A análise da PNEPS demonstrou a presença do enfoque da EPS quando prevê que a formação do profissional, no cotidiano de trabalho, tenha como referência, além das necessidades de saúde da população, o desenvolvimento da educação popular com ampliação do controle social sobre as políticas públicas.

Ao analisar a Participa-SUS, identificou-se o enfoque da EPS na diretriz que propõem a ampliação de espaços de diálogo para construção de saberes, afirmando o protagonismo da população na busca por saúde, assim como na proposta que prevê a sensibilização e capacitação dos diferentes atores para promoção da educação em saúde e controle social. Ressalta-se, como atribuição das três esferas do governo, o fortalecimento das ações educativas para interferência no processo saúde-doença, bem como o incentivo à educação popular em saúde.

A educação em saúde não ganhou destaque na PNH. Foi necessário ler nas entrelinhas para identificar as estratégias propostas nesse sentido, inseridas nos seus princípios da transversalidade no cuidado, protagonismo e da corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Assim, a PNH propicia ações com enfoque na EPS, ao propor diretrizes que são baseadas na escuta qualificada por meio do diálogo entre gestores, profissionais e usuários, possibilitando decisões compartilhadas e estímulo à autonomia; e na criação de espaços coletivos de cogestão, garantindo a participação dos usuários e familiares no cotidiano da gestão das unidades de saúde.

A autonomia, enquanto um dos objetivos da educação em saúde, deve ser compreendida como a capacidade dos sujeitos de agirem sobre si mesmos, sendo influenciada por diversos fatores que a limitam ou condicionam em certa medida, como a existência de leis que podem ser mais ou menos democráticas, a presença de políticas públicas sociais, e o contexto socioeconômico e cultural em que estão inseridos <sup>16</sup>.

Está, ainda, relacionada ao acesso dos sujeitos à informação, de forma a interpretá-la no contexto da sua realidade para, assim, transformá-la. Dessa forma, o sujeito autônomo é aquele



que reflete e age, mas sua autonomia depende de sua capacidade de agir e interferir no mundo <sup>3,16</sup>.

Essa capacidade, e possibilidade, de ação no mundo impacta positivamente a qualidade de vida dos sujeitos. Está atrelada aos aspectos que envolvem as condições de vida, como moradia, transporte e mobilidade urbana, bem como às redes de apoio social e espaços de socialização, principalmente em adultos e idosos <sup>26</sup>.

Portanto, a autonomia é também uma questão política e um exercício de cidadania. Para que ela seja de fato alcançada, é fundamental que o sujeito exerça seu protagonismo e que haja compromisso das políticas públicas com a participação popular <sup>27</sup>.

Além dos reconhecidos DSS - moradias seguras, acesso à alimentação e trabalho - é importante reconhecer também, como fatores subjacentes às condições de vida, o protagonismo político reforçando o direito que todo indivíduo tem de participar das decisões políticas do seu país <sup>14</sup>.

As abordagens educativas coletivas realizadas na AB são, em geral, restritivas, baseadas nos saberes técnicos, desconsiderando as subjetividades e a participação popular. Assim, reforçam o fosso cultural existente entre profissionais e população, não contribuindo com a construção da autonomia, nem com o protagonismo dos sujeitos <sup>12, 16, 27</sup>.

Seria, então, necessário rever as práticas educativas na AB, considerando as dimensões subjetivas, sociais e políticas como componentes indissociáveis do cuidado em saúde <sup>16,27</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise aqui apresentada demonstra a presença dos diversos enfoques educativos enquanto abordagens e estratégias educativas. Ainda que nem todos os enfoques estejam presentes em todas as políticas analisadas, as suas concepções diversas e complementares representam a potência no alcance da integralidade da abordagem educativa no cuidado em saúde na AB.

As estratégias de educação em saúde presentes nos documentos analisados refletem a relevância da inserção de todos os atores envolvidos nas etapas do processo educativo. Assim, contemplam diretrizes que visam a participação da população - bem como o seu fortalecimento como sujeitos autônomos - entendendo que, para efetividade dos processos educativos, é necessário construí-los a partir do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia.

Importa ressaltar que, com exceção da PNAB 2017, as políticas públicas foram elaboradas e/ou revistas e ampliadas em um contexto político que apresentava propostas

progressistas, e compromissos com as questões sociais, dando maior visibilidade às classes populares e minorias. Assim, houve investimento em políticas públicas coerentes com o SUS, apresentando incentivo e ampliação da AB em uma gestão participativa, incentivando o controle social, apesar das restrições e limitações orçamentárias vigentes.

No entanto, é fundamental considerar que o cenário político atual representa um retrocesso e uma mudança nas prioridades do governo, levando à ruptura das abordagens que impactam diretamente nos condicionantes e determinantes sociais da saúde, já evidenciado na revisão da PNAB em 2017. Dessa forma, fica clara a necessidade de avaliar futuramente a influência dessa ruptura na inserção da educação em saúde nas políticas públicas, bem como a sua implementação na prática profissional e, assim, identificar os reais impactos na saúde da população.

Ainda que apresentem muitas limitações, as políticas públicas analisadas possuem o potencial de dialogar entre si, propiciando aos profissionais de saúde ferramentas no enfrentamento das dificuldades destacadas.

**Quadro 1:** Objetivo, princípios e diretrizes das políticas analisadas:

Política/Ano de publicação	Objetivo	Princípios	Diretrizes
<p style="text-align: center;">:</p> <p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2007</b></p>	<p>Orientar “as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direito universal à saúde; equidade, integralidade.</li> <li>• Protagonismo, participação popular e controle social;</li> <li>• Inclusão social de populações específicas;</li> <li>• Articulação da sociedade com a formulação de políticas públicas de saúde;</li> <li>• Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na avaliação da gestão do SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde;</li> <li>• “Brasil Quilombola”;</li> <li>• Aprimoramento das instâncias de participação social no SUS”;</li> <li>• “Gestão da Política de Saúde”;</li> <li>• “Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País”;</li> <li>• “Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS”;</li> <li>• “Qualificação e Humanização na Gestão do SUS”.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2017</b></p>	<p>“Formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde para o SUS”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Integral à Saúde;</li> <li>• Construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde no SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de metodologias para Educação Permanente em Saúde;</li> <li>• Educação dos profissionais de saúde para a clínica ampliada, com ênfase em Saúde da Família;</li> <li>• Educação e desenvolvimento da gestão e do controle social no SUS;</li> <li>• Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde.</li> <li>• Regionalização e hierarquização;</li> <li>• Territorialização;</li> <li>• População adscrita;</li> <li>• Cuidado centrado na pessoa;</li> <li>• Resolutividade;</li> <li>• Longitudinalidade;</li> <li>• Coordenação do cuidado;</li> <li>• Ordenação da rede;</li> <li>• Participação da comunidade.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2017</b></p>	<p>Estabelecer as diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universalidade;</li> <li>• Equidade;</li> <li>• Integralidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento;</li> <li>• Gestão participativa;</li> <li>• Ambiência;</li> <li>• Clínica Ampliada e compartilhada;</li> <li>• Valorização do trabalhador;</li> <li>• Defesa dos direitos dos usuários;</li> <li>• Formação e intervenção.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2013</b></p>	<p>Pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transversalidade;</li> <li>• Indissociabilidade entre atenção e gestão;</li> <li>• Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento;</li> <li>• Gestão participativa;</li> <li>• Ambiência;</li> <li>• Clínica Ampliada e compartilhada;</li> <li>• Valorização do trabalhador;</li> <li>• Defesa dos direitos dos usuários;</li> <li>• Formação e intervenção.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelas autoras

**Quadro 1 (cont.):** Objetivo, princípios e diretrizes das políticas analisadas:

Política/Ano de publicação	Objetivo	Princípios	Diretrizes
<b>POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL</b>  <b>2004</b>	Estabelecer as diretrizes para organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão participativa;</li> <li>• Ética;</li> <li>• Acesso;</li> <li>• Acolhimento;</li> <li>• Vínculo;</li> <li>• Responsabilidade profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisciplinaridade e</li> <li>• Multiprofissionalismo;</li> <li>• Integralidade da atenção;</li> <li>• Intersetorialidade;</li> <li>• Ampliação e qualificação da assistência;</li> <li>• Condições de trabalho.</li> </ul>
<b>POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>  <b>2014</b>	“Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidade;</li> <li>• Participação social;</li> <li>• Autonomia;</li> <li>• Empoderamento;</li> <li>• Intersetorialidade;</li> <li>• Intrasetorialidade;</li> <li>• Sustentabilidade;</li> <li>• Integralidade;</li> <li>• Territorialidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperação e articulação intra e intersectorial;</li> <li>• Planejamento de ações de promoção da saúde;</li> <li>• Incentivo à gestão democrática;</li> <li>• Ações de promoção da saúde nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental;</li> <li>• Pesquisa, produção e difusão de conhecimentos;</li> <li>• Apoio à formação e educação permanente em promoção da saúde;</li> <li>• Incorporação da promoção da saúde no cotidiano da AB;</li> <li>• Organização de ações intersectoriais.</li> </ul>
<b>POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE</b>  <b>2013</b>	“Implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo;</li> <li>• Amorosidade;</li> <li>• Problematização;</li> <li>• Construção compartilhada do conhecimento;</li> <li>• Emancipação;</li> <li>• Compromisso com a construção do projeto democrático e popular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação, controle social e gestão participativa;</li> <li>• Formação, comunicação e produção de conhecimento;</li> <li>• Cuidado em saúde;</li> <li>• Intersetorialidade;</li> <li>• Diálogos multiculturais.</li> </ul>
<b>POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</b>  <b>2011</b>	“Melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde;</li> <li>• Respeito à diversidade e cultura alimentar;</li> <li>• Fortalecimento da autonomia;</li> <li>• A determinação social da alimentação e nutrição;</li> <li>• Segurança alimentar e nutricional com soberania.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização da Atenção Nutricional;</li> <li>• Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;</li> <li>• Vigilância Alimentar e Nutricional;</li> <li>• Gestão das ações de Alimentação e Nutrição;</li> <li>• Participação e Controle Social;</li> <li>• Qualificação da força de trabalho;</li> <li>• Controle e regulação dos alimentos;</li> <li>• Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;</li> <li>• Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelas autoras

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 10 Mai 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html).
2. Reis TCR et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. *J Health Sci Inst.* 2013; 31(2): 219-223.
3. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 6a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
4. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(1): 7-18.
5. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
6. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saude Publica.* 2017; 33 (7): e00006016.
7. Souza TT, Rocha MS, Machado NMV, Da Ros MA. Educação Popular como política pública de saúde: uma realidade? *Rev. APS.* 2015; 18(4): 430-437.
8. Labegalini CMG, Baldissera VDA. A construção de práticas educativas contra-hegemônicas: uma análise da influência de políticas e programas de saúde. *Rev. Pesqui.* 2021; 13: 72-79.
9. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu).* 2019; 23: e190211.
10. Cellard A. Análise documental. In: Poupart J, et al. *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF; 2013.
12. Stotz EN. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 46-57.
13. Tones BR. Educación para la salud: prevención o subversión? *Quadern CAPS Tendencias Actuales en educación sanitaria*. Barcelona. 1987; 8: 27-37.
14. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança. *The Lancet*. 2014. Versão em português, mai. 2014.
15. Mentrup S, Harris E, Gomersall T, Köpke S, Astin F. Patients' Experiences of Cardiovascular Health Education and Risk Communication: A Qualitative Synthesis. *Qualitative Health Research.* 2020; 30(1): 88-104.

16. Onoko Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec-Fiocruz; 2009. p.669-88.
17. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Albuquerque TIP. Nas entrelinhas de uma política: uma análise da Política Nacional de Promoção da Saúde. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Instituto Aggeu Magalhães; 2016.
19. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder M.T. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cienc Saude Colet. 2019; 24(12): 4555-4568.
20. Jara O. Desafíos para la Educación Popular en América Latina hoy. Interface (Botucatu). 2020; 24: e200151.
21. Pedrosa JIS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200190.
22. Stuckler DS, Basu S. A economia desumana: porque mata a austeridade. Lisboa: Editorial Bizâncio; 2014.
23. Organização Pan-Americana de Saúde/Brasil. Folha informativa COVID-19 – Brasil. [Internet]. 2020 [citado 02 Jul 2020]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875).
24. Oliveira TC, Abranches M V, Lana R M (In) Segurança alimentar no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. Cad Saude Publica. 2020; 36 (4): e00055220.
25. Vasconcelos EM, Vasconcelos MOD. Educação Popular. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.112-119.
26. Bay AA, Prizer L, Orusa A, Hart AR, Perkins MM, Hackney ME. Effects of a Health Education and Research Participation Enhancement Program on Participation and Autonomy in Diverse Older Adults. Gerontology & Geriatric Medicine. 2020; 6: 1-13.
27. Pedrosa JIS. Gestão Participativa, Controle Social e Educação Popular em Saúde: socializando saberes e práticas. In: Vasconcelos EM, Prado EV, organizadores. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. 2a ed. - São Paulo: Hucitec; 2017. p. 167-185.

## 5.2 OBSERVANDO AS PRÁTICAS COLETIVAS

A observação participante foi realizada em cinco grupos desenvolvidos na CFAV: Grupo café sem danos, direcionado aos usuários de álcool e drogas; Quem dança é mais feliz, com aulas de dança de diversos ritmos; Grupo de plantas medicinais, com troca de conhecimentos sobre o uso medicinal das plantas e com plantio de horta comunitária; Reencontro com a autoestima, direcionado aos usuários com questões relacionadas à saúde mental; e Grupo de Hipertensão e Diabetes, para acompanhamento e orientações sobre os cuidados no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Já na CFWC, o grupo observado foi o grupo de artesanato.

Os elementos que pautaram e orientaram a observação participante dos encontros coletivos nas duas Clínicas da Família foram: os objetivos das práticas; os tipos de atividades e abordagens desenvolvidas; e a motivação e participação dos usuários. Como instrumento de pesquisa utilizou-se o roteiro de observação participante.

Na CFAV foi realizada observação participante em doze reuniões das práticas coletivas de cinco grupos oferecidos pela unidade de saúde aos usuários.

Todos os grupos observados foram desenvolvidos por meio de rodas de conversa, exceto o grupo “*Quem dança é mais feliz*”. Após a apresentação do tema principal pelos profissionais, por meio de vídeos ou conversa informal, os participantes eram convidados a manifestar suas impressões, fazer seus comentários, bem como esclarecer suas dúvidas. Não raro a conversa era direcionada para outros assuntos, que representavam desdobramentos do tema principal. Esse novo caminho, reflexo de diversas dúvidas que surgiam, era aceito pelo grupo e acolhido pelos profissionais.

A frequência de reuniões era semanal, exceto os encontros do grupo “*Quem dança é mais feliz*”, que acontecia três vezes por semana. Esse aspecto foi considerado potente na criação de vínculo entre os participantes e os profissionais de saúde.

As práticas coletivas eram conduzidas por residentes médicos, por um profissional do Nasf-AB (Assistente Social) e por Agentes Comunitários de Saúde, contando, ainda, com internos de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), exceto o grupo “*Quem dança é mais feliz*”, que era desenvolvido exclusivamente por ACS.

A CFAV possuía uma sala própria para atividades coletivas, com espaço amplo, ar-condicionado e boa iluminação, o que garantia boas condições para desenvolver as ações educativas. O espaço do auditório também era utilizado para algumas reuniões, em especial para os encontros do grupo “*Quem dança é mais feliz*”. O grupo de “*Plantas Medicinais*”

era desenvolvido quase sempre no espaço da horta comunitária, apesar de utilizar a sala de grupo quando necessário, em função do clima, por exemplo.

Cada grupo desenvolvido na CFAV apresentava características próprias com diferentes objetivos, abordagens e modos de fazer educação em saúde, conforme descrito a seguir:

- *Grupo café sem danos.*

O primeiro grupo observado foi o *Café sem danos*, um grupo voltado para usuários de álcool e drogas, a sua maioria abrigados no Complexo de Abrigos Stella Maris.

Foi feito o acompanhamento de quatro reuniões deste grupo, a maioria delas realizada na sala de grupos, sendo a primeira feita no espaço da horta comunitária. O número de participantes oscilava entre 10 e 15 pessoas.

Os temas desenvolvidos nos encontros eram definidos pela equipe de profissionais responsável que procuravam abordar questões sensíveis para o enfrentamento dos problemas originados pelo consumo de álcool e drogas, com enfoque na redução de danos, bem como sua consequência para saúde e para o convívio social.

Os temas abordados nas reuniões foram: degustando os alimentos (para controle da ansiedade); meditação no controle da ansiedade; masculinidade tóxica; e comunicação não-violenta. Após a apresentação inicial de cada tema os participantes eram convidados a comentar e compartilhar suas experiências. Observou-se que poucos participavam ativamente com comentários ou esclarecendo dúvidas. A maioria observava atentamente, embora alguns demonstrassem apatia e aparente falta de interesse. Observou-se, ainda, que a fala de alguns participantes despertava atenção de outros e tornava a roda de conversa mais dinâmica. Os profissionais responsáveis por conduzir as reuniões atuavam como moderadores, estimulando o diálogo e a interação entre todos.

Alguns usuários aproveitaram a presença do psiquiatra em uma das reuniões para esclarecer dúvidas sobre questões de saúde mental, como mostram os seguintes questionamentos: “*O que é transtorno bipolar?*” e “*Esquizofrenia paranoide tem cura?*”. As dúvidas foram esclarecidas pelo profissional em uma linguagem clara e objetiva.

O vínculo formado durante os encontros permitia que os usuários se sentissem à vontade para falar sobre seu processo de adoecimento, sobre seus vícios e dificuldades no seu enfrentamento, conforme exemplificam as seguintes falas dos participantes:

“*O cigarro é um antidepressivo rápido*”.

“*Gastei meu dinheiro todo com comida. Me arrependo*”.



*“Eu preferia ter vício de comida do que de droga”.*

Após cada reunião do grupo, os participantes eram convidados a fazer auriculoterapia, atividade realizada pelo assistente social do Nasf-AB. A auriculoterapia é uma das Práticas Integrativas Complementares (PICS) que integram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Amado et al. (2020) apontam estudos que mostraram a eficácia das PICS, incluindo a auriculoterapia, no controle e tratamento dos casos de ansiedade, depressão e estresse, evidenciando, assim, ser uma estratégia positiva na terapêutica das condições de saúde mental e que demonstraram ser potentes no acompanhamento dos participantes do *Grupo café sem danos*.

Em uma revisão integrativa da literatura, Tagliamento et al. (2020) demonstraram os efeitos dos diferentes métodos de abordagens aos usuários de substâncias psicoativas, em destaque para dois métodos principais, um baseado na redução de danos e outro na abstinência.

O modelo baseado na perspectiva da redução de danos veio com o movimento da Reforma Psiquiátrica que modificou a abordagem de tratamentos do sofrimento mental, tirando a centralidade na internação hospitalar e construindo a possibilidade de manter as pessoas no convívio social e familiar. Com esse objetivo foram criados os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool de Drogas (CAPS ad).

Na redução de danos as propostas terapêuticas podem envolver tanto a diminuição do consumo da substância psicoativa, quanto a abstinência ou a substituição por outras substâncias menos prejudiciais à saúde. Nessa perspectiva os sujeitos são considerados autônomos nas decisões sobre o seu tratamento, valorizando a liberdade, a cidadania e a inserção social. É baseada em estratégias que visam minimizar os riscos e danos à saúde sem orientar a abstinência total imediata (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2017).

O modelo de abstinência, ao contrário, prevê a interrupção imediata do uso das substâncias prejudiciais, representado principalmente pelas Comunidades Terapêuticas (CT). Trata-se de uma estrutura que funciona como moradia, com regulamentos, horários e responsabilidades rígidas. Geralmente os usuários são auxiliados por ex-usuários que os ajudam a aceitar as regras e fortalecer suas habilidades. Retirar o indivíduo do contexto que o torna usuário de drogas psicoativas é uma premissa das CT na tentativa de modificar sua condição de dependência química (TAGLIAMENTO et al., 2020).

Atualmente coexistem os modelos baseados na redução de danos e na abstinência, onde se evidenciam também a dualidade de propostas que podem ser opostas ou se coadunar:

uma centrada no acolhimento e a outra no tratamento da dependência às substâncias psicoativas.

Como o próprio nome do grupo evidencia, as abordagens educativas adotadas eram baseadas no modelo de acolhimento e de redução de danos.

- *Grupo Quem dança é mais feliz.*

O grupo de dança reunia cerca de 40 a 50 pessoas, homens e mulheres, 3 vezes na semana, em um ambiente acolhedor e confortável, com espaço suficiente para todos e com temperatura agradável.

As aulas eram conduzidas totalmente por três ACS que aproveitavam os intervalos para conversar assuntos do cotidiano bem como dar informes da CFAV.

Foi possível perceber, após a observação de três encontros do grupo de dança, que as atividades se mostraram agregadoras por meio da alegria e do prazer que a dança proporcionava aos seus participantes. Um ambiente contagiante na sua leveza e animação, onde era possível observar que, naquele local e hora, as tristezas e os problemas do cotidiano eram temporariamente esquecidos.

A dança é considerada uma terapia motivacional, proporcionando prazer e disposição para as atividades cotidianas, causando um impacto positivo na saúde (MARBA, 2016). É uma estratégia de autocuidado. Uma forma de compartilhar experiências, de estar junto, de propiciar o estabelecimento de corpos que se tornam mais receptivos aos encontros formando uma rede de apoio de cura e cuidado (BORGES, 2020; REIS, 2018). A fala de um dos participantes durante a realização das atividades expressa esse sentido: “*Quer ver eu acordar feliz? Quando é segunda-feira e eu venho pra cá*”.

Cabe destacar o importante papel dos ACS que conduziram as práticas coletivas de dança sozinhos, sem a presença do corpo técnico da eSF. Assim, desempenharam uma de suas atribuições que é desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, individuais ou coletivas, podendo ou não estar acompanhados de outros profissionais, conforme previsto na PNAB (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, pode-se considerar a dança como um elemento no processo de autocuidado apoiado, onde os profissionais da saúde propiciavam regularmente momentos de descontração, atividade física e percepção corporal. Dessa forma, considera-se que a dança estimula a confiança e o protagonismo individual, contribuindo com a ampliação da visão dos usuários sobre as suas possibilidades de realizar o autocuidado.

- *Grupo Reencontro com a autoestima.*

As atividades desse grupo eram direcionadas aos usuários com questões relacionadas à saúde mental. O número de participante variou entre 10 e 17 usuários.

Foi feito o acompanhamento de duas reuniões deste grupo com os seguintes temas compartilhados: depressão e suicídio: trabalhando as razões de viver; e memórias da vida.

