



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA

**SER E FAZER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AS VOZES DOS/AS
TRABALHADORES/AS DA SAÚDE DE IBICUITINGA**

QUIXADÁ-CEARÁ

2023

YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA

SER E FAZER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AS VOZES DOS/AS
TRABALHADORES/AS DA SAÚDE DE IBICUITINGA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva

QUIXADÁ-CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Bezerra, Yandra Raquel do Nascimento.

Ser e fazer na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos/as trabalhadores/as da saúde de Ibicuitinga [recurso eletrônico] / Yandra Raquel do Nascimento Bezerra. - 2023.

107 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Programa de Pós-graduação Em Saúde da Família - Mestrado Profissional, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Educação Popular em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

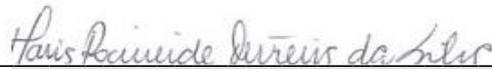
YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA

SER E FAZER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AS VOZES DOS/AS
TRABALHADORES/AS DA SAÚDE DE IBICUITINGA

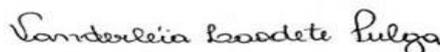
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovado em: 28 de Fevereiro de 2023.

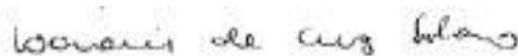
BANCA EXAMINADORA.



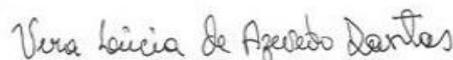
Prof.^a Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Pro.f^a Dra. Vanderléia Laodete Pulga
Universidade Federal da Fronteira Sul



Prof.^a Dra. Lorrainy da Cruz Solano
Prefeitura Municipal de Mossoró/RN
Instituto de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital
Maternidade Almeida Castro



Prof.^a Dra. Vera Lúcia de Azevedo Dantas (suplente)
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela graça e força concedida para seguir nessa jornada e concretizar esse projeto de vida, “Pois dele, por Ele e para Ele são todas as coisas para sempre! Amém. (Romanos 11, 36).

A minha família, especialmente meu esposo Eliab Bandeira e minha querida filha Yana Rebeca, gratidão pelo o amor e afeto que me instiga a lutar em busca dos meus(nossos) sonhos.

A minha orientadora, professora Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, que me guiou nessa pesquisa com muita amorosidade, sensibilidade e sabedoria, ao Grupo de Pesquisa Fluxos, Redes e Cuidados (GPFRIDA/UECE) pelas vivências compartilhadas nesse fazer ciência e pesquisa.

A Dra. Ana Patrícia Pereira Morais, coordenadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família, nucleadora UECE, bem como os professores e funcionários pela dedicação e apoio em todas as situações, mesmo diante do desafio de ensino remoto no contexto da pandemia.

E minha gratidão a minha querida turma IV do RENASF/UECE, Florescer do SUS, vivenciamos uma relação permeada de afetos, vínculos e construção coletiva para além da vida acadêmica, com boas memórias que ficaram guardadas para sempre!

Agradeço aos trabalhadores/as da ESF de Ibicuitinga/Ceará, meus companheiros de luta, sujeitos da minha pesquisa e colaboradores desse projeto, gratidão pela participação, suas vozes ecoaram com o desejo de fazer um SUS melhor!

E agradeço aos gestores da Secretaria Municipal da Saúde de Ibicuitinga pelo apoio na realização desse estudo no município.

Agradeço a minha Banca Examinadora, Dra. Vanderléia Pulga, Dra. Lorrainy Solano e Dra. Vera Dantas, pela disponibilidade para contribuir nesse estudo.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo de desvelar o ser e fazer dos/as trabalhadores/as de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Ibicuitinga/Ceará, a luz dos princípios teóricos e metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS). Esse estudo justifica-se pela necessidade de compreender as práticas de educação e de cuidado em saúde na ESF e de como as concepções teóricas e metodológicas da EPS podem contribuir para evidenciar processos emancipatórios do ser e fazer no contexto da saúde da família, e contribuir para construção coletiva de atos-limites para superação das situações-limites identificadas na atuação na ESF de Ibicuitinga. O estudo é do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. Trata-se de uma pesquisa-ação que busca trabalhar com a interação dos diversos sujeitos implicados no processo de trabalho da ESF e nas ações de educação em saúde. Os participantes dessa pesquisa foram os/as trabalhadores/as da saúde das Equipes da ESF do município de Ibicuitinga/Ceará, incluindo os profissionais médicos, enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem, ACS, e os profissionais do NASF AB. Para a coleta dos dados utilizamos o Círculo de Conversação e o Círculo de Cultura como elementos metodológicos da EPS. A análise dos dados foi orientada pela análise temática de Minayo, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Foram elencadas quatro categorias principais, que se referem às dificuldades na organização da agenda para promover educação em saúde, as ações de saúde verticalizadas, o Previne Brasil e as mudanças na PNAB que provocam o aprisionamento do ser e fazer na ESF, os desafios da atenção básica no período da pandemia que perpassa as medidas de isolamento social, as mudanças nas rotinas das UBS e a mobilização da população para vacinação da COVID-19, essas questões foram identificadas como situações-limites vivenciadas na ESF. Esse estudo possibilitou aos/as trabalhadores/as da saúde fazer uma leitura crítica da sua atuação na saúde da família, com espaços de fala e construção coletiva de soluções para enfrentamento dessas situações-limites na busca do inédito-viável. A EPS se configura como um campo amplo de saberes e fazeres para promover mudanças nas ações educativas na ESF mobilizando os profissionais para se

implicarem na construção compartilhada de cuidado em saúde. As vozes dos/as trabalhadores/as expressam seus desejos de mudanças para a construção de atenção básica forte e resiliente no município de Ibicuitinga. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará conforme o Parecer N° 5.353.020 de 15 de Abril de 2022 e respeitou a resolução 466/12.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims to reveal the being and doing of the health workers of the Family Health Strategy (ESF) in Ibicuitinga/Ceará, in light of the theoretical and methodological principles of Popular Education in Health (EPS). This study is justified by the need to understand the practices of education and health care in the ESF and how the theoretical and methodological conceptions of popular health education can contribute to highlight emancipatory processes of being and doing in the context of family health, and to contribute to the collective construction of limit-acts to overcome the limit-situations identified in the work at the ESF of Ibicuitinga. The study is exploratory, with a qualitative approach. This is an action-research that seeks to work with the interaction of the various subjects involved in the work process of the ESF and health education actions. The participants in this research were the health workers of the ESF Teams in the municipality of Ibicuitinga/Ceará, including medical professionals, nurses, dentists, nursing technicians, ACS, and NASF AB professionals. For data collection, we used the Conversation Circle and the Culture Circle as methodological elements of the EPS. Data analysis was guided by Minayo's thematic analysis, following the stages of pre-analysis, material exploration and treatment of the results obtained and interpretation. Four main categories were listed, which refer to the difficulties in organizing the agenda to promote health education, verticalized health actions, Prevents Brazil and the changes in the PNAB that cause the imprisonment of being and doing in the ESF, the challenges of basic care in the pandemic period that permeates social isolation measures, changes in UBS routines and mobilization of the population for COVID 19 vaccination - these situations were identified as limiting situations experienced in the ESF. This study made it possible for health workers to make a critical reading of their work in family health, with spaces and speech and collective construction of solutions to face these extreme situations in the search for the unprecedented-feasible. EPS is configured as a broad field of knowledge and actions to promote changes in educational actions in the ESF, mobilizing professionals to get involved in the shared construction of health care. The voices of workers express their desire for change to build strong and resilient primary care in the municipality of Ibicuitinga. This research will be

approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará according to Opinion No. 5.353.020 of April 15, 2022 and complied with resolution 466/12.

Keywords: Popular Health Education. Health Education. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Descrição das etapas da pesquisa.....	37
Figura 2-	Localização do município de Ibicuitinga/Ceará.....	38
Figura 3-	Dados sobre os círculos de conversação realizados com as equipes de saúde.....	44
Figura 4-	Etapas do círculo de conversação.....	45
Figura 5-	Etapas do círculo de cultura.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEB	Comunidade Eclesial de Base
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CF	Constituição Federal
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESF	Estratégia Saúde da Família
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MOPS	Movimento Popular de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NASF AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	As trilhas da ciência percorrida.....	16
1.2	A caminhada por entre as leituras dos livros e do (meu) mundo.....	18
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	Marcos históricos da educação em saúde no Brasil.....	21
3.2	Diálogos epistêmicos: Freire e as concepções de uma educação dialógica e emancipatória.....	26
3.2.1	O inédito viável no campo da Educação Popular em Saúde: apontamentos e possibilidades.....	28
3.3	Atenção Primária à Saúde e Educação Popular em Saúde: desafios e perspectivas para um cuidado integral.....	31
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	Tipo de estudo.....	35
4.2	Cenário.....	38
4.3	Participantes.....	40
4.4	Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	42
4.5	Técnicas de análise de dados.....	49
4.6	Aspectos éticos.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	“A demanda é tão grande”: dificuldades na organização da agenda para promover educação em saúde.....	52
5.2	“A gente acaba muito trabalhando o que vem de cima para baixo”: as vivências das práticas de educação em saúde.....	57
5.2.1	Ações de educação em saúde verticalizadas: negação do contexto e necessidades locais.....	59
5.2.2	Do domicílio ao consultório: cuidado educativo con-versado.....	62
5.3	“É só blá, blá, blá”: o Previne Brasil e o aprisionamento do ser e	

fazer na ESF.....	64
5.4 “Olho a olho com os usuários”: atos-limites para superação de situações-limites identificadas.....	66
5.4.1 Círculo de Cultura na ESF: trabalhadores/as da saúde na busca do “ser mais”.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE A – CONVITE.....	82
APÊNDICE B- PLANEJAMENTO DOS CÍRCULOS DE CONVERSAÇÃO.....	83
APÊNDICE C- UNIVERSO DE PALAVRAS.....	84
APÊNDICE D- QUESTÕES NORTEADORAS DOS CÍRCULOS DE CONVERSAÇÃO.....	85
APÊNDICE E- PROBLEMATIZAÇÃO DO CÍRCULO DE CULTURA.....	93
APÊNDICE F- IMAGENS DOS CIRCULOS DE CONVERSAÇÃO NAS EQUIPES DE ESF.....	95
APÊNDICE G- IMAGENS DO CÍRCULO DE CULTURA.....	96
APÊNDICE H- CORDEL “AS VOZES DE QUEM FAZ A SAÚDE DA FAMÍLIA NO SERTÃO DE IBICUITINGA”.....	97
APÊNDICE I- TERMO DE ANUÊNCIA.....	99
APÊNDICE J- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 As trilhas da ciência percorrida

A educação em saúde é fundamental na prevenção de doenças e promoção em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente no contexto da atenção básica por se desenvolver mais próximo da população. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza a educação em saúde como uma atribuição de todos profissionais da atenção básica, reconhecendo a importância da autonomia dos usuários nos cuidados em saúde e fortalecendo a participação comunitária nas ações de saúde nos territórios (BRASIL, 2017).

No Brasil a educação em saúde foi sendo consolidada a partir dos movimentos sociais e lutas de classe em prol de melhores condições de vida e saúde da população. Até a década de 70 as práticas de saúde se embasaram em um modelo autoritário e higienista com a imposição de normas e comportamentos sanitários à população de acordo com os interesses das elites brasileiras. A democratização da saúde perpassa pela organização de diversos movimentos sociais, entre estes, trabalhadores da saúde, estudantes, sindicatos, associações, sociedade civil organizada que reivindicavam as necessidades básicas de assistência à saúde da população e ganhou corpo com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que lutava pela democratização do Estado, direito à saúde e reconstrução da sociedade brasileira com novas práticas políticas e sanitárias. Esse movimento pressiona o governo a convocar a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, as propostas aprovadas na plenária da 8ª CNS vão compor o texto base dos capítulos sobre seguridade social da Constituição Federal (CF) promulgada em 1988 que reconhece a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e esse é o cenário para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEDROSA, 2021; SANTOS, 2021; VASCONCELOS, 2004).

A proposta da Educação Popular (EP) é anterior ao SUS, que surgiu na América Latina e no Brasil com as práticas sociopolíticas no campo da educação, e posteriormente passa a ser incorporada no setor saúde pelos movimentos sociais de base popular (SANTOS, 2021). No campo da saúde a EP contribuiu desde o movimento da RSB até a concretização do SUS e vêm se consolidando como uma estratégia teórico-metodológica nas políticas de

saúde, especialmente na atenção básica e nas ações de promoção da saúde, buscando construir uma educação em saúde com a participação ativa da comunidade baseada nas concepções de educação popular de Paulo Freire prezando pela participação popular em consonância com as diretrizes e princípios do SUS (PEDROSA, 2007; PEDROSA, 2021).

A EP busca romper com as práticas verticalizadas de transmissão de saberes, se embasa em metodologias ativas e participativas para promover formas coletivas de aprendizado, investigação, análise crítica da realidade e estratégias de luta e enfrentamento. A EP tem relevância nas práticas educativas nos serviços de saúde e atividades coletivas nas comunidades, criando espaços de escuta, diálogo, troca de saberes e experiências entre profissionais e usuários que possibilitam a equipe de saúde uma aproximação com a realidade de vida da população considerando a cultura organizativa nas comunidades (VASCONCELOS, 2004).

As concepções teóricas e metodológicas de Paulo Freire embasam o ser e fazer das práticas educativas populares no SUS. Os ideais freirianos influenciam a construção de uma educação em saúde com participação popular, diálogo, autonomia e vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde, também sendo capaz de incorporar gestores mais sensíveis e implicados em satisfazer necessidades percebidas no território. Freire defendia uma educação dialógica, emancipatória, libertadora e transformadora da realidade social (FREIRE, 1996).

A Educação Popular em Saúde (EPS) preconiza a construção partilhada de conhecimentos e horizontalidade nas relações entre usuários e profissionais, esses entendimentos metodológicos fortalecem a autonomia dos sujeitos e os processos emancipatórios dos cuidados em saúde (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014; NESPOLI, 2016). Assim, a EPS pode ser compreendida como uma abordagem metodológica, política e epistemológica orientadora da ação dos trabalhadores e trabalhadoras, participantes dos movimentos sociais, universitários/as e usuários/as (CRUZ, SILVA e PULGA, 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado para efetivação da educação popular, pela proximidade com a dinâmica de vida social e comunitária e inserção no território que favorece a construção do vínculo dos usuários com os profissionais. As práticas educativas em saúde

necessitam serem revisitadas pelos princípios da educação popular para favorecer espaços de diálogos, promoção de saúde, compartilhamento de saberes e envolvimento dos profissionais e usuários na construção da participação social e democrática nos territórios (SILVA *et al*, 2021).

Destarte a EPS se constitui na produção coletiva de práticas, experiências e movimentos que contribuem com a transformação social, emancipação dos sujeitos e enfrentamento da exclusão social (PINHEIRO; BITTAR, 2016; LIMA *et al*, 2020).

1.1 A caminhada por entre as leituras dos livros e do (meu) mundo

O meu contato com a área da saúde do SUS se iniciou entre os anos de 2006 a 2010 durante a graduação em Psicologia nas disciplinas voltadas para atuação do psicólogo nas políticas públicas e no contexto das políticas de saúde. No ano de 2011 estava concluindo a graduação em Psicologia e realizei o estágio profissionalizante em uma equipe da ESF no município de Ibicuitinga/Ceará e daí se iniciou a aproximação com o campo do SUS e da saúde da família que vai seguir o meu percurso formativo e profissional.

Vale salientar que nesse período no Brasil foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que contemplavam a atuação multiprofissional para fortalecer a atenção básica e a ESF nos municípios. Essa implantação acontecia de forma gradual e estava se consolidando nos municípios cearenses, o NASF oportunizava a inserção multiprofissional na saúde da família na perspectiva de uma atuação coletiva, de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças e atividades de educação em saúde (BRASIL, 2008).

Outro marco na minha formação foi à participação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) entre os anos de 2013-2015, onde o cenário de prática foi na ESF na cidade de Quixadá/Ceará. A residência proporcionou uma vivência mais aprofundada no trabalho da saúde da família e do NASF, experiência junto ao território e comunidade, realizando ações de promoção da saúde e educação em saúde, e a aproximação com as metodologias ativas e da EPS.

Posteriormente fui aprovada concurso público no município de Ibicuitinga/Ceará, e assumi o cargo de psicóloga, permanecendo nessa função até o tempo atual no campo da saúde da família.

Essas experiências instigaram reflexões e inquietações sobre a minha prática e as atividades coletivas realizadas nesse contexto, percebi que essas práticas educativas tradicionais desenvolvidas no âmbito da ESF estavam distanciadas dos princípios do SUS e com os pressupostos da política de educação popular, como a participação comunitária e espaços para escuta e diálogo com os usuários nas unidades de saúde. No período da residência tive contato com a EPS e percebi que é um caminho teórico e metodológico para a práxis na saúde da família. Talvez daí uma das grandes inquietações me rodeava no cotidiano.

No ano de 2019 participei da seleção do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) tendo como nucleadora a Universidade Estadual do Ceará (UECE), e apresentei a proposta de projeto de pesquisa intitulado: Educação Popular na Estratégia Saúde da Família: o protagonismo dos trabalhadores da saúde, para desenvolver o estudo no município de Ibicuitinga/Ceará. Essa pesquisa vai de encontro às inquietações que acompanharam minha trajetória de atuação na saúde da família e NASF buscando mobilizar reflexões críticas nos trabalhadores/as da ESF.

E essas são as questões norteadoras que elucidam a relevância desse estudo: As práticas educativas e de cuidado em saúde na ESF de Ibicuitinga estão articuladas com as concepções teóricas e metodológicas da EPS? Como podemos promover um diálogo crítico e reflexivo com os trabalhadores e trabalhadoras da saúde acerca do seu fazer na ESF contextualizadas com o cotidiano em que estão inseridos (as)? Como podemos contribuir para os/as trabalhadores/as pensar coletivamente soluções para enfrentamento das situações-limites identificadas?

Estas e outras indagações que fazem parte do processo de construção do presente estudo investigativo e que se justifica pela necessidade de compreender as práticas de educação e de cuidado em saúde na ESF e de como as concepções teóricas e metodológicas da educação popular em saúde podem contribuir para desvelar processos emancipatórios do ser e fazer no contexto da saúde da família em Ibicuitinga.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Desvelar o ser e fazer dos/as trabalhadores/as da saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Ibicuitinga/Ceará, a luz dos princípios teóricos e metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS);

2.2 Objetivos específicos

- Criar espaços coletivos de fala e escuta dos/as trabalhadores/as da saúde sobre a sua atuação na ESF e nas práticas educativas em saúde no território;
- Compreender a essência do ser trabalhador/a da saúde na atenção básica de Ibicuitinga, e pensar como a Educação Popular em Saúde (EPS) pode potencializar esse fazer na ESF;
- Promover um diálogo crítico e reflexivo, junto aos trabalhadores/as da saúde, para construção coletiva de atos-limites para superação das situações-limites identificadas na atuação na ESF.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Marcos históricos da educação em saúde no Brasil

No contexto do Brasil, a educação em saúde passou por transformações ao longo dos tempos. Até a década de 70 as práticas de saúde estavam voltadas para o interesse das elites com imposição de normas e comportamentos higienistas para a população. No período da ditadura militar no Brasil, grupos de profissionais de saúde insatisfeitos com o modelo de saúde autoritário vigente, começaram juntos com outros movimentos sociais a desenvolver ações de saúde mais próximas das classes populares reivindicando saúde pública e melhoria das condições de vida e saúde nas comunidades se aproximando das experiências de educação popular. (VASCONCELOS, 2004).

Uma das experiências citadas por Vasconcelos (2004) foi o surgimento do Movimento Popular de Saúde (MOPS) na Zona Leste da cidade de São Paulo que reuniu centenas de outras experiências em outros estados. Segundo ele, nesses movimentos a educação em saúde se tornou um embasamento técnico e político diante das necessidades e ações populares. O autor aponta que a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular (EP), possibilitou para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que contribuiu para o enfrentamento da postura tradicional autoritária e normatizadora da educação em saúde.

A EP é incorporada no campo da saúde mais intensamente a partir da década de 70, com a mobilização dos movimentos sociais de base popular, junto a outras instituições como, universidades, sindicatos e das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), uma articulação nascida no seio da Igreja Católica no Brasil e na América Latina, inspirada pelo pensamento da Teologia da Libertação, que visavam atender as necessidades básicas de assistência à saúde das populações mais vulneráveis (SANTOS, 2021).

Para Pedrosa (2021) a constituição da EP, enquanto perspectiva ético-política que orienta as práticas educacionais, teve início desde o final dos anos 1950, com as experiências no campo da educação de jovens e adultos e dos movimentos de cultura popular desenvolvidos de forma pioneira pelo

Serviço de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco sob a liderança de Paulo Freire. E desde seu nascimento, a EP vem se consolidando para contribuir com estratégias teórico-metodológicas para embasar o trabalho social, os movimentos sociais e para “a construção de um agir profissional, comunitário e social pautado pela busca incansável da emancipação das pessoas, da garantia e do respeito aos direitos sociais e humanos” (PEDROSA, 2021, p. 22).