Uma atividade em especial chamou a atenção na primeira reunião observada. Após abordar o tema sobre os tipos de abraços existentes e os potenciais benefícios terapêuticos que possuíam, foi sugerido que cada participante escolhesse alguém para abraçar. Essa simples atividade proporcionou aos participantes um grau de emoção tão intensa, que possibilitou à pesquisadora refletir sobre o que as pessoas estão procurando e do que elas realmente precisam ao participarem das práticas coletivas. Além da busca por saúde, observou-se que as pessoas buscam e anseiam pelo cuidado em saúde humanizado, com amorosidade, respeito, carinho, afeto, como os preceitos da Educação Popular em Saúde abordam e enfatizam (BRASIL, 2014a).

De forma semelhante ao *Grupo Café sem danos*, após as reuniões os participantes eram convidados a fazer auriculoterapia, realizada pela médica residente que conduzia as práticas coletivas, o que era aceito por todos.

Amado et al. (2020) apontam o uso da auriculoterapia como prática inovadora no cuidado em saúde, estando relacionada ao controle do sofrimento por questões gerais, à redução da dor crônica, da ansiedade entre outras condições de saúde. Sua utilização neste grupo foi com objetivo semelhante ao já descrito no *Grupo café sem danos*, além de ter a intencionalidade de auxiliar na recuperação da autoestima dos participantes e consequente melhoria na sua qualidade de vida.

- *Grupo de Hipertensão e Diabetes*

Esse grupo foi criado quando a CFAV estava passando por um momento de greve entre os profissionais. Assim, considerando a limitação das marcações de consultas clínicas, teve por objetivo inicial acompanhar coletivamente os usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), realizando as prescrições clínicas e as orientações educativas.

A observação participante foi feita em uma reunião do grupo, que contou com 17 participantes e foi conduzida por três residentes médicas.

A reunião foi iniciada com uma roda de conversa sobre os motivos dos profissionais da unidade de saúde estarem em greve. Os participantes demonstraram compreender as razões que motivaram o movimento de greve, identificando os prejuízos para toda a comunidade que a redução do número de profissionais ou o fechamento das Clínicas da Família representariam.

Em seguida iniciou-se a discussão sobre os cuidados específicos para lidar com a DM e com a HAS a partir das dúvidas apresentadas pelos participantes.

Esse grupo apresentou uma característica diferente em relação aos demais: possuía uma abordagem clínica, por meio da verificação de pressão arterial, da glicemia capilar e da renovação de receitas de medicamentos pelas residentes médicas, mas também uma abordagem educativa durante as rodas de conversa com temas sobre autocuidado e controle das complicações do DM e HAS. Assim, o grupo apresentou duas abordagens diferentes que se complementaram.

Os participantes inicialmente mantinham-se quietos, ouvindo as orientações sobre os cuidados que deveriam adotar para o controle das enfermidades. Conforme o avançar da reunião foi acontecendo, foram demonstrando maior interação, participação e interesse em esclarecer suas dúvidas.

As atividades de atenção à saúde voltadas para usuários com doenças crônicas não transmissíveis é um grande desafio na APS. Em especial a atenção aos indivíduos portadores de DM e HAS, por serem enfermidades consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que representam as principais causas de mortes no país. As atividades de prevenção, bem como do controle dessas doenças, envolvem a necessidade de uma abordagem ampla, individual e coletiva, pelos profissionais. Assim, tem-se a abordagem coletiva educativa como uma prática comum nas unidades de saúde (BEZERRA et al., 2020).

As ações de educação em saúde voltadas para os usuários com DM e HAS são baseadas no estímulo ao autocuidado. Dessa forma, considera-se o autocuidado apoiado uma estratégia para manejo das doenças crônicas, apoiada em três pilares que são problemas ou prioridades de mudanças identificadas pelo próprio usuário. São eles: o pilar que envolve mudança no manejo clínico da doença, por exemplo por meio de ajustes nas medicações, auto aferição da glicemia capilar e da pressão arterial ou cuidados com os pés dos usuários com diabetes, bem como a identificação de sinais e sintomas da descompensação da doença. Seria o compartilhamento de conhecimento para “aprender a conhecer e aprender a fazer” (BRASIL, 2014d, p.114). O segundo pilar refere-se às mudanças necessárias no estilo de vida, incluindo modificações nos hábitos alimentares, no consumo de bebidas alcoólicas,

tabagismo, bem como na prática de atividade física. Inclui também muitas vezes mudanças na convivência social e familiar. Nesse aspecto, as ações educativas precisam adotar diversas estratégias como abordagens comportamentais, de estímulo a autonomia, e considerando os DSS. Assim, seriam práticas para “aprender a ser e aprender a conviver” (BRASIL, 2014d, p.114). O terceiro e último pilar refere-se aos aspectos emocionais que envolvem como o usuário se sente e como lida com a doença crônica. Oferecer espaços para que os sentimentos de raiva, medo, preocupação, ansiedade, tristeza, cansaço entre outros sejam problematizados e compartilhados com seus pares contribui com o sucesso das intervenções. De forma semelhante as abordagens psicoterápicas favorecem o cuidado e muitas vezes as abordagens inter profissionais, envolvendo os profissionais da saúde mental, são necessárias (BRASIL, 2014d).

- *Grupo de Plantas medicinais.*

A primeira reunião do grupo observada aconteceu em sequência à reunião do grupo *Café sem danos*. Assim, os participantes foram convidados a continuar e participar de uma nova roda de conversa, com outro tema. Alguns poucos permaneceram, totalizando 6 participantes.

Durante o desenvolvimento desta prática, foram apresentadas as plantas medicinais, seus benefícios para a saúde e suas formas de uso. Muitos demonstraram ter conhecimento prévio sobre o uso medicinal das plantas e fazer uso quando necessário. Os participantes foram convidados a plantar as ervas e se responsabilizaram pelo cuidado da horta comunitária. O grupo foi conduzido por uma médica residente, um assistente social do Nasf-AB e uma ACS. Contou, ainda, com a participação de acadêmicos de medicina da UFRJ.

No segundo dia de observação do grupo, não havia nenhum profissional presente em função da greve. No entanto o grupo aconteceu na forma de cuidado da horta, conduzido por um usuário que já estava familiarizado com o plantio e manejo das plantas, indicando, assim, a existência de autonomia entre os participantes do grupo.

O uso de plantas com finalidades medicinais tem sido uma prática utilizada pela humanidade há muito tempo, havendo relatos do seu início antes do desenvolvimento da escrita. Trata-se de um conhecimento empírico, que foi sendo desenvolvido a partir da observação da natureza. Assim, na natureza foram encontrados tratamentos para diversos males e doenças. Esse conhecimento foi transmitido entre as gerações, primeiro oralmente, e posteriormente, com o desenvolvimento da escrita, passou a ser sistematizado e compilado (STAROSTA; DOS ANJOS, 2020).

Resgatar ou valorizar o uso de plantas medicinais no cuidado à saúde, em particular na APS, tem sido prática desenvolvida pelos profissionais de saúde, orientada e embasada pela PNPIC. O uso de plantas medicinais está inserido no rol das PICS ofertadas pelo SUS à população brasileira (BRASIL, 2006d).

Também a PNEPS-SUS (BRASIL, 2014a) reconhece a importância da valorização e socialização dos saberes e práticas populares por meio do diálogo com os conhecimentos técnicos-científicos para, assim, incentivar que a população seja protagonista no enfrentamento das suas situações de adoecimento. Ocorre a valorização do saber popular quando há espaços disponíveis para vivenciar trocas de experiências e conhecimentos entre as equipes de saúde e a comunidade.

Para Starosta e Dos Anjos (2020), as práticas populares tradicionais podem ser integradas e incorporadas nas práticas de saúde da APS de diversas maneiras, como por meio de hortos didáticos, hortas comunitárias, bem como de rodas de conversa sobre o tema. Destaca, ainda, a possibilidade das unidades de saúde contar com farmácias que dispensem os medicamentos fitoterápicos.

Assim, o reconhecimento dos saberes populares pelos serviços de saúde tem o potencial de construir caminhos terapêuticos ricos e diversos que qualificam a atenção e a promoção da saúde nos territórios e comunidades e que contribuem com a autonomia dos sujeitos no seu autocuidado.

Na CFWC, em função do período de greve, só foi possível fazer a observação participante de uma prática coletiva, o *grupo de artesanato*. Os demais grupos estavam suspensos no período de realização do trabalho de campo.

O *grupo de artesanato* foi criado e era coordenado pelo educador físico da unidade de saúde e tinha por objetivo proporcionar um espaço de integração, socialização e alívio dos sintomas de estresse e ansiedade vividos pelos usuários por meio da arte. Assim, os usuários com queixas ou distúrbios de saúde mental eram orientados e estimulados a participar do grupo e aprender técnicas de bordado, croché, tricô, pinturas entre outros trabalhos manuais.

A observação foi feita em uma reunião em que havia três usuários e nenhum profissional da unidade de saúde. As participantes estavam finalizando a ornamentação de garrafas pets para decoração de Natal da clínica. Se mostraram entusiasmadas e orgulhosas do seu trabalho, embora pesarosas pela situação de greve e perspectiva de possíveis demissões e fechamento da CF.

O grupo geralmente funcionava sem a presença constante de um profissional, uma vez que as técnicas de artesanato eram ensinadas por usuárias que possuíam conhecimento prévio e, assim, ensinavam aos demais participantes.

Dessa forma, observou-se que o *grupo de artesanato* era desenvolvido baseado no princípio da arteterapia. Essa prática foi inserida como uma das PICS na PNPIC em 2017, sendo definida como uma prática que utiliza a arte nas intervenções terapêuticas por meio de diversas técnicas como pintura, desenho, bordado, música, poesia, escultura, artesanato, expressão corporal entre outras. É baseada na compreensão de que a arte favorece a expressão criativa, o raciocínio e os relacionamentos afetivos, auxiliando diversos processos terapêuticos. A expressão artística favorece a saúde física e mental ao buscar interligar os universos interno e externo dos indivíduos, por meio das simbologias que as artes representam. A arteterapia favorece a ressignificação dos problemas vivenciados, a reorganização das percepções de si e do mundo e estimula a reflexão sobre as alternativas para lidar com o estresse e com experiências traumáticas (BRASIL, 2017c).

As oficinas de arteterapia realizadas pelas equipes da APS são estratégias de educação em saúde que aproximam profissionais e usuários, facilitando a comunicação entre eles de forma não verticalizada por meio de espaços de valorização do diálogo e estímulo ao autoconhecimento. É um recurso que promove a expressão e valorização dos talentos natos, aumentando a confiança, a autoestima e favorecendo o autocuidado (MARINS et al., 2020).

A observação participante dos grupos mencionados deixou evidente que os profissionais de saúde utilizavam as PICS como estratégia de cuidado em saúde.

Segundo Amado et al. (2020) as PICS são cada vez mais ofertadas pelos profissionais de saúde, em particular da APS, o que foi identificado nos grupos observados.

As PICS fazem parte das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) reconhecidas pela OMS como um conjunto de práticas de cuidado em saúde que devem ser oferecidas às populações em todo o mundo com o objetivo de assegurar acesso aos serviços de saúde. A APS é considerada lócus principal dessas práticas em função da sua característica de proximidade com os territórios em que atua. Para garantir o acesso aos cuidados de saúde, a OMS preconiza que haja integração entre a medicina convencional e outras racionalidades médicas, representadas no Brasil pelas PICS. Dessa forma, integrar as PICS no SUS através da normatização da PNPIC está em consonância com as recomendações da OMS, bem como com as discussões apresentadas nas conferências nacionais de saúde e em assembleias no mundo todo (AMADO et al., 2020).

Assim, observou-se que as práticas coletivas acompanhadas no período da pesquisa incorporaram as PICS rotineiramente, contribuindo com a resolutividade da APS, principalmente em condições de saúde mental. Propiciaram, ainda, maior vínculo entre usuários e profissionais, ressignificando as razões para utilizar a unidade de saúde (AMADO et al., 2020).

As práticas coletivas são espaços de educação em saúde que vão além dos objetivos de cuidado e de ensino-aprendizagem na área da saúde. São espaços de escuta e fala, demonstração de afeto, formação de vínculos, estreitamento de relações, aproximações entre os diferentes, compartilhamento de saberes, construção do conhecimento e aproximação entre os saberes popular e científico. Os atributos da ESF como acolhimento, vínculo e cuidado foram trabalhados e vivenciados nas práticas coletivas observadas.

Durante a observação dos grupos e durante a realização das entrevistas, surgiram alguns questionamentos que levaram às seguintes reflexões:

- 1) O usuário que frequenta as práticas coletivas adere melhor às prescrições feitas durante os cuidados clínicos ambulatoriais (referentes ao uso de medicamentos, mudanças na alimentação e prática de exercícios físicos, por exemplo)?
- 2) E o usuário que é atendido nos consultórios clínicos aceita melhor as orientações que são oferecidas nos encontros coletivos?

Refletindo sobre o primeiro questionamento, percebeu-se um grande e potente elemento desenvolvido durante as práticas coletivas: a formação de vínculo. O espaço de fala e escuta representou também um espaço de criação de afetos e respeito mútuos. O estabelecimento desta ligação emocional e comportamental formada nas relações interpessoais e acionadas durante o encontro coletivo estimula a autonomia e a corresponsabilização pelo cuidado em saúde, propiciando um novo significado às prescrições e orientações recebidas nas consultas.

De forma semelhante, e ainda tendo o vínculo como “responsável” central, quem frequentou os encontros coletivos compreendeu que há uma inter-relação entre os cuidados clínicos e a educação em saúde. Percebeu que somente o cuidado clínico não será capaz de abarcar a complexidade das questões subjetivas e objetivas que atingem os sujeitos e que influenciam diretamente na sua saúde (o *habitus* de cada um bem como a influência dos diversos campos em que estão inseridos). Assim, é preciso que sejam complementares e potencializadores entre si.

Dessa forma, o cuidado ampliado em saúde é representado pelo cuidado clínico aliado à educação em saúde, um caminho em mão dupla para alcançar a autonomia dos sujeitos, a



corresponsabilização pelo cuidado, bem como a construção compartilhada das condutas terapêuticas.

Por fim, acredita-se que as práticas coletivas representaram um espaço de convivência e de divulgação e reflexão sobre a ideia de que o cuidado em saúde extrapola os cuidados clínicos por meio de remédios, dietas e orientações técnicas-curativas, e que a saúde está além da ausência de doença.

As abordagens adotadas pelos profissionais demonstraram estar ancoradas nos princípios da Educação Popular em Saúde, enquanto práticas que estimulavam o diálogo, a valorização e o compartilhamento de saberes e experiências de todos os participantes, e a formação de vínculo, incentivando a autonomia e o protagonismo dos usuários participantes.

Dessa forma, observou-se que esses encontros propiciaram novos aprendizados em saúde, construídos coletivamente com respeito às diferenças e aos diversos saberes que se encontraram nesses momentos de livre manifestação e expressão das individualidades.

### 5.3 A ENTREVISTA COMO ELEMENTO DO PROCESSO EDUCATIVO

Antes de apresentar os resultados da análise das entrevistas, é importante destacar que o exercício da entrevista foi instigante e produziu uma série de reflexões sobre o caminho que se percorre durante uma entrevista, bem como sobre a relação dialógica que se forma neste processo.

Nessa perspectiva, a entrevista, enquanto espaço de escuta e fala, representou não apenas uma técnica de coleta de dados na busca pelas respostas às questões de pesquisa. Ela ultrapassou esse objetivo analítico e passou a se constituir um elemento integrante do próprio objeto de investigação, onde entrevistado e entrevistador interagiram e foram definidos, ambos, como sujeitos do estudo. Assim, a entrevista passou a ser considerada também um elemento do processo educativo que acontece, ou se inicia, nas práticas coletivas.

Quando o participante é convidado a refletir sobre sua realidade para responder às perguntas de pesquisa, ele elabora suas respostas a partir dos temas discutidos e situações vivenciadas nas práticas coletivas. Ele encontra um espaço de fala sobre si, sobre sua vida e experiências e, a partir dessa fala, ele é capaz de pensar criticamente sobre o que vivenciou, sobre o seu lugar nesse processo de aprendizagem, trazendo à tona e tornando público um saber que poderia estar, talvez, latente.

Por outro lado, o entrevistador se modifica no processo ao confrontar seus pressupostos teóricos, que motivaram a pesquisa, com a empiria. Assim, procura ajustar

caminhos, linhas de raciocínio bem como busca novos referenciais teóricos para dar conta de analisar a realidade que se apresenta no campo, a qual só é possível compreender de fato quando se está mergulhado nela.

Bourdieu aborda a potência da entrevista, em especial o seu significado para o entrevistado, conforme descrito abaixo:

[...] certos pesquisados, sobretudo entre os mais carentes, parecem aproveitar essa situação como uma ocasião excepcional que lhes é oferecida para testemunhar, se fazer ouvir, levar sua experiência da vida privada para a esfera pública; uma ocasião também de se explicar, no sentido mais completo do termo, isto é, de construir seu próprio ponto de vista sobre eles mesmos e sobre o mundo, e manifestar o ponto, no interior desse mundo, a partir do qual eles se veem a si mesmos e o mundo, e se tornam compreensíveis, justificados, e para eles mesmos em primeiro lugar (BOURDIEU, 1997, p. 704).

O caminho da abordagem da pesquisadora durante as entrevistas procurou contemplar a perspectiva de Bourdieu que destaca a entrevista como um exercício espiritual:

Deste modo, sob risco de chocar tanto os metodólogos rigoristas quanto os hermenêutas inspirados, eu diria naturalmente que a entrevista pode ser considerada como uma forma de exercício espiritual, visando a obter, pelo esquecimento de si, uma verdadeira conversão do olhar que lançamos sobre os outros nas circunstâncias comuns da vida. A disposição acolhedora que inclina a fazer seus os problemas do pesquisado, a aptidão a aceitá-lo e compreendê-lo tal como ele é, na sua necessidade singular é uma espécie de amor intelectual: um olhar que consente com a necessidade, à maneira do “amor intelectual de Deus”, isto é, da ordem natural, que Spinoza tinha como forma suprema de conhecimento (BOURDIEU, 1997, p. 704).

Outra reflexão que Bourdieu nos traz fala sobre o uso do povo e a autonomia dos campos, aponta para a perspectiva de falar do povo e pelo povo como uma característica de pesquisadores que frequentemente têm como objeto de pesquisa as classes populares. E o “uso do povo” representa uma luta de poder entre os intelectuais no campo científico e que representa menor ou maior força dependendo da autonomia de cada um no campo. Como exemplo tem-se a Educação Popular em Saúde como campo de menor autonomia em relação tanto ao campo da saúde pública como ao da educação. Nessa perspectiva, corre-se o risco de transformar a pesquisa que tem como objeto as classes populares, em um refúgio onde se legitima a partir do “povo”, da “fala do povo”, para se distinguir e se fortalecer dentro de um campo (CUNHA, 2017).

A maior parte dos discursos que foram ou são pronunciados em favor do “povo” são obra de produtores que ocupam posições dominadas no campo de produção (BOURDIEU, 2004, p. 183).

A compreensão da perspectiva sobre a “fala do povo” é particularmente útil quando se fala sobre a construção compartilhada do conhecimento, de maneira que seja um exercício

de objetivação importante na pesquisa para encontrarmos resultados que nos afastem de uma perspectiva romântica ou populista (CUNHA, 2017).

Importante, nesse momento, pontuar que objetivação difere conceitualmente de objetividade. Na perspectiva da objetividade, os fenômenos estudados e pesquisados são interpretados e revelados apenas pela ótica da ciência exata, como um conhecimento científico único, com validade universal, que é independente da ação do pesquisador. É o ideal da ciência. Em contrapartida, a objetivação propõe a desconstrução da natureza absoluta do conhecimento, entendendo que os fenômenos são construídos na relação entre os sujeitos, são provisórios, inconclusos, mutáveis e incompatíveis com as certezas propostas pelo paradigma da objetividade. Assim, pode-se considerar que a objetivação é o possível da ciência (SANTOS, 2012).

Trazendo essa reflexão para os nossos achados, dar voz aos usuários da APS foi um exercício de objetivação e significou não falar por eles por meio de pressupostos e verdades pré-concebidas. Ao contrário, representou confrontar os pressupostos do estudo com as falas dos entrevistados e colocá-los como protagonistas do processo de construção do conhecimento.

Dito isso, apresenta-se a seguir a análise e discussão do material empírico a partir de doze entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários da CFAV e da CFWC, entre os meses de setembro e outubro de 2019, sendo interrompidas e retomadas novamente em setembro de 2020. A duração das entrevistas foi em média de 44 minutos e 32 segundos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na sua íntegra. Os trechos das falas apresentados foram codificados com a letra E seguido da numeração por ordem da entrevista realizada (E1 a E12). As características dos participantes foram sistematizadas e apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1: Conhecendo os participantes do estudo

<b>Participantes</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>
<b>Clínica da Família</b>	CFVA	CFAV	CFAV	CFAV
<b>Sexo</b>	F	M	F	F
<b>Idade</b>	68	60	56	64
<b>Cor</b>	Branca	Pardo	Branca	Branca
<b>Equipe</b>	Santos Dumont	Flamingo	Águia Dourada	Ema
<b>Naturalidade</b>	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	João Pessoa
<b>Escolaridade</b>	6ª série	4ª série	6ª série	Analfabeta. Assina o nome (recente)
<b>Escolaridade dos pais</b>	Não soube informar. Alfabetizados	Mãe analfabeta. Pai desconhecido	Analfabetos	Analfabetos
<b>Estado civil</b>	Viúva	Separado	Casada	Casada
<b>Filhos</b>	Não informou	1	1	3
<b>Com quem vive</b>	Neta	Abrigo Stella Maris	Esposo	Esposo e filha mais nova
<b>Ocupação</b>	Do lar	Desempregado	Do lar	Do lar
<b>Renda/benefício</b>	Dois salários-mínimos e meio	Sem renda/benefício	Aposentadoria do esposo	Aposentadoria/ invalidez do esposo.
<b>Plano de saúde</b>	Plano popular	Não	Plano Popular	Não
<b>Doenças crônicas</b>	DMII	HAS (AVC); Alcoolista	DMII	HAS e DMII
<b>Acesso à internet</b>	No celular	Sem acesso	No celular	No celular
<b>Religião</b>	Racionalismo Cristão.	Afinidade com Kardecismo	Católica	Católica
<b>Grupos educativos que frequentava</b>	Reencontro com a autoestima e Plantas medicinais	Café sem danos	Quem dança é mais feliz	Reencontro com a autoestima

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 1 (cont.): Conhecendo os participantes do estudo

<b>Participantes</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>	<b>E8</b>
<b>Clínica da Família</b>	CFAV	CFAV	CFAV	CFAV
<b>Sexo</b>	M	F	F	F
<b>Idade</b>	63	38	56	53
<b>Cor</b>	Pardo	Negra	Negra	Branca
<b>Equipe</b>	Santos Dumont	Flamingo	Flamingo	Santos Dumont
<b>Naturalidade</b>	Rio de Janeiro/RJ	Rio de Janeiro/RJ	Alagoinhas/Bahia	Maranguape/PB
<b>Escolaridade</b>	Ensino superior incompleto	Ensino médio incompleto	Ensino Médio	Não estudou. Assina o nome
<b>Escolaridade dos pais</b>	Pai e Mãe analfabetos	Não soube informar. Leem e escrevem.	Não soube informar	Não soube informar
<b>Estado civil</b>	Casado	Solteira	Solteira	Casada
<b>Filhos</b>	1 filho	2 filhos	Não	5 filhos
<b>Com quem vive</b>	Esposa	Filhos e companheiro	Abrigo Cora Coralina	Esposo
<b>Ocupação</b>	Aposentadoria por invalidez	Trabalho informal. Artesanato.	Artesã (Bonequeira)	Do lar
<b>Renda/benefício</b>	Não informou	2.000,00. Sem benefício	Sem renda	1 salário mínimo BPC (Benefício de Prestação Continuada) do esposo
<b>Plano de saúde</b>	Não	Não	Não	Não
<b>Doenças crônicas</b>	Alcoolista	Bronquite	Doença de pele (vitiligo? Hanseníase?)	HAS/DMII Depressão
<b>Acesso à internet</b>	Computador	Celular	Não	Celular
<b>Religião</b>	Não	Evangélica	Espírita	Evangélica (Universal)
<b>Grupos educativos que frequentava</b>	Café sem danos e Plantas Medicinais	Quem dança é mais feliz	Reencontro com a autoestima e Plantas medicinais	DM e HAS

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 1 (cont.): Conhecendo os participantes do estudo

<b>Participantes</b>	<b>E9</b>	<b>E10</b>	<b>E11</b>	<b>E12</b>
<b>Clínica da Família</b>	CFAV	CFAV	CFWC	CFWC
<b>Sexo</b>	F	F	F	F
<b>Idade</b>	65	47	63	65
<b>Cor</b>	Parda	Negra	Negra	Branca
<b>Equipe</b>	Santos Dumont	Avião	Não soube informar	Artur Magioli
<b>Naturalidade</b>	Rio de Janeiro/RJ	Aracaju/Sergipe	Rio de Janeiro/RJ	Rio de Janeiro/RJ
<b>Escolaridade</b>	Ensino fundamental incompleto	Somente assina o nome	Nível Superior	Ensino Fundamental
<b>Escolaridade dos pais</b>	Somente assinavam o nome	Ensino fundamental	Ensino fundamental	Pai analfabeto. Mãe ensino fundamental incompleto
<b>Estado civil</b>	Viúva	Solteira	Solteira	Viúva
<b>Filhos</b>	4 filhos. 3 vivos.	Não	1 filho	3 filhos
<b>Com quem vive</b>	Sozinha	Com uma irmã mais velha	Filho	Filho
<b>Ocupação</b>	Do lar	Doméstica	Aposentada	Aposentada
<b>Renda/benefício</b>	Pensionista/ 1 salário-mínimo	Não	Aposentadoria	Aposentadoria
<b>Plano de saúde</b>	Plano popular	Não	Do município do RJ	Marinha (como pensionista do marido)
<b>Doenças crônicas</b>	HAS	Não	HAS	HAS
<b>Acesso à internet</b>	No celular	No celular	Celular, computador e notebook (divide com o filho).	Celular
<b>Religião</b>	Evangélica não praticante	Católica não praticante	Católica não praticante	Evangélica
<b>Grupos educativos que frequentava</b>	Plantas Medicinais, Café sem danos e Reencontro com a autoestima	Academia Carioca da Saúde	Academia Carioca da saúde e Grupo de artesanato	Academia Carioca da Saúde e Artesanato.

Fonte: Elaborado pela autora

A partir do conteúdo manifesto nas falas dos entrevistados, assim como da observação participante dos grupos, com base no referencial teórico do estudo, identificou-se os temas empíricos, bem como as categorias analíticas dentro de cada tema, para apresentar e discutir os resultados. A saber: Tema 1: O usuário e a produção social do conhecimento em saúde e Tema 2: O campo da educação em saúde na perspectiva do usuário (Quadro 2).

Após a definição dos temas e categorias de análise, e leitura exaustiva das entrevistas, foi realizada a categorização de trechos das falas relacionadas a cada tema empírico, para, em seguida, apresentar a discussão dos resultados, conforme descrito a seguir:

Quadro 2: Síntese dos temas e categorias de análise.

<b>TEMAS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>1. O usuário e a construção social do conhecimento em saúde</b>	a) Trajetória social
	b) Autonomia, autocuidado e corresponsabilização
	c) Cultura, crença e religião
<b>2. O campo da educação em saúde na perspectiva do usuário</b>	a) Práticas educativas: o cuidado ampliado em saúde
	b) Vínculo, confiança e afeto: a rede de apoio social
	c) Contexto político, econômico e social

Fonte: Elaborado pela autora

### **TEMA 1: O usuário e a construção social do conhecimento em saúde**

Inicialmente para compreender os significados, as motivações e expectativas que os usuários tinham sobre as ações coletivas, um dos objetivos específicos do presente estudo, foi importante conhecê-los, o que foi feito a partir de alguns aspectos da sua trajetória social.

Assim, a análise a partir deste tema empírico visou demonstrar quem são os entrevistados, as influências que receberam ao longo da sua trajetória de vida, que incluíram a sua formação educacional e de seus pais ou responsáveis, as relações familiares, a sua origem e de sua família, assim como as suas crenças religiosas e fenômenos culturais que perpassaram sua vida.

Tais aspectos da vida dos entrevistados foram considerados dinâmicas das práticas sociais que integraram a configuração do seu *habitus*, impactaram na sua capacidade de desenvolver autonomia e autocuidado, bem como na produção do seu conhecimento em saúde. Entende-se, assim, que a dinâmica social determina a conformação do *habitus* e que

o mesmo pode ser expresso de diversas formas, como por meio do seu estilo de vida, das suas práticas religiosas, bem como das suas manifestações culturais.

**a) Trajetória social.**

A partir dessa categoria pretendeu-se conhecer aspectos da trajetória de vida dos entrevistados que dessem pistas sobre quem eles eram, ao procurar compreender o caminho que trilharam no ensino formal, os aspectos relacionados à sua família, bem como as suas condições de vida. Tais aspectos são elementos que influenciam tanto a configuração do *habitus* quanto o acúmulo de capital cultural, e, dessa forma, permitem compreender as possibilidades que os sujeitos têm de desenvolver a autonomia e o autocuidado.

O grau de escolaridade dos entrevistados foi pesquisado e considerado um importante elemento da sua trajetória social. O nível de escolaridade encontrado foi diverso, conforme demonstra o Quadro 1. No entanto, aqueles que possuíam ensino fundamental, somados aos que não haviam sido alfabetizados, representaram a maioria dos entrevistados, conforme expressam as falas a seguir:

*“Não, nunca estudei, consegui trabalhar com sete anos de idade”. (E8)*

*“[...] ela não colocou ninguém para estudar. [...] ela não era aquela pessoa de incentivar. Nós fomos aprendendo as coisas com as pessoas. Só que nós não fomos alfabetizadas. Não tivemos essa parte da alfabetização”. (E10)*

*“As pessoas mandam as coisas no zap pra mim e eu não sei ler nada”. (E4)*

*“Eu quis fazer o normal, o antigo, eu sou professora de primeiro grau, mas depois, eu não quis seguir pela formação convencional. Olha, é triste, né? Porque [...] a educação acadêmica, formal, que realmente é validada. [...]”. (E7)*

Em adição, também enquanto elemento da trajetória social, o nível de escolaridade dos pais dos entrevistados foi objeto de investigação, para procurar compreender a sua influência no acúmulo de capital cultural. Metade dos entrevistados relatou que seus pais não tinham sido alfabetizados, e os que estudaram não avançaram além do ensino fundamental, conforme os relatos abaixo demonstram:

*“[...]minha mãe era analfabeta completa, não sabia ler e nem escrever. Meu pai, a partir de 50, quase 60 anos foi que ele se alfabetizou, que ele aprendeu a escrever o nome dele e a ler”. (E5)*

*“O meu pai era analfabeto. E minha mãe fez até... não sei se foi 3 ano... Ela foi só alfabetizada. Ela lia e escrevia, mas não chegou nem a 5 série”. (E12)*

*“Porque, naquele tempo, era muito assim...a minha mãe contava que as mulheres não estudavam, as mulheres não trabalhavam, as mulheres não faziam nada”. (E1)*



Para Bourdieu (2007b), a família e a instituição de ensino são os principais responsáveis pela constituição do capital cultural dos agentes. A família, bem como a escola, transmite aos seus filhos um certo *ethos* que é um conjunto de valores e modos de comportamento, nem sempre explícitos, mas que são responsáveis por conformar a identidade e o caráter dos indivíduos estando profundamente interiorizados.

A sociologia da educação de Bourdieu, a partir dos anos 60, ofereceu uma mudança de paradigma nos estudos sobre os sistemas de ensino. Sua concepção teórica se apoia na relação entre a origem social e o desempenho escolar, a partir, principalmente, das classes sociais. Representou uma transformação teórico-conceitual que, até hoje, orienta os estudiosos da educação. Para Bourdieu (2007b), a escola teria o papel de reproduzir as desigualdades sociais e, assim, facilitaria, o baixo rendimento ou abandono escolar das classes populares. As instituições de ensino tenderiam a reproduzir a estrutura social vigente, a cultura dominante, e, dessa forma, privilegiariam as classes dominantes que já entrariam em larga vantagem no sistema de ensino.

[...] para que sejam favorecidos os mais favorecidos e desfavorecido os mais desfavorecidos, é necessário e suficiente que a escola ignore, no âmbito dos conteúdos do ensino que transmite, dos métodos e técnicas de transmissão e dos critérios de avaliação, as desigualdades culturais entre as crianças das diferentes classes sociais (BOURDIEU, 2007b, p.53).

Nessa concepção, o desempenho escolar não dependeria unicamente das aptidões individuais inerentes às constituições biológicas e psicológicas particulares, mas, principalmente, das condições favoráveis ou não da sua origem social.

Tal concepção de Bourdieu está fortemente ancorada no papel da família na formação educacional, por meio da transmissão de conhecimentos no âmbito familiar, da bagagem familiar que o agente leva consigo, inclusive para o ambiente escolar. Tal bagagem herdada é composta por elementos externos aos indivíduos, que constituem componentes objetivos e que influenciam o seu desenvolvimento educacional. Nessa perspectiva, tem-se o capital econômico, representado pelos bens e serviços que os indivíduos têm acesso; o capital social adquirido por meio das interações e relacionamentos sociais que as famílias mantêm; além do capital cultural institucionalizado, que é representado pelos diplomas e títulos escolares. Dessa forma, pode-se dizer que os capitais econômicos e sociais agem como auxiliares no acúmulo de capital cultural. Por outro lado, além dos aspectos objetivos, a bagagem familiar se constitui um elemento que integra a subjetividade do indivíduo, por meio do capital cultural incorporado (outra forma de denominar o *habitus*). A fala a seguir exemplifica esta ideia:

*“Só que o meu pai de criação também era um grande contador de histórias e a isso eu me apego muito. Eu tenho uma referência com ele e tenho uma expressão próxima a ele que é muito forte. Ele já faleceu, mas eu digo que eu faço parte de uma dinastia de contadores de história”.* (E7)

Assim, a família pode ser considerada tanto uma categoria social objetiva (estrutura estruturante) quanto uma categoria social subjetiva (estrutura estruturada). Enquanto aspecto estruturado e estruturante, o *ethos* familiar vai se modificando de acordo com as relações sociais entre o *habitus* e as estruturas. Tem-se, assim, aspectos objetivos e subjetivos que determinam o sucesso escolar (BOURDIEU, 2011).

Segundo Bourdieu (2007b), as estratégias e disposições das famílias para investimentos em educação dependeriam das posições dos agentes na estratificação social, dividida em classes populares, classe média e elite. Considerando que o presente estudo se concentrou em usuários de Clínicas da Família, apresenta-se aqui a reflexão sob a ótica das classes populares.

Bourdieu (2007b) ressalta que as classes populares, consideradas como um grupo com pouco capital econômico e cultural, teriam a tendência de investir de modo moderado no sistema de ensino. O autor aponta alguns motivos principais para esse incentivo limitado, como a percepção antecipada de que as chances de sucesso da educação, enquanto caminho para avançar na sociedade, seriam reduzidas. Faltariam recursos suficientes, sejam econômicos, sociais ou culturais, para um bom desempenho educacional. Representaria um investimento de alto risco com um retorno incerto, principalmente considerando que o retorno advindo da educação ocorre em longo prazo. Muitas famílias não estariam preparadas para assumir os custos econômicos da educação em um período longo, o que representaria, também, o adiamento da entrada dos filhos no mercado de trabalho. Nessa perspectiva, essas famílias teriam uma atuação em relação à educação de seus filhos dentro do que Bourdieu chama de “liberalismo”. Não haveria uma cobrança sistemática e nem intensa para alcançar o sucesso na educação. As aspirações com a educação dos filhos seriam limitadas, o suficiente para manter ou ultrapassar a situação socioeconômica dos pais e familiares. Assim, seria dado ênfase a prazos menores de tempo de estudo para propiciar acesso mais rápido ao campo profissional e do trabalho.

Alguns autores acrescentam à essa concepção macrosocial bourdieusiana das classes sociais, aspectos microssociais que se somam à essa reflexão. A discussão teórica sobre as práticas escolares com base nos grupos familiares, diferenciados pelas classes sociais, seria por demais abrangente, necessitando estudar aspectos subjetivos das relações familiares e

sociais, que não se reduzem à classificação por estrato social. Essa premissa parte da compreensão de que os sujeitos são produtos de diversas influências sociais. É possível encontrar dentro de uma mesma classe social comportamentos diferentes com relação à educação, como por exemplo, relacionados a viver em ambiente rural ou urbano, possuir uma crença religiosa conservadora, bem como aspectos intrínsecos às relações familiares. Tais aspectos seriam independentes da classe social. Em adição, o próprio sistema escolar apresenta diferenciações de métodos de ensino e de formação dos professores que impactam no modo como a escola participa do processo de reprodução das desigualdades sociais (CHARLOT, 2000; LAHIRE, 2004).

Ainda que com críticas que apontam para a necessária contextualização e atualização histórico social, a concepção teórica de Bourdieu, ancorada na estratificação social em classes, permanece como um marco fundamental para a compreensão da influência dos componentes objetivos no desempenho escolar.

Em consonância com a teoria de Bourdieu, observou-se entre os entrevistados, uma diferença no acúmulo de capital cultural que ficou evidente no discurso captado nas entrevistas, que pode ser relacionada aos diferentes níveis de escolaridade deles e de seus pais. Determinadas palavras e termos utilizados, denotando um refinamento do discurso, a capacidade de articular os pensamentos em frases coerentes, assim como o interesse pela leitura, foram observadas nos entrevistados que relataram possuir nível médio e superior de ensino (Quadro 1), conforme demonstram as seguintes falas:

*“Eu acho que foi aí que eu me senti dentro de um livro de Jorge Amado, assim, quando ele fala muito dos guetos e das populações ali de rua e tudo. Pra mim, foi uma descoberta interessantíssima. Eu acho que eu nunca mais vou escrever da mesma maneira e eu quero levar essa percepção comigo, porque eu começo a ver um Brasil que precisa também criar a sua própria educação. Porque quanto mais deseducados nós estivermos, mais manipuláveis nós seremos. Então, esse abrigo que me acolhe e que cria assembleias, que se pensa e reúne as pessoas, de repente foi uma voz. E de repente, nós começamos a fazer teatro”.* (E7)

*“Eu gosto de pesquisar sobre política, mundos antigos, Egito. Essas coisas assim. Eu gosto de pesquisar, a questão do homem, do desenvolvimento”.* (E5)

*“Eu lia uma média de cinco livros por mês. Mas é porque eu pegava uma barca para ir trabalhar, então, nesse percurso eu ficava lendo”.* (E11)

O papel da família como estruturante das relações sociais permeou os discursos dos entrevistados, revelando experiências positivas e negativas:

*“[...]eu vim com a família e daí, eles me largaram aqui. Fiquei praticamente morando na rua, e aí, passei muita fome. E daí, eu encontrei o meu primeiro namorado. E aí, fomos morar juntos quando eu tinha 15 anos, ganhei minha primeira filha. E aí, começou meu sofrimento, né? Começou o meu sofrimento todo. (E4)*

*“Não tive apoio de parente, de família, e eu também não tive apoio nenhum, nenhum, nem de ex-esposa, nem do meu próprio filho, de ninguém”. (E2)*

*“Então, assim, o meu pai foi assim uma tremenda história do Rio de Janeiro para mim. [...] o meu pai tinha aquele lance de pouca escolaridade, mas mais de leitura. E com ele que eu fui saber que o Leblon era uma roça”. (E11)*

A família é considerada um grupo social no qual se inicia o processo de socialização, educação e preparação para a vida. Enquanto relações pessoais, o interior da rede de interações que ocorrem no âmbito familiar é um dos fatores que os contribui com a formação da personalidade dos indivíduos. A individualidade se forma a partir de marcas simbólicas traçadas pelas relações interpessoais assim como pela capacidade que o indivíduo tem de se perceber como alguém que pertence a um grupo ou comunidade. Esse sentimento de pertencimento caracteriza quem ele é. Dessa forma, a identificação do “eu” e do “nós” forma a socialização. Sendo a vida social fundamental para a existência e sobrevivência dos indivíduos, tem-se na família um elemento crucial e definidor da forma como os indivíduos irão conviver em sociedade (RIBEIRO, 2020).

Para Bourdieu (2011), na família ocorre a configuração do *habitus* primário, que seria a primeira e profunda impressão da vida social no indivíduo. Em seguida, outras impressões seriam sedimentadas, a partir das inúmeras interações sociais que acontecem ao longo da vida.

Apesar de tradicionalmente os grupos familiares se constituírem a partir de vínculos biológicos, sabe-se que as relações são construídas por meio de aspectos subjetivos, que envolvem sentimentos que ultrapassam os laços consanguíneos. Assim, a família é um grupo formado por pessoas que convivem e estão ligadas por afetos, afinidades, mas também onde ocorrem conflitos e desavenças (ELIAS, 1994; RIBEIRO, 2020).

Nas palavras de Bourdieu: “De fato, a família tem um papel determinante na manutenção da ordem social, na reprodução, não apenas biológica, mas social, isto é, na reprodução da estrutura do espaço social e das relações sociais” (BOURDIEU, 2011, p. 131).

As relações familiares, são, portanto, elementos importantes que conformam o *habitus* do indivíduo, que são esquemas implantados, mas que são dinâmicos e constantemente atualizados ao longo da trajetória social (BOURDIEU, 2007a).

Além dos aspectos relacionados à educação e à família, é importante destacar as condições de vida dos entrevistados na sua trajetória social. Observou, pelos depoimentos, que os entrevistados compartilhavam condições de existência semelhantes, seja pelo seu nível de escolaridade, pela sua origem, pelo território onde viviam, seja pelas suas características enquanto usuários de Clínicas da Família em comunidades populares de uma grande cidade. Dessa forma, por pertencerem a um semelhante meio social, evidenciou-se a construção de uma identidade comum, responsável por criar uma certa harmonização do *habitus*, o que Bourdieu chama de *habitus* de classe.

Nessa perspectiva, as falas nos deram pistas sobre o *habitus* de classe dos entrevistados ao identificar-se, por exemplo, que suas famílias migraram de outros estados para o estado do Rio de Janeiro, em busca de melhores condições de vida, como se verifica no trecho a seguir:

*“Os meus pais são falecidos, eles eram mineiros, nascidos em Minas Gerais, eles eram roceiros. E nós tivemos uma vida muito pobre, meu pai era corretor de imóveis, dependia de vender terrenos pra nos sustentar. Então, nós tivemos uma vida muito debilitada.” (E5)*

*“[...] lá na época, em Mamanguape, a gente tinha de trabalhar em fazenda dos outros.” (E8)*

*“Minha mãe era capixaba, mas morava aqui. E meu pai mineiro”. (E3)*

Além disso, eles relataram situação de pobreza bem como grandes dificuldades vivenciadas durante a sua infância ou juventude. Os trechos de falas abaixo demonstram essa ideia:

*“[...] a minha primeira filha faleceu com dois meses. E continuei o meu sofrimento. Eu não tinha uma roupa pra vestir, tinha os cabelos muito grandes, não tinha um xampu pra lavar, não tinha um desodorante pra usar, não tinha um perfume. Hoje, eu sou rica, né? Graças a Deus”. (E4)*

*“Quando nós fizemos uns 12 anos, eles ficavam falando que tínhamos de trabalhar. [...] nós éramos pobre, muito pobres mesmo”. (E10)*

*“[...] o meu irmão faleceu e eu fiquei bem sozinha e a minha família queria a minha casa, quis, se apossou disso, e eu fui morar na Cidade de Deus”. (E7)*

*“[...] eu consegui fazer um monte de coisas, de tudo um pouco, meus pais eram muito pobres. Saía na segunda-feira de madrugada passava o caminhão pra pegar todas as famílias. A gente levava roupa, levava tudo. E nós retornávamos para casa na sexta-feira à noite”. (E8)*

Para Bourdieu (2011), trajetória social consiste na objetivação das relações existentes entre os agentes e as forças encontradas nos diversos campos por eles percorridos. Assim, a

ação do agente só se torna concreta e ganha significado quando se consideram as interações que acontecem nos campos, intermediadas pelo *habitus* e pela posse dos conjuntos de capitais simbólicos.

A trajetória social é, portanto, um elemento que determina a forma como cada um enfrenta as dificuldades do dia a dia, assim como influencia o processo de compreensão e construção do conhecimento em saúde para, assim, possibilitar, ou potencializar, a capacidade de enfrentamento da sua realidade. Nesse contexto, tem-se o impacto dos elementos objetivos que configuram a determinação social da saúde.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) representam um conjunto de fatores de caráter social, econômico, cultural, étnico/racial, psicológico e comportamental que influenciam a saúde dos sujeitos ao agir diretamente sobre a sua qualidade de vida. Assim, as condições de habitação, de trabalho, de alimentação e nutrição, a oportunidade de educação, o acesso a ambientes físicos limpos, a segurança pública, são condições fundamentais na produção da saúde (BUSS, 2009).