Destaca-se nesse contexto o surgimento do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que envolveu trabalhadores e trabalhadoras da saúde, estudantes, movimentos populares, sindicatos e sociedade civil organizada que luta pelo acesso à assistência pública de saúde e a garantia de direitos sociais a população. Diante dessas pressões populares o governo convocou a 8ª CNS em 1986, essa conferência contou com extensa participação popular e foi um marco no processo pela consolidação da reforma sanitária no Brasil. (SANTOS, 2021; VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

Na 8ª CNS deliberou-se a saúde enquanto direito universal e sob a direção unificada do Ministério da Saúde e essas conquistas foram legitimadas na Constituição Federal (CF) que colocou a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, embasando a criação do SUS (SANTOS, 2021).

Evidencia-se a relevância histórica dos movimentos sociais de bases populares na constituição do SUS e do modelo de atenção básica no Brasil. E esses espaços democráticos necessitam ser fortalecidos nos serviços públicos de saúde, perpassados pelas experiências populares de educação e gestão participativa no campo da atenção e promoção da saúde (DANTAS; SILVA, 2015).

Nesse percurso histórico enfatiza-se a implantação do SUS nos estados e municípios na década de 90, com a regulamentação de leis para criação dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como, os Fundos de Saúde e as ferramentas para a gestão do SUS. Destaca-se a criação da Lei 8080/1990 conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que surge para regulamentar as ações e serviços de saúde, e a Lei 8.142/1990 que trata sobre a participação comunitária no SUS e financiamento (SANTOS, 2021).

Salienta-se a organização dos serviços de saúde voltados para promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral nos municípios brasileiros. Foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994 que surge como o principal modelo na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), consolidação dos princípios do SUS e efetivação da municipalização e regionalização. Anterior ao PSF, outras iniciativas tinham sido experimentadas em alguns municípios, como as equipes de saúde da família e a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desde 1986 no Ceará e em 1991 expandida para outros estados, inclusive uma dessas experiências pioneiras foi no município de Quixadá/Ceará em 1993 (DANTAS M., 2019; ANDRADE, BUENO, BEZERRA, 2007). Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96) o PSF passou a ser considerado como uma estratégia de reorientação da APS, passando a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (MOROSONI, FONSECA, LIMA, 2018).

A ESF surgiu como uma estratégia para a consolidação dos princípios do SUS, expansão de acesso da atenção primária, possibilitando a organização da assistência à saúde, atenção integral do cuidado, facilitando a municipalização e regionalização da saúde, bem como, a ESF fomenta a participação popular e vínculo comunitário (ANDRADE, BUENO, BEZERRA, 2007).

No cenário político de fortalecimento da APS tendo a centralidade na ESF foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) pelo Ministério da Saúde (MS) em 1996. A PNAB surge como uma política para fortalecer a atenção primária, a consolidação da ESF, os princípios do SUS, preconizando a promoção da saúde, prevenção de doenças e a integralidade do cuidado em saúde. A PNAB já sofreu duas revisões, a primeira em 2011 e a segunda revisão no ano de 2017 que ainda permanece vigente até os dias atuais (MOROSONI, FONSECA, LIMA, 2018).

Vale ressaltar que essa última revisão da PNAB em 2017 acarretou modificações na organização dos serviços da atenção básica no país, como: a relativização da cobertura universal das equipes de ESF com a flexibilidade da quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de equipes da ESF por pessoas; a segmentação do acesso aos serviços essenciais para garantir a integralidade do cuidado; alteração da composição das equipes; reorganização do processo de trabalho, com alterações na composição profissional e na carga

horária dos trabalhadores; a presença do ACS não é requerida na composição das equipes de ESF; e por fim, a maleabilidade da coordenação nacional da política (MOROSONI, FONSECA, LIMA, 2018).

Para Pedrosa (2021) a interlocução da EP com o setor da saúde veio contribuir inicialmente com as práticas de educação em saúde no contexto comunitário para promoção do diálogo entre os diversos saberes e participação social. No campo da saúde a EP foi exercendo um papel essencial, desde o movimento da reforma sanitária até a consolidação do SUS, orientando e estimulando os diversos atores sociais, sejam os trabalhadores da saúde, intelectuais, militantes e outros atores sociais para compartilhar saberes e práticas, agindo em prol da defesa dos direitos à saúde e a dignidade humana. Nesse cenário a EP se configurou como “uma pedagogia norteadora da exigente e desafiadora construção de políticas de cuidado e de gestão em saúde sob tais égides e bases” (PEDROSA, 2021, p. 24).

Com a consolidação do SUS e a expansão da atenção primária com a instituição da ESF, a Educação Popular em Saúde (EPS) continuou exercendo um papel importante para orientar as ações em saúde participativas e dialógicas, visto que o modelo assistencial vigente ainda era biomédico e pautado na visão cartesiana e científica, e a EPS contribuiu para uma reorientação dessa lógica assistencial e das práticas em saúde no SUS (PEDROSA, 2021).

A proposta do movimento de EPS ganha espaços no âmbito do Ministério da Saúde com a criação de uma Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) em 2003. A luta consistia em tornar essas ações de educação popular em uma política de Estado. Visando promover um espaço institucional para as ações de educação popular e mobilização social, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle social (PEDROSA, 2007).

Nesse cenário de fortalecimento da EP como política de estado, destaca-se a criação do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde em 2009, com a participação de vários movimentos sociais e setores da administração pública, que tem a missão de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de educação popular e acompanhar a construção da

política de educação popular em saúde no Brasil (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015;).

O MS instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito SUS (PNEPS-SUS) através da Portaria nº 2. 761 de 19 de novembro de 2013. Essa política veio reafirmar o compromisso com a universalidade, equidade e fortalecer a participação no SUS, primando pela valorização dos saberes populares e práticas educativas em saúde no SUS (BRASIL, 2013). A PNEPS-SUS é uma política consolidada fruto de um trabalho conjunto entre a instituição e os movimentos sociais (BORNSTEIN, 2016).

A PNEPS-SUS está fundamentada em seis princípios teórico-metodológicos, sendo eles: diálogo- como encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente, amorosidade- que envolve dimensões como acolhimento, afetividade e humanização; problematização- que propõe a construção de relações dialógicas e de práticas em saúde, alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade; construção compartilhada de conhecimentos- entendida enquanto construção de práticas e de conhecimentos de forma participativa e criativa; emancipação- se refere ao processo coletivo e compartilhado de superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência; e compromisso com a construção de um Projeto Democrático e Popular no SUS- entendido enquanto compromisso com a construção de uma sociedade mais justa, democrática, igualitária e culturalmente diversa (BRASIL, 2013).

A EPS no Brasil foi sendo consolidada a partir da mobilização dos movimentos sociais e diversos atores da sociedade civil com reflexão crítica das práticas educativas reducionistas, impositivas e distantes dos sujeitos sociais. Esse movimento buscava construir uma educação em saúde com a participação ativa da comunidade baseada nas concepções de educação popular de Paulo Freire. As ações de EPS mobilizam a participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde, culminando com o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social (PEDROSA, 2007).

Para Pedrosa (2021) os princípios político-pedagógicos da EPS são ferramentas de agenciamento para a mobilização social e a luta em defesa dos direitos sociais e na busca pela melhoria de vida, possibilitando a produção de

sentidos para a vida e estimulando a vontade de agir em prol de mudanças necessárias. E também contribui para a formação de profissionais de saúde empenhados com as questões sociais, envolvidos nas lutas por direitos e comprometidos com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais.

Especialmente no atual contexto brasileiro, marcado por uma crise política que se agravou desde 2016, que tem fragilizado a democracia, causado retrocessos históricos nas políticas de saúde e sociais, faz-se necessário reavaliar e questionar se as práticas de EPS na dinâmica dos serviços de saúde estão contribuindo para o protagonismo dos sujeitos, em especial os trabalhadores da saúde, no que concerne a uma postura reflexiva, crítica, criativa, ativa e participativa diante desse cenário (PEDROSA, 2007; PEDROSA, 2021).

3.2 Diálogos epistêmicos: Freire e as concepções de uma educação dialógica e emancipatória

Paulo Freire defendia uma educação dialógica e emancipatória onde educador e educando se envolvem na construção de conhecimentos para mudar a realidade social, refutava os métodos de educação tradicionais de transmissão de saberes que denominava educação “bancária”. Para Freire (1996) o processo de ensino e aprendizagem não poderia ser reduzido à mera transmissão de conhecimentos, mas na relação dialógica entre educador e educandos que ocorre a construção de saberes.

A proposta freiriana de educação libertadora considerava o saber popular construído socialmente a partir das experiências de vida e de convivência comunitária, entendendo que todo saber tem seu devido valor nos processos educativos. Freire (1996) falava sobre a prática educativo-crítica, ou seja, a reflexão crítica sobre o próprio fazer, para ele essa é uma condição necessária para que a relação entre teoria/prática não se torne um ativismo e se reduza a um *blá blá blá*. Assim o autor considerava que “ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996, p. 12).

Para Freire (1996) o processo de ensinar não é passivo, onde existe um sujeito formador e um objeto por ele formado, que recebe passivamente os

conhecimentos transmitidos. O processo de ensino é dinâmico, pois quem ensina também aprende, em uma relação dialógica, crítica e transformadora, “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 1996, p. 12). Assim, ensinar não é uma mera transmissão de saberes e que esse processo não pode ser reduzido à condição de sujeito e objeto.

“Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnosiológica, pedagógica, estética e ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade” (FREIRE, 1996, p.13).

Para Nespoli (2016) as concepções teóricas e metodológicas de Paulo Freire contribuíram para embasar o que hoje conhecemos por educação popular. As ideias de Paulo Freire fundamentaram as críticas feitas à educação sanitária no Brasil com suas práticas autoritárias, para a construção de um modelo de educação em saúde voltada para autonomia e participação popular. Nesse contexto as teorias da pedagogia libertadora de Freire influenciaram o movimento de educação popular e a luta pela democracia (NESPOLI, 2016).

A EP se embasa em práticas horizontais e participativas, buscando a formação de sujeitos políticos, para lutar por melhores condições de vida e saúde para todos, com o senso crítico diante das iniquidades, injustiças sociais e econômicas. Para a autora “os princípios da educação popular entendem o outro como sujeito que detém saber sobre si, sobre seu corpo, seu modo de vida e cuidado, sua família, seu trabalho, sua comunidade, suas necessidades, entre outros” (NESPOLI, 2016, p. 50).

A EP se diferencia de educação informal, não visa à formação de sujeitos subalternos, mas cria possibilidades para a construção de sujeitos participativos, com capacidade de análise crítica da realidade e estratégias de luta e enfrentamento das injustiças sociais (VALLA, 2014; VASCONCELOS, 2004).

Valla (2014) discorre sobre a necessidade de compreender a fala das classes subalternas assinalando a dificuldade de compreensão e interpretação do saber popular por parte de profissionais e pesquisadores. Para o autor quando o profissional vê seu conhecimento como referência, não vai conseguir chegar ao saber do outro, os saberes populares são construídos a

partir das suas vivências que são diferentes da realidade do profissional. Para o autor “nós oferecemos nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente” (VALLA, 2014, p. 37).

Para Freire (1987) a educação problematizadora deve romper com as práticas verticalizadas, superando a contradição entre educadores e educandos, através do diálogo, onde os educadores se tornam sujeitos desse processo educativo dialógico e participativo. Para o autor “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 44).

A EP considera o saber anterior do educando, valorizando os saberes e valores já adquiridos na experiência de vida dos sujeitos, assim os educandos se sentem mais acolhidos no processo, não se embasa na mera transmissão de conhecimentos, mas na construção compartilhada de saberes e organização política. A EP pode ser definida como “o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos” (VASCONCELOS, 2004, p. 72).

A EPS contribui para a promoção da saúde e qualificação das ações educativas fortalecendo a autonomia dos sujeitos e dos processos emancipatórios dos cuidados em saúde. Nesse sentido os autores apontam que dentre os princípios da EPS, está à defesa da democracia e refutação a todas as formas de autoritarismo, a articulação entre os saberes populares e os científicos, a solidariedade e amorosidade entre os sujeitos para construção de uma sociedade mais justa e igualitária, valorização da cultura popular e a visão de que a leitura da realidade é imprescindível para um processo educativo que visa à emancipação dos sujeitos e a conquista da cidadania (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014).

3.2.1 O inédito viável no campo da Educação Popular em Saúde: apontamentos e possibilidades

No livro *Pedagogia do Oprimido* Paulo Freire (1987) trata da categoria "inédito-viável", partindo do pressuposto que mulheres e homens

como corpos conscientes sabem bem ou mal de seus condicionamentos e de sua liberdade, e encontram no cotidiano as “situações-limites” que são obstáculos que precisam ser vencidos (FREIRE, 1987). Ao empregar a expressão situações-limites, Freire não se referia apenas a educadores, mas a todo sujeito que enxerga situações de forma acrítica e fatalista (SOUZA e CARVALHO, 2018).

Ana Freire (2013) aponta que a categoria “inédito viável” foi pouco estudada e comentada, destaca que “essa categoria encerra nela toda uma crença no sonho possível e na utopia do que virá, (...) esperanças bem própria de Freire”. (FREIRE A., 2013, p.190).

As situações-limites são barreiras que os sujeitos encontram em suas vidas pessoal e social, obstáculos que precisam ser vencidos. Diante dessas situações os sujeitos podem apresentar diferentes atitudes, podem perceber como um obstáculo que não podem superar, ou como algo que não querem enfrentar ou algo que sabem da existência que precisa ser superado, mas não se empenham nesse sentido (FREIRE A., 2013).

As situações-limites podem ser definidas como algo que precisa ser percebido e destacado da vida cotidiana, o “percebido-destacado” é algo que não pode e nem deve permanecer como está, mas, pelo contrário, precisa ser enfrentado, ou seja, ser discutido e superado. Quando as situações-limites são destacadas da realidade, podem ser objetivadas e compreendidas em profundidade para serem percebidas como temas-problemas. A partir dessa percepção das situações-limites como desafios que precisam ser superados, os sujeitos se mobilizam a agir e encontrar soluções possíveis e descobre o inédito viável. Esses sujeitos se movem no sentido de romper a barreira das situações-limites pela ação e reflexão e transpor “a fronteira entre o ser e o ser-mais” (FREIRE A., 2013; PARO, VENTURA E SILVA, 2020).

As ações necessárias para romper as situações-limites são os atos-limite. Os atos-limite são ações e reflexões que têm o objetivo de romper as situações-limite, que implicam em uma postura crítica frente ao mundo em prol da superação dos obstáculos (FREIRE A., 2013).

Dessa forma é preciso utilizar a criatividade individual e coletiva para agir, buscar, desenvolver quantos atos-limite forem necessários para essa superação dos obstáculos, visto que cada situação-limite vai implicar na

criação de atos-limite diferentes e o conjunto desses atos-limite potencializa a transformação social. (SANCHES e GOMES, 2021).

Para Ana Freire (2013) “o inédito viável é na realidade uma coisa inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas sonhada”, mas que pode ser possível se tornar realidade, um sonho que dever ser compartilhado coletivamente na busca das ideais democráticas e da justiça social.

Os inéditos viáveis “são sonhos possíveis e, sobretudo, coletivos; onde pessoal e coletivo se articulariam em direção à justiça social, fundamentados em ideais democráticos e na busca por ser mais” (SOUZA e CARVALHO, 2018, p. 195).

A obra de Freire é permeada pelo compromisso com a ação, na perspectiva dialética que busca articulação entre o que se pensa o que se faz e o que se pensa acerca do que se faz. Os inéditos viáveis estão contextualizados com essa *práxis*, em um processo dialético de conscientização que impulsiona a ação, à medida que o sujeito toma consciência crítica da realidade vai buscar meios de enfrentamento e superação dessas barreiras em prol de soluções (PARO, VENTURA, SILVA, 2020).

Paro, Ventura e Silva (2020) comentam a importância de explorar o conceito de inédito viável na área da saúde, visto ser um contexto permeado por relações de desigualdades, como a hegemonia do saber biomédico em face do saber de outros profissionais da saúde e do saber popular e a reprodução dos processos de trabalho centrado nesse saber médico. Para os autores a incorporação e disseminação dos preceitos da teoria de pedagogia freiriana e da educação popular em saúde é uma possibilidade para romper com esse contexto hegemônico na saúde, através de uma postura crítica e reflexiva para buscar transformações nos modos de produzir saúde.

Para Freitas (2005) o inédito-viável é uma proposta prática de superação dos aspectos opressores a partir da análise crítica da realidade e que se dá em um movimento coletivo que busca o enfrentamento das situações-limites, e essa “luta pelo inédito-viável (...) encerra em si uma perspectiva metodológica, visto que faz do ato de sonhar coletivamente um movimento transformador” (FREITAS, 2005, p. 6).

A referida autora apresenta uma perspectiva metodológica do inédito-viável a partir das concepções de Paulo Freire e Ana Freire, apontam as

dimensões política, epistemológica e estética que são imprescindíveis na construção do inédito-viável. O “plano do querer” a autora faz referência à dimensão política que engloba as opções que orientam a direção do sonho a ser construído. No “plano do refletir” a autora incorpora a dimensão epistemológica que permite a compreensão da razão de ser das situações-limites, que envolve os motivos e as possibilidades para tornar o sonho possível. O “plano do agir” diz respeito à dimensão estética inclui os elementos que se referem à subjetividade, tais como a intuição, a emoção, o prazer, a amorosidade e a alegria. A reflexão a partir destes três planos possibilitaria a percepção dos temas contidos nas situações-limite, e por meio da reflexão crítica é possível perceber para além dessas situações e em contradições com elas, o ainda não experimentado (FREITAS, 2005).

Nesse estudo os trabalhadores da saúde refletiram sobre as ações desenvolvidas na saúde da família, identificando as dificuldades e potencialidades desse fazer nos serviços de saúde e no território, esse movimento dialógico possibilitou a reflexão para compreender a razão de ser das situações-limites das práticas de cuidado e de educação em saúde na ESF e o apontamento dos atos limites para superação dessas dificuldades.

Freitas (2005) argumenta que a luta pelo sonho perpassa o processo dialético da ‘denúncia’ e do ‘anúncio’, que deve ser construído coletivamente e implica em denunciar as situações-limites e anunciar as possibilidades viáveis, em um movimento de luta pelas condições sociais necessárias para realizar os sonhos possíveis. Para a autora a construção do inédito-viável é um processo coletivo e não individual, e as alternativas de superação das situações-limites devem ser construídas coletivamente a partir da vivência crítica da realidade (FREITAS, 2005).

3.3 Atenção Primária à Saúde e Educação Popular em Saúde: desafios e perspectivas para um cuidado integral

Para Bornstein (2016) uma das diretrizes da PNAB é estimular a participação dos usuários nos processos de cuidado em saúde, fortalecendo a autonomia e a participação social. A autora enfatiza que as ações educativas em saúde realizadas por grande parte dos profissionais estão voltadas para promover mudanças de hábitos e comportamentos, são práticas verticalizadas,

centrada nas doenças e nos indivíduos, onde o profissional é detentor dos conhecimentos que devem ser transmitidos aos usuários como sujeitos passivos. Ainda de acordo com a autora, a educação em saúde não deve ser apenas um modelo de atenção para estimular a participação dos usuários no cuidado a sua saúde, mas contribuir na organização dos serviços de saúde prezando um modelo centrado no usuário, na gestão participativa e no exercício do controle social.

Cruz, Silva e Pulga (2020) abordam os desafios e perspectivas da EPS nos processos formativos no atual cenário brasileiro, diante do desmonte das políticas públicas, desgastes da democracia e emergência da pandemia da COVID 19 que desencadeia uma das maiores crises sanitárias do nosso país. Os autores apontam que “a EPS é um campo profícuo de possibilidades para o desvelamento de uma ação social, científica e profissional em saúde” (CRUZ, SILVA e PULGA, 2020, p. 03) que se evidencia na produção coletiva de práticas, experiências e movimentos que contribuem com a transformação social e a emancipação das pessoas no enfrentamento da exclusão social.

De acordo com os autores, a EPS é uma abordagem metodológica, política e epistemológica orientadora da ação dos trabalhadores, participantes dos movimentos sociais, universitários e usuários.

A EPS atua na promoção de experiências sociais e de processos de ensino e de aprendizagem direcionados à constituição da saúde como direito e ao desenvolvimento do protagonismo das pessoas na busca pelo bem viver e pelo enfrentamento crítico às determinações sociais da saúde e do viver. Seu componente fundante é a metodologia, pois tem como base a ação participativa e dialógica, intermediando a formação de sujeitos para a construção da vida com qualidade e dignidade, a partir da participação em trabalhos sociais em diferentes territórios, contextos e situações. (CRUZ, SILVA e PULGA, 2020, p. 03).

As práticas de EPS devem ser perpassadas pela “críticidade em uma perspectiva ética, política e emancipadora” (CRUZ; SILVA; PULGA, 2020, p. 04), e que essa criticidade não deve estar presente apenas no discurso dos protagonistas da EPS, mas nas suas ações e reflexões cotidianas, ampliando o olhar sobre esse fazer e contribuindo para construção de novos conhecimentos sobre o mundo, sobre sua própria experiência e sobre si mesmo. Assim, a EPS necessita ser idealizada e praticada como processo dialético que se consolida na formação de atores que buscam a aprimoramento da sociedade (CRUZ; SILVA; PULGA, 2020).