Nessa perspectiva, os relatos dos entrevistados deixaram evidentes situações sociais que determinaram negativamente a sua saúde, como negligência e abandono por familiares, violência doméstica, dificuldades de acesso à alimentação de qualidade entre outros. Os DSS, de forma semelhante às condições político-econômicas, podem ser considerados componentes estruturais que determinam e condicionam as ações dos sujeitos. As falas abaixo expressam essa ideia:

*“Eu acho que foram conjuntos de situações. Primeiro, por não ter me tratado, eu já tive vitiligo, numa época em que a minha família foi extremamente agressiva comigo”.* (E7)

*“O grupo pra mim é uma forma de remédio, porque quando eu relato o que eu passei, eu me sinto útil. Porque eu passei muito tempo da minha vida me sentindo inútil, porque só ouvia palavras negativas (“Não vale nada, isso aí é sem-vergonha, isso só dá vergonha.”). Foram muitos anos trazendo essas palavras e aceitando essas palavras”.* (E5)

*“[...] coisa boa pra você manter uma dieta certa, um cuidado da sua saúde não é barato, nem sempre todo mundo tem as condições de ter. Mas a gente dá uma dribladinha. [...] Hoje não, mas semana que vem, no outro mês, você compra uma fruta, hoje não dá, você compra um iogurte. E assim, a gente vai levando”.* (E6)

Assim, ficou evidente que a trajetória que os entrevistados percorreram no ensino formal, bem como as suas relações familiares e as suas condições de vida, são elementos que determinaram o seu estilo de vida, conformaram o seu *habitus*, o *habitus* de classe, bem como o acúmulo de capital cultural. Cabe destacar que a posse de capital cultural pode interferir no grau de autonomia dos sujeitos para realizar escolhas e modificar a sua realidade.

Resgatando o conceito da OMS (1998), estilo de vida é um modo de viver a vida que emerge tanto das interações sociais quanto das condições socioeconômicas. Dessa forma, pode-se dizer que os modos de viver a vida, são manifestações do *habitus*, cujo trabalho de formação e inculcação acontece no decorrer da trajetória de vida sendo influenciados pelos aspectos estruturais do meio em que vivem, incluindo os DSS.

Assim, a identificação e compreensão das experiências adquiridas na trajetória social dos entrevistados, apresentadas nesta categoria analítica, propiciaram conhecê-los melhor. Dessa forma, foi possível compreender suas ações para, assim, contribuir com o entendimento dos significados que atribuíram às práticas coletivas, bem como com a sua capacidade e possibilidade de desenvolver a autonomia e o autocuidado.

#### **b) Autonomia, autocuidado e corresponsabilização.**

As questões que envolvem a autonomia dos sujeitos relacionadas às suas possibilidades de gerenciar sua própria vida, de realizar escolhas, de modificar sua realidade, bem como de praticar o autocuidado, apareceram nos depoimentos muitas vezes atreladas às suas condições de existência, às suas histórias de vida e limitadas pelas mesmas, conforme discussão iniciada na categoria anterior, e corroborado pelas falas a seguir:

*” Não é fácil vir aqui toda quinta-feira. [...] Porque a aceitação de você ser um doente, ser uma pessoa impotente, ser uma pessoa que não tem capacidade própria, isso já nos bota a nível abaixo dos outros”. (E5)*

*“Quando eu chego aqui, eu sei que eu venci algumas barreiras. Nem as vi, de repente, mas eu sei que de eu chegar aqui, eu sei que foram lutas que eu venci pra estar aqui”. (E5)*

*“[...] ele fala, mas ele é especial, ele ficou com dificuldade, então, ele depende dessa clínica pra viver, eu dependo dessa clínica pra eu viver”. (E8)*

Um destaque importante refere-se aos indivíduos moradores do abrigo Stella Maris, que viam a sua autonomia e liberdade cerceadas por imposição de regras às quais estavam sujeitos sem chance de resistência ou recusa:

*“[...] eu só posso me deitar pra dormir depois de dez horas da noite, sou obrigado a levantar às seis horas da manhã e com esse problema meu de saúde. E ali, no abrigo, ainda tem outro problema: se levanta às seis da manhã, toma café e é obrigado a ir pra rua. Volta pro almoço, almoça, e é obrigado a ir pra rua”. (E2)*

Ainda que identificassem limitações ocasionadas pelas suas condições de vida, os entrevistados demonstraram ter conhecimento sobre a sua responsabilidade pelo seu próprio

cuidado. A percepção da importância do autocuidado entrou no discurso dos entrevistados de forma clara, conforme as seguintes falas:

*“Eu me considero totalmente responsável pelas minhas opções, sendo assim, eu sou responsável pela minha saúde, sou responsável por estar aqui mais um pouquinho de tempo. Eu poderia já estar metida de imediato nas feiras, mas foi um acordo que eu fiz com a psicóloga. – [...] esse é o momento de você priorizar a tua saúde”. (E7)*

*“É porque se eu não cuidar, quem vai cuidar? É melhor eu arrumar tempo para cuidar da minha saúde que ter obrigação de cuidar de uma doença. (E6)*

*“Uma frase, pode ser? Uma frase que me marcou muito é: “Eu sou o meu maior defensor.” (E7)*

Observou-se, em algumas falas, que os entrevistados tinham consciência das limitações que possuíam e compreendiam a sua situação de vulnerabilidade como algo que poderia ser momentâneo, com início, meio e fim, e que poderiam pensar em alternativas para sair daquela situação de dependência, de fragilidade, de escassez de recursos próprios para sobreviver, enfim, para resgatar a própria autonomia, conforme nos dão pistas os seguintes depoimentos:

*“Por que ajuda? Porque eu começo a refletir, eu não posso viver na mentira em que eu vivia. “Eu não vou fazer mais, eu não vou fazer mais” - mas estava fazendo. Essa mentira acabou comigo. Então, quando eu venho aqui, eu tenho de ser o mais sincero possível. Quando eu coloco o que eu passei, o que eu passo, o que eu vivi, eu acho que eu estou sendo sincero comigo. Então, isso me fortalece”. (E5)*

*“Eu espero um bem-estar pessoal que eu já encontro de imediato. A cada participação, eu já tenho um ganho qualitativo às vezes na minha percepção como pessoa, como ser humano. Isso pra mim já é um resultado maravilhoso, porque eu pude me reconstruir, me levantar. Hoje, eu posso olhar pra você e estar falando aqui abertamente no espaço de consciência pessoal”. (E7)*

Neste ponto é importante refletir sobre o conceito de vulnerabilidade que, segundo Ayres (2014), envolve aspectos não apenas individuais, mas também sociais que influenciam na exposição aos riscos de adoecimento pela população. Está relacionado com a influência das condições de vida das pessoas no seu processo de saúde-doença (DIMENSTEIN; NETO, 2020).

Para Monteiro (2011), a vulnerabilidade, enquanto categoria analítica, surge como alternativa às limitações de análise dos contextos de pobreza da população que consideram apenas as questões econômicas, de trabalho e renda. Assim, a concepção de vulnerabilidade amplia a compreensão da influência das dimensões macro e microestruturais no processo saúde-doença.



Compreende-se que o conceito de vulnerabilidade é polissêmico e vem sendo utilizado em diversas áreas do saber. Ayres (2014) aponta que tal polissemia não é um problema, mas enriquece o debate para alcançar o entendimento das complexas situações que envolvem o adoecimento.

O componente individual da vulnerabilidade refere-se ao acesso que os sujeitos têm às informações sobre saúde e doença, à sua capacidade de compreensão bem como de incorporação dessas informações “aos seus repertórios cotidianos de preocupações” (AYRES, 2009, p.127), e ao interesse e possibilidades de tornar essas preocupações ferramentas para modificação da sua realidade. Ou seja, o componente subjetivo, que está diretamente relacionado ao *habitus*. Já o componente social diz respeito aos aspectos que independem dos sujeitos, como o nível de escolaridade, o tipo de informação que recebem, o seu poder no protagonismo político, bem como a presença de recursos materiais, e que irão influenciar na possibilidade de incorporar mudanças no seu cotidiano. Assim, segundo a teoria de Bourdieu, o componente social seria um aspecto objetivo (estrutural) e ambos os componentes são considerados estruturantes das condições de vulnerabilidades dos sujeitos.

Para Ayres (2009) as abordagens educativas com foco na redução de vulnerabilidades mostraram ser mais efetivas que as abordagens de redução de risco, uma vez que se baseiam em um processo educativo construtivista para transformação dos contextos sociais que mantém os sujeitos vulneráveis.

Por meio dessa perspectiva, a informação é fundamental e necessária, mas precisa ser trabalhada em conjunto com a conscientização para superação dos obstáculos sociais que se apresentam (materiais, políticos, culturais). Segundo Freire (1979), a conscientização é efetivada quando se descobre que a realidade é modificável e que o homem é capaz de modificá-la, devendo ser o objetivo principal da educação, conforme aponta o depoimento a seguir:

*“Porque eu achava que eu não era capaz de aprender a ler, que eu não ia aprender, que eu ia ficar com vergonha. Mas ao contrário, foi tudo totalmente diferente”.* (E4)

Assim, no campo das políticas públicas e programas sociais, a questão sobre vulnerabilidade concentra-se mais nos aspectos das relações sociais que fundamentam as condições de vulnerabilidade, como as relações de gênero, raça, socioeconômicas e de violação de direitos humanos, por exemplo, do que nos aspectos individuais (AYRES, 2014).

Tais aspectos da vulnerabilidade social impactam na autonomia dos usuários, nas suas possibilidades de concretizar o autocuidado, bem como na sua capacidade de efetivar a

corresponsabilização pelo cuidado em saúde que produza de fato efeitos positivos no enfrentamento do adoecimento.

O grau de autonomia dos sujeitos em relação ao campo em que estão inseridos, bem como a sua percepção sobre o autocuidado, vai depender, além das suas condições de vulnerabilidade, do capital cultural que ele acumulou ao longo da vida. Nesse sentido, considera-se que a participação frequente nas reuniões coletivas, de um ou mais grupos oferecidos pelos profissionais, contribuiu com o acúmulo de capital cultural dos entrevistados, por meio do aprendizado adquirido nas discussões sobre os diversos temas apresentados, assim como pela troca de experiências vivenciada nos encontros. Os trechos de falas abaixo expressam esta ideia:

*“Essas coisas todas mexem com a nossa saúde, porque a saúde da gente passa por essa qualidade do que a gente se alimenta mentalmente, intelectualmente, pelas nossas escolhas. Mas se a informação é negada, uma informação ampla, um abastecimento de conhecimento maior, como você vai fazer escolhas?”*. (E7)

*“Olha eles falavam do cuidado com a saúde, pra gente não comer muita gordura, não comer muito açúcar, evitar refrigerante, procurar mais coisas naturais, beber bastante água entendeu, diminuir o sal, quer dizer esses cuidados básicos”*. (E9)

Segundo Bourdieu (2007a), o capital cultural, juntamente com o capital econômico, é responsável por estruturar as ações sociais dos sujeitos, vivenciadas de diferentes maneiras no espaço social. Assim, a dimensão simbólica da vida é tão importante e estruturante quanto os aspectos materiais presentes.

No contexto aqui apresentado, o capital econômico surgiu marcadamente como um limitador das escolhas e da autonomia dos entrevistados em diversos níveis e situações. Dessa forma, a concretização da autonomia está relacionada ao acesso aos bens de consumo, ao lazer, ao trabalho, a moradia, sendo limitada pela ausência ou restrição a esse acesso, conforme as falas em destaque:

*“Eu só compro quando falta aqui, e quando falta aqui eu sei o que eu passo pra eu não deixar o remédio do meu marido e o meu faltar”*. (E8)

*“Porque a gente sabe que tem de se alimentar bem, senão fica com sobrepeso - sem contar que acarreta muitas doenças, mas é questão financeira, da parte financeira de comprar, de ter aquelas coisas que é necessário pra você. E medicamento, que às vezes, quando a gente não consegue aqui, não é barato o medicamento”*. (E6)

Apesar do evidente aspecto limitante, o capital econômico não foi capaz de suprimir a conscientização que cada entrevistado demonstrou ter sobre a sua parcela de responsabilidade pela sua saúde, pelo seu cuidado, ainda que em condições desfavoráveis.

Assim, observou-se que o acúmulo de capital cultural, mais do que o de capital econômico, demonstrou ser definidor das ações dos entrevistados e os auxiliou no processo de busca pelo enfrentamento dos problemas de saúde a partir do momento em que houve uma capacidade de percepção e reflexão sobre sua realidade. A partir da reflexão e compreensão das circunstâncias que o levaram a estar na situação em que estavam os entrevistados foram capazes de visualizar e construir alternativas, bem como buscar auxílio para “reconstruir” sua vida (reflexão-ação), efetivando o processo de conscientização, conforme os depoimentos abaixo:

*“O que tem mudado é que eu procuro, [...] penso em consertar minha vida e quando sair do abrigo, que eu não tenho vontade de continuar nesse abrigo [...] eu tenho que tentar fazer a coisa certa”. (E2)*

*“Então, eu cheguei no abrigo muito assustada e eu fui muito bem acolhida. Eu estou aprendendo a viver nesse abrigo, mas também construindo, pensando em construir a minha saída”. (E7)*

Em adição à compreensão dos aspectos subjetivos que influenciaram a autonomia e o autocuidado dos entrevistados, acrescenta-se a análise das políticas públicas de saúde como aspectos objetivos neste entendimento. Demonstrou-se, por meio da análise documental, que o incentivo a autonomia e ao autocuidado estão presentes como normatização no discurso oficial das políticas analisadas. Ressalta-se a publicação da PNEPS-SUS (BRASIL, 2014a) enquanto um marco na formalização de estratégias educativas com ênfase na ampliação da autonomia e da participação popular no SUS.

Merece destaque, também, a análise da PNH (BRASIL, 2014e) que identificou diretrizes para estimular a autonomia dos sujeitos, reforçando a importância da escuta qualificada e do diálogo entre gestores, profissionais e usuários.

No entanto, o contexto econômico, político e social (que será aprofundado na última categoria analítica) representa uma influência objetiva que vai de encontro às propostas de construção da autonomia identificadas no discurso oficial das políticas públicas citadas.

Observa-se forte correlação e interação entre o acúmulo de capital cultural e o capital econômico, e ambos sofrem influência do modelo de desenvolvimento da sociedade capitalista, com destaque para o papel da educação neste contexto. É inquestionável que a educação promove o desenvolvimento de uma sociedade. A distribuição de renda e da riqueza de um país é determinante do acesso à educação e da permanência na escola, bem como do avançar nos níveis de escolaridade. Assim, o acesso à educação promove melhores oportunidades de trabalho e geração de renda, além de realizar o direito ao conhecimento,

garantido pelas políticas públicas. Dessa forma, os fenômenos sociais observados como desemprego, desigualdades sociais, exclusão social, fome e pobreza, que são marcas do modelo capitalista, possuem relação com o acesso à educação, e exercem influência objetiva na vida e na autonomia dos sujeitos, ficando explícitas nas falas dos entrevistados (LIMA; STOTZ; VALLA, 2008; BUENO, 2018).

Assim, a autonomia e a conscientização dos usuários foram (e continuam sendo) relativizadas pelas forças decorrentes da influência objetiva das estruturas (do contexto político, econômico e social, das políticas com suas normas, assim como dos sistemas de saúde com sua organização para acesso e cuidado em saúde) e da assimilação (interior) de esquemas de ação: o *habitus*.

### c) Cultura, Crença e Religião.

Os depoimentos deixaram evidente que a arte, a dança e a música foram temas trabalhados e vivenciados durante as práticas coletivas, surgindo como elementos que produziram leveza e oportunidade de auxílio na cura de doenças ou no alívio das dificuldades vivenciadas no cotidiano, citadas como “situações duras” por um dos entrevistados. As falas abaixo expressam esse pensamento:

*“[...]Jaqui no local, na clínica de família Assis Valente, que nós estamos passando por um momento de sucateamento mesmo tendo um trabalho de resistência extraordinário junto à comunidade, uma expressão muito forte. Então, nós passamos por situações muito duras. Então, o que nos traz leveza para a vida? Às vezes, é uma boneca, um canto, uma simbologia, uma história”. (E7)*

*“Eu venho porque eu me sinto muito bem. Nossa senhora, eu chego em casa dançando ainda. Os outros devem me achar maluca, mas não é não, é prazer que a gente tem”. (E3)*

*“[...] teve uma coisa que eu achei muito legal, essa questão do aprender a fazer boneca, eu acho que de todo mundo, acho que a pessoa que mais queria aprender a fazer era eu”. (E11)*

A competência cultural é considerada uma característica do cuidado prestado na APS. Assim, saber lidar com a diversidade cultural da população e considerar os fatores culturais como integrantes do processo saúde-doença é um importante caminho a ser trilhado na busca por efetividade do cuidado. Conforme apontam Targa e Oliveira (2019), o entendimento da insuficiência da ciência como única abordagem diante dos complexos fenômenos que afetam a saúde, sem com isso minimizar a sua importância, permite a ampliação do olhar dos profissionais de saúde para integrar os fenômenos culturais nas suas intervenções clínicas. Nessa perspectiva, as ações coletivas são espaços oportunos para o exercício da competência cultural.

Nesse contexto, observou-se a aplicação de um dos princípios da Educação Popular em Saúde relacionado a valorização da cultura popular como forma de afirmação e/ou resgate da identidade de um povo ou comunidade de forma a contribuir com processos educativos que sejam problematizadores e emancipatórios no alcance da cidadania (BRASIL, 2014a).

Para Geertz (1989) a definição de cultura é assim explicitada:

Acreditando como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, em busca de significados (GEERTZ, 1989, p.15).

Nessa perspectiva, a cultura é elaborada pelo homem além de ser socialmente construída e estabelecida.

Algumas experiências relatadas na literatura mostraram exemplos de abordagens que utilizaram a cultura popular com o objetivo de incentivar o protagonismo social, a gestão participativa e a problematização para transformação das situações vivenciadas pela comunidade, como as “Cirandas da Vida” em Fortaleza e “Pontos de Cultura e Saúde” (BRASIL, 2014a; NESPOLO, 2014).

A experiência “Cirandas da Vida”, onde uma população moradora de uma área de grande vulnerabilidade social se expressava através da dança, música e pintura, apontou que expressões culturais potencializam as forças individuais e coletivas. Assim, essa proposta pedagógica foi feita a partir de experiências vividas, com ênfase na cultura popular, e que exemplificaram o que Paulo Freire chamou de “saber de experiência feito” (FREIRE, 1976; BRASIL, 2014a).

A experiência “Pontos de Cultura e Saúde” estava ligada às Unidades de AB e às equipes da ESF, entendendo que elas valorizam e incorporam os valores culturais da família e da comunidade em que atuam no cuidado em saúde. Assim, o potencial curativo da cultura foi abarcado e incentivado pelos profissionais de saúde, que entenderam que a adesão às orientações, bem como a corresponsabilização do usuário pelo cuidado, estava intrinsecamente relacionada às questões culturais como seus hábitos, rotinas e rituais.

Compreender e valorizar a cultura popular é, portanto, fundamental no processo educativo em saúde (NEPOLO, 2014).

[...] saúde e cultura juntas determinam a existência, a forma e o modo de ser. Elas constituem as atitudes, a sexualidade, o apetite, permitindo que os indivíduos convivam em sociedade e dependam dos outros seres humanos. O desafio, partindo disso, deve ser o de focar a construção da síntese entre o saber técnico, que valoriza a sobrevivência, com o desejo e o interesse das pessoas, que é revelado pela cultura (NEPOLO, 2014, p.1189).

Segundo as reflexões de Campos (2002) sobre saúde e cultura, o homem regulamenta a cultura para garantir sua manutenção e reprodução, para que ela não se perca ao longo do tempo. Assim funciona também com a saúde. Considerando que a saúde também possui aspectos culturais, o homem institucionaliza a saúde por meio de normas, leis e instituições para garantir sua própria manutenção. Dessa forma, não só as normas recebem influências culturais na sua elaboração, mas também exercem influências a partir da forma como organizam e determinam as ações e práticas no cuidado cotidiano em saúde.

Segundo o autor, há um paradoxo que precisa ser identificado e está relacionado com os diferentes objetivos e expectativas existentes entre profissionais da saúde e usuários quando se trata de questões de saúde e cultura. As concepções e valores que o homem possui sobre saúde apresentam componentes culturais. Para os profissionais a saúde é vista e priorizada na perspectiva de sobrevivência e defesa da vida, e não raro os valores da cultura tradicional são negligenciados a favor da sobrevivência. Mas, quando se olha a vida do ponto de vista cultural, tem-se um significado ligado ao prazer, à qualidade de vida, à intensidade de viver. Assim, é preciso compreender e respeitar as diferenças e criar pontes entre a cultura do saber técnico-científico dos profissionais de saúde com os desejos e interesses dos usuários dos sistemas de saúde. É importante que o campo da saúde crie formas de lidar com a cultura para compreender o que dá sentido à vida dos usuários e, assim, alcançar a interação necessária entre os diversos aspectos culturais que estão em jogo. Para Campos (2002) isso configura um paradoxo da saúde e cultura.

Observou-se nas falas dos entrevistados, assim como na observação participante, que houve valorização da cultura popular no desenvolvimento das práticas coletivas, bem como uma potente interação entre profissionais e usuários no exercício de criar as pontes descritas por Campos (2002) entre o conhecimento científico e os interesses dos usuários, conforme explicita a seguinte fala:

*“Aí, eu vim pra cá, por causa do tratamento, mas sempre tinha um bordado, tinha um cantinho onde as pessoas estavam fazendo plantas medicinais e cuidando da terra e criando grupo de conversa com a comunidade. E esses grupos de conversações, pra mim é um diálogo muito intenso”.* (E7)

Nessa perspectiva, entende-se que a cultura tem íntima relação com a formação do *habitus* uma vez que, além das expressões artísticas, também o estilo de vida, a sua origem, os rituais do dia a dia, os hábitos de alimentação e lazer, por exemplo, conformam a identidade do sujeito, quem ele é. São modos de expressão do *habitus*, conforme demonstram as falas a seguir:

*“É uma coisa que Jung fala, né, o Jung escreveu um livro que é “Histórias que curam.” É lindo esse nome, “Histórias que curam”, ele pega pequenos contos e fala que essas histórias curam e sobrevivem de geração em geração por intrinsicamente terem esse poder de transformação e fortalecimento do ser humano. Acaba sendo uma necessidade nossa, da nossa vocação oral de contação de histórias a sobrevivência desses cantos, desses causos, para o nosso fortalecimento, para a nossa identidade, enquanto população”.* (E7)

*“Lá em Alagoinhas. Eu tenho todas as características baianas de ser”.* (E7)

*“Porque a minha mãe fazia todo dia. Mineiro, né? Então mineiro tem doce de tudo quanto é qualidade [...] a minha irmã foi em Minas e trouxe um monte de doce diferente [...] Então a minha mãe sempre foi assim, era doce de laranja da terra, era doce de goiaba, era doce de leite, tudo que era doce, ela fazia”.* (E1)

Para Brandão (2017), quando a ação dos profissionais de saúde se estende ao diálogo intercultural, ela se funde ao trabalho cultural que caracteriza a Educação Popular em Saúde e passa a ser considerada como integrante do processo político transformador. Nas palavras do autor, uma experiência de Educação Popular em Saúde se realiza:

[...]quando a ação médica e a de outros profissionais da “área da Saúde” não se limita a uma assistência a clientes do povo. Quando ela se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga com crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde (BRANDÃO, 2017, p.40).