Lima *et al* (2020) desenvolveram uma pesquisa intervenção sobre a EPS como estratégia para fortalecer o apoio matricial na atenção primária, em uma UBS no estado de Pernambuco. Os autores discorrem sobre a lógica fragmentada nos modos de produção de saúde que se distanciam dos princípios do SUS e da clínica ampliada, os pesquisadores buscam a transformação da práxis a partir dos preceitos teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS (LIMA *et al*, 2020).

A intervenção citada possibilitou o aprimoramento das práticas de saúde desenvolvidas na ESF e a mudança de concepção dos profissionais sobre o apoio matricial e a articulação dos princípios da EPS, pois “quando os atores se percebem também como autores de todo o processo, é possível sentir que modificação se solidifica a partir dessas experiências vivenciadas” (LIMA *et al*, 2020, p. 10). Assim, a experiência provocou frutos como, o senso de pertencimento da equipe àquele espaço da ESF e mostrou que é possível construir outros caminhos quando se permite um processo de construção coletiva (LIMA *et al*, 2020).

Pinheiro e Bittar (2016) realizaram uma revisão integrativa da literatura com objetivo de identificar as práticas e ações de EPS, desenvolvidas no contexto da APS brasileira, buscando analisar como estas práticas estão alinhadas com os princípios e eixos estratégicos propostos pela PNEPS-SUS. No referido estudo as autoras perceberam que em alguns dos trabalhos, a EPS representou um instrumento de reorientação das rotinas e dos serviços de saúde marcados pela falta de diálogo e participação dos usuários. Antes da implementação das propostas de educação popular, as práticas de educação em saúde eram verticalizadas, focada nas campanhas da agenda ministerial, e com centralização das decisões nas equipes de saúde, sem levar em conta as necessidades e interesses da população (PINHEIRO; BITTAR, 2016).

A educação popular não se trata apenas de uma nova metodologia, mas um novo olhar para as práticas de saúde e as relações construídas entre profissionais e comunidade, e que estas relações permitam a construção compartilhada do conhecimento, com autonomia e processos sociais emancipatórios (PINHEIRO; BITTAR, 2016).

A educação popular na APS possibilita o desenvolvimento de experiências inovadoras que contribuem para a promoção da integralidade, participação comunitária, o rompimento com o modelo tradicional de

assistência à saúde e a incorporação de práticas e saberes populares (VASCONCELOS, 2008). Para o autor a “educação popular é arte e saber de lidar com as dificuldades e potencialidades deste relacionamento numa perspectiva de construção da justiça e da solidariedade social” (VASCONCELOS, 2008, p. 345).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Esse estudo é de natureza qualitativa por percorrer caminhos da compreensão e interpretação social. Conforme Minayo (2012) o verbo principal na análise qualitativa é compreender, onde a pesquisadora precisa exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro, levando em conta sua singularidade. A compreensão é seguida do ato de interpretar, pois é preciso se apropriar do que se compreende, “a interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido” (MINAYO, 2012, p. 02).

Configura-se como uma pesquisa do tipo exploratória. As pesquisas exploratórias têm o objetivo de possibilitar maior proximidade com o problema a ser pesquisado, visando à construção de hipóteses, são mais flexíveis, e considera os diversos aspectos e fenômenos a ser estudados (GIL, 2017).

Esse projeto de pesquisa utilizará os pressupostos da pesquisa-ação.

A pesquisa-ação obriga o pesquisador a implicar-se. Ele percebe como está implicado pela estrutura social na qual ele está inserido e pelo jogo de interesses de outros. Ele também implica os outros por meio do seu olhar singular do mundo. Ele compreende então, que as ciências humanas são, essencialmente, ciências de interações entre o sujeito e o objeto da pesquisa (BARBIER, 2007).

Esse estudo buscou trabalhar com a interação dos sujeitos implicados no processo de trabalho da ESF e das ações de educação em saúde no contexto da atenção básica no município de Ibicuitinga. Através da promoção de encontros potencializadores do diálogo crítico e reflexivo desses sujeitos visando mudanças nas suas práticas em saúde. E a pesquisa-ação se configurou como o método mais apropriado para essa pesquisa.

Para Thiollent (2002) a construção social do conhecimento se dá na interação e cooperação entre os sujeitos envolvidos na pesquisa ou extensão. Nesse sentido o autor aponta que “a pesquisa-ação é realizada em um espaço de interlocução onde os atores implicados participam na resolução dos problemas, com conhecimentos diferenciados, propondo soluções e aprendendo na ação” (THIOLLENT, 2002, p. 67).

Barbier (2007) esclarece o método da pesquisa-ação, definindo quatro temáticas centrais:

- 1) A identificação do problema e a contratualização;
- 2) O planejamento e a realização em espiral;
- 3) As técnicas da pesquisa-ação;
- 4) A teorização, a avaliação e a publicação dos resultados.

A identificação do problema e a contratualização, trata-se de um “contrato aberto” que articula “um vaivém entre elaboração intelectual e o trabalho de campo com os atores” (BARBIER, 2007).

Para o autor é indispensável à dimensão espaço-tempo, considerando que toda “pesquisa-ação é singular e que se define por uma situação precisa concernente a um lugar, a pessoas, a um tempo, as práticas e a valores sociais e a esperança de uma mudança possível” (BARBIER, 2007, p.119).

No planejamento e na realização em espiral, o objeto de estudo passa por diferentes etapas que serão descritas a seguir:

- Objeto abordado: identificação da situação problema, proposta do pesquisador para esclarecer o problema, e elaboração de um dispositivo de pesquisa;
- Objeto co-construído: quando é estabelecido o diagnóstico, hipóteses de esclarecimentos existenciais, através da escuta sensível e de referenciais teóricos para embasar o estudo;
- Objeto efetuado: tratamento dos dados, produção de dados e elaboração de sentidos.

As técnicas da pesquisa-ação são as técnicas usuais em Ciências Sociais. Neste estudo foi utilizado como técnicas de coletas de dados o Diário de Itinerância (BARBIER, 2007), Círculo de Conversação (JÚNIOR; SILVA, 2020) e Círculo de Cultura (DANTAS; LINHARES, 2016) como elementos metodológicos da EPS.

O Diário de itinerância é um instrumento metodológico de investigação e registro das vivências. É composto de três fases: diário-rascunho - realiza-se o registro de reflexões, desejos, reações afetivas e acontecimentos; o diário elaborado - organização da escrita anterior, acrescentando comentários científicos e reflexões; e por último o diário

comentado - compartilha o diário como instrumento de democratização do grupo/coletivo (BARBIER, 2007).

Figura 1- Descrição das etapas da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora.

O círculo de cultura é uma proposta pedagógica de caráter democrático e libertador que promove a horizontalidade na relação educador-educando, preza pelo o diálogo e autonomia dos sujeitos (DANTAS; LINHARES, 2016).

O círculo de conversação é uma estratégia metodológica e educativa pautado no diálogo, na construção coletiva do conhecimento e reflexão das práticas pelos os sujeitos, embasados no círculo de cultura freiriano (JÚNIOR; SILVA, 2020).

A quarta temática envolve a teorização, avaliação e publicação dos resultados, é o momento de se produzir a teoria a partir da avaliação

permanente da ação. A pesquisa em espiral deve ocorrer sempre com a tríade planejamento, avaliação e teorização.

A pesquisa-ação chega ao fim quando o problema inicial é resolvido, o que só pode ser afirmado pela população-alvo. A partir daí, teremos a publicação dos resultados que deve considerar os interesses dos implicados (BARBIER, 2007).

Nesse estudo a avaliação ocorreu de forma processual em cada etapa da pesquisa e a divulgação dos resultados foi feita junto à população e comunidade científica, através de participação em eventos científicos e publicação de artigos.

4.2 Cenário

O município de Ibicuitinga está localizado no Estado do Ceará, entre as regiões do Baixo Jaguaribe e zona do Sertão Central cearense, apresenta uma população estimada para o ano de 2019 de 12.525 pessoas (IBGE, 2019). Mas conforme os dados atualizados do consolidado da situação cadastral do e-SUS, o município tem uma população de 13. 457 pessoas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021).

Em relação à região de saúde, o município pertence à Região de Saúde do Sertão Central e a 8ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Quixadá. Dessa forma os atendimentos de média e complexidade são encaminhados através do sistema de regulação para a rede de atenção à saúde da região, e a alta complexidade para a macrorregião de Fortaleza.

Figura 2- Localização do município de Ibicuitinga/Ceará.



Fonte: <https://www.google.com.br/maps/place/Ibicuitinga>.

Os serviços de saúde disponíveis no município: cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade Mista que atende os casos de urgências e emergências, uma Unidade de atendimento para enfrentamento da COVID 19 e uma Unidade de suporte básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Na rede de atenção básica o município possui cinco equipes de ESF que são compostas por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, ACS, recepcionistas e digitadores; cinco Equipes de Saúde Bucal (ESB) composta por dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e uma equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) com os seguintes profissionais: um nutricionista, quatro fisioterapeutas e um psicólogo.

Tabela 1- Descrição das Equipes da ESF do município de Ibicuitinga/2022.

EQUIPES/ CATEGORIAS PROFISSIONAIS	ESF SEDE 1	ESF SEDE 2	ESF AÇUDE DOS PINHEIROS	ESF CANINDEZINHO	ESF VIÇOSA
ACS	07	08	05	05	05
ASB	01	01	01	01	01
ENFERMEIRO(A)	01	01	01	01	01
DIGITADOR	01	01	01	01	01
DENTISTA	01	01	01	01	01
MEDICO(A)	01	01	01	01	01
RECEPCIONISTA	01	01	01	01	01
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	01	01	01	01	01
TOTAL	14	15	12	12	12

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde-2022

As equipes da ESF estão distribuídas para atendimento na área urbana e rural do município, as equipes da ESF Sede 1 e ESF Sede 2 contemplam o atendimento da zona urbana e a área rural é atendida pelas as equipes da ESF Canindezinho, ESF Viçosa e ESF Açude dos Pinheiros.

Essas equipes são responsáveis pelas as ações de assistência básica e promoção da saúde, como: consultas médicas e de enfermagem à

população adstrita na área, cadastramento das famílias, visitas domiciliares, imunização, saúde da mulher (planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, exames preventivos do colo uterino), saúde da criança (puericultura, vacinação), saúde do homem, saúde do idoso, acompanhamento das doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes melites), procedimentos (curativos, reidratação oral, aferição de sinais vitais, glicemia capilar), atendimentos as condições agudas, ações educação em saúde, Programa Saúde na Escola (PSE) entre outras demandas da atenção básica.

4.3 Participantes

Os participantes dessa pesquisa foram os/as trabalhadores/as da saúde das cinco Equipes da ESF do município de Ibicuitinga, incluindo os profissionais médicos, enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem, ACS, recepcionistas, digitadores e os profissionais do NASF AB.

A atenção básica do município apresenta um quadro de 65 trabalhadores distribuídos nas cinco equipes de saúde da família, participaram da coleta de dados 46 profissionais que corresponde a 70 % do total de trabalhadores da atenção básica do município, sendo uma amostragem bem representativa da ESF.

Foi observado que dos 46 participantes, 42 se declararam do sexo feminino (91, 3%) e apenas 04 do sexo masculino (8,69 %). Diante desses dados, percebermos uma forte presença feminina na atenção básica do município, em todas as equipes da ESF as trabalhadoras da saúde têm uma maioria na representação.

A faixa etária predominante foi entre 30 a 39 anos (45,65%), e apenas 17 % estão na faixa entre 20 a 29 anos, visualizamos profissionais adultos e de meia-idade. Quanto ao tempo de atuação no SUS, a maior parte dos profissionais apresenta de 10 a 19 anos (32,60 %) de trabalho na saúde pública, seguida por 21, 73 % que declaram atuação na ESF entre 5 a 10 anos, dessa forma constatamos uma equipe de profissionais com muito tempo de vivência na área da saúde pública.

A amostra foi selecionada conforme o critério da intencionalidade, de acordo com Gil (2017), na amostra intencional os indivíduos são escolhidos a partir de algumas características relevantes pelos pesquisadores e

participantes, mostra-se mais adequada para a obtenção de dados numa pesquisa-ação, tornando uma pesquisa mais rica em termos qualitativos.

Na seleção da amostra na pesquisa-ação deve se utilizar o critério mais qualitativo do que quantitativo, por isso recomenda-se selecionar a amostra pelo critério da intencionalidade, em que os indivíduos são selecionados com base em certas características tidas como relevantes pelos pesquisadores e participantes (GIL, 2017). Os critérios considerados foram à disponibilidade em aceitar o convite, o tempo de experiência na ESF e NASF AB, e que seja envolvido com as ações de educação em saúde.

Na fase exploratória da pesquisa-ação foi realizado o contato com o campo de pesquisa, iniciando pela a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através do diálogo com o secretário municipal de saúde e com a coordenação da APS no município para apresentar o projeto de pesquisa e as fases da coleta de dados.

Em seguida foi realizado contato com os profissionais responsáveis pela gestão de cada UBS para apresentar a proposta da pesquisa e articular as datas das oficinas com os/as trabalhadores/as. Foi enviado um convite (APÊNDICE A) para cada trabalhador com o local, data e horário do encontro para coleta de dados da pesquisa.

Vale salientar que a pesquisadora é trabalhadora da saúde no município, atuando como psicóloga da equipe multiprofissional o que facilitou a inserção no campo de pesquisa e articulação com as equipes da ESF e NASF AB.

Os critérios de inclusão foram: ser trabalhador/a da saúde inserido nas equipes da ESF e multiprofissional do município de Ibicuitinga, que estivessem atuando no período de desenvolvimento da pesquisa e que aceitassem participar da coleta de dados. Não teve critérios de exclusão.

4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

As técnicas de coleta de dados foram os Círculos de Conversação (JÚNIOR; SILVA, 2020) e o Círculo de Cultura (DANTAS; LINHARES, 2016) como elementos metodológicos da educação popular.

Esses instrumentos metodológicos da educação popular promovem a aproximação com a realidade social, a construção coletiva de conhecimentos no processo dialético prática-teoria-prática possibilitando a articulação, mobilização e formação no campo da saúde (PULGA, 2014).

Nesse percurso metodológico da coleta de dados foram realizados os Círculos de Conversação com os/as trabalhadores/as das cinco equipes da saúde da família do município contemplando um diálogo com as diversas categorias profissionais que atuam na ESF e NASF AB.

A coleta de dados se realizou entre maio e agosto do ano de 2022 e a pesquisadora percorreu o território da zona urbana e rural do município dialogando com esses profissionais, criando espaços de participação coletiva e problematizadora do ser e fazer na ESF e na educação em saúde, permitindo ecoar as vozes de quem faz a saúde da família no sertão cearense.

Júnior e Silva (2020) propõe o Círculo de Conversação como uma estratégia metodológica qualitativa na produção de saberes em enfermagem e que pode ser utilizada em outros campos do saber, partindo do referencial metodológico do Círculo de Cultura de Paulo Freire.

O Círculo de Conversação se configura como uma proposta de reinvenção com questões concretas sobre as etapas de desenvolvimento, assumindo o diálogo junto aos sujeitos, de forma horizontal, tomando vivências, queixas e necessidades específicas como centro dessa conversa, na perspectiva da construção do saber coletivo que articula as singularidades e peculiaridades dos sujeitos do grupo. Salienta-se que no Círculo de Conversação “tem-se o entendimento da necessidade de conversa, em que o ator da pesquisa tenha de fato o papel de protagonista, e não apenas fonte de dados para esta” (JÚNIOR; SILVA, 2020, p. 07).

O Círculo de Conversação é dividido em três momentos distintos: exposição do problema, contextualização e conversa.

A exposição do problema é o momento inicial da conversa, que se inicia com a fabricação de questões, surgem problemas relacionados às

demandas específicas, gerando ideias sobre a temática e o nível de envolvimento/vivência e conhecimento prévio sobre tal assunto (JÚNIOR; SILVA, 2020).

O próximo passo é a contextualização que se refere elaboração por parte dos sujeitos da problemática que envolve a realidade do grupo, instigando a compreensão social e a possibilidade de intervir naquela determinada situação (JÚNIOR; SILVA, 2020).

A conversação é a formulação de saberes vivenciado pelos sujeitos na conjunção de relações com sua realidade social, formulando o conhecimento, tendo por base a significância de suas vivências. A conversa converge na evolução de ideias entre duas partes, sujeitos e facilitador que possibilita a construção de saberes coletivos visando à solução das situações-problemas (JÚNIOR; SILVA, 2020).

Os Círculos de Conversação foram planejados previamente em relação à acolhida dos participantes, a dinâmica para dialogar com o grupo sobre a temática da pesquisa, bem como aos outros elementos como o espaço físico, data, horário, convite, lanche, contato com os participantes entre outros, e foi utilizado o mesmo roteiro nos cinco encontros (APÊNDICE B).

Vale ressaltar que foram realizados cinco momentos para coleta de dados, um Círculo de Conversação em cada unidade de saúde com as diversas categoriais profissionais da ESF (FIGURA 03 e 04).

O Círculo de Conversação foi denominado “Trilhando veredas conhecidas” que remete as reflexões a serem suscitadas sobre as vivências dos sujeitos em relação às ações de educação em saúde realizadas no território.

O momento inicial foi o acolhimento dos participantes com a utilização de uma prática da educação popular denominada “corredor do cuidado” (DANTAS; FLORÊNCIO, 2015) para facilitar a interação e o vínculo afetivo entre os sujeitos.

O corredor do cuidado é uma prática popular que possibilita a construção de cuidados dialogados, participativos e humanizados, a partir da premissa de que é preciso “cuidar de mim é cuidar do outro, cuidar do outro é cuidar de mim”. É uma vivência utilizada nos movimentos populares e nos serviços de saúde, a prática mostra que o cuidar nem sempre necessita de

técnicas apuradas e que pode se dar no encontro afetivo e potente com o outro (DANTAS; FLORÊNCIO, 2015).

Para a exposição do problema, foi solicitado que cada participante escrevesse as primeiras palavras que vinham a sua mente, ao ler a frase “As ações de educação em saúde no meu território”, que foi disposta em um cartaz. Em seguida foram distribuídas tarjetas de papel nas cores azul, rosa e branca e solicitado que os participantes anotassem uma ou mais palavras nas tarjetas coloridas seguindo essa orientação: nas tarjetas de cor azul palavras referentes às ações de saúde, nas tarjetas de cor rosa as práticas de educação em saúde e as tarjetas de cor branca indicativas do território.

Figura 3- Dados sobre os Círculos de Conversação realizados com as equipes de saúde.



Fonte: Elaborado pela autora.

Todas as tarjetas escritas foram coladas no papel madeira para formar um painel temático sobre as práticas de educação em saúde no território. Esse universo de palavras nos fala sobre as percepções iniciais dos trabalhadores sobre o seu fazer na produção de cuidado e nas ações de educação em saúde na ESF (APÊNDICE C).

Figura 4- Etapas dos Círculos de Conversação com os/as trabalhadores/as da saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Continuando com o momento da contextualização e conversação, foram colocadas as seguintes questões para suscitar a reflexão dos sujeitos sobre as práticas de educação em saúde e as ações da ESF no território: Quais são as práticas de educação em saúde que realizamos no território? Quem são os participantes? Como são realizadas essas práticas? Como se dá a construção do conhecimento nessas práticas? Que temas abordamos? Que orientações políticas e pedagógicas orientam essas práticas de educação em

saúde que realizamos? Como se dá a relação entre educando e educadores? Que resultados essas práticas produzem para as pessoas, as equipes, os usuários, os serviços, o SUS?

O momento foi encerrado com a fala de agradecimento da pesquisadora aos participantes, entrega de lembrancinhas e a oferta de um lanche. Nesses encontros também foram escolhidos dois participantes para representar a equipe em segundo momento da coleta que será descrita a seguir.

A próxima etapa da pesquisa foi à realização de um Círculo de Cultura com representantes de todas as equipes para reflexão crítica sobre as práticas de educação em saúde e a educação popular a partir dos diálogos disparados nos Círculos de Conversação iniciais com os/as trabalhadores/as de saúde.

O Círculo de Cultura é um elemento metodológico da educação popular como espaço de ação político-pedagógica, que possibilita a troca de saberes, participação coletiva em uma relação horizontal mediada pelas experiências coletivas. O que mobiliza o Círculo de Cultura são os problemas vivenciados pelos participantes e a busca pela reflexão crítica sobre eles no sentido de um posicionamento para modificar esse contexto. No Círculo de Cultura o sujeito é protagonista diante compartilhamento de saberes que permite a construção de estratégias de intervenções na realidade (TRAVASSOS, 2016).

De acordo com Dantas e Linhares (2016) os Círculos de Cultura têm como princípios o diálogo e autonomia dos sujeitos. Do ponto de vista pedagógico, os círculos de cultura sistematizados por Paulo Freire podem ser estruturados em três momentos: a investigação, a tematização e a problematização. A seguir será discorrido sobre cada um desses momentos.

A investigação se dá com a interação entre educador e educandos onde se busca palavras e os temas que representam as suas vivências, desse universo vocabular são extraídas as palavras geradoras que são o ponto de partida para o diálogo e a reflexão crítica (DANTAS; LINHARES, 2016).

O próximo momento é a tematização, que se caracteriza pelo processo de análise dos temas e palavras geradoras, buscando o significado social, compreensão da própria realidade e propostas de intervenção crítica. Nesse momento é “o importante não é transmitir conteúdos específicos, mas

despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida” (DANTAS; LINHARES, 2016, p. 62).

A problematização é a busca por soluções para os problemas identificados na análise crítica, é um momento de construção de novos saberes e conhecimentos para transformar a realidade de forma consciente e crítica. (DANTAS; LINHARES, 2016).

O Círculo de Cultura “Construindo espaços dialógicos na ESF” foi realizado com os representantes dos/as trabalhadores/as da saúde com a perspectiva de identificar as práticas de educação em saúde realizadas na ESF e nos territórios, buscando compreender a articulação desses saberes e práticas de educação em saúde já existentes com a educação popular.

Esse momento ocorreu no dia seis (06) de outubro de 2022 e contou com a participação de treze (13) trabalhadores/as da saúde das cinco equipes ESF do município: cinco ACS, duas enfermeiras, uma fisioterapeuta da equipe NASF AB, uma dentista e duas técnicas de enfermagem, e duas recepcionistas (FIGURA 05).

O momento inicial do acolhimento dos participantes foi realizado uma vivência, planejada pela pesquisadora, para criar um ambiente de partilha e afetividade, que consistiu na distribuição de sementes a cada participante e solicitado que plantasse essas sementes em um vaso e falasse um sentimento, um desejo, um sonho, para sentir-se como estivesse plantando essas palavras afetuosas (APÊNDICE G).

Para investigação das palavras e temas foi utilizado recortes de falas dos círculos de conversação com as reflexões e discussões sobre as práticas educativas na ESF. Os participantes escolheram as falas para embasar o diálogo, acrescentando novas palavras nesse universo vocabular que emergiu das falas, vivências e experiências dos participantes.

Para tematização foram utilizadas algumas questões para disparar a reflexão:

- a) Qual(is) sentido(s) dessas ações educativas no seu processo de trabalho?
- b) Qual(is) o(s) desafios (situações-limites) encontrados na realização dessas ações?
- c) Como podemos pensar ações para superação dessas dificuldades (atos-limites)?

E nesse momento foi solicitado que os participantes se dividissem em subgrupos, e cada um desses subgrupos ponderou os trechos das falas e apresentou as dificuldades (situações-limites), as potencialidades e as soluções possíveis (atos-limites) (APÊNDICE E).

Foi orientado que essa produção remetesse as práticas de educação em saúde e sua representatividade para o território a partir das discussões e reflexões provocadas nos Círculos de Conversação e das experiências dos sujeitos no cotidiano nos serviços de saúde.

A partir das questões geradoras discutidas nos pequenos grupos e compartilhadas no coletivo, foi proposto ao grupo um momento de compartilhar as reflexões e sentidos sobre o seu processo de trabalho na ESF e as suas práticas educativas.

Figura 5- Etapas do Círculo de Cultura com os/as trabalhadores/as da saúde



Fonte: Elaborado pela autora

No final do encontro foram colocadas flores de girassol como um cartão de agradecimento no vaso, simbolizando o florescer das sementes plantadas com a seguinte frase “não basta resistir, tem que florescer”. A pesquisadora agradeceu a presença dos participantes e foi oferecido um lanche.

4.5 Técnicas de análise de dados

Foi utilizada uma interpretação qualitativa a partir da análise temática dos dados (MINAYO, 2006). “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa” (MINAYO, 2006, p. 316).

A autora define os passos para operacionalização da análise temática que são compostas de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A pré-análise “consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa” (MINAYO, 2006, p. 316). Nessa etapa foi realizada a organização de todos os materiais obtidos em campo, como as informações da observação participante, transcrições das gravações e filmagens dos Círculos de Conversação e do Círculo de Cultura. Procedeu-se com a leitura flutuante desses materiais organizando de acordo com os objetivos do estudo para a constituição do corpus, ou seja, o universo estudado em sua totalidade (MINAYO, 2006).

Os Círculos de Conversação foram gravados para posterior transcrição do material, em seguida foi feita uma leitura e releitura das falas e organizadas a partir das questões norteadoras colocadas para a reflexão do grupo e foi organizado em um quadro síntese (APÊNDICE D).

O Círculo de Cultura também foi gravado e transcrito para análise das falas e dos materiais produzidos pelo grupo, sendo assim produzido um quadro com a problematização (situações-limites) e possíveis soluções (atos-limites) que foram frutos das discussões nos subgrupos (APÊNDICE E).

O próximo passo que é a Exploração do Material que consiste na ordenação e classificação dos dados para a elaboração das categorias teóricas que embasam as discussões teóricas do estudo (MINAYO, 2006).

As falas foram agrupadas a partir da similaridade de sentidos e significados expressados e alocadas em temas e subtemas, e partir desses materiais organizados foram elencados as categorias empíricas.

O último passo é o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação que busca a articulação dos dados coletados na pesquisa com os referenciais teóricos, para responder os questionamentos iniciais da pesquisa (MINAYO, 2006).

A partir dos resultados e discussões dos dados coletados na pesquisa foi elaborado um cordel intitulado “As vozes de quem faz a saúde da família no sertão de Ibicuitinga” (APÊNDICE H).

Na descrição dos Resultados e Discussão as falas dos sujeitos que contribuíram na pesquisa foram identificadas entre parênteses no final da fala com a seguinte classificação, a letra (T) de trabalhador da saúde acrescido de uma numeração para diferenciar os sujeitos.

4.6 Aspectos éticos

Esse projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme o Parecer Consubstanciado do CEP N° 5.353.020 de 15 de Abril de 2022 (ANEXO).

Essa pesquisa respeita os preceitos éticos que devem ser seguidos na pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), que preconiza as normas a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos.

O Termo de Anuência (APÊNDICE F) foi assinado pelo Secretário Municipal de Saúde do município de Ibicuitinga autorizando a realização da pesquisa.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo e coleta de dados, sendo garantido o anonimato e respeito às questões éticas e valores sociais, éticos, culturais, religiosos e morais de cada participante, com a opção de aceitar ou não aceitar participar da pesquisa. Todos os sujeitos que participaram da coleta de dados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o tratamento e organização dos materiais coletados, foi realizada uma classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas. Foram elencadas quatro categorias que serão apresentadas a seguir.

A primeira categoria intitulada “*A demanda é tão grande: dificuldades na organização da agenda para promover educação em saúde*” reúne falas que fazem referências às dificuldades de realização educação em saúde devido a algumas situações como, à alta demanda de atendimentos nas UBS e a sobrecarga de trabalho.

E a partir dessas falas dos/as trabalhadores/as da atenção básica do município de Ibicuitinga trazendo suas experiências, necessidades, angústias, dificuldades e potencialidades, delineou-se uma discussão teórica crítica e reflexiva sobre a práxis na atenção básica permeada pelas contribuições da educação popular no ser e fazer na saúde da família.

Na próxima categoria reuniu-se um coletivo de falas que fazem referências às vivências das práticas de educação em saúde na ESF que revela um descontentamento com a reprodução de práticas de saúde verticalizadas sem considerar as necessidades locais. Foi assim especificada “*A gente acaba muito trabalhando o que vem de cima para baixo: vivências das práticas de educação em saúde*”. A partir dessa categoria foram criadas duas subcategorias com essa perspectiva crítica do fazer saúde na ESF.

A subcategoria denominada “*Ações de educação em saúde verticalizadas: negação do contexto e necessidades locais*” traz uma discussão das práticas de saúde verticalizadas e embasadas no modelo biomédico hegemônico que foram percebidas como situações-limites, e aponta-se a EPS como um referencial teórico e metodológico para romper com essa lógica assistencial.

A outra subcategoria foi cognominada “*Do domicílio ao consultório: cuidado educativo con-versado*” se referindo as falas que destacam a perspectiva do cuidado em saúde multiprofissional na ESF e embasado em uma relação dialógica e participativa, como por exemplo, as visitas domiciliares, escuta ativa e construção de vínculo com os usuários.

Na categoria “*É só blá, blá, blá : o Previne Brasil e o aprisionamento do ser e fazer na ESF*”, trazemos uma discussão acerca do descontentamento

que surgiu nas falas dos sujeitos diante das mudanças na organização dos serviços de atenção básica, retrocessos da nova PNAB e novo modelo de financiamento (Previne Brasil) que tem dificultado o trabalho na atenção básica municipal e nas ações educativas no território.

Para finalizar, temos a categoria denominada “*Olho a olho com os usuários: atos-limites para superação de situações-limites identificadas*” que apresenta os discursos sobre os desafios de atenção básica no período da pandemia, novos protocolos sanitários, e as incertezas em relação ao tratamento e prevenção da COVID 19, imunização, rejeição da vacinação pelos usuários, paralisação das atividades coletivas, entre outras situações.

A subcategoria “*Círculo de Cultura na ESF: trabalhadores/as da saúde na busca do ser-mais*” apresenta a identificação das situações-limites e a construção coletiva de soluções (atos-limites) para enfrentamento desses problemas desafiadores do fazer na ESF, principalmente no que se refere às práticas de educação e de cuidado em saúde.

Esse estudo possibilitou aos trabalhadores/as da ESF do município de Ibicuitinga fazer uma leitura crítica da sua atuação na saúde da família, com espaços de fala e construção coletiva de soluções para enfrentamento dessas situações-limites na busca do inédito-viável. Cada encontro foi um movimento de luta pelas condições sociais necessárias para realizar os sonhos possíveis (FREITAS, 2005).

5.1 “A demanda é tão grande”: dificuldades na organização da agenda para promover educação em saúde

Durante os Círculos de Conversação com os trabalhadores e trabalhadoras das equipes da ESF um discurso recorrente foi relacionado à alta demanda de atendimentos nas UBS e a sobrecarga de trabalho que dificulta as ações de promoção da educação em saúde.

Conforme essa fala de uma profissional que atua na equipe multiprofissional NASF AB reverberando como as demandas de atendimentos que comprometem a agenda de trabalho dos profissionais.

“Eu acho assim, que a demanda é tão grande, que a gente acaba esquecendo-se de fazer essa educação em saúde, a gente acaba fazendo só a nossa prática, o assistencial, e a parte mais primordial talvez, talvez não, com certeza, que é compartilhar um pouco do

conhecimento, a gente deixa a desejar por conta dessa demanda frenética” (T2).

Percebe-se a prevalência desse modelo biomédico hegemônico nas práticas de saúde curativas na preponderância do uso de práticas focadas na cura e o pouco investimento no desenho de fluxos de trabalho que contemplem a dinâmica de atividades coletivas.

De acordo com Cecílio e Reis (2018a) a atenção básica como um eixo estruturante do SUS engloba uma diversidade de atribuições e ações em saúde como a assistência cotidiana, demanda crescente, cuidado com a doença, prevenção, educação em saúde e escuta qualificada, e isso remete a pensar como esses trabalhadores percebem a política da atenção básica para além do que está nos documentos oficiais. Os autores compreendem “a atenção básica à saúde como o entrecruzamento por onde trafegam pessoas, desejos, sentidos” (CECÍLIO; REIS, 2018a, p. 02).

Percebemos a atenção básica como esse lugar de criatividade, potência, cuidado, sendo atravessada por afetos, encontros e desencontros que compõem o cotidiano das relações e dos saberes e fazeres dos trabalhadores, que também reflete nessa alta demanda assistencial e na sobrecarga de trabalho.

Cecílio e Reis (2018a) apontam que o SUS tem dois desafios, consolidar a política da atenção básica e produzir atores para a política. Os autores apontam estratégias para produzir um novo trabalhador da saúde que vai executar a política no cotidiano, entre estas, a educação permanente em serviços, modelos de gestão mais participativos e o apoio terapêutico-pedagógico.

Essa questão problematizadora a respeito do foco na doença e nas práticas curativas em vez de ações coletivas de produção de cuidado foi trazida nas falas dos/as trabalhadores/as.

“E acaba que a gente trabalha cada vez mais com doenças, e ver que o SUS está sendo aparelhado para cuidar de doenças e não prevenir” (T1).

“A atenção primária é prevenir, é mais prevenir do que tratar, e a prevenção é prioridade na saúde, tratar é consequência” (T10).

A PNAB no Brasil tem ao longo dos anos enfrentado a lógica biomédica e hospitalocêntrica do cuidado em saúde buscando superar a dicotomia entre o assistencial e preventivo, e a criação do PSF veio nesse sentido de reorientar a prática assistencial (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Desde a sua criação a ESF configura-se como um modelo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando e dando materialidade a diretrizes e princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A despeito das atribuições da ESF apontadas na PNAB, os trabalhadores destacam as dificuldades de operacionalizar no cotidiano dos serviços assistenciais da ESF os princípios da política de prevenção e promoção da saúde.

“Em tudo, como você falou as ações de promoção e prevenção, já é um custo mais barato, para você está ali praticando a educação em saúde com determinados grupos específicos, eu acho que a facilidade se enquadra aí, por que você não precisa de muitos recursos financeiros e uma densidade tecnológica avançada. São ações simples que na maioria dá para ser realizada em casa, e a gente entra na questão dos determinantes sociais conforme aquela determinada população” (T3).

Giovanella, Franco e Almeida (2020) apontando os retrocessos da atual PNAB relatam a prioridade ao cuidado individual e à demanda espontânea, e cita o programa Saúde na Hora que foi lançado pelo MS em 2019, esse programa explicita a prioridade dada ao cuidado individual e ao atendimento à demanda espontânea, e os incentivos a esse programa evidencia o caminho trilhado para a transformação das UBS em unidades de pronto-atendimento. A fortaleza da Estratégia Saúde da Família impulsionadora na leitura do mundo onde o vivido é bússola para o planejamento e a seleção de ações a serem realizadas foi objetivamente negada vulnerabilizando cada vez mais áreas territoriais carentes de atenção.

Apesar dos retrocessos que a nova PNAB colocou para a efetivação dos princípios do SUS nos tempos atuais, os trabalhadores percebem a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde. Isto revela o quanto o diálogo pode ser potente para ao se ouvirem refletirem sobre práticas que até dependem de determinantes sociais, mas que entre eles, o aspecto econômico não é o fundante.

Retomando as ponderações de Cecílio e Reis (2018a) é preciso compreender como os/as trabalhadores/as percebem a política da atenção básica nas práticas de saúde realizadas no território, visto que esses profissionais vivenciam essa realidade no seu cotidiano.

Esse estudo possibilitou um diálogo crítico e reflexivo com os/as trabalhadores/as da atenção básica do município de Ibicuitinga criando um ambiente de fala e expressão de suas experiências, necessidades, angústias, dificuldades e potencialidades perpassadas nesse fazer na saúde da família.

Os/as trabalhadores/as também apontaram outras dificuldades para consolidação das práticas educativas nas unidades de saúde como, a falta de adesão dos usuários, uma cultura explícita semeada pelo movimento da medicalização, espaços físicos inadequados nas unidades de saúde, busca dos usuários pelas consultas e intervenções curativas e falta de recursos e de apoio da gestão.

“Temos dificuldades com os usuários aqui no posto, que estão para consulta, muitos não querem participar” (T14).

“Outra coisa é a falta de recursos, por que às vezes a gente tem até, as ideias, para fazer uma coisa extraordinária, lindo e bom para fazer, mas faltam recursos” (T10).

“Tem também o ambiente, por que tem pouco espaço, e lota de pessoas, fica quente e desconfortável” (T11).

Em um estudo realizado com enfermeiras da ESF para compreender as dificuldades e facilidades para realização da educação em saúde na atenção básica foram elencadas questões semelhantes como o espaço inadequado das unidades, sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e ausência de políticas públicas municipais para fomentar as práticas educativas em saúde (PINTO; ASSIS; PECCI, 2019).

Os Círculos de Conversação (JÚNIOR; SILVA, 2020) possibilitaram aos trabalhadores/as expressarem percepções sobre suas vivências, sentirem-se acolhidos e compartilharem em grupo suas necessidades. Encontramos falas que reverbera a importância desses encontros dos/as trabalhadores/as das equipes da ESF para planejar as ações e refletir sobre o processo de trabalho na equipe.

“Raramente a gente tem esse momento, acho que nem por mês a gente tem, por que sempre tem a avaliação com as ACS, mas tinha que reunir todo mundo [equipe] para planejar, mas não acontece e fica tudo do mesmo jeito” (T14).

Evidenciou-se que os modos apropriados pela pesquisadora para realização da pesquisa regada pelo referencial da EPS utilizadas nos encontros criaram um espaço acolhedor para facilitar a expressão verbal e afetiva. Experienciamos um lugar onde os trabalhadores e trabalhadoras compartilharam suas vivências, necessidades, dificuldades, potencialidades, desejos, sonhos para melhoria das ações assistenciais e educativas no seu território, como diz Lima (2013) “*De sonhação o SUS é feito: com crença e luta o SUS se faz*”. O reforço ao sentido dessa expressão que é título de livro ia sendo apontado em cada encontro realizado.

Bezerra e Feitosa (2018) em um estudo sobre a afetividade do ACS no território que foi realizado em uma UBS no município de Quixadá/Ceará apontam que no processo de inserção comunitária e vivências no território emergem sentimentos e afetos que podem ser positivos ou negativos e podem aumentar ou diminuir a potência de ação dos sujeitos. As autoras salientam a necessidade de ampliar o olhar sobre essa dimensão subjetiva na atenção básica que permeiam as relações humanas, visto que os bons encontros, permeados de afetos e emoções podem potencializar o trabalho do ACS no território, e pode-se acrescentar que a afetividade pode potencializar o trabalho dos profissionais de saúde na saúde da família.

Lima *et al* (2020) descreve um estudo realizado com profissionais do NASF AB sobre apoio matricial na ESF utilizando as técnicas da educação popular e afirmam que a EPS é uma estratégia essencial para dialogar com os processos de trabalho vivenciados na equipe e facilitou a fala mesmo dos profissionais que geralmente não tem esse lugar de fala nas reuniões e participaram desses momentos de forma leve e natural.

5.2 “A gente acaba muito trabalhando o que vem de cima para baixo”: as vivências das práticas de educação em saúde

Essa pesquisa também teve como objetivo identificar as práticas de educação em saúde já realizadas pelos/as trabalhadores/as em seus territórios e articular esses saberes e práticas com a EPS. Percebem-se nas falas dos/as trabalhadores/as da ESF um descontentamento com a reprodução de práticas de saúde verticalizadas, sem considerar as necessidades locais.

Para Cecílio e Reis (2018b) o MS opera com uma lógica de normalização, padronização e homogeneização na formulação da política de saúde, mesmo que no plano do discurso reconheça as diversidades regionais não desenvolve um plano que considere as especificidades locorregionais.

“A gente acaba muito trabalhando o que vem de cima para baixo, sem retratar esse conhecimento, esse saber popular, um saber que não é menor do que o nosso, e que talvez considerado e potencializado, trazendo aqui, uma liderança, uma rezadeira, para uma sala de espera falar das plantas medicinais, talvez vá até surtir mais efeito e quando a comunidade se sente valorizada, esse vínculo equipe-profissional-usuário melhora” (T2).

Essa fala de uma profissional da equipe multiprofissional NASF AB reflete inquietações sobre a lógica centralizadora das políticas de saúde que se reflete na verticalização dos programas e ações e os trabalhadores sentem-se impotentes e “*trabalhando o que vem de cima para baixo*”, e outro contraponto na fala é a falta de articulação com as práticas populares no cuidado em saúde.

Nesse sentido, aponta-se a importância de refletir sobre a dimensão do cuidado em saúde na ESF, para Ayres (2004) o cuidado é uma dimensão essencial na existência humana e nas práticas de saúde o cuidado é uma atitude terapêutica que busca o sentido existencial do ser no processo saúde-doença. Nespoli *et al* (2020) enfatiza que o cuidado nessa concepção ontológica se apresenta raro no campo da saúde por está aprisionado pela hegemonia biomédica que não considera outras dimensões de cuidado em saúde, como os saberes populares e a medicina chinesa.

“Falando em saber popular lembrei que veio uma pesquisa da Superintendência Regional de Saúde para responder qual o tipo de PICs que a gente utilizava aqui com os usuários, e eu não achei nenhuma para citar” (T3).

Essa fala de uma profissional reverbera o discurso anterior sobre as dimensões do cuidado em saúde na ESF de Ibicuitinga que está alicerçado no saber biomédico e técnico-científico, e não é institucionalizado espaços para as práticas populares de cuidado na atenção básica do município.

Em 2006 foi instituída pelo MS a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com orientação para estruturação dessas práticas na atenção básica na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2006). Mas ainda são encontradas dificuldades e fragilidades para consolidação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na atenção básica.

Em um estudo de Aguiar, Kanan e Masiero (2019) sobre a produção científica acerca das PICs na atenção básica no Brasil apontou que uso dessas práticas integrativas e alternativas na assistência à saúde promove a redução da medicalização, emponderamento dos usuários no autocuidado, redução dos transtornos mentais comuns, baixo custo e ausência de efeitos colaterais. O estudo também apresenta algumas limitações para consolidação das PICs como a falta de apoio da gestão, carência de recursos materiais e de infraestrutura, além da falta de investimento na formação dos profissionais de saúde para a utilização dessas práticas no atendimento aos usuários.