Assim, a cultura enquanto processo político, se manifesta na sua dimensão subjetiva, (no imaginário das pessoas, no seu *habitus*) e na dimensão objetiva, representada pela realidade de vida cotidiana, e pelas influências que as pessoas recebem ao longo da sua vida (BRANDÃO, 2017), evidenciado pelo depoimento a seguir:

*“[...] eu fui morar na Cidade de Deus. E eu acho muito interessante, pois é um lugar que é muito maldito, mas é de uma beleza forte, estruturante, por sinal. Porque é um lugar que tem uma Folia de Reis extremamente cheia de histórias, de mitos, de símbolos e signos. E isso me trouxe uma vida, um tônus, um refazimento necessário, porque você ser rejeitada pela família não é fácil”.* (E7)

A menção à fé e à religião permeou as falas dos entrevistados em diversos momentos das entrevistas, relacionada à maneira como lidam com as dificuldades do cotidiano bem como com o adoecimento, sendo a religiosidade considerada elemento integrante no processo de cura e autocuidado, conforme os seguintes depoimentos:

*“Religião, assim, assídua, que eu frequente, não, senhora. Eu vou em todas que me chamarem, eu vou, se tiver que ir numa igreja evangélica eu vou, se precisar ir na igreja católica eu vou, na umbanda eu vou, no candomblé, mas eu não tenho, assim, uma religião”.* (E2)

*“Agora, eu acabei frequentando aqui a igreja, uma igreja que tem ao lado do abrigo, porque também eu não podia sair muito e nem aguentava andar. A minha mobilidade ficou comprometida por causa dessa situação da pele se abrir. Mas, eu sempre coloquei pra eles: - Olha, gente, eu frequentava um lugar espírita, eu sou do Frei Luiz”.* (E7)

As reflexões de Victor Valla (2000) sobre religiosidade popular, incluindo as questões sobre redes de apoio social, são ainda pertinentes e permanecem atuais no cenário da saúde coletiva. Passados 20 anos das suas últimas publicações, percebeu-se na análise dos depoimentos que a religiosidade popular estava vívida e presente no discurso dos entrevistados como elemento na construção de caminhos possíveis para enfrentamento das suas condições de vida (Valla, 2000).

As palavras de Valla (2009, p.588) sobre religiosidade demonstram que:

[...] esse é um tema sem prestígio nos debates sobre os enfrentamentos políticos do problema da pobreza, e o enfrentamento da pobreza exige que nos ocupemos dos temas sem prestígio, para podermos conhecer o que não conhecemos, as práticas, ações e relações que costumamos achar que “não têm sentido”, e que, no entanto, são referências sem as quais não podemos pensar em profundidade o mundo e as suas mudanças possíveis (VALLA, 2009, p. 588).

Transpondo as reflexões de Victor Valla sobre a influência das religiões no ambiente escolar para o campo da saúde coletiva, não seria importante para os profissionais de saúde entenderem o fenômeno da religiosidade que tanto influencia a vida dos usuários dos sistemas de saúde, e que está presente constantemente na sua fala e no seu cotidiano? Não seria um elemento a mais, por exemplo, no planejamento dos temas apresentados para reflexão nas ações educativas em saúde? (VALLA, 2001). São questionamentos que as entrevistas suscitaram, e exemplificados pelas falas a seguir:

*“Acabei com o estômago de tanto remédio pra coluna. O gastro fala que é por conta desses remédios. Aí não tem o q fazer. Vou levando até quando Deus quiser”.* (E12)

*“Eu falo que aqui não é minha morada eterna. Aqui eu tenho certeza [...] que a qualquer hora eu vou sair daqui. A gente estamos aqui mas não somos daqui. Estamos de passagem, né? Então é num piscar de olho e não estamos mais aqui”.* (E12)

Outra questão relevante para o estudo que envolve a religiosidade nas comunidades populares, é a origem de algumas doenças que surgem em momentos de grande desgaste emocional. Assim, a perda de um familiar ou ente querido, a incapacidade de trabalhar por acidentes de trabalho ou idade, a perda de meios para subsistência, bem como a convivência com situações de violência extrema e conflitos armados nas comunidades, podem representar situações de grande estresse. Segundo a teoria do apoio social, as causas de muitas doenças têm origem nas emoções, e, portanto, o tratamento proposto envolveria também trabalhar as



emoções, durante a convivência em grupos de diversas naturezas, como em associações, com a vizinhança, nas igrejas etc. (VALLA, 2001).

Ponderando que existe um limite no alcance dos sistemas públicos de saúde, de diversas ordens e naturezas, a população traça trajetórias alternativas na busca pela solução para suas queixas e problemas de adoecimento. Segundo Valla (2001), considerando a teoria do apoio social, a grande procura dos grupos populares por práticas religiosas sinaliza a busca por solução para seus problemas não apenas de ordem física, mas também para manter o equilíbrio nas questões que envolvem a unidade corpo-mente, ou corpo-alma.

No início dos seus estudos no Brasil, Victor Valla estranhou como as instituições de saúde e os profissionais conheciam pouco o universo popular (Vasconcellos, 2017).

Além disso, a precária presença do Estado nas comunidades populares abre espaço para que as igrejas ofereçam suporte e motivação no enfrentamento e alívio do seu sofrimento, tornando suas vidas mais significativas e toleráveis, proporcionando um sentido de controle sobre seu próprio destino, criando, ainda, uma percepção de autonomia. Dessa forma, as religiões populares podem ser consideradas como uma maneira espontânea da população expressar suas escolhas para enfrentar as dificuldades da vida.

A questão central que sustenta a religiosidade popular reside na existência de um Deus pai e criador, que cuida dos seus filhos e alivia a sua dor. Essa questão representa a expressão da própria vida e integra a cultura popular de um povo (VALLA, 2000), conforme expressam as falas abaixo:

*“[...] porque eu creio em Deus, porque eu creio que Deus pode ser um grande parceiro, o maior parceiro na recuperação de alguém, seja qual for a limitação dessa pessoa”. (E5)*

*“E agradeço a Deus, tenho que agradecer. Porque na casa do Senhor a gente não mendiga o pão, o Senhor nunca vai deixar eu mendigar. [...] Deus é a estrutura da minha casa”. (E8)*

*“Meu filho, você tá chorando por causa disso? Nós temos um Deus maravilhoso. E você sabe disso melhor do que eu, você é coroinha. Nós temos um Deus fiel, nós temos um Deus lindo. Deus é misericordioso. Por que você tá chorando? Não faça isso”. (E4)*

Para Valla (2001), é possível que os grupos populares tenham clareza sobre sua situação social e sobre as possibilidades limitadas de vencer a pobreza diante de um contexto político neoliberal que agrava as condições de vida da maioria da população. Assim, a religiosidade popular tem o papel de oferecer algumas alternativas fundamentais: “criar uma identidade entre as pessoas; ajudar a enfrentar as ameaças; ganhar novas energias na luta pela sobrevivência e reforçar uma resistência cultural que, por si só, reforça também a busca da religião como solução” (VALLA, 2001, p.131).

A fome, o frio, a falta de recursos mínimos, uma vida marcada pela dor, o sofrimento e a violência... elevam os umbrais de incerteza. Tudo isso marca um certo encolhimento sobre si mesmo e sobre o núcleo familiar. A promessa à Virgem não supre, mas complementa as ações tendentes a obter o pedaço de pão para os filhos. O ritual—com certo conteúdo mágico— oferece um sentido, tira a angústia, alivia as tensões, possibilita fazer frente à incerteza nessa vida, fortalecendo e revitalizando o indivíduo na busca de soluções concretas para seu problema imediato de fome. Não se busca um benefício compensatório na outra vida... mas uma relação direta com os poderes sobrenaturais... a fim de tornar a vida mais suportável neste mundo (PARKER, 1996, p.83).

A construção do *habitus*, que ocorre no transcorrer da trajetória social de cada indivíduo, também se manifesta na experiência de vida coletiva, do grupo em que convivem e com o qual se identificam. Assim, observou-se que a religiosidade e a fé criaram uma identidade comum entre as pessoas, onde as condições objetivas de vida semelhantes as uniram e aproximaram, formando uma rede de solidariedade entre os sujeitos que compartilham esse *habitus* de classe.

Dessa forma, destaca-se que a objetivação do discurso do agente foi alcançada ao identificar as condições de vida que determinaram tal discurso. Assim, o conhecimento de alguns aspectos da trajetória social dos entrevistados, enquanto determinante da sua posição no campo da saúde, foi fundamental para compreensão da configuração do seu *habitus* bem como da sua ação social.

## **TEMA 2: O campo da educação em saúde na perspectiva do usuário**

A análise a partir deste tema empírico visou demonstrar a compreensão e os significados que os usuários atribuíram às práticas coletivas desenvolvidas pelas equipes da ESF, suas motivações e expectativas (enquanto aspectos subjetivos) assim como a influência do contexto político e social como estruturante das suas ações (aspectos objetivos).

### **a) Práticas educativas: o cuidado ampliado em saúde.**

As falas dos entrevistados demonstraram que há uma ação conjunta e cooperativa entre as ações coletivas e os cuidados clínicos individuais na construção do conhecimento sobre cuidado e autocuidado em saúde. Assim, as práticas coletivas representaram não apenas um lugar coadjuvante no cuidado em saúde, mas foram fundamentais e complementares aos cuidados curativos clínicos sendo, além de uma indicação médica, um espaço para trocas de experiências, conforme apontam as seguintes falas:

*“Maravilhosa, agradecida a Deus e a esses profissionais maravilhosos, com uma versatilidade. É uma medicina holística aqui, uma medicina que te escuta, que te olha no olho, é uma medicina maior, tem uma visão mais global”.* (E7)

*“[...] elas chegam assim: “Tô assim, tô assado”. Eu falo: “Gente, vai lá pra clínica, tem tanta coisa lá pra vocês vê. Tem médico, tem dança, tem ginástica, tem passeios”. (E1)*

*“Os médicos sempre indicam. Indicam quando você tá depressiva, quando tá sobrepeso”. (E6)*

*“Eu comecei a vir pra cá, eles acertaram no medicamento; eles me pediram pra participar desses convívios sociais. Tem dado certo, graças a Deus”. (E5)*

Os depoimentos demonstraram que os usuários entrevistados entendiam que os conhecimentos compartilhados nas práticas, assim como as trocas de experiências vivenciadas, eram importantes e integrantes do cuidado terapêutico:

*“[...] porque isso me alimenta, isso é um remédio pra mim. [...]E isso também faz bem ao meu espírito, à minha alma”. (E5)*

*“Olha, o que tem feito um pouco de diferença na minha vida, é que aqui, nós aprendemos, não se fala diretamente no assunto voltado ao alcoolismo, nem às drogas, mas, pra mim, tem sido bom porque tem me deixado também bem distante do vício, da droga, e do álcool, então, tem me ajudado bastante”. (E2)*

*“Eu acho que, hoje, isso também é trabalhar a questão da saúde. A saúde não é só eu estar sentindo, é a saúde preventiva, que são as atividades alternativas. Então eu acho que está se percebendo que isso também é saúde”. (E11)*

Demonstraram, ainda, que a troca de experiências e conhecimentos trouxe benefícios para sua saúde:

*“[...] eu venho porque tá me fazendo muito bem, eu estou bem de saúde, graças a Deus, agradeço a eles todos aqui, né? Eu não sentava no sofá, não, porque a coluna não deixava. Eu não ficava assim como eu estou, eu não dormia direito, já caminhava com dor. Eu não fazia caminhada porque as minhas pernas doíam. Aprendi aqui na clínica a fazer exercício”. (E4)*

*“E um dia ela (a médica) falou uma coisa que me marcou muito...[...] aí ela falou “você não é inútil” aí ela falou assim “você vai no espelho, olha bem dentro dos seus olhos. [...] vê essa pessoinha que tá aí atrás de você, que tá aí dentro, que você foi negligente com ela a vida inteira, você cuidou de todo mundo, mas dessa pessoinha você não cuida e é ela que você tem obrigação de cuidar, você que tem que cuidar dela”. (E9)*

*“Por isso que eu falei que não é fácil chegar aqui [...]. E às vezes, você vem por vir, você nem acredita que vai receber cura, que você vai deixar aquilo lá, você vem. O importante é vir, o resultado acontece”. (E5)*

Os depoimentos demonstraram que as práticas coletivas eram momentos muito esperados e representavam espaços de cuidado das questões de saúde por meio dos exercícios físicos, da dança e das rodas de conversa em que se aprendia, se ensinava, mas também onde todos se divertiam, tornando as dificuldades do dia a dia mais toleráveis:

*“[...] aí comecei a vir, aí comecei a conversar com as pessoas sabe, comecei a me soltar quer dizer, aí comecei a me sentir muito bem, comecei a me sentir útil, mais feliz, [...] às vezes tava triste em casa aí vinha pra cá com as meninas, aí entrava num grupo, ia no outro... pra mim a melhor coisa que teve foi esse grupo”. (E9)*

*“É só pra continuar esse trabalho lá porque é muito importante pra pessoa idosa como eu. E a gente se anima bastante, brinca. Ouve música, bota um sonzinho leve que anima a gente. Muito bom”. (E12)*

*“[...] eu ia pra lá, fazia e voltava. Aqui na Ilha quase tudo é morro, tudo é parte alta. Então eu descia e subia para fazer a atividade física. Daqui a pouco, eu voltava de novo e não sentia esse cansaço do andar para lá, andar para cá. Pelo contrário, é uma coisa prazerosa”. (E11)*

Os elementos abordados e desenvolvidos nas práticas coletivas consideravam a visão ampliada da saúde, impactando em aspectos específicos da vida dos participantes relacionados à cidadania, comportamento, redução de danos, recuperação da autoestima, prazer e bem-estar, que afetam diretamente a saúde:

*“Minha autoestima foi lá em cima. Muito bom, muito bom. [...] Eu me sinto mais leve. Antigamente eu não fazia essas coisas, me sentia cansada, ficava em casa pensando:” Gente, a vida é essa, só vendo televisão? [...]no dia em que eu venho pra dança, o dia passa assim: rápido. Você não pensa em nada, não tem problema nenhum”. (E3)*

*“Sabia que tem bordado na clínica? Ah, não, não sabia. Aí, eu fiquei toda feliz.-Eu estava num processo de frustração enorme como mulher, como pessoa que perde tudo de repente, vê sua vida virar pó. Aí, de repente, eles falam: tem grupo de bordado, tem grupo de yoga. Oba! É comigo mesmo! (E7)*

Nesse sentido, os entrevistados pontuaram que as práticas coletivas os auxiliaram a lidar com a ansiedade, sentimento que apareceu em destaque nas entrevistas:

*“Porque aqui é tudo muito bom, a aula é uma delícia. Ah, eu não fico nem com fome, e o tempo em que eu estou aqui, eu não como. Porque em casa, eu fico muito ansiosa”. (E4)*

*“Então foi mesmo trabalhar a questão mental mesmo, a questão da saúde, investir na saúde, eu sou muito, mas muito ansiosa”. [...] Eu percebi que a minha paciência mudou. Assim essa questão de sentar para fazer um trabalho manual, hoje, eu consigo fazer”. (E11)*

*“E era uma moça nova, ela devia ter uns dez ou quinze mais nova do que eu e ela tinha toda hora palpitação, negócio de taquicardia, pressão alta [...]. Mas eu percebi que era muito mais a ansiedade, a coisa que precisava ocupar mais tempo”. (E11)*

Os objetivos e temas abordados nas práticas educativas foram diversos, e seguiram as orientações oficiais, como as descritas no Caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2014e).

Ainda que os objetivos profissionais fossem bem delimitados e previamente determinados, os usuários encontravam espaço para expressar suas próprias demandas. Uma

prática coletiva que a princípio poderia ter um objetivo educativo e/ou motivacional, pode ter ocasionado, adicionalmente, um efeito também terapêutico.

Assim, a oferta dada pelos profissionais e a demanda feita pelos usuários que surgiram durante os encontros, se integraram, uma não foi excludente da outra, e pareceu ter produzido um efeito positivo, o que foi demonstrado pela fala abaixo.

*“São temas diversos, aqui, pelo menos esse período que eu estou participando não tem um tema específico, pode até trazer um tema específico, mas você é livre pra dar a sua opinião segundo a sua vontade, o seu querer. Você não precisa ficar preso ao tema, você fala o que você está sentindo, o que você passou na semana, na hora, no dia, no momento, você não fica preso ao tema”.* (E5)

As falas dos entrevistados, bem como a observação participante das reuniões, demonstraram que as abordagens utilizadas durante as práticas coletivas seguiram os preceitos da Clínica Ampliada e Compartilhada. Uma de suas propostas prevê o enfrentamento da neutralidade e do não envolvimento dos profissionais, idealmente buscados nos tratamentos convencionais. Nessa perspectiva, as subjetividades dos profissionais não são suprimidas, ao contrário, interagem com as subjetividades dos usuários, apostando com isso, na efetividade das propostas de transformação da realidade. Objetiva, ainda, estimular a autonomia dos sujeitos, por meio da integração entre as diversas disciplinas, saberes, e experiências, para atender as diferenças e as singularidades (BRASIL, 2014e).

Quando os entrevistados declararam que os profissionais das Clínicas da Família ofereceram cursos de alfabetização, ensinaram práticas de bordado e artesanato, bem como abordaram temas de redução de danos, pontuaram e deixaram evidente as ações integrantes da concepção da Clínica Ampliada, conforme explicitam os trechos de falas abaixo:

*“Agora, eu tenho visto que essas atividades lúdicas de artesanato têm me ajudado. Eu me sentia leve, parecia que a energia estava sendo gasta ali. Inclusive, muito mais tolerante. Mas muito mesmo”.* (E11)

*“[...] porque eu já estou lendo pequenas palavras, estou assinando o meu nome melhor. Eu falo muito errado, ela tenta corrigir. É muito legal, tá sendo muito bom. E eu quero ir muito além do que eu pensava que eu ia, mas eu quero”.* (E4)

*“A minha vida estacionou e eu fiquei em função desses tratamentos. A minha é que aqui na Clínica da Família, eu descobri um leque maravilhoso de saúde, porque eu considero o tratamento da saúde, da manutenção dessa saúde, que foi o yoga... Ai, a minha felicidade foi total, que era o grupo das bordadeiras aqui do Assis Valente, era o grupo da autoestima e das plantas medicinais”.* (E7)

Pode-se inferir que as concepções da Clínica Ampliada e Compartilhada, enquanto diretriz presente na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2014e), configuram um

aspecto objetivo, e, portanto, estruturante das ações sociais dos diferentes sujeitos envolvidos no processo educativo (profissionais e usuários).

A respeito dos temas propostos pelos profissionais para serem problematizados durante as práticas coletivas, os entrevistados relataram que eram de seu interesse e despertaram sentimentos e reflexões:

*“São temas do meu interesse e temas que nos fazem repensar muito na nossa qualidade de vida, qualidade existencial e como a gente se posiciona diante das dificuldades da vida. Com mais respiração, de uma forma mais saudável”.* (E7)

*“[...] nesse de autoestima conversava, falava, e eles colocavam: “A palavra do dia é essa”. “Você tá triste? Qual o motivo da sua tristeza? Por que você tá triste? Você tá sentindo dor?” Então sempre tinha um assunto diferente, entendeu?”.* (E9)

Ao aceitar e concordar com os temas que eram apresentados pelos profissionais durante as práticas coletivas, e que, em geral, não eram acordados previamente a partir do interesse dos participantes, os entrevistados estavam em acordo com o que Bourdieu chama de “senso do jogo”. Segundo o autor, há uma sinergia entre a ação dos agentes e a regra do jogo de determinado campo, onde o agente apresenta seu agir nem sempre de maneira consciente, raramente fruto de uma razão pura. Ao contrário, sua ação é consequência da interiorização de convenções e valores que regem o campo e que são frutos de uma relação assimétrica de poder e das desigualdades existentes entre os diversos tipos de capital que os agentes possuem. Além disso, a posição do usuário no campo da educação em saúde sofre influência das políticas públicas que orientam as ações educativas exercidas pelos profissionais. Dessa forma, profissionais e usuários estabelecem entre si uma relação de dominantes e dominados que nem sempre é percebida e consciente. Relação esta que foi estruturada pelas políticas públicas que regem os sistemas de saúde, assim como pelas instituições de ensino superior da área da saúde. Assim, o usuário se aceita como dominado nesse campo de poder que é o campo da saúde, em particular o campo da educação em saúde. De forma nem sempre consciente, acredita não estar em igualdade de posição na posse do capital simbólico do saber (capital cultural) em relação aos profissionais de saúde.

Seguindo a mesma linha de pensamento, os usuários da APS e os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção, são agentes que coabitam o mesmo campo (da saúde pública e mais especificamente da educação em saúde) mas estão munidos de distintos capitais simbólicos. Essas diferenças existentes produzem tensões que se manifestam no cotidiano do cuidado de diversas maneiras. Uma delas é através do poder que se estabelece, mas que nem sempre é claramente percebido pelos agentes, o poder simbólico. Muitas vezes

esse poder produz uma violência também simbólica, quando o usuário não se percebe dominado nessa relação de poder que é desigual. Há uma dominação de uma classe sobre a outra quando o profissional de saúde, com o seu saber científico, com o seu conhecimento adquirido nos estudos acadêmicos, e que são reconhecidos como o saber dominante e hegemônico, exerce o poder de decidir sobre o que é melhor para a vida do outro (usuário).

Essa decisão passa por questões que são subjetivas para os agentes e, quando esse aspecto não é considerado no contexto das intervenções propostas, ocorre a violência simbólica. As decisões sobre como o outro deve se alimentar e como deve se comportar no dia a dia para evitar comportamentos considerados de risco, envolve considerações que vão além do conhecimento científico sobre o processo saúde-doença. Por outro lado, o usuário que “sofre” essa violência simbólica não a percebe. Ao contrário, valida e naturaliza as orientações que recebe como algo que é produzido por alguém que sabe e estudou mais que ele, que possui um capital cultural mais amplo, e, portanto, tem o direito de interferir na sua vida. Essa interferência é “permitida”, mas entre aspas porque, como Bourdieu aponta, as ações dos agentes nem sempre são completamente conscientes. São influenciadas por aspectos objetivos e subjetivos. Dessa forma, as interferências, ainda que permitidas e aceitas, poderão ser subvertidas de alguma forma e em algum momento.