Pedrosa (2021) vislumbra a necessidade do diálogo entre os saberes populares e os conhecimentos técnicos científicos para a integralidade do cuidado. Para o autor as práticas populares de cuidado a partir da PNPIC alcançaram mais visibilidade e algumas experiências foram incorporadas no SUS e no contexto da saúde da família como a fitoterapia popular, o *reiki*, a massoterapia e práticas de medicina indígena e tradicional.

A EPS se configura como uma perspectiva teórica e epistemológica para o agir em saúde perpassado pela reflexão crítica e dialógica, possibilitando aos serviços de saúde sejam espaços capazes de qualificar a busca de “ser mais” das pessoas, de relações respeitadas e democráticas, além de propiciar condições reais para melhorar mais a vida em sociedade, sendo ela pautada pelos princípios da solidariedade, justiça, liberdade e igualdade (CRUZ; SILVA; PULGA, 2020).

Nespoli *et al* (2020) afirmam que a EPS possibilita uma prática dialógica e problematizadora que se contrapõe ao modelo biomédico e medicalização da vida, e compreende o cuidado como uma dimensão ontológica e humanista que conduz a humanidade à felicidade e ao bem comum, assim a EPS “preocupa-se em criar inéditos viáveis na produção do cuidado que possam, por meio de atos-limite, transformar a realidade com vistas à construção coletiva de um mundo diferente que vá superando as situações-limite” (NESPOLI *et al*, 2020, p. 10).

Nessa perspectiva percebe-se que as falas dos trabalhadores e trabalhadoras refletem uma insatisfação com esse modelo hegemônico e centralizador de cuidado com a saúde. Ao perceber essas situações-limites os sujeitos são mobilizados a agir para encontrar possíveis soluções - atos-limites- que implicam em uma postura crítica frente ao mundo na perspectiva da superação dos obstáculos (FREIRE A., 2013; PARO; VENTURA; SILVA, 2020).

O desafio apresentado tem sido romper com essa lógica hierarquizada e nesse sentido apropriarem-se do referencial da educação popular pela própria visibilidade do vivido nessa pesquisa pode constituir algo muito potente.

5.2.1 Ações de educação em saúde verticalizadas: negação do contexto e necessidades locais

Nos Círculos de Conversação os/as trabalhadores/as compartilharam as vivências das práticas educativas e a reprodução de práticas tradicionais de educação em saúde de acordo com as diretrizes da política de saúde instituída pelo governo federal através do MS e repassada a estados e municípios, por exemplo, as campanhas educativas de âmbito nacional como outubro rosa e novembro azul.

Durante a coleta de dados com as equipes de ESF foi construído um painel temático sobre as percepções iniciais dos trabalhadores sobre o seu fazer e as ações de educação em saúde nas vivências cotidianas (APÊNDICE C). Os trabalhadores citaram com maior frequência as campanhas de amplitude nacionais como, as campanhas do outubro rosa, novembro azul, semana do bebê, setembro amarelo, mutirão de prevenção das arboviroses, entre outras ações.

Como podemos observar nos recortes das falas abaixo, os sujeitos fazem referências às campanhas educativas de MS como as principais atividades de educação em saúde realizadas no território.

“São realizadas várias ações, o Ministério da Saúde já preconiza um calendário de ações todo colorido todo o ano, a partir desse calendário que a gente começa a desenvolver nossas ações, elas são realizadas geralmente nas escolas, nos postos de saúde, individual no domicílio (...)” (T20).

“Todas as ações realizadas nas equipes de PSF, junto com os agentes de saúde que repassam as ações que vão ser feitas seja no posto, nas escolas, (...) como a semana do bebê, que é mostrado para as mães à forma correta de amamentar seu bebê, os cuidados nos primeiros dias com a criança nos primeiros dias de vida, a gente também teve aqui a ação de prevenção do câncer de próstata que teve a presença de idosos, homens, que é o novembro azul, então todas essas ações são muito importante, tanto para nós, como para a população e para nossa cidade” (T37).

“(...) “As ações do outubro rosa e o novembro azul, por que geralmente quem faz o novembro azul, é um médico, que seja homem também, para abordar os assuntos, mas eu fiz, e me surpreendi, por que os homens às vezes não querem se abrir e falar, mas nesse dia eles participaram, tiraram suas dúvidas, foi um momento assim que eu achei muito proveitoso” (T20).

Essas práticas educativas verticalizadas não levam em conta as demandas e necessidades reais do território e se tornam uma mera transmissão de informações que visa à mudança de comportamentos individuais reforçando o modelo biologicista. Equívocos são percebidos quando se vê o quanto os profissionais acreditam que as informações difundidas através de cartilhas, panfletos, folders são suficientes para produzir comportamentos saudáveis, nessa perspectiva cabe ao sujeito mudar seus comportamentos conforme a prescrição ou palestra proferida pelo profissional com materiais didáticos que, geralmente, são produzidos sem considerar a realidade local e cultural (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011).

Freire (1996) cita que toda prescrição é a imposição de uma consciência sobre a outra e por isso é alienadora. A prescrição, ainda que amparada por um discurso libertário e popular, é muito semelhante às posições de um modelo hegemônico que considera a educação em saúde como mera transmissão de informações, e muitas vezes os profissionais têm um discurso inovador, mas na prática reproduz essa lógica alienadora. “Educar é construir

um novo conhecimento a partir da troca de saberes e experiências” (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011, p. 467).

“Nós da atenção primária ainda somos acostumados a fazer algo já pronto, trazer pronto, mas como vimos à experiência que a colega enfermeira falou da roda de conversa, de escutar os usuários, isso traz muito mais efeito por que às vezes você pode achar que essa é a necessidade da população, mas é a sua visão, mas eles podem necessitar de algo totalmente diferente do que planejamos” (T2)

Reverberando essa discussão sobre as práticas de educação em saúde verticalizadas, Paulo Freire destaca que não há saber mais ou saber menos, há saber diferente, que são construídos nas relações culturais e históricas, por isso o processo educativo deve ser dialógico e participativo (FREIRE, 1987). É preciso chegar ao saber do outro e entender que os saberes populares não são menores, são diferentes (VALLA, 2013). Nesse sentido os usuários devem ter espaços de fala e participar no seu processo de cuidado em saúde, como aponta a fala a seguir.

(...) “às vezes tem usuários querem falar, mas tem medo por que os profissionais falam diferentes, criando espaços que facilite a fala e a participação dos usuários, acho que isso deve ser trabalhado nas ações de educação em saúde” (T29).

Salienta-se a necessidade de uma educação em saúde participativa, onde os usuários tenham lugar de fala, sejam ouvidos e compreendidos, e que deve se efetivar desde os planejamentos das ações que precisam considerar as reais necessidades dos usuários, como observamos abaixo no trecho da fala abaixo.

(...) O município faz muito planejamento, mas precisa se colocar no lugar do usuário, pensar o que o usuário precisa ouvir de acordo com as necessidades deles” (T41).

Dantas e Silva (2015) apontam que as equipes da ESF devem atuar para ampliar e fortalecer a participação popular criando uma relação de vínculo e confiança com os usuários, e a educação popular possibilita a reflexão sobre os processos de trabalho na ESF e da relação trabalhador-usuário para serem mais atuantes, participativos e críticos.

Nesse sentido as autoras salientam que “a educação popular não é somente uma educação para o povo, mas acima de tudo, um caminho para a conscientização” (DANTAS; SILVA; 2015, p. 5), que se desvela na perspectiva teórica e epistemológica da EPS para o agir em saúde e a contribuição para construção de um sistema de saúde mais dialógico e participativo.

5.2.2 Do domicílio ao consultório: cuidado educativo con-versado

Um conjunto de falas relevantes se refere às ações de cuidado realizadas na ESF, mas especificamente às visitas domiciliares, são citados os desafios e as possibilidades dessa prática que fortalece o vínculo e o cuidado assistencial as famílias no território.

“Nosso trabalho é as visitas na casa das famílias, se colocando muitas vezes no lugar deles, por que têm muitos pacientes trabalhadores, eu tenho 25 anos de agente de saúde, eu e minha colega fomos as primeiras ACS aqui nessa comunidade, desbravando os sertões, enfrentando muitas dificuldades no deslocamento para fazer as visitas domiciliares” (T17).

O termo cuidado deriva do latim *coera* que traz na sua essência o sentido de cura, e esse conceito tem relação com amor, amizade, desvelo e preocupação com o outro. No contexto da EP é utilizada a expressão produção de cuidado se referindo à produção, meio, caminho a ser percorrido por sujeitos que optam pelo diálogo e a escuta nas suas atitudes (PARO; FALLEIRO; MANO, 2011).

Os profissionais ACS citam que durante as visitas domiciliares são realizadas ações de cuidado em saúde com empatia e atenção as necessidades dos usuários.

“Um espaço que a gente usa muito são as nossas visitas domiciliares, por que quando a gente chega em uma casa encontra uma pessoa mais fragilizada, a gente demora mais para conversar, tentar ajudar aquela situação, orienta a família” (T10).

Essas questões do cuidado e atenção com os usuários emergiram nos discursos de outros profissionais, apontando que a dimensão do cuidado em saúde perpassa o fazer na saúde da família. Como observamos abaixo na fala de um profissional de enfermagem.

“(...) cada área tem uma realidade diferente, tem um perfil de população e tem as pessoas cada uma com sua individualidade, sua singularidade e as particularidades, e no atendimento conseguimos desvendar essas particularidades e adaptar as orientações a realidade de cada usuário (...)” (T 30)

Conforme afirma Paro, Falleiro e Mano (2011) a forma como o profissional de saúde escuta e fala, dá devolutivas aos/as usuários/as deve ser cuidadosa para prestar o cuidado desde a primeira interação como o/a usuário/a levando informação, alívio e conforto.

Chaves *et al* (2022) realizou um estudo para identificar a percepção do significado do papel do ACS pela visão dos próprios agentes e de outros profissionais da ESF. Os autores destacam que a prática cotidiana do ACS é permeada de relações entre os usuários e a equipe atravessada de poderes e implicações, que vai desde o reconhecimento do trabalho desse profissional a conflitos de interesse com os colegas de equipe.

O trabalho do ACS é implicado pelos sentidos de doação e construção de vínculos com a comunidade, criando uma ponte entre a comunidade e os serviços de saúde (CHAVES *et al*, 2022).

“Muitas vezes a pessoa só vai por que a agente de saúde está ali na casa batendo na mesma tecla, orientando, explicando e a gente vai conscientizando eles (usuários) a procurar o serviço de saúde” (T38).

Em algumas falas as ACS colocam essa postura de doação e dedicação no seu trabalho com a disponibilidade para a escuta, apoio e cuidado com o outro.

“Como ACS eu me sinto uma pessoa importante, as pessoas procuram com a gente as informações sobre os atendimentos no posto, me sinto importante por que chego nas casas, as vezes a pessoa está assim triste, abatida, aí conversa, desabafa, e com uma palavra que a gente diz já ver a pessoa melhor, eu acho bom meu trabalho, tem dias que estou cheia com tudo, mas assim toda profissão tem suas dificuldades, tem dias que não estou bem e outros estou melhor” (T17).

O ACS assume esse papel de mediação e articulação entre a equipe de saúde e a população, contribuindo para a potencialização das ações de prevenção e promoção da saúde, conhece a realidade de vida das famílias e pode efetivar vínculos e influenciar os modos de produção de cuidado em

saúde na comunidade. Durante a pandemia de COVID 19 o ACS teve um papel fundamental de compartilhar informações dos serviços de saúde para os usuários (DUARTE *et al*, 2020).

Os profissionais também perceberam a necessidade de realizar ações coletivas como rodas de conversas, grupos e encontros entre equipe e usuários para fortalecer o vínculo e a convivência comunitária.

“Eu estou gostando muito a experiência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, mas sinto falta de momentos assim de rodas de conversas, de trocas e de partilha entre os profissionais e a comunidade, que pode ser feito em grupos com os usuários para facilitar o vínculo e os laços entre os usuários e a equipe, pode ser feito um grupo (...)” (T30)

“Essa roda de conversa pode ser realizada no dia ao atendimento do hipertenso e diabético, (...) pode ser realizado um momento de roda de conversa, e do mesmo jeito no dia do pré-natal, do atendimento dos psicotrópicos, e do planejamento familiar”. (T31)

Enfatiza-se que os princípios político-pedagógicos da EPS são ferramentas que possibilitam a produção de sentidos para a vida e estimulam a vontade de agir em prol de mudanças necessárias (PEDROSA, 2018).

A incorporação e a disseminação da pedagogia freiriana e da educação popular é uma possibilidade para romper com esse contexto hegemônico na saúde, mobilizando os/as trabalhadores/as a assumir uma postura crítica e reflexiva e buscar transformações nos modos de produzir saúde (PARO; VENTURA; SILVA, 2020). E esse movimento dialógico esteve presente nos encontros com os/as trabalhadores/as durante os Círculos de Conversação nas UBS de Ibicuitinga.

5.3 “É só blá, blá, blá”: o Previne Brasil e o aprisionamento do ser e fazer na ESF

A atenção básica desde o seu surgimento tem sido alvo de propostas privatistas e de lógica mercantilista que busca deflagrar as políticas de saúde e sociais. A nova PNAB de 2017 propõe reestruturação nos serviços, composição das equipes e processos de trabalho na ESF que retrocede a uma atenção básica tradicional, visando três eixos de reestruturação para a atenção

básica: o financiamento, a regulação e a prestação de serviços (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

No escopo dessas mudanças na PNAB, surge o novo modelo de financiamento da atenção básica, o Programa Previne Brasil que alterou de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e provocou três mudanças para a atenção básica: eliminou os pisos fixo e variável (PAB); introduziu o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabeleceu uma nova forma de pagamento por desempenho (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Os profissionais evidenciam em seus discursos o descontentamento com esse novo programa de financiamento e a dificuldade de conseguir alcançar os indicadores elencados, visto que modifica o foco da ESF de ações coletivas comunitárias e territorial para uma lógica apenas assistencial e individualista.

“E assim relacionado a isso, pega essa demanda e vem o novo financiamento da atenção primária, prejudica muito essas ações, por que eu tenho aqueles cinco indicadores, vinte e um, sei lá, conforme o quadrimestre para correr atrás, e aí não vai não fazer teu exame de prevenção daquela mulher, e aí não vai não aferir a pressão daquele hipertenso, e aí acaba que as ações educativas fica de lado”. (T3)

“Uma das dificuldades aqui citadas foram à alta demanda, os postos de saúde são lotados, (...) devido a essa alta demanda a gente fica sobrecarregada no serviço, chega e passa direto para o consultório para atender, a busca incessante para atingir as metas, os indicadores são muito cobrados, e não tem um indicador de educação em saúde como tinha no PMAQ, o Previne Brasil deixou a desejar em muitas coisas, o PMAQ cobrava da gente as ações de educação em saúde” (T20)

Com o Previne Brasil o SUS passa a restringir sua assistência à saúde a indivíduos contemplados no cadastro, distanciando-se do princípio universal em que as transferências de recursos deveriam ser associadas ao conjunto da população dos municípios. Evidencia-se a mudança em toda lógica da APS e da universalidade do sistema, descaracterizando sua orientação como ordenadora do cuidado e legitimando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir nesse nível de atenção (MENDES; MELO; CARNUT, 2020).

A fala abaixo destaca uma lacuna por parte dos gestores da saúde para apoiar as ações de educação em saúde destinando recursos e materiais

para que os profissionais de saúde possam diversificar as atividades educativas na comunidade.

“A gente percebe que enquanto equipe é muitas ações realizadas por todos profissionais em ações individuais e coletivas, mas precisa um olhar melhor dos gestores para apoiar e oferecer condições para que a gente possa fazer melhor essas ações, às vezes pensamos em fazer algo diferente para a população, aí o pessoal diz precisa fazer palestras, mas a palestra é só o *blá blá blá*, todo ano a mesma coisa, a gente não tem um incentivo para fazer melhor ainda, mas mesmo assim realizamos muitas ações, não podemos escolher a mais importante por que todas tem a mesma importância”. (T28)

Essas questões da falta de recursos materiais e ausência de políticas públicas municipais para fomentar as práticas educativas em saúde foram citadas pelos profissionais de saúde em um estudo sobre educação em saúde na ESF (PINTO; ASSIS; PECCI, 2019).

De acordo com a PNAB, é competência da gestão municipal de saúde gerenciar os serviços e ações de atenção básica dentro do seu território, garantir a estrutura física necessária para o trabalho nas unidades de saúde e garantir os “recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas” (BRASIL, 2017, p. 7).

A despeito de discursos vazios e destituídos de sentidos, que podem ressoar apenas como *blá, blá, blá*, os sujeitos revelam em suas falas os entraves que aprisionam o ser e o fazer na saúde da família e se mostram implicados com o desejo de mudanças para superar essas limitações.

5.4 “Olho a olho com os usuários”: atos-limites para superação de situações-limites identificadas

“(…) com a pandemia ficou dois anos sem realizar as ações de educação em saúde e de está olho a olho com os usuários” (...)(T41)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou em 31 de dezembro de 2019 a descoberta em Wuhan, na China, de uma doença causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) que foi denominada COVID 19. Por ser uma doença com alta capacidade de transmissão se espalhou rapidamente por diversos países, se tornando um dos maiores desafios para a saúde no ano de 2020 e os anos seguintes. No dia 11 de março de 2020, a

OMS declarou a COVID-19 como pandemia. A OMS adotou como medida preventiva o isolamento social, e milhões de pessoas no mundo todo passaram a enfrentar mudanças no estilo de vida, na rotina diária e nos meios de convivência social (JÚNIOR *et al*, 2021; GIOVANELLA *et al*, 2021).

A COVID-19 se configurou como uma doença com potencial de óbito e de manifestações clínicas variáveis, que vão desde sintomas brandos de uma gripe como tosse, febre e coriza, até sintomas mais graves, como a síndrome do desconforto respiratório agudo, podendo levar à morte. Devido ao alto potencial de infecção e ausência de tratamento específico, os sistemas de saúde no mundo todo sofreram com a superlotação em seus hospitais, emergindo como uma urgência sanitária no Brasil e no mundo (BOTACIN; GONÇALVES, 2022).

No Brasil no início da chegada do Coronavírus vivenciou-se um cenário de ausência de autoridade sanitária nacional e de coordenação e cooperação intergovernamental. A insuficiência e demora na alocação de recursos que fez com que as iniciativas de governos estaduais e municipais não fossem suficientes para enfrentar a pandemia. E aliado a isso ainda tiveram a negação da ciência e o descaso governamental federal que contribuíram para uma situação de ineficiência na condução das medidas sanitárias (GIOVANELLA *et al*, 2021).

A COVID chega ao Brasil em um momento de fragilização da política de saúde, que se evidenciava no subfinanciamento do SUS e falta do investimento na atenção básica. Situação que se inicia com aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 95/2016 que congelou os recursos públicos por vinte anos, seguido das alterações na PNAB em 2017 e da aprovação em 2019 da nova forma de financiamento da ESF que afeta a universalidade e integralidade da saúde e contribui para uma atenção básica seletiva e focada em agravos (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020; GIOVANELLA *et al*, 2021; MEDINA *et al*, 2020).

A APS desempenha um papel importante no cuidado à saúde da população através da função assistencial da ESF, mas no início da pandemia não se considerou a relevância da ESF no fluxo de prevenção e assistência à saúde dos pacientes, e o foco de atuação foram os investimentos em serviços de alta complexidade com o investimento na atenção hospitalar e a aquisição

de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (BOTACIN; GONÇALVES, 2022; FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020; GIOVANELLA *et al*, 2021).

Com o agravamento da situação sanitária e a comprovação que as medidas de isolamento social, a testagem e o controle de comunicantes foram adotadas medidas de vigilância epidemiológica e reconhecido a que a APS é primordial no enfrentamento da pandemia e no acompanhamento dos pacientes (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020).

Essa contextualização foi necessária visto que a coleta de dados da pesquisa ocorreu no ano de 2021 em um cenário ainda pandêmico, mas vivenciando a imunização, a redução dos casos graves da doença e já iniciando o retorno das atividades presenciais nas unidades de saúde com a possibilidade dos encontros presenciais.

Mas a vivência dos/as trabalhadores/as da ESF estava permeada pelos sentidos e afetos que emergiram nesse contexto de pandemia que ainda é desafiador para os profissionais de saúde.

Situações-limites vivenciadas durante da pandemia da COVID-19 foram trazidas nas falas. E mostraram as dificuldades de atuação na atenção básica desde o início da pandemia que foram marcados pelo medo da doença, o receio de se contaminar e levar a doença para os familiares, as incertezas quanto aos protocolos de proteção individual, o isolamento social e as mudanças repentinas na rotina de trabalho.

“(...) só o que eu tenho notado, é desde que começou a pandemia está muito difícil realizar a educação em saúde” (...) (T20)

“(...) à pandemia também causou muita dor, tristeza, perdas, e afetou a todos, inclusive os próprios profissionais de saúde por que ficou todo mundo no mesmo barco sem saber como agir, mas aos poucos devemos voltar com as atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças (...) por que é melhor presencial do que virtual, mas vai dar certo e vamos fazer” (T41)

Com a chegada da vacinação emergiu outra dificuldade que foi a mobilização da população para se imunizar, visto que muitas pessoas rejeitavam as vacinas reproduzindo os discursos negacionistas da ciência e da eficácia das vacinas. Nos relatos abaixo de profissionais citam essa situação desafiadora.

“(...) um momento difícil foi à pandemia, tanto a chegada da pandemia, e a chegada da vacina devido à rejeição da população, e a gente orientando, e eles perguntavam você vai tomar a vacina, quando fui avisar a vacina para os idosos, a primeira coisa que eles perguntavam era “seu pai e sua mãe vai tomar a vacina” (...) (T21)

“(...) a questão da dúvida das pessoas com relação à eficácia da ciência, levando assim para a vacinação as pessoas tiveram um choque muito grande, de dizer “ah eu não vou tomar, vou deixar outras pessoas tomarem para ver os efeitos” (...) (T41)

Medina *et al* (2020) afirma que os ACS são importantes aliados nos enfrentamentos de epidemias, principalmente no que se refere à conscientização da população e combate ao estigma relacionado a doença, bem como no combate a notícias falsas (*fake news*) e apoio pelo trabalho educativo.

Vale ressaltar que as *fake news* em relação à COVID 19 e a vacinação foram recorrentes nesse período da pandemia e se espalharam com o advento das redes sociais e aplicativos de mensagens e causou dúvidas e receio na população. A educação em saúde e o diálogo com a comunidade se mostra como potencializador no enfrentamento da desinformação.

Para Duarte *et al* (2020) nesse desafio de enfrentamento da pandemia na ESF, pode-se destacar o papel do ACS enquanto profissional que pode agenciar um elo entre a comunidade e os serviços de saúde no cenário de isolamento social, e tem competências para realizar as ações de promoção, prevenção e controle de agravos à saúde da população, com ênfase nas atividades educativas em saúde.

A atuação do ACS pode ser percebida como estratégica na luta contra a COVID-19 na ESF, visto que atuam diretamente junto à comunidade e conhece de perto as condições de vulnerabilidade e situações clínicas dos usuários. Ressaltando também a atuação estratégica e essencial dos profissionais de enfermagem para capacitar os ACS e realizar o cuidado integral aos usuários (DUARTE *et al*, 2020).

“Nessa pandemia, nós, agentes de saúde, com a vacinação da COVID que veio para proteger a todos nós, enfrentamos essa barreira de pessoas com muita resistência para tomar a 2ª, 3ª dose, tem muita gente que ainda não tomou a 1ª dose, mas que a gente está sempre avisando os dias que tem as vacinas no posto da Sede 1” (T37).

O estudo de Júnior *et al* (2021) relata a experiência de profissionais de enfermagem na linha de frente do enfrentamento da COVID 19 na rede hospitalar. Os autores enfatizam que os profissionais enfrentam vários desafios marcados pelas incertezas, riscos, medos e sofrimentos psíquicos nesse contexto de dor e sofrimento dos pacientes. Também reafirmam a necessidade de investimentos em melhores condições de trabalho do/a enfermeiro/a nos serviços de saúde, visto que podem surgir outras emergências em saúde pública e precisa de respostas à situação de crise.

Medina *et al* (2020) reforça a importância do fortalecimento da política de atenção básica à saúde para enfrentamento da pandemia que requer a prioridade na ESF, ampliação dos ACS por equipes, regaste do Programa Mais Médicos, foco no trabalho multiprofissional com o retorno das equipes do NASF que foram extintas, e incentivo em uma abordagem territorial com enfoque comunitário.

A força de trabalho da ESF, diante de muitas experiências municipais e locais bem-sucedidas demonstram a força e resiliência das equipes de saúde da família nos variados contextos e ressaltam que “mais do que nunca precisamos de uma APS no SUS forte, vigilante, capilarizada, adaptada ao contexto e fiel a seus princípios” (MEDINA *et al*, 2020, p.4).

5.4.1 Círculo de Cultura na ESF: trabalhadores/as da saúde na busca do “ser-mais”

O Círculo de Cultura foi realizado com representantes de todas as equipes da ESF escolhidos dentre os que tinham participado dos Círculos de Conversação nas unidades de saúde na etapa inicial da coleta de dados.

Nesse encontro foi delineada a construção coletiva de atos-limites para superação das dificuldades apontadas nos discursos dos/as trabalhadores/as nos encontros anteriores.

A problematização se iniciou a partir dos recortes das falas dos sujeitos que foram impressas e expostas em um painel. Os participantes se reuniram em subgrupos e escolheram recortes dessas falas para disparar a discussão. Ao mesmo tempo identificavam as dificuldades (situações-limites) e apontavam soluções (atos-limites) diante das situações que emergiram nos

discursos e nas próprias vivências dos sujeitos. Os resultados foram organizados em uma tabela (APÊNDICE E).

As situações-limites identificadas pelos sujeitos se referem seguintes questões: descontentamento com essa nova lógica da APS e com o Previner Brasil que contribuiu para aumentar a sobrecarga de trabalho; a insatisfação pela falta de recursos e de infraestrutura nas UBS que dificulta as ações educativas; a lacuna na comunicação entre gestão e profissionais da saúde e a necessidade de investir na valorização dos profissionais da atenção básica no município garantindo educação permanente e melhoria da remuneração (incentivos e benefícios).

Os profissionais construíram coletivamente atos-limites para superação dessas dificuldades, que destacamos a seguir: Fortalecer do vínculo comunitário e promover ações educativas; Realização de rodas de conversa com os usuários nas UBS e nos territórios; Fomentar estratégias de diálogo entre gestão (SMS) e ESF; Apoio da gestão em saúde para priorizar a educação em saúde na atenção básica; e Valorização dos profissionais da atenção básica (educação permanente, remuneração e incentivos financeiros).

O Círculo de Cultura foi essencial para promover um diálogo crítico e reflexivo pelos/as trabalhadores/as da ESF, que foram instigados a destacar as situações-limites diante da sua realidade prática e pensar coletivamente soluções para o enfrentamento desses desafios.

E esse momento pode ser potencializador de um movimento de transformação desses/as trabalhadores/as pela ação e reflexão na busca do “ser-mais” (FREIRE, 2013) contribuindo para (re)pensar a sua atuação na saúde da família e nas práticas de educação em saúde na comunidade.

O diálogo perpassado pelos princípios da educação popular contribuiu para disparar nesses/as trabalhadores/as reflexões, inquietações e criticidade do seu fazer na saúde da família e das limitações da atual conjuntura política e ideológica no sistema de saúde, que pode “demonstrar a importância do reconhecimento de si como ser inacabado diante de tal imposição” (DANTAS *et al*, 2015, p. 332), e mobilizar os/as trabalhadores/as na busca de superação das dificuldades sendo protagonistas de seu fazer na ESF.

A EPS propõe novas formas para o fazer e o pensar em saúde em busca de novos horizontes sociais e experiências para enfrentamento das situações-limites e que possam promover concretamente os inéditos-viáveis,

nessa perspectiva, “fazer EPS é construir, desde já, novas possibilidades de ser, de estar e de atuar no mundo” (CRUZ; SILVA; PULGA, 2020, p. 7).

E parafraseando os referidos autores, diria que “fazer ESF” é construir novas possibilidades de ser, de estar e de atuar no território pautado em uma postura crítica e reflexiva sobre si mesmo e sobre o mundo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das reflexões e produções dos/as trabalhadores/as da saúde de Ibicuitinga, evidencia-se que as práticas de cuidados e de educação em saúde na ESF são perpassadas por situações-limites que aprisionam o ser e fazer desses profissionais no cotidiano dos serviços.

Vislumbramos uma possibilidade que emerge da Educação Popular em Saúde na sua perspectiva teórica, metodológica e epistemológica que pode ser um caminho para a construção compartilhada de soluções para enfrentamento dessas limitações, e mobilizar os sujeitos na busca de (trans)formação do ser e fazer na saúde da família pela possibilidade da reflexão crítica e dialógica.

Os encontros durante os Círculos de Conversação e o Círculo de Cultura foram espaços potentes da ação-reflexão, com espaços de escuta, diálogo e interação para os/as trabalhadores/as compartilharem suas angústias, inquietações, percepções e serem acolhidos na sua inteireza como sujeitos protagonistas das suas vivências na saúde da família.

Os/as trabalhadores/as revelaram em suas falas potencialidades do seu trabalho na atenção básica, que se destacam no vínculo afetivo e social construído com os usuários na comunidade e possibilita um cuidado em saúde con-versado vivenciado pelo o saber-de-experiência-feito e da confiança dos usuários de se sentirem ouvidos e acolhidos seja no domicílio durante as visitas domiciliares ou nas unidades de saúde e no território em outras ações de cuidado em saúde.

A verticalização das práticas educativas em saúde ainda permeia o fazer da ESF de Ibicuitinga, e foi identificada como uma situação-limite. Acreditamos que o contato com a pedagogia freiriana e com a educação popular possa despertar nos sujeitos uma nova subjetividade que busque romper com esse contexto hegemônico na saúde e possibilite a (trans)formação nos modos de produzir saúde na ESF de Ibicuitinga. Visto que a perspectiva teórica e epistemológica da educação popular pode contribuir para o agir em saúde e para construção de um sistema de saúde mais dialógico e participativo.

Os discursos reverberaram o descontentamento com o atual modelo de organização e financiamento da APS, aliado a alta demanda assistencial

que dificulta a realização das ações de promoção de saúde, e das práticas educativas nos territórios que atenda as necessidades do território.

Outra situação-limite apontada foi o desafio de atuação na ESF no período da pandemia de COVID-19, os/as trabalhadores/as expressaram sentimentos, angústia e afetações que emergiram nesse cenário de medo e tensão que abalou o Brasil e o mundo. E nesse contexto pandêmico, a ESF necessitou de uma readaptação nas formas de cuidado, quando não se podia ter contato físico, realizar visitas e atendimentos, foram sendo delineadas outras maneiras de cuidar e de realizar a comunicação com os usuários, através dos meios virtuais de comunicação. E vislumbra-se a importância de fortalecimento da atenção básica e da ESF para dar respostas aos usuários em cenários adversos, como em uma pandemia, visto que as equipes de saúde estão inseridas no território e conhecem de perto a realidade dos usuários.

Em suas falas, os sujeitos expressaram como dificuldade a falta de comunicação entre gestão e ESF para serem acolhidos e ouvidos. E isso evidencia a necessidade de criação pela gestão local de espaços participativos para os/as trabalhadores/as na atenção básica de Ibicuitinga, possibilitando a produção coletiva das ações de saúde. E que seja incluindo a participação dos usuários, para planejar ações de saúde para responder as reais necessidades da população. Destarte sugerimos um planejamento local potencializador da participação popular em saúde que envolva os diversos atores da ESF, trabalhadores da saúde, gestores e usuários.

A Educação Popular em Saúde se configura como um campo amplo de saberes e fazeres para promover mudanças nas ações educativas na ESF para superar a verticalização dos saberes e revelar sentidos nos profissionais para se implicarem na construção compartilhada de cuidado em saúde a partir do saber popular e da participação comunitária.

As vozes dos/as trabalhadores/as são as vozes da experiência, vozes da resistência, vozes reprimidas que foram silenciadas por um sistema de saúde político/ideológico que não possibilita espaços dialógicos e de participação efetiva no SUS e na ESF. Mas ao serem instigados a pensar e refletir sobre a sua prática na saúde da família, os sujeitos expressaram seus desejos de mudanças para a construção de uma atenção básica forte e resiliente no município de Ibicuitinga.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 13, 2004, set. 2004. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/#>. Acesso em: 05 jan. 2023

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. 3ª ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2007.

BEZERRA, Y.R.N.; FEITOSA, M.Z.S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v.3, p. 813-822, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TjrZ6csxpxBwtYQk7cyYssj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10. Ago. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de outubro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PIC-SUS). 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 11 out. 2022.

BORNSTEIN, V. J. Princípios pedagógicos do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. In: BRASIL. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: Textos de Apoio**. Rio de Janeiro: ESPJV, 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/guia-do-curso-de-aperfeiçoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BONETTI, O. P.; CHAGAS, P.A.; SIQUEIRA, T.C.A. A Educação Popular em Saúde na Gestão Participativa do SUS: construindo uma política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **II Cadernos de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2014.

BOTACIN, W. G.; GONÇALVES, M. D. Estratégia de Saúde da Família: atuação e desafios frente ao cenário de COVID-19. **Cadernos Ibero-americanos**, v. 11, n.4, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/872>. Acesso em: 10 nov 2022

CECILIO, L.C.O.; REIS, A. A. C.. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2018a, v. 34, n. 8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00136718>>. Epub 20 Ago 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136718>. Acesso em: 14 nov 2022.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da Atenção Básica à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2018b, v. 34, n. 8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>>. Epub 20 Ago 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>. Acesso em: 14 nov 2022.

CHAVES, V.C.B. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde como doação, abnegação e criação de vínculo: subjetividades produzidas. **Revista uruguaia de enfermagem**, v. 17, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1361874>. Acesso em: 05 jan 2023

CRUZ, P.J.S.C.; SILVA, M.R.F.; PULGA, V.L. Educação Popular e Saúde nos processos formativos: desafios e perspectivas. **Revista Interface**, Botucatu, v.24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YVGkQJHk8pbwtrPkCTtvQSm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021

DANTAS, D.S.G.; SILVA, M.R.F. Possibilidades da Educação Popular em Saúde na transformação do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, v. 18, v.4, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15655>. Acesso em: 08 jun 2022

DANTAS, M.A. **O “aprendizado sentido no corpo, uma potência de cuidado, escuta e cura”: a (trans)formação dos/as educadores/as populares do EdPopSUS Ceará**, 2019, 116 f. Dissertação (Mestrado acadêmico), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019.

DANTAS, V.; FLORÊNCIO, E. Cuidar do outro é cuidar de mim, cuidar de mim é cuidar do mundo: o Corredor do Cuidado. **Blogstop da Rede Humaniza SUS**, 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/92756-cuidar-do-outro-e-cuidar-de-mim-cuidar-de-mim-e-cuidar-do-mundo-o-corredor-do-cuidado/#:~:text=O%20Corredor%20do%20Cuidado%20%C3%A9,ocorriam%20no%20contexto%20dos%20movimentos>. Acesso: 08 jun 2022

DANTAS, V.L.; LINHARES, A.M.B. Círculos de cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: BRASIL. Escola Politécnica dessaúde

Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: Textos de Apoio**. Rio de Janeiro: ESPJV, 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/guia-do-curso-de-aperfeiçoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 20 set. 2020.

DUARTE, R.B. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde frente à COVID-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem em Foco**, v.11, n.1, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597>. Acesso em: 20 jan 2023

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários a prática educativa/ Paulo Freire. 25^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 1^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREITAS, A.L.S. Pedagogia do inédito-viável: contribuições de Paulo Freire para fortalecer o potencial emancipatório das relações ensinar-aprender-pesquisar. **V Colóquio Internacional Paulo Freire** – Recife, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1821773/mod_folder/content/0/Leitura%20complementar/Pedagogia%20do%20in%C3%A9dito%20vi%C3%A1vel%20-%20Ana%20Freitas.PDF. Acesso em 20 out 2022.

FONSECA, R.M.G.S.; FORNARI, L.F.; LOURENÇO, R.G. Desafios da atenção básica no cuidado à população em tempo de pandemia. **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. 2020. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/09/E-BOOK-ATENCAO-BASICA.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 4, p. 1475-1482. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 14 nov 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6^a ed. São Paulo: Atlas, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ceará: Município de Ibicuitinga** [internet]. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/ibicuitinga/pesquisa/32/28163>. Acesso em: 12 nov. 2020.

JÚNIOR, A.; SILVA, M.R.F. Círculo de conversação como estratégia metodológica qualitativa na produção de saberes em enfermagem. **Research, Society and Development**. v. 9, 2020. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/340909144Circulodeconversacaocomoestrategiametodologicaqualitativanaproducaodesaberesemenfermagem>. Acesso em 15 maio 2022.

JÚNIOR, A.R.C. Diários de batalha: enfermeiros na linha de frente do enfrentamento ao covid-19. **Revista uruguia de enfermagem**, v. 16, N. 2, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1283262>. Acesso em: 10 jan 2023

LIMA, P.R.G. *et al.* A Educação Popular em Saúde como estratégia fortalecedora do apoio matricial na atenção básica. **Revista Educação Popular**, Uberlândia, Edição Especial, p. 204-218, jul. 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/53288>. Acesso em: 18 out 2021.

MEDINA, *et al.* Atenção primária à saúde: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8 2020. Disponível em:

<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer/informacoes-suplementares>. Acesso em: 10 jan 2023

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para Atenção Primária à Saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHSQ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jan 2023

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov 2022.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.N.F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1124340>. Acesso em: 10 jan 2023.

NESPOLI, G. Da educação sanitária à educação popular em saúde. In: BRASIL. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: Textos de Apoio**. Rio de Janeiro: ESPJV, 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/guia-do-curso-de-aperfeiçoamento-em-educacao-popular-em-saude>. Acesso em: 20 nov. 2020.

NESPOLI, G. *et al.* Por uma pedagogia do cuidado: reflexões e apontamentos com base na Educação Popular em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4nVswHGv89zjFksXdRVxgzF/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PARO, C. A.; VENTURA, M.; SILVA, N.E.K. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. **Revista Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/tQFP797gDF8Yc4fLX4fzk3c/?lang=pt#>. Acesso em: 10 nov 2022

PEDROSA, J.I.S. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em 10 nov. 2020.

PEDROSA J.I.S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. **Revista Interface**, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/b4vyq3gCDv3VT5BgKRvVYQD/?lang=pt#>. Acesso em 05 out 2022

PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Revista CINERGIS**, v. 18, n. 1, Jan/Mar, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8049>. Acesso em: 18 out 2021.

PINTO, C.J.M, ASSIS, V.G DE, PECCI, R.N .Educação nas Unidades de Atenção Básica: dificuldades e facilidades. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1429-36, maio, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a237759p1429-1436-2019>. Acesso em: 20 set. 2022.

PRADO, E.V.; FALLEIRO, L.M.; MANO, M.A. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. **Revista APS**, v. 14, n.4, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14781>. Acesso em: 15 jan 2023.

PULGA, V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **II Cadernos de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2014.

THIOLLENT, M. Construção do conhecimento e metodologia de extensão. **Revista CRONOS**, Natal-RN, v.3, n.2, p. 65-71, jul/dez, 2002.

Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/15654/10730>. Acesso em: 20 out. 2020.

VALLA, V. V; A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **II Cadernos de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2014.

VASCONCELOS, E.M.; VASCONCELOS, M.O.D.; SILVA, M.O. A contribuição da Educação Popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jan./jun. 2015. Disponível em:

<http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/texto-2-1-artigo-eynard.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2020.

VASCONCELOS, E.M. A educação popular na Atenção Primária à Saúde.

Revista APS, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 344-345, jul/set, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14276/7726>. Acesso em: 18 out 2021.

SANTOS, S.L. Educação popular em Saúde: Tecendo considerações. In: Colóquio Internacional Paulo Freire. Eixo 10: Educação popular e Saúde. **Anais eletrônicos...** Centro Paulo Freire – Estudos e Pesquisas, Recife, v. 01, 2021. Disponível em:

<https://edicoes.centropaulofreire.com.br/2021/arquivos/AnaisColoquioInternacionalPauloFreire2021-Eixo10.pdf>. Acesso em: 12 jun 2022.

SILVA, C.M.C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/J4m8jxD5KNyDyzBsLKLPnvC/?lang=pt#>. Acesso em: 15 set 2022.

SANCHES, G; GOMES, E.M. Situação-limite, Ato-limite e o Inédito viável: a busca por verdade e reconciliação no caso dos pensionatos indígenas no Canadá. **Revista Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 14 n. esp, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/view/51000/30611>. Acesso em: 10 nov 2022.

SOUZA, A.R; CARVALHO, J.S. “Situação-limite”, “ato-limite” e “inédito viável”: categorias atuais para problematizar a “percepção” da realidade. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v.16, n.4, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/39282/27696>. Acesso em: 10 nov 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A- CONVITE

CONVITE

Venho por meio deste convidar V.Sa. Para participar da coleta de dados da minha pesquisa de mestrado intitulada **“Educação Popular na Estratégia Saúde da Família: o protagonismo dos trabalhadores da saúde”**. Na ocasião será realizado um Círculo de Conversação com os trabalhadores da equipe ESF CANINDEZINHO.

Será um momento de construção coletiva com afeto e amorosidade.

DIA: 21/06/2022

HORÁRIO: 13 horas.

LOCAL: UBS CANINDEZINHO.

Aguardo você para partilharmos saberes e um delicioso café.

Yandra Raquel do Nascimento Bezerra
Mestranda UECE/RENASF

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.”
(Paulo Freire)



Imagem: Gildásio Jardim

Fonte: A autora.