Seguindo essa linha de reflexão, se as orientações oferecidas e compartilhadas forem baseadas no poder que se apresenta na interação entre usuários e profissionais de saúde, sem considerar as subjetividades dos sujeitos nem o contexto em que eles vivem, serão provavelmente fadadas ao fracasso. Os trechos das falas a seguir expressam esta ideia quando o entrevistado demonstra resistência em aceitar as orientações, a partir de suas experiências anteriores:

*“E não tomei o remédio. Eu falei: “Eu não vou tomar remédio nenhum”. Por que vamos supor que esse também me dê uma reação? Porque eu nunca tinha tomado remédio até então...”. [...] Aí eu por minha conta mesmo, eu me assumi, que eu não ia tomar. (E1)*

*“Mas o que é muito difícil pra mim é uma alimentação que é sagrada e abençoada, o pão. O pão eu não vou mentir, eu nunca me conformei com o pão. Um, dois, três, meu pão era de quatro pra cinco pães [...]”. (E8)*

De forma semelhante, os entrevistados destacaram dificuldade e resistência em modificar seus hábitos alimentares para atender às orientações recebidas tanto nas práticas coletivas quanto nas consultas individuais. Pontuaram dificuldades de ordem financeira e relacionadas aos aspectos culturais e emocionais da alimentação, exemplificados a seguir:

*“[...] mas, às vezes, tem muitos dias lá em casa que não tem, que a gente não tem dinheiro pra comprar. E aí, o que é que eu faço? Eu vou comer o que tem. Só que em pequenas quantidades. Mas aí, o que acontece. Eu ainda continuo com fome, porque são pequenas quantidades. Eu não sei se também é medo de aumentar a glicose. E aí, eu estou com esse problema”. (E4)*

*“Então quando o médico falou: “Você vai ter que tirar o açúcar e passar pro adoçante”. Eu disse: “Meu Deus do céu, será que eu vou conseguir?”. [...] Mas aí é assim, eu paro, aí eu caio ... no pecado de novo e começo de novo. [...] Aí que eu falei: “Gente, agora, então, eu tenho que parar mesmo de comer”. Mas eu fico louca”. (E1)*

*“[...] a minha mãe era mineira, então, ensinou a gente fazer muita coisa, então, a gente faz tudo, né? Por quê a mãe é mineira e fazia doce todo dia. Eu adorava doce, eu adoro doce, eu fazia doce em casa, um bolo, até bolo eu parei de fazer”. (E1)*

Em contrapartida, quando o planejamento dos temas trabalhados nos grupos considerou previamente os interesses dos participantes, e permitiu a abertura para assuntos similares ampliando a discussão coletivamente, houve a participação mais ativa de todos nos encontros, assim como propiciou reflexões posteriores. Observou-se que os entrevistados passaram a pensar sobre determinados assuntos em outros momentos, após a realização das atividades em grupo, o que talvez não acontecesse se eles não tivessem acesso às reflexões apresentadas, conforme as falas abaixo:

*“[...] tirar proveito do que eu tenho aprendido aqui e prestado atenção, nas conversas. [...] Não posso ficar vindo aqui, participando de palestras apenas por participar, não é isso que eu quero. Eu quero levar alguma coisa de proveitoso pra mim”. (E2)*

*“Porque assim, eu não falo na hora, mas eu penso. Depois, eu fico pensando: “Mas será que isso tá certo?”. E eu achei que não tava certo. Porque era uma qualidade, qual é a qualidade que você tem [...] então o pessoal falou muito em honestidade. Eu falei: “Gente, mas honestidade não é qualidade? Honestidade é dever!”. (E1)*

*“[...] eu me sentia bem, porque elas passam um trabalho pra você fazer em casa, alguma atividade. E você conseguia concluir aquilo de verdade, era gratificante, era bom, a gente sempre falava, era bom falar”. (E6)*

A valorização e o respeito do profissional pelo saber do outro, pelas suas experiências prévias, bem como o carinho e atenção dispensados durante as práticas coletivas, estimularam que a escuta feita pelo usuário fosse capaz de produzir um conhecimento e uma mudança de comportamento. As falas a seguir expressam essas ideias:

*“Ah, mudou muito, se você descobrir alguma foto minha do início que eles tiraram e você me vir hoje, você vai ver outra construção. A verdade é que eu estava sofrida, com muitas dores, eu estava muito angustiada e com medo da minha vida ter assim, se despedaçado e eu acho que o grupo foi um forte dessa minha percepção pessoal e autoestima do meu fortalecimento de buscar algo de qualidade para mim”. (E7)*



*“Mudou o meu jeito de pensar e de ver, porque desde a primeira vez que eu comecei a participar do grupo aqui, eu já vi uma pessoa que quando chegou aqui vinha de muletas, não andava direito, não falava. E hoje em dia, ela dança, nem usa mais muletas. E ela se sente abraçada por todos nós aqui, quando ela não vem, ela chora, ela sente falta”.* (E6)

*“Eu até luto contra usar a palavra usuário, prefiro abrigado, prefiro acolhida, porque usuário é aquele que usa, foi e acabou. Não, nós usamos, nós pensamos, nós mudamos alguma coisa que é possível e seguimos adiante. [...] é um espaço de atuação também”.* (E7)

Além disso, ao perceberem sua fala sendo valorizada pelo grupo, alguns entrevistados demonstraram se sentir fortalecidos na sua autonomia e no seu protagonismo, a ponto de compartilhar suas vivências com os demais participantes, criando, assim, um compromisso de cooperação com a busca da autonomia na transformação da realidade do outro. Os trechos de depoimentos a seguir corroboram essa discussão:

*“Eu tenho visto e tenho ouvido como pessoas se identificam comigo naquilo que eu vivi, é como se eu projetasse na frente o que vai acontecer com elas. Aí que entra a questão de eu me considerar, que posso ajudá-las. Eu acredito que eu falando, eu vou estar no mínimo despertando essa pessoa pra ela refletir. [...]Então, quando eu vou ao grupo, participo do grupo, eu reconheço que eu estou dando uma contribuição daquilo que eu passei e gostaria do fundo do meu coração que essas pessoas não passassem”.* (E5)

*“Então, quando você sente que está sendo útil, isso melhora a tua autoestima e te reforça a não voltar atrás, porque é um gatilho. Eu não sei o que vai ser daqui a uma hora, duas horas, 10 horas da manhã. Eu não sei, essa sombra me acompanha, por isso que eu preciso falar, eu preciso estar me correspondendo com essas pessoas”.* (E5)

O respeito e a valorização do saber e vivência dos usuários, observados nas práticas coletivas, acabou por propiciar a troca de experiências entre todos, influenciando as ações e os comportamentos dos participantes dos encontros.

Assim, a partir da escuta feita pelo usuário durante os encontros, ocorreu a interiorização do discurso (e também a formação do *habitus*). Pela interiorização do discurso as ideias deixaram de ser apenas palavras e passaram a ser ações dos sujeitos. Assim, tem-se nas práticas coletivas uma contribuição na conformação do *habitus* bem como no acúmulo de capital cultural.

#### **b) Vínculo, confiança, afeto: a rede de apoio social.**

A análise das falas evidenciou que os entrevistados encontraram nas práticas coletivas um espaço de acolhimento, de afeto e escuta, para além de respostas e orientações técnicas sobre cuidado em saúde. Assim, criou-se ou reforçou-se o vínculo com os profissionais de

saúde e com os demais participantes dos grupos, formando uma rede de apoio social, conforme deixam claro os depoimentos a seguir:

*“[...]o que eu tenho a falar sobre a clínica da família, tratamento melhor não há. De médico, as pessoas que nos atendem de lá do abrigo, nos respeitam, tem carinho por nós. Eles nos dão abraço, eles nos dão uma palavra”. (E2)*

*“[...]Muitos dias eu vinha pra clínica só pra conversar com eles, e eu saía bem, entendeu?” (E4)*

*“[...] eu peguei uma amizade com o Dr., graças a Deus, que eu me sinto assim responsável de vir. Eu falo: - Se eu não for, eu vou até entristecê-lo”. (E5)*

*“[...] eu tive essa oportunidade e permissão de Deus, em meio a uma crise de saúde, de ter médicos que estavam olhando no olho da gente. Estavam também numa roda de conversa”. (E7)*

*“Fiz mais amizades, procuro ser amiga, entendeu? Procuro abraçar melhor, procuro conversar melhor com as pessoas, o pessoal do grupo”. (E4)*

Um dos princípios que regem a ESF é a formação de vínculo por meio da inter-relação entre profissionais e usuários. O vínculo se configura um tema relevante e de grande destaque no processo de trabalho da APS, estando presente nos depoimentos dos entrevistados. A abordagem utilizada durante as práticas coletivas, identificada durante a observação participante, bem como nos relatos dos entrevistados, apresentou diversos aspectos que merecem algumas reflexões.

Segundo Bosi (2017), que realizou um trabalho de revisão sobre a utilização do termo “vínculo” nas pesquisas no campo da saúde coletiva, ele é identificado seguindo duas conotações principais: como dispositivo da atenção à saúde em busca da integralidade do cuidado e como aspecto relacional enquanto instrumento de trabalho, como “tecnologia leve” no processo de trabalho das equipes de saúde, em referência aos estudos de Merhy (2016).

O significado de vínculo como dispositivo da atenção à saúde configura-se um aspecto da estrutura, uma vez que está presente na PNAB (BRASIL, 2017a) como forma de orientar, operacionalizar e regulamentar as ações dos profissionais com os usuários do sistema de saúde. Para Bosi (2017), a presença do termo “vínculo” na PNAB é uma condição normativa fundamental para que os demais princípios da ESF de corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado sejam efetivados no cotidiano de trabalho.

Enquanto aspecto relacional entre profissionais e usuários, sendo um componente das “tecnologias leves” de trabalho (Merhy, 2016), o vínculo ganha uma dimensão subjetiva, e nesse sentido é influenciado pelo *habitus* de cada um, conferindo características próprias e

únicas e dando uma dinâmica particular aos diversos encontros que aconteceram durante as práticas coletivas, conforme expressam as falas a seguir:

*“[...] essa coisa que a clínica de família traz, que é um encontro familiar, como se fosse um encontro de vizinhança. Esse elo, que eles não deixaram quebrar, do olhar, do contato, do conhecer o paciente, conhecer a história das pessoas, isso pra mim é uma coisa de uma vitalidade, de uma saúde. [...] esse acolhimento que eu sinto aqui na Clínica da Família é fundamental para o meu refazimento humano”. (E7)*

*“[...] reuniram todas elas, começaram a cantar parabéns pra mim. Nunca, ninguém tinha cantado parabéns pra mim. [...] e ficou na história, tiraram foto. E ganhei um bolo [...] E sou feliz até hoje, fiquei com uma felicidade imensa aqui dentro porque eu ganhei parabéns. Ganhei na hora da dança, e pra terminar, ganhei de novo”. (E4)*

*“[...] eu falo assim eu tenho a família Joaniza, que a família aqui onde eu moro aqui na Vila Joaniza e tem a família Assis Valente, que pra mim é uma família. Porque qualquer coisa eu chego aqui e converso com as meninas, com a menina da dança, com qualquer Agente de Saúde aí, sabe, uma coisa muito boa pra mim. Muito boa mesmo”. (E9)*

Observou-se nos depoimentos que as práticas coletivas propiciaram o diálogo entre profissionais e usuários, representando uma oportunidade rica e potente de troca de experiências e saberes distintos que também contribuíram com a construção de vínculo e de uma relação de afeto positiva para ambos:

*“Porque ela também se descobriu, porque o profissional se descobre. [...] ela acaba descobrindo que ela também precisa mudar. Então, eu vejo hoje que são os dois lados, são duas forças caminhando juntas, tanto profissional, pois ele se descobre - às vezes, ele descobre coisas que ele mesmo nem sabia que ele tinha, sentimentos ou capacidade. O próprio profissional, eu lidei com profissional que ele agradecia. E eu: “Você não tem que me agradecer não, porque você é a pessoa que estudou e você me explica por que acontece isso. Porque eu não sei por que acontece, eu só conto o que eu faço.” Ele: “Não, rapaz, mas você não sabe o bem que você me faz”. (E5)*

*“Eu tenho muita sede dessas escutas no grupo de conversação de fitoterapia, quando eles trazem um saber que é mais hegemônico, está numa construção que é da academia em contrapartida do nosso saber popular. Eu acho que eu tenho muita sede dessa escuta, dessas vozes, dessa costura assim diferenciada, que não é aquela coisa sistemática, igualzinha e rígida. Não, ela é envolvente, ela não é linear e envolve vários tipos de falas, vários tipos de saberes. E está atento e flexível a esse pertencimento e a receber o outro”. (E7)*

O diálogo e a amorosidade são princípios integrantes da PNEP-SUS, juntamente com a problematização, emancipação e a construção compartilhada do conhecimento. São considerados aspectos estruturais (objetivos) ao orientar as ações dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017a).

De forma semelhante, o princípio da humanização, presente na PNH (BRASIL, 2014e) tem por objetivo orientar novas práticas de saúde por meio de mudanças estruturais

nos modelos de atenção no sentido de modificar também as relações entre profissionais e usuários, apostando na valorização da autonomia e dos saberes de todos os sujeitos envolvidos, por meio da produção coletiva do trabalho, formação de grupidades, de vínculos solidários e de redes de apoio.

Tais aspectos estruturais vão ao encontro das necessidades demonstradas pelos usuários entrevistados por meio do seu discurso (aspectos subjetivos). Observou-se que suas expectativas em relação às práticas coletivas foram influenciadas pelas condições de vulnerabilidade em que viviam. Tais condições os tornaram propensos a procurar (ainda que de uma forma não consciente) nos encontros coletivos uma rede de apoio para o enfrentamento das situações de saúde e adoecimento que vivenciavam, conforme demonstram as falas a seguir:

*“A diferença é que quando venho aqui, eu me sinto mais calmo, essa é a diferença. Só de eu sair dali do abrigo, pra vir pra cá, eu já me sinto mais tranquilo”.* (E2)

*“É muito bom, e a gente, eu acho que, eu vejo que nós tiramos muita coisa boa do grupo, uma coisa proveitosa, uma coisa que faz bem pra mente, né. E a gente sai daqui, sai mais tranquilo, mas, assim, parece que nós viemos aqui pra receber um abraço, uma palavra amiga, né”.* (E2)

*“[...] primeiro, ocupar meu tempo. Eu tava me sentindo muito só, porque depois que meu marido faleceu meus filhos foram embora”.* (E9)

A conexão que se estabelece no encontro entre diversos saberes, olhares, e expectativas por meio do diálogo e do vínculo criado, forma o que Furlan e Campos (2014) chamam de “Caixa de ressonâncias”. Em uma analogia a um violão, aquilo que é dito ou expresso por ações e atitudes no ambiente coletivo ressoa de alguma forma sobre o outro, toca, afeta, e dispara um processo de reflexão para proporcionar possíveis transformações, o que, segundo Bosi (2017), não acontece nas ações educativas coletivas que seguem metodologias tradicionais.

Para Freire (2011a), as práticas educativas devem ser consideradas idealmente e realizadas com alegria, comprometimento, estimulando a curiosidade, esperança e convicção em possibilidades reais de mudanças. Devem ser encontros baseados no diálogo e no bem querer aos educandos, como prática de liberdade do ser humano para propiciar a conscientização, sem a qual, não há transformação da realidade. A fala a seguir exemplifica essa reflexão:

*“Eu gosto desse espaço de fala sim. Se um dia, eu tiver necessidade de um silêncio, eu gosto daqui porque eu também sou respeitada nas minhas necessidades de silêncio pessoais. E fico observando e escutando essa construção desse pensamento que é feito aqui”.* (E7)

Dessa forma, pode-se refletir sobre os aspectos que envolveram a formação, o estímulo bem como a manutenção de vínculo durante as práticas coletivas a partir da teoria de Bourdieu, compreendendo que a sua construção aconteceu tanto por meio de componentes objetivos (estruturais) como por componentes subjetivos (*habitus*).

Retomando a reflexão sobre o apoio social na presente categoria, estudos apontam para o efeito direto das redes de apoio sobre o sistema imunológico do corpo, diminuindo a sensação de isolamento, aumentando a capacidade dos sujeitos lidarem com as situações de estresse, além da sensação de controle sobre si mesmos, afetando benéficamente a saúde (Valla, 2001).

Uma revisão de literatura sobre estudos envolvendo os efeitos do apoio social na saúde chama a atenção para várias teorias que apontam para as suas consequências positivas. O apoio social ao propiciar melhores relações entre usuários e profissionais de saúde causam um impacto no gerenciamento das doenças crônicas; na adesão aos tratamentos bem como na qualidade de vida ao se adotar novos estilos de vida, principalmente entre idosos, doentes crônicos e populações vulneráveis (CANESQUI, 2012).

Segundo Canesqui (2012), algumas doenças apresentam causas sociais, e/ou teriam agravantes de origem social, como por exemplo, o isolamento. Dessa forma, o apoio social que acontece por meio da integração entre diversas redes, oferece suporte material, cognitivo, afetivo e emocional para o enfrentamento do adoecimento. Um forte sistema de apoio social reduz os efeitos deletérios à saúde da exposição aos agentes estressores não específicos.

De acordo com a teoria do estresse de Almeida-Filho:

Os processos de origem social atuam como estressores não específicos, aumentando a suscetibilidade de certos organismos diante de um estímulo nocivo direto (o agente), mediante alterações do sistema neuroendócrino (...) além de incluir a determinação constitucional da morbidade desencadeada por fatores biológicos e ambientais (ALMEIDA-FILHO, 2004, p.867).

Ainda segundo Canesqui 2012, os estudos de Cassel (1976) relacionaram as redes sociais ao bem-estar dos indivíduos, servindo de amortecedores para o estresse psicossocial, além de reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos aos agentes estressores, que podem produzir quadros psicopatológicos como ansiedade, depressão e biológicos como imunossupressão.

Importante acrescentar que a formação de redes de apoio social, constituída durante as práticas coletivas, representou uma oportunidade para acúmulo de capital social pelos entrevistados, propiciando acessos sociais por meio das inter-relações e da rede de contatos e apoio que se estabeleceram. Os depoimentos abaixo expressam essa ideia:

*“Às vezes, eu estou muito pra baixo, sentindo algumas dores aqui. Aí, eu lembro daqui, do tempo em que eu fiquei aqui, com as meninas... aí, eu começo a fazer sozinha mesmo, eu fico bem. E aí, eu não vou precisar de tomar remédio. É tão bom aqui essa casa, não é do zero que é a Clínica da Família, né? É um nome muito legal”.* (E4)

*“Sim, sim, quando eu fico muito tempo sem vir, eu sinto os sintomas do afastamento. [...]Eu nem te falo, é dor na coluna, é dor nas pernas, é inchaço nos pés. [...]mas é mesmo falta de ânimo, muita falta de ânimo”.* (E6)

Bourdieu ressalta a intangibilidade do capital social uma vez que ele reside na estrutura das relações sociais. A fonte dos benefícios adquiridos por meio dessas relações reside no outro, no coletivo, e não nele próprio. O capital social seria, ainda, um caminho para acumulação do capital cultural por meio do contato com diferentes saberes, experiências e conhecimentos que são compartilhados coletivamente. Os lucros adquiridos são simbólicos e tem origem no sentimento de pertencimento a um grupo cuja existência se torna possível com base na solidariedade e no inter-reconhecimento de um mínimo de homogeneidade entre os diferentes agentes dentro dos diversos grupos (BOURDIEU, 1999).

A contribuição de cada agente nessa inter-relação de troca depende de dois fatores principais que podem agir isoladamente ou em conjunto: do volume de capital social que cada agente dispõe e que tem relação com a extensão da rede de apoio que ele tem acesso ou pode mobilizar, assim como do volume de capital cultural e/ou econômico que cada um possui individualmente. Assim, cada indivíduo com seus volumes de capitais simbólicos, que são exclusivamente seus, pode somar aos capitais simbólicos do outro, e assim formar uma rede de apoio mútuo, formando vínculos que podem ser ou não permanentes, mas que são úteis pelo efeito multiplicador que exercem coletivamente (BOURDIEU, 1999).

Para Bourdieu (1999), a rede de relações, e de apoio, não acontece espontaneamente. Ao contrário, se configura em uma ação social deliberada, produto de um trabalho estratégico de instauração e manutenção de investimento social, consciente ou inconsciente, a curto ou a longo prazo, para proporcionar lucros simbólicos. O estabelecimento do reconhecimento da sua inclusão em um grupo é subjetivamente sentido pelo agente, por meio das trocas de sentimentos de respeito, amizade, solidariedade, amorosidade que ocorre coletivamente, assim como objetivamente garantida pelas instituições (valores integrantes das diretrizes da PNEPS-SUS e da PNH, por exemplo), como um direito do cidadão (BOURDIEU, 1999; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014e).

Assim, as falas demonstraram que a participação de forma regular nos encontros coletivos foi um caminho trilhado em busca da transformação das situações de adoecimento vivenciadas pelos usuários, por meio do compartilhamento de saberes sobre saúde e doença

que receberam e da conscientização estimulada pela problematização dos temas abordados, bem como pela formação de redes significativas de afeto e apoio.

A complexidade das questões que envolvem a vida dos usuários entrevistados e que foram marcantes no seu processo de adoecimento é um aspecto que requer inovações no cuidado em saúde, que podem ser alcançadas com os preceitos da EPS.

Nesse contexto, a interação do saber técnico com a dinâmica popular, que foi identificada tanto na observação dos grupos quanto por meio das entrevistas, demonstrou ser um caminho potente na busca por alternativas viáveis para condutas terapêuticas que sejam negociadas individual e coletivamente. Demonstrou, ainda, contribuir com a redução do fosso cultural entre profissionais e usuários por meio dos encontros feitos com amorosidade e respeito. Assis (2017, p.42.) aponta que “o conhecimento sozinho não opera desejos”, e cita Rubem Alves ao lembrar que, para o autor, o educador precisa ter amor para criar ou transformar o mundo, e que, antes dos mundos existirem enquanto realidade, eles existem como fantasias de amor.

### **c) Contexto político, econômico e social.**

Apesar de não estar previsto no percurso metodológico da pesquisa investigar as influências estruturais advindas das instituições de saúde, em particular das Clínicas da Família estudadas, este aspecto foi evidenciado nos depoimentos dos entrevistados, e apareceu de forma espontânea, como desdobramento dos temas abordados durante as entrevistas, e será apresentado a seguir.