APÊNDICE B- PLANEJAMENTO DO CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO

PLANEJAMENTO DO CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO
✓ Tema: Trilhando veredas conhecidas
✓ Participantes: Trabalhadores das equipes da ESF de Ibicuitinga
✓ Acolhimento: Técnica do “Corredor do Cuidado” com a utilização de recursos audiovisuais com músicas populares;
✓ Apresentação da proposta e objetivos da pesquisa de mestrado intitulada: Educação Popular na Estratégia Saúde da Família: o protagonismo dos trabalhadores da saúde.
<p>✓ CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO</p> <p>✚ Exposição do problema:</p> <p>- Será solicitado cada participante escreva as primeiras palavras que vinham a sua mente, ao ler a frase “As ações de educação em saúde no meu território”, que foi disposta em um cartaz. Em seguida serão distribuídas tarjetas de papel nas cores azul, rosa e branca e solicitado que os participantes anotem uma ou mais palavras nas tarjetas coloridas seguindo essa orientação: nas tarjetas de cor azul palavras referentes às ações de saúde, nas tarjetas de cor rosa as práticas de educação em saúde e as tarjetas de cor branca indicativas do território. Após serem preenchidas, as tarjetas serão coladas no cartaz para formar um painel temático;</p> <p>✚ Contextualização e Conversação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questões norteadoras para iniciar a roda de conversação: <p>- Quais são as práticas de educação em saúde que realizamos no território? Quem são os participantes? Como são realizadas essas práticas? Como se dá a construção do conhecimento nessas práticas? Quais temas abordaram? Que orientações político pedagógicas orientam essas práticas de educação em saúde que realizamos? Como se dá a relação entre educando e educadores? Que resultados essas práticas produzem para as pessoas, as equipes, os usuários, os serviços, o SUS?</p> <p>✚ Encerramento:</p> <p>- Escolha de dois representantes para participar do Círculo de Cultura;</p> <p>-Agradecimento aos participantes e entrega da lembrancinha;</p> <p>- Servir o lanche.</p>

Fonte: A autora.

APÊNDICE C - UNIVERSO DE PALAVRAS

EXPOSIÇÃO DO PROBLEMA: UNIVERSO DE PALAVRAS		
As ações de educação em saúde no meu território...		
AÇÕES	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	TERRITÓRIO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visitas domiciliares ➤ Pré-Natal ➤ HIPERDIA ➤ Puericultura ➤ Vacinação COVID ➤ Mutirão arboviroses ➤ Prevenção colo uterino ➤ Prevenção COVID ➤ Palestra saúde bucal ➤ Setembro amarelo ➤ Outubro rosa ➤ Novembro azul ➤ Setembro amarelo ➤ Palestra e roda de conversa ➤ Saúde bucal ➤ Ação cidadã nas comunidades ➤ Roda de conversa sobre saúde mental ➤ Sala de espera ➤ PSE nas escolas ➤ Reuniões da APS ➤ Ação de prevenção das IST's. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saúde e lazer ➤ Combate a COVID 19 e H1N1 ➤ Prevenção contra o câncer de mama e câncer de próstata ➤ Semana do bebê ➤ Prevenção contra o suicídio ➤ Prevenção de gravidez na adolescência ➤ Estudo de caso e encaminhamento ➤ Prevenção contra as arboviroses ➤ Orientações sobre o aleitamento materno ➤ Acompanhamento dos pacientes domiciliados ➤ Atividade coletiva ➤ Orientações sobre alimentação saudável ➤ Educação sobre a prevenção a carie dentária. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Domicílios ➤ Unidades Básicas de Saúde ➤ Escolas ➤ Igrejas ➤ Posto de Saúde (Pontos de apoio) nas comunidades ➤ CRAS ➤ Praças e ruas

Fonte: A autora.

APÊNDICE D- QUESTÕES NORTEADORAS DOS CÍRCULOS DE CONVERSAÇÃO

CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO: EQUIPE ESF AÇUDE DOS PINHEIROS	
1. Quais são as práticas de educação em saúde que realizamos no território?	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientações em palestras, promoção da saúde e prevenção; ✓ Busca ativa; ✓ Campanhas de vacinação; ✓ Consultas e exames ginecológicos; ✓ Sala de espera; ✓ Acompanhamento e conversa com os usuários; ✓ PSE nas escolas; ✓ Reuniões da APS ✓ Atendimentos individuais. ✓
2. Como são realizadas essas práticas? Que temas são abordados? Quem são os participantes?	
	<p>Aleitamento materno, ações de combate as arboviroses, combate ao tabagismo, prevenção ao câncer de mama e vida saudável.</p>
3. Como se dá a construção do conhecimento nessas práticas?	
	<p>“Eu até coloquei ali o modelo reativo, que é mais assim, a gente se enquadra, ah tem determinada demanda, a gente precisa trabalhar aquela demanda, então vamos jogar esse conteúdo (...) a gente tem que parar e analisar, olhar que bacana trabalhar com isso aqui, prevenção em saúde mental e algumas coisas, mas ainda tem muitos entraves que vai relacionado com as nossas demandas” (T3).</p> <p>“A gente acaba muito trabalhando o que vem de cima para baixo, sem retratar esse conhecimento, esse saber popular, um saber que não é menor do que o nosso, e que talvez considerado e potencializado, trazendo aqui, uma liderança, uma rezadeira, para uma sala de espera falar das plantas medicinais, talvez vá até surtir mais efeito e quando a comunidade se sente valorizada, esse vínculo equipe-profissional-usuário melhora” (T2).</p> <p>“Falando em saber popular lembrei que veio uma pesquisa da Superintendência Regional de Saúde para responder qual o tipo de PICs que a gente utilizava aqui com os usuários, e eu não achei nenhuma para citar” (T3).</p>
4. Que orientações político pedagógicas orientam essas práticas de educação em saúde que realizamos?	
	<p>“E assim relacionado a isso, pega essa demanda e vem o novo financiamento da atenção primária, prejudica muito essas ações, por que eu tenho aqueles cinco indicadores, vinte e um, sei lá, conforme o quadrimestre para correr atrás, e aí não vai não fazer teu exame de prevenção daquela mulher, e aí não vai não aferir a pressão daquele hipertenso, e ai acaba que as ações educativas fica de lado” (T3).</p> <p>“Eu acho assim, que a demanda é tão grande, que a gente acaba esquecendo-se de</p>

fazer essa educação em saúde, a gente acaba fazendo só a nossa prática, o assistencial, e a parte mais primordial talvez, talvez não, com certeza, que é compartilhar um pouco do conhecimento, a gente deixa a desejar por conta dessa demanda frenética” (T2).

“E acaba que a gente trabalha cada vez mais com doenças, e ver que o SUS está sendo aparelhado para cuidar de doenças e não prevenir” (T1).

5. Como se dá a relação entre educando e educadores? Que resultados essas práticas produzem para as pessoas, as equipes, os usuários, os serviços, o SUS?

“Em tudo, como você falou as ações de promoção e prevenção, já é um custo mais barato, para você está ali praticando a educação em saúde com determinados grupos específicos, eu acho que a facilidade se enquadra aí, por que você não precisa de muitos recursos financeiros e uma densidade tecnológica avançada, são ações simples que na maioria dar para ser realizados em casa, e a gente entram na questão dos determinantes sociais conforme aquela determinada população” (T3).

CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO: EQUIPE ESF CANINDEZINHO

1. Quais são as práticas de educação em saúde que realizamos no território?

- ✓ Prevenção e orientação sobre câncer de mama e câncer de próstata;
- ✓ Cuidados no domicílio;
- ✓ Prevenção ao suicídio;
- ✓ Cuidados com saúde mental;
- ✓ Cuidados e prevenção da TB;
- ✓ Orientações sobre a COVID;
- ✓ Orientação sobre alimentação saudável;
- ✓ Orientação sobre as IST's;
- Saúde bucal e educação sobre a prevenção a carie dentária;
- Mutirão de combate as arboviroses.

2. Como são realizadas essas práticas? Que temas são abordados? Quem são os participantes?

“Nosso trabalho é as visitas na casa das famílias, se colocando muitas vezes no lugar deles, por que tem muitos pacientes trabalhadores, muitos, não é fácil, eu tenho 25 anos de agente de saúde, eu e minha colega Suzana fomos as primeiras ACS aqui nessa comunidade, desbravando os sertões, enfrentando muitas dificuldades no deslocamento para fazer as visitas domiciliares” (T17)

“Nosso trabalho é um trabalho árduo de visitar as famílias, mas como diz o ditado “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”, por que em relação ao aleitamento materno, a gestante sempre está passando e falando a importância do aleitamento, sobre a dengue orientamos as famílias para evitar os depósitos de água, com os hipertensos e diabéticos são muito trabalhadores com relação à alimentação, não tomam medicação corretamente, a gente ensina direto, todos os dias fazemos a mesma coisa, é um trabalho repetitivo” (T18).

“O nosso trabalho parte de orientação para as famílias participarem dos eventos que acontecem, tipo mutirão da dengue, o cuidado com a limpeza do domicílio, para os hipertensos e diabéticos fazemos as orientações sobre o uso correto de medicações, alimentação saudável, fazer atividade física e se preciso buscar atendimento com a nutricionista, as gestantes que vamos orientando sobre aleitamento materno e acompanhamento da puericultura para as crianças” (T21).

(...)”saúde bucal nas escolas, por que vai desde as orientações sobre a escovação a prevenção de câncer de boca, e também antes da pandemia participei das ações do setembro amarelo, em diversos locais, tinha ações na escola, na igreja, no posto de saúde, toda a forma muito positiva” (T19).

3. Como se dá a construção do conhecimento nessas práticas?

“As ações já realizadas que chamaram minha atenção, foi à prevenção de IST's na escola, foi muito proveitosa, vi os adolescentes participando com atenção, as ações do outubro rosa e o novembro azul, por que geralmente quem faz o novembro azul, é um médico, que seja homem também, para abordar os assuntos, mas eu fiz, e me surpreendi, por que os homens as vezes não querem se abrir e falar, mas nesse dia eles (homens) participaram, tiraram suas dúvidas, foi um momento assim que eu achei muito proveitoso, e teve uma ação também, que foi a semana do aleitamento materno, foi antes da pandemia, também foi muito proveitosa, hoje ainda tem mãe de criança que já tem um ano e ela lembra do que falei no dia da palestra de amamentação, isso me deixa bem motivada, em relação a melhora das ações” (T20).

4. Que orientações político pedagógicas orientam essas práticas de educação em saúde que realizamos?

“São realizadas várias ações, o Ministério da Saúde já preconiza um calendário de ações todo colorido todo o ano, a partir desse calendário que a gente começa a desenvolver nossas ações, elas são realizadas geralmente nas escolas, nos postos de saúde, individual no domicílio, os temas são variados, muitas vezes a gente aborda o que precisa no nosso território, por exemplo, quando tem o aumento os casos de COVID, a gente faz uma educação em saúde orientando a população” (...) (T20).

5. Como se dá a relação entre educando e educadores? Que resultados essas práticas produzem para as pessoas, as equipes, os usuários, os serviços, o SUS?

“Só o que eu tenho notado, é desde que começou a pandemia está muito difícil realizar a educação em saúde, principalmente, quando se tem atendimento, antes você conseguia fazer uma educação em saúde, as pessoas estavam aqui, prestavam atenção, mas hoje as pessoas ficam muito preocupadas em entrar para o atendimento médico e acabam não prestando atenção, ao meu ver a gente só consegue ter uma experiência melhor de educação em saúde quando é realizado somente aquele momento, só que há a dificuldade de captar esses usuários para virem ao posto sem ter atendimentos, então eu como enfermeira, vejo muito essa dificuldade” (T20).

“Como ACS eu me sinto uma pessoa importante, as pessoas procuram com a gente as informações sobre os atendimentos no posto, me sinto importante por que chego

nas casas, as vezes a pessoa está assim triste, abatida, aí conversa, desabafa, e com uma palavra que a gente diz já ver a pessoa melhor, eu acho bom meu trabalho, tem dias que estou cheia com tudo, mas assim toda profissão tem suas dificuldades, tem dias que não estou bem e outros estou melhor” (T17).

(...) “um momento difícil foi à” pandemia, tanto a chegada da pandemia, e a chegada da vacina devido à rejeição da população, e a gente orientando, e eles perguntavam você vai tomar a vacina, quando fui avisar a vacina para os idosos, a primeira coisa que eles perguntavam era “seu pai e sua mãe vai tomar a vacina” (...) (T21).

CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO: EQUIPE ESF SEDE 1

1. Quais são as práticas de educação em saúde que realizamos no território?

- ✓ Caminhadas com a população nas campanhas de outubro rosa e novembro azul;
- ✓ Ação cidadã
- ✓ Programa saúde nas escolas
- ✓ Mobilização contra as arboviroses/Mutirão da dengue
- ✓ Semana do bebê
- ✓ Caminhada contra a exploração sexual de crianças e adolescentes
- ✓ Campanha de vacinação
- ✓ Saúde bucal do bebê e da mãe
- ✓ Pré-natal
- ✓ Prevenção de doenças COVID

2. Como são realizadas essas práticas? Que temas são abordados? Quem são os participantes?

“Quando a gente ia para o colégio fazer o peso dos alunos para bolsa família, a escovação dental, quem ia era a enfermeira, médico, ação também sobre a dengue que a gente faz na escola primeiro e vamos fazer a visita nas casas com os alunos para fazer as orientações, aqui no posto a gente faz as palestras sobre o outubro rosa, sobre o novembro azul, com a comunidade a gente convida as pessoas para vim ao posto, as dificuldades que a gente tem é de conseguir que as pessoas participem, as pessoas dizem não ter tempo de vim no posto assistir uma palestra” (T 34).

“As ações de saúde bucal trazem muitos benefícios para a população, tem pessoas que não sabem fazer o autoexame da boca e a gente realiza essa orientação” (T42).

“Realizamos as ações de orientação sobre escovação com as crianças nas escolas para prevenção de cáries, orientação aos idosos sobre os cuidados com a higienização bucal, atendimento as gestantes do pré-natal e as mães com os bebês também são feitas orientação e sobre os cuidados com a saúde bucal das crianças na semana do bebê” (T43).

3. Como se dá a construção do conhecimento nessas práticas?

“Nós trabalhamos diretamente com as orientações em saúde, realizando o acompanhamento com visitas e orientações” (T37).

“Muitas vezes a pessoa só vai por que a agente de saúde está ali na casa batendo

<p>na mesma tecla, orientando, explicando e a gente vai conscientizando eles (usuários) a procurar o serviço de saúde” (T38).</p> <p>(...) “a gente enquanto profissional ACS consegue trazer pessoas que nunca tiveram acesso a um atendimento em saúde, (...) quer dizer a primeira segurança que o usuário tem fora a família, é a gente (ACS), por exemplo, no exame citopatológico, muitas mulheres nunca fizeram, tem medo e a gente orienta como é feito e a necessidade desse exame e a pessoa vem fazer” (T41).</p>
<p>4. Que orientações político pedagógicas orientam essas práticas de educação em saúde que realizamos?</p>
<p>“(...) O município faz muito planejamento, mas precisa se colocar no lugar do usuário, pensar o que o usuário precisa ouvir de acordo com as necessidades deles (usuários)” (T41).</p> <p>“Todas as ações realizadas nas equipes de PSF, junto com os agentes de saúde que repassam as ações que vão ser feitas seja no posto, nas escolas, (...) como a semana do bebê, que é mostrado para as mães à forma correta de amamentar seu bebê, os cuidados nos primeiros dias com a criança nos primeiros dias de vida, a gente também teve aqui a ação de prevenção do câncer de próstata que teve a presença de idosos, homens, que é o novembro azul, então todas essas ações são muito importante, tanto para nós, como para a população e para nossa cidade” (T37)</p>
<p>5. Como se dá a relação entre educando e educadores? Que resultados essas práticas produzem para as pessoas, as equipes, os usuários, os serviços, o SUS?</p>
<p>“Assim falamos muito das mobilizações, mas uma das mobilizações hoje que a gente está vivendo nesses dois anos de pandemia, é a questão da dúvida das pessoas com relação à eficácia da ciência, levando assim para a vacinação as pessoas tiveram um choque muito grande, de dizer “ah eu não vou tomar, vou deixar outras pessoas tomarem para ver os efeitos”, como se o trabalho no SUS tivesse perdendo a sua identidade” (T41).</p> <p>“Com a pandemia ficou dois anos sem realizar as ações de educação em saúde e de está olho a olho com os usuários, com as ações de prevenção ao suicídio, à pandemia também causou muita dor, tristeza, perdas, e afetou a todos, inclusive os próprios profissionais de saúde por que ficou todo mundo no mesmo barco sem saber como agir, mas aos poucos devemos voltar com as atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças (...) por que é melhor presencial do que virtual, mas vai dar certo e vamos fazer” (T41).</p> <p>“Nessa pandemia, nós, agentes de saúde, com a vacinação da COVID que veio para proteger a todos nós, enfrentamos essa barreira de pessoas com muita resistência para tomar a 2ª, 3ª dose, tem muita gente que ainda não tomou a 1ª dose, mas que a gente está sempre avisando os dias que tem as vacinas no posto da Sede 1” (T37).</p>
<p>CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO: EQUIPE ESF SEDE 2</p>
<p>1. Quais são as práticas de educação em saúde que realizamos no território?</p>
<p>✓ Palestras sobre temas voltados para a prevenção do câncer de mama e</p>

<p>câncer de próstata, visitas e orientação em várias temáticas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ação cidadã, incluindo todos os atendimentos; ✓ Roda de conversa sobre saúde mental, tabagismo; ✓ Palestras sobre dengue, outubro rosa e semana do bebê; ✓ Campanha de vacinação; ✓ Programa Saúde na Escola (PSE).
<p>2. Como são realizadas essas práticas? Que temas são abordados? Quem são os participantes?</p>
<p>“O outubro rosa geralmente abrange mais as mulheres, já o novembro azul a população do sexo masculino, a gente tenta trazer mais os homens, mas não vêm” (T10).</p> <p>“Temos dificuldades com os usuários aqui no posto, que estão para consulta, muitos não querem participar” (T14).</p> <p>“As ações coloquei, palestras, vídeos educativos, que são realizados nas escolas, igrejas, como o terço dos homens” (T15).</p> <p>“Um espaço que a gente usa muito são as nossas visitas domiciliares, por que quando a gente chega em uma casa encontra uma pessoa mais fragilizada, a gente demora mais para conversar, tentar ajudar aquela situação, orienta a família” (T10).</p> <p>“Foi muito interessante, em novembro, o médico foi realizar uma palestra na igreja para o público masculino, foi muito interessante, o pastor convocou todos os irmãos, por que às vezes eles (homens) não vêm a unidade de saúde, no horário a noite foi bem legal, tempo mais frio” (T11)</p> <p>“Outra coisa é a falta de recursos, por que às vezes a gente tem até, as ideias, para fazer uma coisa extraordinária, lindo e bom para fazer, mas faltam recursos” (T10)</p> <p>“Tem também o ambiente, por que tem pouco espaço, e lota de pessoas, fica quente e desconfortável” (T11).</p>
<p>3. Como se dá a construção do conhecimento nessas práticas?</p>
<p>“Raramente a gente tem esse momento, acho que nem por mês a gente tem, por que sempre tem a avaliação com as ACS, mas tinha que reunir todo mundo [equipe] para planejar, mas não acontece e fica tudo do mesmo jeito” (T14).</p> <p>(...) “o grupo de tabagismo, que não está mais acontecendo e as pessoas procuram muito saber se ainda tem esse grupo, uma ideia, seria fazer com os idosos que estudam a noite na escola, e levasse uma palestra seria legal, para dizer que tem os adesivos e o tratamento do tabagismo de graça, por que não é todo mundo que sabe” (...) (T11).</p>
<p>4. Que orientações político pedagógicas orientam essas práticas de educação em saúde que realizamos?</p>
<p>“Eu acho, assim, que é a forma como é realizado, por que assim, um exemplo é o mesmo tema em todas as unidades, mas tem unidades que percebo que o pessoal do grupo (usuários) fica mais atento, é a forma como vamos abordar, pode ser de forma leve, descontraída, quando tem alguma coisa para chamar a atenção, eles (usuários) participam mais, é melhor do que a gente ficar só falando, falando, eles (usuários) gostam de participar” (T9).</p>

<p>5. Como se dá a relação entre educando e educadores? Que resultados essas práticas produzem para as pessoas, as equipes, os usuários, os serviços, o SUS?</p>
<p>“A atenção primária é prevenir, é mais prevenir do que tratar, e a prevenção é prioridade na saúde, tratar é consequência” (T10).</p>
<p>CÍRCULO DE CONVERSAÇÃO: EQUIPE ESF VIÇOSA</p>
<p>1. Quais são as práticas de educação em saúde que realizamos no território?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palestra sobre o agosto dourado, setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul; ➤ Ação cidadã com benefícios para a comunidade; ➤ Trabalho na comunidade casa a casa em combate a proliferação do vírus da COVID 19; ➤ Mutirão de combate a dengue; ➤ Vacinação contra a COVID 19; ➤ Reunião de equipe; ➤ Visitas domiciliares; ➤ Palestras com as mães na UBS sobre o cuidado com os filhos; ➤ Orientações sobre os riscos para hipertensos e diabéticos.
<p>2. Como são realizadas essas práticas? Que temas são abordados? Quem são os participantes?</p>
<p>“No meu território, geralmente é aquela população mais carente, que eles sempre se interessam mais (...) nas escolas, ou na rua mesmo, como os mutirões da dengue, que a gente sai de casa em casa, na escola é feito palestras (...) as ações da dengue, a vacinação, foi feito muito essa conscientização sobre a vacinação da COVID” (T26).</p> <p>“Sobre a dengue, realizamos um trabalho aqui na Viçosa, junto com os alunos, de visitas nas casas e com orientações, os alunos participaram muito bem, e a gente ver resultados” (T27).</p> <p>“Eu tenho pouco tempo na área, estou aqui há dois meses, mas as ações que pude participar foram às ações comunitárias, a ação cidadã na escola que foi realizado vacinação, aferição de pressão arterial, testes rápidos e orientações em geral, e outra ação comunitária realizada na praça em frente ao posto de saúde” (...) (T30).</p>
<p>3. Como se dá a construção do conhecimento nessas práticas?</p>
<p>“A gente percebe que enquanto equipe é muitas ações realizadas por todos profissionais em ações individuais e coletivas, mas precisa um olhar melhor dos gestores para apoiar e oferecer condições para que a gente possa fazer melhor essas ações, às vezes pensamos em fazer algo diferente para a população, aí o pessoal diz precisa fazer palestras, mas a palestra é só o <i>blá blá blá</i>, todo ano a mesma coisa, a gente não tem um incentivo para fazer melhor ainda, mas mesmo assim realizamos muitas ações, não podemos escolher a mais importante por que</p>

<p>todas tem a mesma importância” (T28).</p> <p>(...) “cada área tem uma realidade diferente, tem um perfil de população e tem as pessoas cada uma com sua individualidade, sua singularidade e as particularidades de cada um, e no atendimento conseguimos desvendar essas particularidades e adaptar as orientações à realidade de cada usuário” (T30).</p>
<p>4. Que orientações político pedagógicas orientam essas práticas de educação em saúde que realizamos?</p>
<p>“Eu estou gostando muito a experiência de enfermagem na estratégia saúde da família, mas sinto falta de momentos assim de rodas de conversas, de trocas e de partilha entre os profissionais e a comunidade, que pode ser feito em grupos com os usuários para facilitar o vínculo e os laços entre os usuários e a equipe, pode ser feito um grupo com os diabéticos, com as gestantes por exemplo. Estamos aqui para atender, mas ainda existe um tabu de procura deles, a gente tem que cuidar, mas eles têm que ter a conscientização e a responsabilização pelo seu autocuidado” (T30).</p>
<p>5. Como se dá a relação entre educando e educadores? Que resultados essas práticas produzem para as pessoas, as equipes, os usuários, os serviços, o SUS?</p>
<p>“Eu gostaria de falar sobre o novembro azul, na minha área eu vi muitos homens buscarem atendimentos depois de participarem das palestras, eles gostam de participar, e estão procurando mais as unidades de saúde para atendimentos e fazer os exames, através dessa atividade coletiva realizada anual a mente dos homens está mais aberta para isso, se cuidar” (T27).</p> <p>(...) “às vezes tem usuários querem falar, mas tem medo por que os profissionais falam diferentes, criando espaços que facilite a fala e a participação dos usuários, acho que isso deve ser trabalhado nas ações de educação em saúde” (T29).</p>

Fonte: A autora.

APÊNDICE E- PROBLEMATIZAÇÃO DO CÍRCULO DE CULTURA

TEMATIZAÇÃO (FALAS)	DIFICULDADES (SITUAÇÕES-LIMITES)	(SOLUÇÕES) ATOS-LIMITES
SUBGRUPO 01		
<p>(...) “um momento difícil foi à” pandemia, tanto a chegada da pandemia, e a chegada da vacina devido à rejeição da população, e a gente orientando, e eles perguntavam você vai tomar a vacina, quando fui avisar a vacina para os idosos, a primeira coisa que eles perguntavam era “seu pai e sua mãe vai tomar a vacina” (T21).</p> <p>“Muitas vezes a pessoa só vai por que a gente de saúde está ali na casa batendo na mesma tecla, orientando, explicando e a gente vai conscientizando eles (usuários) a procurar o serviço de saúde” (T38)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa adesão dos usuários nas ações de educação em saúde nas UBS; - Na pandemia os usuários e profissionais vivenciaram o medo da doença; - Muitos usuários não acreditavam na eficácia da vacina; - Suspensão dos atendimentos presenciais e os serviços preventivos como a educação em saúde, durante a pandemia; - Prevalência das doenças crônicas e agudas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer o vínculo comunitário e promover ações educativas nos territórios; - Realização de rodas de conversas com os usuários nas UBS e nos territórios; - Realização da busca ativa de usuários com de doenças crônicas para o acompanhamento e cuidado em saúde.
SUBGRUPO 02		
<p>(...) “<i>precisa um olhar melhor dos gestores para apoiar e oferecer condições para que a gente possa fazer melhor essas ações, às vezes pensamos em fazer algo diferente para a população, aí o pessoal diz precisa fazer palestras, mas a palestra é só o blá blá blá, todo ano a mesma coisa, a gente não tem um incentivo para fazer melhor ainda</i>” (...) (T28).</p> <p>“E acaba que a gente trabalha cada vez mais com doenças, e ver que o SUS está sendo aparelhado para cuidar de doenças e não prevenir” (T1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alta demanda de atendimentos assistenciais que dificulta o trabalho com a prevenção e promoção de saúde; - Falta de incentivo da gestão para ampliar as ações de educação em saúde; - Falta de comunicação entre a gestão da saúde (SMS) e as equipes de ESF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ações educativas para conscientização e prevenção; - Realização de oficinas educativas com os usuários sobre os cuidados com a saúde; - Fomentar estratégias de diálogo entre gestão (SMS) e ESF; - Valorização dos profissionais da atenção básica (educação permanente, remuneração e incentivos financeiros).
SUBGRUPO 03		
<p>(...) com a pandemia ficou</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Foco voltado para alcançar 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio da gestão em

<p><i>dois anos sem realizar as ações de educação em saúde e de está olho a olho com os usuários, com as ações de prevenção ao suicídio, à pandemia também causou muita dor, tristeza, perdas, e afetou a todos, inclusive os próprios profissionais de saúde por que ficou todo mundo no mesmo barco sem saber como agir” (...) (T21).</i></p> <p><i>“Eu acho assim, que a demanda é tão grande, que a gente acaba esquecendo-se de fazer essa educação em saúde, a gente acaba fazendo só a nossa prática, o assistencial, e a parte mais primordial (...)” (T2).</i></p>	<p>as metas do Previne Brasil;</p> <p>-Realizar um planejamento participativo das ações de educação em saúde envolvendo a gestão e os profissionais;</p> <p>- O Previne Brasil está sobrecarregando os profissionais da atenção básica;</p>	<p>saúde para priorizar a educação em saúde na atenção básica;</p> <p>- Planejamento de agenda mensal incluindo as ações de promoção em saúde;</p> <p>- Retorno das ações de educação em saúde nas UBS e territórios;</p>
---	---	---

Fonte: A autora.

APÊNDICE F- IMAGENS DOS CÍRCULOS DE CONVERSAÇÃO NAS EQUIPES DE ESF

ESF AÇUDE DOS PINHEIROS



ESF CANINDEZINHO



ESF VIÇOSA



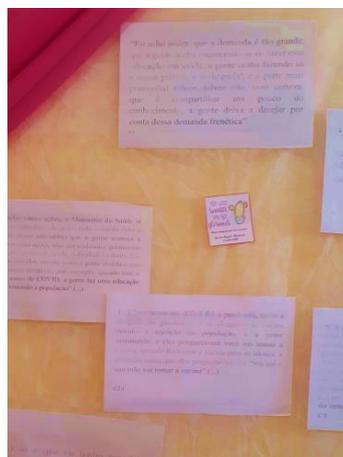
ESF SEDE 2



ESF SEDE 1



APÊNDICE G- IMAGENS DO CÍRCULO DE CULTURA



As vozes de quem faz a saúde da família no sertão de Ibicuitinga



Ilustração da capa: Paulo Jhaymyson Nobre Ferreira

Eu venho de lá do sertão
Do meu querido Ceará
E quero aqui apresentar
Minha pesquisa de então
Psicóloga de formação
Profissional da Saúde
Chego com muita atitude
Do Saúde da Família
Mestrado que tem valia
Para minha plenitude

Encontros para dialogar
Círculos de Conversação
Para a prosa pôr em ação
Nas suas veredas trilhar
E com a escuta inteirar
Médicos, Enfermeiros, ACS
Técnicos, Dentistas assim tece
Com Recepcionistas, ASB
Afetivas formas de ser
Que no encontro acontece

Foram encontros potentes
De escuta com qualidade
Mostrando a capacidade
Dos coletivos presentes
Gentes cuidando de gentes
Com suas vozes ativas
Superaram as expectativas
Equipe multiprofissional
Círculo de Cultura ao final
Com partilhas resolutivas

Na Educação Popular
Este estudo se embasou
Em Paulo Freire procurou
Educação libertadora
Que é emancipadora
Com o saber popular
Na resistência e o lutar
Nosso SUS foi conquistado
E continuar o legado
Para os direitos ampliar

Com os dados coletados
Fez-se análise temática
De Minayo a tática
Em categorias agrupados
E pelos sentidos dados
Nos trouxe uma reflexão
Coletiva construção
De possíveis soluções
Do inédito-viável as ações
Para enfrentar a missão

Para esses trabalhadores
É tão grande a demanda
Sobrecarrega e desanda
A assistência nos setores
Nas comunidades os atores
Trabalham mais com doença
E a prevenção sem presença
Traz a grande polêmica
Lógica hospitalocêntrica
Que tem muita diferença

A Atenção Básica é mais
Prevenir do que tratar
E os profissionais a bradar
É prioridade demais
Sem investimentos que se faz?
E sem os recursos que não dá
Sem espaços pra planejar
Ouvir as necessidades
São essas as realidades
Que vão no serviço encontrar

Práticas verticalizadas
Negam o saber popular
O Ministério a repassar
Campanhas anuais de cada
Agravos que já são marcadas
Chegam de cima pra baixo
Sem ver assim onde encaixo
A necessidade local
Diz trabalhador o ideal
São mudanças é o que acho

Mas já estão acostumados
Com isso que pronto já vem
E os usuários são quem
Precisam ser considerados
Serem ouvidos, escutados
E das ações participar
Espaços de fala criar
Com prática e com atitude
Pra Educação em Saúde
Possa assim se melhorar

Cuidado é todo dia
No posto, no território
No domicílio é notório
Acolhimento, empatia
Na Saúde da Família
As visitas são um legado
O **cuidado con-versado**
Faz a ACS importante
Feliz naquele instante
Com o usuário vinculado

Mas as ações em saúde
Não podem ser **blá blá blá**
Tem o saber popular
Com espaço pra atitude
E em sua amplitude
Ter condição pra trabalhar
Mas vem programa aprisionar
O 'fazer saúde' do povo
Indicadores de novo
Previne Brasil a obrigar

2020 pandemia
O mundo inteiro abalou
Medo, angústia e dor
Enfrentaram com valentia
A Saúde da Família
Precisou se refazer
Não sabiam como atender
Veio à vacina aliviar
Olho a olho então retomar
Com os usuários seu fazer

São muitos os desafios
Na Saúde da Família
Chega a vacina mas cria
Resistência nos caminhos
Dos negacionistas extraviados
Fazem o povo não confiar
Mas os profissionais estão lá
Campanhas com esperança
Que com firmeza alcança
O sertão do meu Ceará

Na saúde foi inovador
Lá em Ibicuitinga
Cansado de sua rotina
Dar voz ao trabalhador
Educação popular chegou
Para sua sina mudar
Começar a dialogar
Repensar também resistir
Transformar e reconstruir
Começando a esperançar!

Resta agora agradecer
Com muita satisfação
Aos trabalhadores então
Pela disposição de ter
Sem da gestão esquecer
Apoiado toda essa ação
Mestres e doutores gratidão
Por cada orientação tida
RENASF e GPFRIDA
Eu levo no meu coração!

FIM

* Esse cordel foi produzido pela pesquisadora a partir dos resultados obtidos na pesquisa, em parceria com Eduardo Teodósio de Quadros comunicador social e mestre em saúde coletiva, sob a orientação da Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

APÊNDICE I- TERMO DE ANUÊNCIA**Termo de Anuência da Instituição Co-participante**

Eu, Elistênio da Nóbrega Lima, RG: 331526098, CPF: 924.412.383-53, Secretário Municipal de Saúde de Ibicuitinga - Ce, declaro ter lido o projeto intitulado “**EDUCAÇÃO POPULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O PROTAGONISMO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE**” de responsabilidade do pesquisador(a) **Yandra Raquel do Nascimento Bezerra**, CPF 889.739.483-34 e RG 32759698 e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, a coleta dos dados iniciará no período de abril a maio de 2022, AUTORIZO a realização deste projeto nesta SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE IBICUITINGA, 10.297.282/0001-94, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a (Resolução CNS 466/12 ou Resolução CNS 510/16). Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante' do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ibicuitinga, 28 de janeiro de 2022.


Elistênio da Nóbrega Lima
Secretário Municipal de Saúde

*PREFEITURA DE IBICUITINGA
ELISTÊNIO DA NOBREGA LIMA
SECRETARIO DE SAUDE
PORTARIA Nº 001 2021

Endereço: Rua Edval Maia da Silva, 16, Ibicuitinga - CE | CEP: 62.955-000
www.ibicuitinga.ce.gov.br | e-mail: gabinete@ibicuitinga.ce.gov.br
CNPJ: 12.461.646/0001-55 | CGF: 06.920.297-4

APÊNDICE J- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado **“EDUCAÇÃO POPULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O PROTAGONISMO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE”**, realizado pela mestrandia Yandra Raquel do Nascimento Bezerra do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará-UECE, integrante da Rede Nordeste de Formação em saúde da Família- RENASF e coordenado pela Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

Nesse estudo o objetivo de desvelar o ser e fazer dos/as trabalhadores/as de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Ibicuitinga/Ceará, a luz dos princípios teóricos e metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS). Esse estudo justifica-se pela necessidade de compreender as práticas de educação e de cuidado em saúde na ESF e de como as concepções teóricas e metodológicas da educação popular em saúde podem contribuir para evidenciar processos emancipatórios do ser e fazer no contexto da saúde da família, além de contribuir para construção coletiva de atos-limites para superação das situações-limites identificadas na atuação na ESF de Ibicuitinga.

Sua participação consistirá na participação de dois momentos: 1) Um Círculo de Conversação que tem como objetivo de criar espaços coletivos de fala e escuta dos/as trabalhadores/as da saúde sobre a sua atuação na ESF e nas práticas educativas em saúde no território e compreender a essência do ser trabalhador/a da saúde na atenção básica de Ibicuitinga; 2) Um Círculo de cultura: busca promover um diálogo crítico e reflexivo, junto aos trabalhadores da saúde e outros atores implicados na ESF com representantes escolhidos no primeiro encontro. Esta fase será realizada ambiente ampla e arejada, com a presença de no máximo 15 participantes. Todas as etapas deste estudo serão executadas por pesquisador treinado, na Unidade de Saúde onde você trabalha, em dia e horário previamente agendados, respeitando-se todas as medidas sanitárias/protocolos de prevenção da COVID-19. Serão garantidos o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer.

O(a) senhor(a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo na sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição em que trabalha. Esse estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física- fadiga em relação ao tempo de resposta dos instrumentos de pesquisa, e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2 decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde; psíquico-emocional – possibilidade de desconforto/constrangimento em responder algumas perguntas; e, moral – receio de divulgação de informações pelos pesquisadores e de retaliação por parte dos chefes imediatos no serviço que trabalha. Tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19. Contudo, caso ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio, esclarecimentos e/ou conversar abertamente com o pesquisador; deixar de responder as perguntas que causam desconforto; ou, ainda, deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Você terá direito ao ressarcimento de eventuais despesas comprovadamente decorrentes de sua participação na pesquisa e à indenização por danos que lhes forem causados diretamente pela pesquisa, nos termos da Legislação em vigor.

Você não receberá remuneração por sua participação. Em estudos como esse, sua participação poderá gerar os seguintes benefícios: 1) promover um diálogo crítico e

reflexivo nos trabalhadores e trabalhadoras da saúde; 2) Favorecer espaços de diálogos, promoção de saúde, compartilhamento de saberes e envolvimento dos profissionais e usuários na construção da participação social e democrática nos território;3) Produzir e divulgar conhecimentos técnicos e científicos sobre a educação popular em saúde na ESF.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável, Yandra Raquel do Nascimento Bezerra Bandeira, e-mail:yandrabezerra2017@gmail.com, telefones (88) 999957021/ (88) 99289 2172, ou a orientadora da pesquisa Profa. Dra. M^a Rocineide Ferreira da Silva e-mail: rocineideferreira@gmail.com, telefone: (85) 99613-3221.

Caso considere necessário, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará. CEP 60.714903- Fone. 3101.9890. E-mail: cep@uece.br. Horário de funcionamento: 8h as 12h e 13h às 17h, de segunda a sexta-feira.

Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) pesquisador(a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

Você concorda em participar da pesquisa? Sim () Não ()

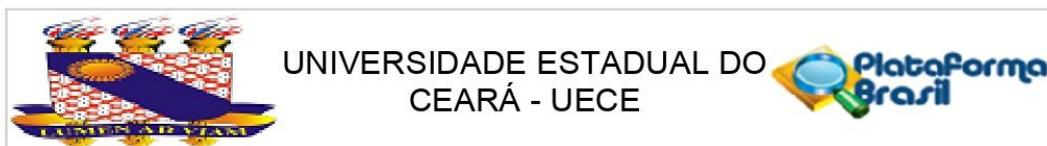
Ibicuitinga, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO POPULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55862022.0.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.353.020

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "EDUCAÇÃO POPULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O PROTAGONISMO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE.". Pesquisa tem o propósito de compreender as práticas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) e de como as concepções teóricas e metodológicas da educação popular em saúde podem promover a reflexão crítica dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as ações de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família, a partir dos saberes e práticas dos trabalhadores (as) da saúde e dos princípios teóricos e metodológicos da educação popular, no município de Ibicuitinga/Ceará.

Objetivo Secundário:

-Descrever as práticas de educação em saúde dos trabalhadores (as) da saúde realizadas nas equipes da ESF e seus territórios;

- Identificar a articulação de saberes e práticas de educação em saúde já existentes na ESF com a Educação Popular em Saúde (EPS);

- Promover um diálogo crítico e reflexivo, junto aos trabalhadores (as) da saúde e outros atores implicados na ESF

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

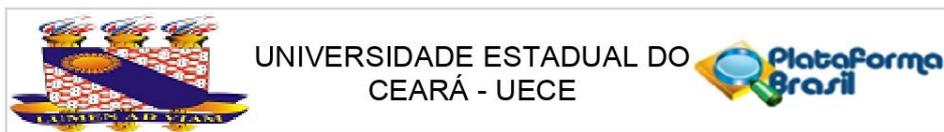
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.353.020

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A autora afirma que o estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: -Física: fadiga em relação ao tempo de resposta dos instrumentos de pesquisa, e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2 decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde; -Psíquico-emocional: possibilidade de desconforto/constrangimento em responder algumas perguntas; -Moral: receio de divulgação de informações pelos pesquisadores e de retaliação por parte dos chefes imediatos no serviço que trabalha. Tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19. Contudo, caso ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, o pesquisador estará habilitado para prestar todo apoio necessário!

Benefícios:

Afirma ainda que a pesquisa irá contribuir para o aprimoramento das práticas de educação em saúde no âmbito da atenção primária no município de Ibicuitinga, promovendo o diálogo crítico e reflexivo junto aos trabalhadores da saúde sobre a sua atuação nas ações de promoção da saúde, e colaborando para que a educação em saúde seja norteada pelos princípios da educação popular em saúde no município.

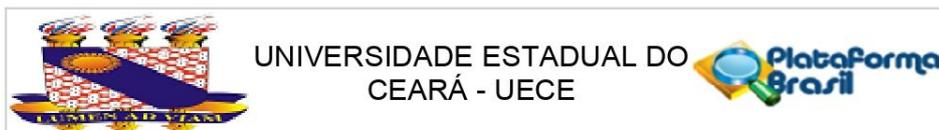
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem forte conotação acadêmico-científica e justifica-se pela necessidade de compreender as práticas de educação em saúde na ESF e de como as concepções teóricas e metodológicas da educação popular em saúde podem contribuir para aprimorar essas práticas educativas no contexto da atenção primária à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta Folha de Rosto devidamente assinada e carimbada pela Diretora do Centro de Ciências da Saúde;
- Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se em conformidade com os princípios éticos recomendados pela CONEP;
- O Projeto conta com Financiamento próprio.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.353.020

Recomendações:

Enviar relatório no final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não possui impedimentos éticos, portanto a pesquisa pode ser desenvolvida!

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1886967.pdf	04/02/2022 10:00:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/02/2022 09:59:57	YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/02/2022 09:59:46	YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo.pdf	04/02/2022 09:59:33	YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	04/02/2022 09:59:22	YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/02/2022 09:58:49	YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	04/02/2022 09:58:25	YANDRA RAQUEL DO NASCIMENTO BEZERRA	Aceito

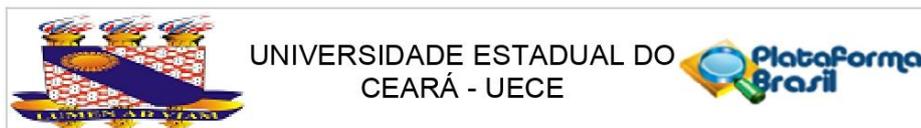
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.353.020

FORTALEZA, 15 de Abril de 2022

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br