Os entrevistados demonstraram, por meio dos depoimentos, ter conhecimento sobre a situação político-econômica pela qual atravessava o município do Rio de Janeiro e seus impactos negativos nos sistemas de saúde, em particular nas Clínicas da Família, conforme deixaram evidente as seguintes falas:

*“Agora, crítica eu tenho à prefeitura, que está fazendo essa loucura de não pagar os funcionários, de quase colocar a população contra a equipe, contra os funcionários, eu tenho essa crítica”. (E7)*

*“Eu gostaria que eles lá olhassem por eles todos aqui, os enfermeiros, todos os médicos, entendeu? Eu sei que eles estão trabalhando porque eles querem o melhor. Eles não querem, por exemplo, fazem uma reunião entre eles, “vamos fechar a clínica.” Mas um outro diz: “Pera aí, e aquelas pessoas que são diabéticas? E aquelas pessoas que são hipertensas? E aquelas pessoas que têm problema na junta, na coluna?”. (E4)*

*“Essa clínica, eu não falo só por mim, pra gente é tudo. Eu acho que o que faltava é a compreensão dos homens que estão lá em cima no poder. Porque a gente ao mesmo tempo vê tanto dinheiro jogado fora. [...] enquanto os profissionais querem salvar vidas e não*

*podem fazer isso, porque eles comem, eles bebem, eles têm contas pra pagar. Tá difícil”.* (E8)

Em adição, os relatos demonstraram que os entrevistados reconheceram o trabalho dos profissionais da saúde, que, apesar das condições adversas, mantiveram, além de um trabalho técnico de qualidade, a empatia e amorosidade no desenvolvimento do cuidado, conforme as falas a seguir:

*“E aqui, isso aqui é tudo de bom. Eu gostaria que melhorasse, porque melhorando pra eles geral, aqui dentro, pra eles todos, vai melhorar pra mim. Eles têm carinho, eles podem estar sem dinheiro pra almoçar, porque não receberam. Mas comigo, eu tiro muito por mim, eu recebo carinho aqui, eu sou bem acolhida, eu sou feliz por ter eles na minha vida”.* (E4)

*“Então, eu só gostaria que o governo, o responsável pela saúde, desse só uma olhadinha, não só por essa clínica aqui, por todas. [...]Porque aqui, graças a Deus, nós ainda temos pessoas que se disponibilizam pra nos ajudar, pra ajudar a gente a cuidar. Mas tem lugar que não tem, tem pessoas em outras clínicas que precisam, que eu acho que faria muito bem ter um grupo desse pra participar, pra saber. Assim como tem muitas (Clínicas da Família) que estão fechando”.* (E6)

*“Mas, graças a Deus – isso que eu acho até milagroso. Isso que eu tava falando hoje, que mágica é essa que eles fizeram atendendo à essa quantidade de pessoas, tendo essas limitações físicas e a precariedade da estrutura física desse espaço. Como que eles conseguiram me atender tanto e me socorrer nesses momentos difíceis? Mas, graças a Deus, eu fui muito bem atendida”.* (E7)

Enquanto aspecto estrutural, o contexto político-econômico expresso e vivenciado pelos entrevistados no cotidiano do trabalho das Clínicas da Família propiciou que eles refletissem criticamente sobre os elementos que afetaram o sistema de saúde, em particular a APS, e impactaram, ou irão impactar em um futuro breve, diretamente no seu cuidado em saúde.

De fato, as questões apontadas pelos entrevistados refletiram claramente a realidade vivida na ocasião, que resultou em greves dos profissionais reivindicando melhorias das condições de trabalho e contra as demissões, a redução do número de profissionais e de equipes, assim como o fechamento de Clínicas da Família, conforme evidenciam os trechos de falas a seguir:

*“Porque não pode, essa clínica aqui não pode fechar. Isso aqui não é uma clínica, pra quem não reconhece isso aqui é um lar. Aqui é uma saúde, aqui tudo é saúde, entendeu? Aqui que eu consegui a minha saúde, entendeu?”.* (E4)

*“As coisas negativas que me marcam aqui são a manipulação absurda que fazem, que vão desmantelando, que vão desfazendo fisicamente essa precariedade que está esse hospital. Essa clínica de família, essa precariedade, esse não-compromisso com esses profissionais*



*maravilhosos e eles não pagam os salários, atrasam os salários. E às vezes, a gente vai procurar um remédio hoje em dia, e há falta de um remédio. Então, isso, eu acho extremamente negativo, mas a gente vai marchando acreditando numa melhoria. Mas, porque nós estamos organizados para isso e nos educando para isso, para melhorar”. (E7)*

*“E eu sei, eu sei, ninguém me contou, que eles estão trabalhando, mas é sem receber, mas é por amor. Eles estão trabalhando porque se preocupam com a saúde do próximo, com a nossa saúde. É por isso que eu não aceito ninguém chegar perto de mim pra falar nada daqui de dentro, eu não aceito”. (E4)*

Neste momento da análise das falas dos usuários entrevistados percebe-se como a revisão da PNAB em 2017 já está impactando no dia a dia das Clínicas da Família e dos usuários que acessam cotidianamente este nível de atenção. Ressalta-se que a maioria dos entrevistados depende exclusivamente do SUS para acesso aos cuidados básicos em saúde (QUADRO 1).

Pode-se dizer que os movimentos de greve dos profissionais de saúde têm relação com as mudanças que ocorreram fruto da revisão da PNAB em 2017, já discutida no marco teórico. As modificações na política expressam uma intencionalidade de desconstruir a expansão da ESF e do SUS, em um discurso claramente ambivalente. Ao utilizar no seu texto as palavras “sugerir” e “recomendar”, descaracteriza o caráter indutor e propositivo da política, promovendo o seu enfraquecimento enquanto política pública que inicialmente previa o fortalecimento da APS e do SUS. Percebe-se com esta ambivalência, ainda, que existe a intenção de evitar críticas e esconder escolhas que estão em consonância com o contexto político neoliberal, que prevê a redução da presença do Estado, o que produz fragilidades e descontinuidade do sistema público de saúde (MOROSIN, 2018). A fala a seguir evidencia essa discussão:

*“Então, não há interesse da sociedade como um todo, de cuidar dos viciados. A tendência mundial que eu vejo é exterminar com tudo que é pobre, que é miserável, que isso não contribui. O capitalismo é muito acervado no coração do ser humano. A gente gosta muito de conforto, mas o nosso. Então, a crítica que eu faço é que o sistema realmente não apoia, são poucos os políticos, os governantes que apoiam essa iniciativa, que deveria ser uma prática, política de estado”. (E5)*

Dessa forma, observou-se que o contexto político-econômico influenciou as ações sociais de usuários e profissionais, representando influências objetivas estruturantes das ações do trabalho em saúde que impactaram no cuidado dos usuários, tanto individuais quanto em coletividade.

Em adição ao contexto político, os entrevistados descreveram situações e momentos de suas vidas relacionadas ao contexto social do local onde que viviam e que estavam relacionados com o seu processo de adoecimento, conforme demonstram as seguintes falas:

*“E de repente, começa esse processo maluco na Cidade de Deus, de falarem que a polícia pode entrar lá matando e fazendo e acontecendo. Então, era uma loucura, era avião passando por cima da nossa cabeça, o caveirão chegando de frente e os bandidos de trás. É um processo de estresse extraordinário”.* (E7)

*“[...] é um lugar tenso. É porque você tem que passar por bandido o tempo todo, toda hora. Eles super armados, sabe? Aquela esquina cheia de homem super armado, muita droga. Eu não acho isso legal”.* (E10)

O debate sobre violência nas grandes cidades é amplo, envolvendo diversos campos de saber. Apesar de antigo, permanece atual como um tema que perpassa os estudos de saúde coletiva, principalmente quando envolvem os usuários do sistema de saúde e o território em que vivem.

O estudo sobre violência está diretamente relacionado ao estudo da pobreza e das consequências sociais inerentes ao sistema capitalista. Os impactos na saúde são notáveis e descritos por diversos autores (LIMA; STOTZ; VALLA, 2008; BUENO, 2018).

A forma como a pobreza é definida e compreendida é marcante na determinação das ações que deverão ser implementadas para o seu enfrentamento. Assim, para Milton Santos (1979), a definição de pobreza está além da análise baseada em indicadores socioeconômicos que incluem renda, profissão e nível de escolaridade. É um problema social e como tal, requer uma análise mais profunda sobre as questões que afetam a vida em sociedade e, nessa perspectiva, envolve a inclusão de diferentes áreas do conhecimento como a saúde e a educação (SANTOS, 1979; LIMA; STOTZ; VALLA, 2008).

No escopo do presente estudo cabe ressaltar que as condições de vida dos usuários entrevistados, apresentadas nas categorias analíticas anteriores, e as falas destacadas nesta categoria, demonstraram o que os estudos citados apontam como inter-relações entre pobreza e violência.

Assim, cabem algumas palavras sobre o modelo de desenvolvimento da sociedade e como ela afeta a vida da população, em especial da população em situação de maior vulnerabilidade.

Conforme aponta Bueno (2018), houve nas últimas quatro décadas de modelo de desenvolvimento capitalista no mundo todo um agravamento das desigualdades sociais e das manifestações de violência nos grandes centros urbanos. O autor destaca estudos que retratam

a tendência espacial de crescimento da precarização do trabalho, de degradação ambiental em função do desenvolvimento de novas tecnologias sem consciência da importância de preservação concomitante do meio-ambiente, assim como da reconfiguração da política de segurança pública de forma autoritária por meio da militarização de territórios populares.

Assim, tem-se a produção de riqueza de um país ancorada na degradação ambiental e na deterioração da qualidade de vida da maioria da população, gerando aumento do desemprego, da fome bem como o aparecimento de novas doenças e/ou o ressurgimento de antigas enfermidades. Em adição, as consequências desse modelo se estendem à falta de moradia para todos, de ensino e saúde públicos de qualidade, bem como de opções de atividades de lazer, representando agressões que afetam indivíduos, famílias e as comunidades (LIMA; STOTZ; VALLA, 2008; BUENO, 2018).

Nas falas em destaque dos entrevistados foi evidenciada a violência armada, cuja influência na saúde da população foi alvo de um estudo de Ribeiro et al., em 2020, em uma comunidade no município do Rio de Janeiro.

Segundo os autores, os constantes conflitos armados, oriundos do combate ao crime organizado na comunidade por eles estudada, representam, além de um risco de morte iminente, um grande impacto na saúde mental dos moradores e trabalhadores do território, que convivem diariamente com momentos de tensão e medo. A permanente ameaça de tiroteios que podem acontecer a qualquer momento torna a preocupação com a integridade física um sentimento cotidiano que influencia o ir e vir, impactando no funcionamento dos equipamentos do território, como escolas, comércio e unidades de saúde. Os efeitos deletérios na saúde mais relatados foram queixas de transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, depressão, dores de cabeça, taquicardia e agravamento de condições crônicas como hipertensão arterial sistêmica. A sensação de fragilidade e vulnerabilidade provocada por tamanha violência é ainda agravada pela estigmatização social que sofrem os moradores das comunidades urbanas, que lidam diariamente com o racismo e a criminalização da pobreza. Assim, os moradores se sentem acuados e com poucas opções de reação produzindo impactos na sua saúde física e mental.

Essa breve reflexão não esgota tão complexo tema. Ao contrário, suscitou a necessidade de ampliar a compreensão dos aspectos que envolvem o tema violência e saúde, ao se perceber, ainda, que há relatos de uma “naturalização” da violência armada nas comunidades cariocas. Cabe ressaltar que, segundo o estudo de Ribeiro et al. (2020), tal “naturalização” não deve ser relacionada à indiferença da comunidade com a violência que sofre regularmente. Ao contrário, evidencia uma estratégia de sobrevivência, estabelecida

por muitos que convivem com episódios de violência desde a sua infância ou adolescência, no sentido de não paralisarem suas atividades diárias, protegerem sua saúde mental e seguir em frente com a sua vida.

Nas palavras de Victor Valla: “O que frequentemente para o profissional é conformismo, falta de iniciativa e/ou apatia, é para a população uma avaliação (conjuntural e material) rigorosa dos limites da sua melhoria” (VALLA, 1996, p.40).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões disparadoras bem como os objetivos específicos foram o norte da presente pesquisa. O caminho metodológico foi percorrido no sentido de alcançar respostas e atender os objetivos propostos. Assim, inicia-se as considerações finais apresentando uma síntese do que foi realizado, bem como do que foi alcançado como resultados da pesquisa empreendida.

O primeiro objetivo específico foi contemplado por meio de análise documental de políticas públicas de saúde, e resultou em um artigo científico, elaborado concomitantemente com a pesquisa de campo, tendo sido aprovado para publicação.

A análise das políticas selecionadas demonstrou que existem diversas estratégias e propostas de ações de educação em saúde no discurso oficial que se complementam e são potentes no alcance da integralidade do trabalho educativo em saúde. Em adição, tais estratégias contemplam mecanismos para garantir a participação popular e o controle social, bem como o incentivo à autonomia dos sujeitos.

Analisar as políticas públicas e ao mesmo tempo vivenciar o cotidiano das ações educativas em saúde nas Clínicas da Família foi um importante exercício para compreensão das abordagens educativas realizadas no âmbito da APS. Assim, identificou-se aspectos positivos e negativos. No cotidiano da educação em saúde, observou-se que as ações coletivas foram desenvolvidas seguindo os preceitos do enfoque da educação popular em saúde, da humanização da atenção à saúde, bem como do cuidado ampliado em saúde, diretrizes presentes nas políticas pesquisadas. Em contrapartida, evidenciou-se mudanças no cotidiano das Clínicas da Família determinadas, ou influenciadas, principalmente pela PNAB revista em 2017, representando um retrocesso que vai de encontro ao preconizado nas demais políticas estudadas.

Os restantes objetivos específicos da pesquisa foram respondidos por meio da observação participante das práticas coletivas e das entrevistas realizadas.

A observação participante dos diferentes grupos desenvolvidos em ambas as Clínicas da Família foi fundamental para conhecer a dinâmica dos encontros e para complementar a compreensão da percepção dos usuários sobre as práticas educativas. Por meio da observação participante foi possível testemunhar o que as entrevistas deixaram claro: a potência dos trabalhos coletivos na educação em saúde, quando são realizados com base no diálogo, na escuta qualificada, no respeito e no compartilhamento de condutas e caminhos terapêuticos.

A competência cultural, enquanto princípio da APS, e que foi efetivado pelos profissionais de saúde nas práticas coletivas, foi responsável por propiciar um ambiente acolhedor, amoroso, com respeito aos conhecimentos e experiências prévias dos usuários, o que foi por eles pontuado diversas vezes durante as entrevistas.

Importante ressaltar que o exercício da entrevista, além de uma técnica de coleta de dados, pode ter representado um elemento a mais do processo educativo desenvolvido nas práticas coletivas. Quando o usuário foi convidado a responder as perguntas do roteiro de entrevista, ele pôde refletir sobre sua realidade à luz dos temas e das trocas de experiências vivenciadas nos encontros coletivos. Assim, a entrevista representou uma oportunidade para o usuário refletir criticamente sobre si e sobre suas experiências de vida, e, a partir dessa reflexão, trazer à tona um saber que talvez estivesse latente e que poderá contribuir com caminhos para melhoria da sua qualidade de vida.

Inicialmente, a partir das entrevistas, foi possível conhecer o usuário, sua trajetória social e suas condições de existência para, assim, qualificar a compreensão sobre suas motivações e expectativas para participar dos encontros coletivos. Conhecendo os usuários foi possível, ainda, compreender melhor os significados que eles atribuíram às ações de educação em saúde, representando aspectos da sua subjetividade.

O conhecimento de algumas particularidades da trajetória de vida dos entrevistados demonstrou contextos de vulnerabilidades individuais e sociais que impactaram na sua capacidade de desenvolver a autonomia e o autocuidado. Entretanto, os usuários demonstraram ter consciência de sua situação de vulnerabilidade, de suas limitações para transformar sua realidade, mas, ao mesmo tempo, apontaram que visualizavam perspectivas para transpor tais limitações.

Essa conscientização dos entrevistados pode ter sido desenvolvida coletivamente, durante as práticas educativas. Observou-se que as ações coletivas propiciaram espaço para desenvolver o pensamento crítico e reflexivo por meio do diálogo entre os participantes a partir das questões apresentadas bem como da valorização da fala de todos. No entanto, as condições de vida e a trajetória social dos entrevistados foram identificadas como limitantes e até mesmo inviabilizantes do seu poder de escolha e da sua capacidade de desenvolver a autonomia e efetivar o autocuidado. Em contrapartida, ainda que os aspectos limitantes sejam evidentes, compreende-se que as abordagens educativas baseadas na pedagogia de Paulo Freire representaram uma potente alternativa, para possibilitar a conscientização e, a partir dela, a mobilização política para transformação da realidade e melhoria da qualidade de vida.

Observou-se que os entrevistados atribuíram diversos significados às práticas coletivas. O processo de construção do conhecimento em saúde pareceu acontecer muitas vezes de uma forma inconsciente, sem que os sujeitos tivessem percepção clara sobre isso.

Para os entrevistados as práticas coletivas eram momentos de convívio social que propiciavam lazer, descontração, prazer e alívio para as dificuldades vivenciadas no cotidiano de suas vidas. Identificaram, ainda, que os encontros eram práticas terapêuticas em saúde, complementares aos cuidados clínicos com diversos objetivos, incluindo cuidados para saúde mental, recuperação da autoestima, controle e tratamento de doenças crônicas bem como redução de danos relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas.

Em adição, as práticas educativas representaram uma rede de apoio social, com formação de vínculo entre os usuários e entre profissionais e usuários, fundamental para que os encontros se tornassem mais efetivos na produção de conhecimento e autocuidado em saúde, bem como no auxílio em situações pontuais de adoecimento ou em dificuldades no dia a dia.

O contexto político-econômico foi evidenciado nos discursos a despeito de não estar inicialmente elencado como objetivo da pesquisa. Surgiu espontaneamente durante as entrevistas, e foi incorporado aos resultados dada a relevância do assunto para o objeto de estudo. Os entrevistados pontuaram que estavam cientes da situação precária que a saúde do município do Rio de Janeiro estava vivenciando e entendiam as dificuldades para que as Clínicas da Família continuassem seu trabalho de cuidado à população, compreendendo as reivindicações feitas pelos profissionais de saúde.

De forma semelhante, a violência armada no território em que viviam foi um tema que surgiu e foi também incorporado ao estudo, representando, junto com o contexto político-econômico, um fechamento e conclusão da pesquisa sobre a influência predominante das condições estruturais na conformação da ação dos sujeitos.

Não se pode deixar de apontar os aspectos negativos relacionados à interrupção das atividades coletivas em decorrência da Pandemia COVID-19. Diante das falas dos entrevistados, fica evidente os prejuízos da suspensão das práticas coletivas para as intervenções no processo saúde-doença, uma vez que eles deixaram claro que os encontros propiciavam momentos únicos de interação social, alegria, bem-estar, bem como de perspectivas futuras para buscar caminhos transformadores da sua realidade que impactem positivamente na sua saúde.

Apesar das propostas iniciais do projeto de tese não terem sido alcançadas na sua totalidade, em virtude dos aspectos já mencionados, os objetivos foram contemplados. Não

foi possível realizar todas as entrevistas previstas e nem tampouco acompanhar mais encontros das práticas coletivas, o que, certamente, teria sido enriquecedor para o debate aqui apresentado. No entanto, pontua-se que o material empírico apreendido no trabalho de campo foi suficiente para responder às questões norteadoras, considerando os discursos dos entrevistados, bem como a observação dos encontros coletivos, como uma rica experiência que trouxe reflexões relevantes para a concepção das abordagens educativas na saúde coletiva.

Pontua-se que as reflexões realizadas a partir da análise das entrevistas e da observação participante expressam um cenário de ações educativas que destoa das práticas hegemônicas de educação em saúde que são exercidas na APS, conforme identificado na revisão de literatura. Tal fato representa uma perspectiva de mudança, que vislumbra uma possibilidade de fomentar o desenvolvimento de práticas educativas em consonância com o ideário de Paulo Freire e da Educação Popular em Saúde.

Entende-se que é impossível refletir sobre educação em saúde, enquanto ferramenta do cuidado em saúde, sem abordar as questões sociais objetivas que influenciam diretamente a vida dos sujeitos, que interagem com sua subjetividade e que permearam os depoimentos dos entrevistados. Como falar de educação em saúde quando falta a educação básica formal, trabalho, moradia, alimentação, enfim, condições dignas de subsistência?

As complexas situações vivenciadas pelos indivíduos, no contexto do território em que viviam, e que impactaram diretamente na sua saúde, exigem abordagens inovadoras que sejam capazes de apresentar soluções viáveis e duradouras. Tarefa difícil para os profissionais e gestores da saúde, mas que pode ser alcançada por meio do diálogo e da interação com a dinâmica de vida popular, conforme ficou evidente pelos depoimentos e discussões aqui apresentadas.

Cabe ressaltar a relevância do profissional de saúde na compreensão dos processos educativos em saúde, enquanto executores das abordagens propostas pelas políticas públicas. No entanto, a presente pesquisa pretendeu abordar a visão dos usuários da APS, pontuando que futuros estudos serão necessários para agregar a compreensão, ações e motivações dos profissionais das equipes da APS às reflexões aqui apresentadas.

Enquanto referencial teórico analítico da pesquisa, a perspectiva sociológica de Bourdieu, representada pelos conceitos de *habitus*, campo, capital simbólico e poder simbólico, contribuiu com a compreensão sobre as relações que aconteceram nas ações educativas enquanto práticas sociais que são construídas por meio de influências subjetivas e objetivas. Assim, a articulação dos conceitos da sociologia da ação de Bourdieu com a



educação em saúde contribuiu para o entendimento da visão do usuário sobre essas práticas sociais, suas expectativas, interesses e motivações. Corroborando a perspectiva de Bourdieu, ainda que o *habitus* tenha um papel marcante nas ações sociais, demonstrado pelas falas dos entrevistados e suas trajetórias de vida, as estruturas são determinantes, facilitadoras ou limitantes dessas ações.

Neste momento cabe destacar aspectos relativos a escolha dos principais autores que nortearam o estudo: Paulo Freire e Pierre Bourdieu. A princípio pode-se identificar concepções divergentes entre os dois autores mas que contribuíram em diferentes dimensões, de igual importância para desfecho da pesquisa. A pedagogia freiriana, que aponta a educação como caminho político para mudanças sociais, com ênfase no estímulo à autonomia, foi a concepção teórico metodológica adotada para a compreensão do campo da educação na área da saúde. Assim, a conscientização, um conceito central para Freire, foi pesquisada e identificada nas práticas educativas observadas.

Ao se identificar que as questões que envolvem o adoecimento da população são atravessadas e influenciadas pelas condições determinadas pelas estruturas sociais, pontua-se a necessária inclusão de reflexões pertinentes ao campo da sociologia. Nessa perspectiva, optou-se pelas ferramentas sociológicas de Bourdieu, que mediam os aspectos subjetivos e os objetivos. Assim, o conceito de conscientização de Paulo Freire, que coloca o sujeito como agente político ativo, aliado à concepção bourdiesiana de que as estruturas sociais operam em mão dupla com as subjetividades, mas exercendo influência predominante nas ações dos agentes, foram abordagens teóricas importantes e complementares para propiciar a compreensão sobre a percepção que o usuário possuía do processo de cuidado e de aprendizagem em saúde.

Por fim, ao se conhecer os significados que os usuários atribuíram às práticas coletivas, o que esperavam delas, bem como as influências objetivas às quais foram expostos, espera-se contribuir com o campo da educação em saúde na APS, sugerindo que ela seja pautada nos princípios da educação popular em saúde. Dessa forma, aponta-se um caminho, já trilhado por alguns profissionais, mas que necessita ser ampliado, para encontrar alternativas coletivas no enfrentamento da complexidade de problemas que levam ao adoecimento da população, no sentido de inovar para propor ações de educação em saúde que sejam efetivas e transformadoras.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.S.; MELO, R.H.V.; VILAR, R.L.A.; SILVA, A.B.; MELO, M.L.; JÚNIOR, A.M. A Educação Popular em Saúde com grupos de idosos diabéticos na Estratégia Saúde da Família: uma pesquisa-ação. **Revista Ciência Plural**, v.5, n.2, p. 68-93, 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Cienc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- AMADO, D.M. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **APS em Revista**. v. 2, n.3, p.272-284, 2020.
- ANTONINI, F.O.; HEIDEMAN, I.T.S.B. Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para Promover a Saúde no Trabalho Docente. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n.4, :e20190164 1, 2020.
- ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; PRADO, E.V. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p.41-43.
- AYRES, J. R. (2014). Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P.F.S.; FERNANDES, J.J. (org.). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014. p.1-25.
- AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 121-143.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEZERRA, H.M.C.; GOMES, M.F.; OLIVEIRA, S.R.A.; CESSÉ, E.A.P. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. **Trab. educ. saúde**, v.18, n.3, p.1-18, 2020.
- BODSTEIN, R. Teoria Social e o Campo da Saúde Coletiva. In: HORTALE, V.A.; MOREIRA, C.O.F.; BODSTEIN, R.C.A.; RAMOS, C.L. (org.). **Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2010.p.151-171.
- BORGES, R.M; BRITO, C.M.D.; MONTEIRO, C.F. Saúde, lazer e envelhecimento: uma análise sobre a brincadeira de dança de roda das Meninas de Sinhá. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190279, 2020.
- BOSI, M. I.; MAGALHÃES, M.L.S. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, v. 27, n. 04, p. 1003-1022, 2017.
- BOURDIEU, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1994. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 39).

BOURDIEU, P.(Coord.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997.

BOURDIEU, P. O Capital Social - notas provisórias. In; NOGUEIRA, M.A. & CATANI, A.(org.). **Escritos de Educação**. Petrópolis: Vozes, 1999, 2. ed.. p. 65-69.

BOURDIEU, P. **As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004a.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004b.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007a.

BOURDIEU, P. Escritos de Educação. In: NOGUEIRA, M.A; CATANI, A. (org.). **Pierre Bourdieu: escritos de educação**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007b.

BOURDIEU, P. **O Senso prático**. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2009.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Tradução de Mariza Corrêa. 11. ed. Campinas: Papirus, 2011.

BRANDÃO, C.R. Entre Paulo e Boaventura. Algumas aproximações entre o saber e a pesquisa. **Proposta**, n.113, p.38-48, 2007.

BRANDÃO, C.R. In: A educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; PRADO, E.V. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p.34-40.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Congresso Nacional. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set.1990. **Dispõe sobre as condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Diário Oficial da União 20 set 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 10 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 399, de 22 de fevereiro de 2006b. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006b – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União set 2006 b; Seção 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 30 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006d. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html). Acesso em 15 março 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 31dez 2010; seção1. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012b. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 19 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnaps.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS v.2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mai. 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 06 fev.2019.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017b. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 06 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017c. **Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 15 mar. 2021.

BUENO, L.B. **A favela (para) militarizada: território contido e o impacto da violência armada na saúde, na educação e no cotidiano de moradores de Manguinhos, Jacarezinho e Maré**. 2018. 210 f. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p.19-42.

CAMPOS, G.W.S. Sete considerações sobre cultura e saúde. **Saúde Soc.**, v.11, n.1, p. 105-15, 2002.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Cienc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; JUNIOR, N.P. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p.2.655-2.663, 2016.

CANESQUI, A.M.; BARSAGLINI, R.A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012.

CÁRDENAS, C.M.M. **Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/Aids.** 2014. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO M.A.P. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília (DF): MS/SGEP/DAGEP; 2007. p. 91-101.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS ad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 647-660, 2017. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-13>.

CARVALHO, M.A.P.; PIVETTA, F. (org.). **O Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.

CARVALHO, M.S.; MERHY, E.E.; SOUSA, M.F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e190211, 2019.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Cienc. saúde colet.**, v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CARVALHO, S.R.; ANDRADE, H.S.; OLIVEIRA, C.F. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 23, e190208, 2019.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos saúde. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 83-99.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A.D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

CECILIO, L.C. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CECILIO, L.C. *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul, 2014.

CECÍLIO, L.C.; REIS, A.A.C. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber: Elementos para uma teoria**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CHIAVERINI, D.H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>. Acesso em: 20 ago. 2013.

CORCUFF, P. **As novas sociologias: construção da realidade social**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

CORTEZ & MORAES **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo, 1979.

COSTA, J.H. Reflexões sobre a indústria cultural a partir de Pierre Bourdieu: a importância dos conceitos de *habitus* e capital cultural. **Revista Espaço Acadêmico**, v.12, n.140, p. 12–21, 2013.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

CUNHA, M.B. Na intimidade da oficina de pesquisa em educação popular. Narrativas sobre um diálogo com Pierre Bourdieu. In: MARTELETO, R.M.; PIMENTA, R.M. (org.) **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação**. Rio de Janeiro: Garamond, 2017. p. 259- 282.

DAUMAS, R.P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00104120, 2020.

DIAS, R.B.; NOGUEIRA, F.P.S. Trabalho em equipe. In: GUSSO, G., LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.341-349. V.1

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v.15, n. 1, e2935, janeiro-março de 2020.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos. Tradução Vera Ribeiro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C.C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.2, p.703-715, 2015.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D. Promoção da saúde, *empowerment* e o discurso da vida ativa. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. **Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Ilhéus, Ba: Editus, 2015. p.259- 290.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D., CARDOSO, M.H.C.A. Sedentarismo mata? Estudo dos comentários de leitores de um jornal brasileiro on-line. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.1, p.15-28, 2017.

FERREIRA, V.F.; DA ROCHA, G.O.R.; LOPES, M.M.B.; SANTOS, M.S.; MIRANDA, S.A. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 363-378, 2014.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.262-8, mar./abr.,2005.

FOX, A.; REEVES, S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. **J Interprof Care**, v. 29, n. 2, p.113-8, 2015.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, 2007.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. São Paulo: Paz e Terra, 1976.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa. In: BRANDÃO, C.R. (org). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1981. p.34-41.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.



FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

FURLAN, P.G.; CAMPOS, G.W.S. **Os Grupos na Atenção Básica à Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.105-116.

GEERTZ, G. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1989.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8: e00029818, 2018.

GIUGLIANI, C., HARZBEIM, E., DUNCAN, M.S., DUNCAN, B.B. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil. A Systematic Review. **J Ambulatory Care Manage**, v.34, n.4, p. 326- 338, 2011.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.

HEIDMANN, I.T.S.B.et al. Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 4, e0680017, 2017.

LAHIRE, B. Reprodução ou prolongamentos críticos? **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 78, p. 37-55, 2002.

LAHIRE, B. **Sucesso escolar nos meios populares. As razões do improvável**. 1ª edição, 2ª impressão. São Paulo: Editora Ática, 2004.

LIMA, C.M.; STOTZ, E.; VALLA, V. Pobreza e violência: desafios para os profissionais de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 273-284, jul./set. 2008.

LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.235-246, jan./mar. 2012.

MADEIRA, F.B.; FILGUEIRA, D.A.; BOSI, M.L.M.; NOGUEIRA, J.A.D. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde Soc.**, v. 27, n. 1, p.111-115, 2018.

MAIA, J.D.S.; SILVA, A.B.; MELO, R.H.V; RODRIGUES, M.P.; JÚNIOR, A.M. A Educação em Saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência Plural**, v.4, n.1, p.81-97, 2018.

MARBA, R.F; SILVA, G.S.; GUIMARAES, T.B. Dança na Promoção da Saúde e melhoria da qualidade de vida. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.9, n.1, Pub.3, Fev. 2016.

MARINS, M.R. *et al.* Arteterapia e educação entre pares conectando o grupo: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, v.7, n. 5: e20180958, 2020.

- MELO, E. A.; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, 2019.
- MENDES, E.V. *et al.* O Processo de construção social da APS. In: MENDES, E.V. *et al.* **A construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 2 ed. Brasília-DF: CONASS, 2019. p. 71-90.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E.E et al. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.
- MINAYO, C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIWA, M.J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C.A.A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.2, p.411-423, 2017.
- MONTAGNER, M.I., MONTAGNER, M.A. **Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: vozes singulares e imagens coletivas**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos (Impresso), v.17, p. 379-397, 2010.
- MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v.17, n. 2, p. 29-40, 2011.
- MOREIRA, C.O.F. A sociologia da ciência de Pierre Bourdieu. Ferramentas e pontos de vista. In: MARTELETO, R.M.; PIMENTA, R.M. (org.) **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação**. Rio de Janeiro: Garamond, 2017. p.179-189.
- MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F.; Luciana Dias de LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- NESPOLO, G.F. *et al.* Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1187-1198, 2014.
- O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, 2019.
- OCKÉ-REIS, C.O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n.6, p. 2035-2042, 2018.
- OLIVEIRA JÚNIOR, G.E.; DIEHL, M.B.; MATTOS, G.; SILVEIRA, J.G.C. 2017. Individualização dos cuidados em saúde e apassivação do usuários no âmbito da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 453-467, maio/ago. 2017.

ONOKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. IN: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.669-688.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa COVID-19 – Brasil**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 02 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde**. Washington, DC: OPAS, 2007.

OTICS. Observatório de Tecnologia em Informação e Comunicação em Serviços de Saúde. **Clínica da Família Assis Valente**. Disponível em: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/clinicas-da-familia-inauguradas/ap-3.1/clinica-da-familia-assis-valente>. Acesso em: 07 nov. 2019.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz; 2008.

PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 1996.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.; MATTOS, R.A.(org.). **Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas**. 1ª edição / agosto 2007. p.161-177.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v .22, (Supl. 2), p.1525-34, 2018.

PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEREIRA, I.C.; OLIVEIRA, M.A.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.66, n. esp., p.158-164, 2013.

PETTRES, A.A.; DA ROS, M.A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arq. Catarin. Med.**, v.47, n.3, p.183-196, 2018.

PIANA, J.D.B.S.; CAVALLI, L.O. Participação Popular na Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.105-111.

PINTO, C.J.M.; ASSIS, V.G.; PECCI, R.N. *et al.* Educação nas Unidades de Atenção Básica: dificuldades e facilidades. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 13, n. 5, p.1429-36, maio. 2019.

REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. **Apresentação da Rede de Educação Popular e Saúde**. Disponível em: <https://issuu.com/rededeeducacaopopularesaude>. Acesso em 24 nov.2018.

REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S.; ZWARENSTEIN, M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H, editor. **Interprofessional teamwork for health and social care**. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

REGO, L.S **As atividades de grupo na Atenção Primária: a promoção da saúde na perspectiva dos sujeitos em uma Clínica da Família no Rio de Janeiro**. 2017. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

REGO, L.S.; FIGUEIREDO, G.O.; ROMANO, V.F.; BAIÃO, M.R. B. As atividades de grupo na perspectiva dos sujeitos em uma Clínica da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, e290316, 2019.

REIS, B.M.; LIBERMAN, F; CARVALHO, S.R. Das inquietações ao movimento: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 275-284, 2018.

REIS, D. C. Aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. (org.). **Educação em Saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 19-24.

REIS, M. J. **Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil: um olhar sobre os conteúdos divulgados nas revistas científicas de saúde coletiva de 1990 a 2015**. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

REIS, T.C.R. *et al.* Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst.**, v.31, n. 2, p. 219-23, 2013.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Da educação sanitária para a educação em saúde: (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.1, p.77-85, 2012.

RIBEIRO, F.M.L. *et al.* Sumário Executivo. Pesquisa: **Conflitos armados e saúde - investigando os sentidos e os impactos da violência entre moradores e trabalhadores da saúde e da educação em Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ – estudo de caso. 2020**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43349/4/Suma%CC%81rio%20Executivo%20Violen%CC%82ncia%20Armada%20e%20Sau%CC%81de%20em%20Manguinhos%20.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

RIBEIRO, P.S. **Família: não apenas um grupo, mas um fenômeno social**. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/familia-nao- apenas-um-grupo-mas-um-fenomeno-social.htm>. Acesso em 30 de mar.de 2021.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.A.; SALVADOR, A.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface (Botucatu)**, v.18, n. supl 2, p.1299-1312, 2014.

SANTOS, H.D. Da objetividade a objetivação: conceitos, categorias e significados. Uma análise da produção estatística no Brasil. **Estatística e Sociedade**, Porto Alegre, n.2, p. 97-111, 2012.

SANTOS, M. **Pobreza urbana**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1979. 63p.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 17-25, 2003.

SETTON, M.G.J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, 2002.

SILVA, C. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, [S.l.], v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, W.L.T.C.; DUARTE, J.S.; SANTOS, N.R. **A educação em saúde na estratégia de saúde da família como instrumento de potencialização do cuidado: revisão integrativa**. Repositório Institucional Tiradentes, 2021. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/3732>. Acesso em: 09 fev 2021.

SILVA-ARIOLI, I.G.; SCHNEIDER, D.R.; BARBOSA, T.M.; DA ROS, M.A. Promoção e Educação em Saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: ciência e profissão**, v.33, n.33, p.672-687, 2013.

SOBREIRA, D.N. **A educação em jogo: um confronto entre Foucault, Bourdieu e Paulo Freire**. In: IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, 2012.

SOUZA, A. I. **Paulo Freire. Vida e obra**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 618-627, out. /dez. 2009.

STAROSTA, J.A.; DOS ANJOS, M. C. R. “Cantos e saberes”: processo de construção de um documentário sobre plantas medicinais. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.14, n.1, p.199-211, 2020.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.46- 57.

STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L.; WONG UM, J.A. Educação Popular e Saúde – Trajetória, Expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 49-60, jan/jun. 2005.

TAGLIAMENTO, G.; SOUZA, A.S.; FERREIRA, R.L.; POLLI, G.M. Processo de saúde-doença nos modelos de abstinência e redução de danos: revisão integrativa da literatura. **Psicol Argum**. v.38, n.99, p.174-200, 2020.

TARGA, L.V. OLIVEIRA, F.A. Cultura, saúde e o médico de família e comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.74-80.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**, v.27, n.65, p.243-356, 2003.

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n.1, p.27-55, Jan./Fev. 2006.

VALLA, V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, v. 21, n.2, p. 177-190, 1996.

VALLA, V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: Costa, M.V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 151-76.

VALLA, V. **Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VALLA, V. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, V. (org.) **Religião e cultura popular**. DP & A Editora, 2001. p. 113-139.

VALLA, V. Problematizando o termo conversão a partir do campo religioso. In: TAVARES, M.T.G. *et al.* Homenagem. A contribuição de Victor Valla ao pensamento da educação popular. **Revista Brasileira de Educação**, v. 14, n. 42, set./dez. 2009. p. 587-589.

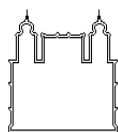
VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; PRADO, E.V. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

VASCONCELOS, E.M. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY S. LOBATO, L.V.C., org. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p.270-288.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular, o jeito de conduzir o processo educativo. In: VASCONCELOS, E.M; CRUZ, P.J.S.C. (org.). **Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

VASCONCELOS, E.M.; VASCONCELOS, M.O.D. Educação Popular. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.112-119.

## APÊNDICE 1



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 Fundação Oswaldo Cruz



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Educação em Saúde na Atenção Primária: ferramenta para o cuidado e autonomia dos sujeitos”**, desenvolvida por **Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi**, discente do Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/ FIOCRUZ), sob orientação das **Professoras D<sup>ra</sup>. Gisele O’Dwyer e D<sup>ra</sup>. Patrícia Henriques**.

O estudo tem por objetivo principal analisar a percepção dos usuários sobre a educação em saúde enquanto ferramenta utilizada no cuidado prestado na Atenção Primária.

O convite para sua participação se deve ao fato de você integrar atividades educativas enquanto usuário do Sistema Único de Saúde e da Unidade Básica de Saúde com responsabilidade sanitária pelo território de sua residência.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, com duração estimada de 40 a 60 minutos, a ser realizada na sua unidade de saúde. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização.

Informamos que você pode recusar-se a responder qualquer questão podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo de nenhuma natureza.

Para coletar os dados da pesquisa serão realizadas também observações das atividades educativas que você esteja participando. As observações feitas serão anotadas no diário de campo do pesquisador.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Todo o material coletado será armazenado em local seguro onde apenas as pesquisadoras do projeto terão acesso. As informações obtidas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e científicos, sendo resguardadas a sua confidencialidade e privacidade, assegurando que nenhum dado obtido na pesquisa possa identificá-lo, mantendo o sigilo sobre sua identidade.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012 e 510/2016 do CNS e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da SMS/RJ e com o fim deste prazo, será descartado.

Você não terá qualquer despesa com sua participação no estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento como participante.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução n.º 466/2012 e na Resolução n.º 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa será o melhor planejamento e execução das ações educativas pela sua unidade de saúde.

Reiteramos a manutenção do seu anonimato, não havendo divulgação de nenhuma natureza que possa identificá-lo, evitando possíveis riscos de constrangimento pelas informações fornecidas.

Os resultados serão apresentados aos participantes por meio de relatórios individuais e da distribuição de folders explicativos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e a outra para o pesquisador, onde consta o telefone e endereço do pesquisador responsável, caso haja qualquer dúvida sobre a pesquisa e sua participação.

Contato com a pesquisadora responsável: Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi. E-mail: [anafittipaldi@ensp.fiocruz.br](mailto:anafittipaldi@ensp.fiocruz.br). Endereço: Centro de Saúde Escola Germano Sinal Faria/ENSP/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. Telefone: 21 25982522.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_



Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

CEP ENSP/FIOCRUZ: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Térreo. Mangueiras, RJ. Tel. (21) 2598-2863. E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br). Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>.

CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro - RJ. CEP: 20031-040. Telefone: 2215-1485. E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>.

Diante dos esclarecimentos acerca da pesquisa, declaro que estou completamente esclarecido sobre os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada: **“Educação em Saúde na Atenção Primária: ferramenta para o cuidado e autonomia dos sujeitos”** e concordo em participar. Além disso, estou ciente do meu direito de solicitar novas informações e também de modificar minha decisão de participar e sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

- Autorizo a gravação da entrevista em áudio.
- Não autorizo a gravação da entrevista em áudio.

Nome do participante: \_\_\_\_\_  
R.G. \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador – (pesquisador de campo)

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_



### APÊNDICE 3

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

#### BLOCO 1: CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Iniciar a entrevista pedindo ao participante que fale um pouco sobre si mesmo, seguindo o roteiro abaixo:

- Clínica da Família:
- Qual seu nome completo?
- Qual sua data de nascimento?
- Sexo:                      Cor:
- Qual seu endereço completo?
- Possui telefone para contato?
- Qual a sua equipe de referência/ESF?
- Onde o (a) sr (a) nasceu?
- O (a) sr (a) frequentou escola?
- Se sim, estudou até que série?
- Qual a escolaridade de seus pais ou responsáveis?
- Qual seu estado civil?
- Tem filhos? Se sim, quantos e quais as idades?
- Caso tenha filhos, eles estão na escola e/ou trabalham?
- Com quem o (a) sr (a) vive?
- A casa onde o (a) sr (a) mora é: ( ) própria; ( ) alugada; ( ) outro:
- O (a) sr (a) trabalha? Caso trabalhe, onde e o que faz?
- Caso trabalhe, em qual seu horário?
- Como se desloca para o trabalho?
- Quanto tempo gasta no deslocamento ida e volta?
- Poderia me dizer qual a renda aproximada da sua família (dos que moram com você)?
- Recebe algum benefício do governo? Se sim, qual e qual valor?
- Possui plano de saúde?
- O (a) sr (a) apresenta alguma doença crônica? Caso presente, qual ou quais?
- Possui acesso à internet?
- Caso possua, por qual meio (computador, celular ou outros)?
- Caso possua, quais sites costuma acessar?
- Possui alguma religião ou crença? Caso possua, qual?
- O que costuma fazer nos momentos de folga ou lazer?
- Como é o local onde você vive?
- Qual (s) o (s) grupo (s) que frequenta na Clínica da Família?

Observações ou informações adicionais:

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL**

---

### **BLOCO 2: PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE E SOBRE OS GRUPOS EDUCATIVOS**

---

1. Como você ficou sabendo das atividades do (s) grupo (s) educativo (s)?
2. Por qual motivo você participa desse (s) grupo (s) educativo (s)? Quais são suas expectativas?
3. Como se sente participando desse (s) grupo (s)? Escolheu participar ou foi indicação da equipe de saúde?
4. Como são os grupos de que participa? Os temas abordados são de seu interesse? O que você mais gosta e menos gosta nas atividades? Fale sobre isso.
5. Como é sua participação no (s) grupo (s) educativo (s)? Participa compartilhando suas dúvidas e experiências ou prefere ouvir e aprender com os demais participantes?
6. Você se considera responsável por sua saúde? Fale sobre isso.
7. Você busca soluções para os seus problemas de saúde? Fale sobre isso.
8. Sente alguma dificuldade em aderir às orientações oferecidas? Fale sobre isso.
9. Poderia dar um ou mais exemplos de um momento marcante ou algo importante que tenha acontecido durante as atividades educativas e que tenha marcado sua vida positiva ou negativamente?
10. Houve alguma mudança no seu cotidiano e/ou na sua vida após sua participação nos grupos? Fale sobre isso.
11. Gostaria de fazer alguma crítica ou sugestão sobre o (s) grupo (s) educativo (s) que participa?